

**Enquête sur la prévention et la prise
en charge des adolescents et jeunes
adultes souffrant de troubles
psychiatriques**

Rapport présenté par :
Danièle JOURDAIN-MENNINGER et Hélène STROHL-MAFFESOLI
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Rapport n ° 2004 027
Février 2004

1 Une enquête centrée sur la prévention secondaire et tertiaire des troubles psychiatriques des adolescents et jeunes adultes

L'inspection générale des affaires sociales avait inscrit à son programme de travail 2003 une enquête sur « La psychiatrie des adolescents ». Cette mission a été effectuée de juin 2003 à février 2004 par Danièle Jourdain-Menninger et Hélène Strohl-Maffesoli, membres de l'IGAS.

Dès le début de la mission, son champ a été circonscrit. D'une part, il s'agissait de traiter des troubles psychiatriques et non de la souffrance psychique des adolescents, c'est-à-dire de ce qui est de l'ordre de la psychopathologie et non pas des conséquences psychiques de l'âge, de la précarité... D'autre part, la mission a choisi de répondre à la question suivante : « Comment peut-on traiter le plus tôt possible les jeunes souffrant de troubles psychiatriques, de manière notamment à améliorer leur état, mais aussi à éviter que ces troubles génèrent une rupture scolaire et sociale trop importante ».

La mission n'a donc traité que des troubles psychiatriques se déclarant à l'adolescence et pas des psychoses infantiles, dont l'autisme. Elle n'a pas, sauf très marginalement, pour les psychopathies, analysé la prévention primaire, sujet qui nécessiterait une mission complète, notamment en lien avec une analyse du fonctionnement des services de protection de l'enfance, d'aide à la parentalité, d'aide aux élèves en difficultés etc. Elle n'a pas non plus traité de la prise en charge une fois la pathologie stabilisée, des maladies psychiatriques chroniques. Là encore, ce sujet mériterait une investigation plus poussée, s'agissant des différents types de malades à prendre en charge, y compris les malades dangereux, dont le suivi au long cours représente un problème aigu et urgent, mal pris en compte, juridiquement, administrativement et thérapeutiquement.

Pour répondre à la question posée de la prévention secondaire et tertiaire de ces troubles mentaux, la mission a développé l'approche suivante :

- comprendre de quels troubles il s'agit, quels jeunes sont touchés, quelles stratégies psychiatriques sont les plus indiquées ;
- comprendre « la crise de la psychiatrie », en mesurer la réalité et les impacts ;
- définir à partir de là un cadre d'intervention, c'est à dire les objectifs d'une prévention et d'une prise en charge précoces ;
- mettre en exergue le fonctionnement réel de la psychiatrie, dans ses défauts et ses avancées, en fonction des critères définis plus haut ;
- définir la place de la psychiatrie dans le traitement des troubles psychiatriques des adolescents et jeunes adultes, place propre, place « en liaison » avec d'autres champs d'intervention auprès des jeunes ;
- mettre en exergue un certain nombre de réalisations de la psychiatrie.
- dégager les modes de mise en œuvre les plus opérants en termes d'organisation des soins et de collaboration entre les acteurs de la psychiatrie et ceux des champs de la formation, de l'action sociale et du secteur médico-social.

Ainsi vue, cette enquête n'a pas pour but de dresser un tableau exhaustif, ni même représentatif, du fonctionnement des services de psychiatrie pour adolescents en France ; mais elle ne vise pas non plus à dresser le tableau du monde tel qu'il devrait être, ni à édicter une liste de pratiques aussi idéales que répétitivement irréalisées.

Un certain nombre de fonctions doivent être remplies, du point de vue de la prise en charge psychiatrique des adolescents et jeunes adultes. Des dysfonctionnements, notamment dans l'organisation de la collaboration institutionnelle, empêchent qu'elles le soient de manière satisfaisante. Mais toute la psychiatrie n'est pas défailante ou découragée, au contraire la mission a rencontré de nombreuses équipes, effectuant un travail de grande qualité, elle a enregistré nombre d'idées, de projets, montrant qu'il existe, sur le terrain, un vrai souci de l'utilisateur.

2 Des investigations très diversifiées

Pour atteindre les objectifs qu'elle s'était fixée, la mission a mené quatre types d'investigations :

- l'interrogation de personnes ressources pour cadrer le sujet, définir les attentes d'une telle enquête, tracer les lignes de l'investigation.
Pour ce faire, la mission a rencontré les directeurs ou leurs services des directions générale de la santé, de l'action sociale, de l'hospitalisation et de l'offre de soins ; des psychiatres, chefs de service, des associations et représentant les usagers. (UNAFAM en particulier) ou gestionnaires d'établissements et services ;
- la lecture d'un certain nombre d'ouvrages et d'articles conseillés pour bien cerner les troubles mentaux et les modes d'intervention appropriés ; une bibliographie des ouvrages et articles utilisés figure en annexe du présent rapport ;
- le déplacement dans trois départements, dans lesquels différents acteurs de la psychiatrie, publique et privée, des secteurs médico-social, social et judiciaire ainsi que de l'Education nationale furent réunis par les services déconcentrés (DDASS ou DRASS) autour des thèmes de la détection, de l'évaluation et de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques ;
- la visite d'un certain nombre de réalisations de la psychiatrie, tant du point de vue de la prévention que de la prise en charge, notamment pour tout ce qui était articulation entre le soin et la formation.
- Deux déplacements en milieu carcéral (Centre de jeunes détenus de Fleury Mérogis et SMPR de Fresnes)

La mission a disposé de l'aide de deux relecteurs de l'IGAS et de l'appui du Comité des pairs santé.

Pour l'Education nationale, Catherine Bizot, inspectrice générale de l'éducation nationale a apporté son appui technique.

3 Les troubles psychiatriques des adolescents et jeunes adultes : importance et spécificité.

La mission a souhaité établir dès le début de sa mission les contours de celle-ci : les troubles psychiatriques font partie de ce que les psychiatres nomment les troubles psychiatriques avérés et non pas de ce qu'on nomme un peu partout et dans tous les contextes, souffrance psychique. Certes les formes que prennent les maladies mentales modernes, voire même les nouvelles pathologies qui apparaissent ne sont pas indépendantes du contexte socio-anthropologique dans lequel vivent les jeunes. Il faut prendre garde néanmoins de ne pas confondre l'évolution sociologique d'un certain nombre de comportements des jeunes, vers plus d'implication dans le présent, moins d'importance accordée à la verbalisation par rapport à l'image, une moindre habitude de la frustration et de l'attente, voire un comportement parfois excité ou agressif verbalement (incivilités) et les troubles psychiatriques avérés.

Si le taux de prévalence des troubles psychiatriques, définis ainsi de manière restrictive, n'en demeure pas moins important, l'INSERM estimant qu'un enfant ou adolescent sur huit souffre ou souffrira d'une pathologie psychiatrique, le taux d'incidence, c'est à dire le nombre de nouveaux cas chaque année, reste relativement faible, rapporté au nombre total de jeunes que côtoie chaque intervenant de première ligne, médecin généraliste, enseignant, travailleur social.

Les grandes catégories de troubles psychiatriques dont souffrent les jeunes sont les troubles anxieux, les troubles du comportement alimentaire (1% des jeunes filles de 17 à 19 ans pour la boulimie, 0,2% des jeunes filles de 13 à 19 ans pour l'anorexie), les troubles de l'humeur, dont certains, non dépistés, conduisent à des tentatives de suicides (40% des adolescents déprimés feraient des tentatives de suicide d'après les études américaines, un quart des personnes souffrant de troubles bipolaires non détectés mourraient d'un suicide) ; la schizophrénie enfin, dont le pic d'incidence pour les hommes se situe entre 16 et 19 ans, chez les femmes, quoique moins fréquente, entre 30 et 39 ans. Le taux d'incidence global de cette maladie est d'environ 0,13 pour mille, dans une acception large de la pathologie.

La mission a enfin estimé, à la suite de nombreux intervenants, qu'il fallait rajouter à ces catégories de la nosographie psychiatrique classique, celle des jeunes qu'on nomme psychopathes, pour plusieurs raisons. En effet, leurs troubles de la conduite ne sont contenus par aucune autre stratégie, que ce soit une thérapie psychiatrique, ou un enfermement en prison, qui quand il est sans soin, ne fait qu'aggraver le tableau. De plus, de nombreux psychiatres repèrent les tableaux de traumatismes psychiques très précoces, à l'origine de ces pathologies. Enfin elles restent accessibles à des traitements psychiatriques, notamment médicamenteux (antipsychotiques de dernière génération) accompagnés de traitements psychothérapeutiques et de rééducations scolaires et éducatives. Il faut noter que dans ces troubles de la conduite entrent d'une part les violences contre soi ou autrui, les agressions sexuelles, mais aussi les délits très répétitifs contre les biens, commis par des jeunes qui, comme le disait Ph. Jeammet à la mission, souffrent d'une pathologie des limites.

Quelle est la spécificité des troubles psychiatriques chez les jeunes ?

Il faut noter tout d'abord la gravité de ces troubles : pour les jeunes, pour leurs familles, pour les institutions qui ne savent pas comment réagir face à ces troubles.

Qu'ils s'agissent de symptômes de souffrance individuelle, (perte de sommeil, angoisses, troubles de l'alimentation, retrait social et dysfonctionnements scolaires de divers ordres, notamment absentéisme scolaire) ou de symptômes positifs, de troubles de la conduite, tels qu'une production délirante, des agressions, des tentatives de suicide, des violences, ils sont graves, soudain, très intenses.

La souffrance causée par ces troubles n'est jamais de l'ordre de la crise adolescente simple, elle se traduit par un abandon scolaire, une mise en danger, une perturbation totale de la vie familiale ou institutionnelle.

En revanche, la gravité des troubles dont souffrent les jeunes n'est jamais prédictive de leur chronicité. Au contraire, nombre de troubles psychiatriques majeurs, y compris des symptômes de délire, de violence, de mise en danger extrême, sont susceptibles d'une nette amélioration, voire dans un nombre important de cas, d'un retour complet à la normale.

La précocité de la prise en charge est de bon augure.

La réponse doit être rapide, simple et crédible.

Elle doit surtout s'inscrire dans la continuité, car contrairement à une opinion répandue, si les jeunes ont facilement accès, pour une première fois à un service de psychiatrie, s'ils hésitent beaucoup moins qu'autrefois à consulter, fréquentant même les urgences à plusieurs, ils ont du mal à s'inscrire dans une continuité de soins, que d'ailleurs le secteur n'est pas toujours organisé pour leur offrir.

Deux phénomènes caractérisent les jeunes souffrant de troubles psychiatriques : pour un certain nombre d'entre eux, notamment les jeunes souffrant de schizophrénie naissante ou de troubles de la conduite alimentaire, c'est le déni de la maladie et le refus du soin ; pour d'autres, c'est plutôt une fréquentation erratique des institutions psychiatriques, errance renforcée par la difficulté des institutions sociales, judiciaires et médico-sociales à accompagner le jeune vers le soin et par la tendance d'un certain nombre de secteurs de psychiatrie à pratiquer un tri, sinon clinique du moins social de leur clientèle de ressort, en pratiquant une conception trop stricte de la domiciliation de secteur.

C'est cette difficulté dans la continuité des soins qui est souvent considérée comme une défaillance majeure, voire une crise de la psychiatrie.

Les familles, les usagers, mais aussi les autres institutions reprochent à la psychiatrie son impuissance, parce qu'elle ne guérirait pas tout, tout de suite et demanderait aux adultes entourant un jeune malade, de lui offrir un environnement sécurisé, apte à entourer sa guérison.

Surtout, un amalgame est souvent fait entre la demande d'une intervention psychiatrique, psychopathologique et la demande d'un retrait du milieu ordinaire, pour des raisons socio-éducatives. Trop d'intervenants du secteur social et judiciaire, comme de l'éducation nationale recourent à la psychiatrie pour qu'elle hospitalise le jeune, même si cliniquement cette intervention n'est pas fondée.

Si l'hospitalisation reste un moyen de soin adéquat dans certaines situations psychopathologiques, elle n'est pas adaptée à la majeure partie des cas et en tout cas, elle ne devrait intervenir qu'après une préparation en amont et se poursuivre par un suivi en aval des soins.

Il apparaît ainsi que la psychiatrie n'est pas en crise, mais elle souffre d'une crise de confiance, dont elle ne pourra se sortir qu'en collaborant de façon très intense avec ses partenaires du social, de l'éducatif, du médico-social, du judiciaire et bien sûr les familles et proches des malades ainsi que les usagers eux-mêmes.

4 Dépistage et prise en charge : une nécessité de collaboration entre la psychiatrie et les autres intervenants

La mission a peu traité le sujet de la prévention primaire, c'est à dire de la prévention des principaux facteurs de risque de développer un trouble psychiatrique grave.

S'agissant des pathologies de type psychotique, il n'appartenait pas à la mission de donner un avis sur le débat qui agite la communauté scientifique, sur l'intérêt d'un dépistage très précoce. Il apparaît néanmoins que pour l'instant, la préconisation unanimement reconnue du bienfait d'une intervention précoce, dès l'apparition des premiers signes morbides, mérite d'être plus universellement mise en œuvre. D'autant que, s'agissant de ces pathologies, on se heurte souvent à un déni de la maladie, qui rend difficile aux malades de construire la sacro-sainte demande de soins alors que nombre de psychiatres considèrent qu'elle est à construire avec les patients, avec leurs familles, au plus proche de leur réalité plutôt que dans une affirmation dogmatique. En témoigne l'efficacité des consultations pour les parents d'adolescents souffrant de troubles et ne consultant pas et amenés ainsi peu à peu au soin.

S'agissant de la prévention primaire des troubles psychopathiques, la mission ne peut que renvoyer à la nécessité d'une part de diffuser très largement une aide à la parentalité qui conforte le rôle des parents, seules et dernières limites d'enfants confrontés à un environnement d'éducation et de consommation peu contraignants ; et d'autre part, à l'importance d'une surveillance professionnelle plus approfondie des situations familiales très pathogènes, une idéologie trop familialiste ayant poussé dans certains cas à laisser des enfants, de très jeune âge, exposés à des traumatismes qui produisent des troubles mentaux graves, des états émotionnels très perturbés, une violence et un vide intérieurs, proches d'un état psychotique.

S'agissant enfin de prévention tertiaire, la mission constate que la prise en charge de la crise doit être diversifiée, pour répondre à la diversité des indications psychopathologiques, mais aussi pour induire dès la première prise en charge une continuité des soins.

Celle-ci doit se traduire par une obligation des institutions de recevoir les patients qui se présentent, de ne les refuser que sur critères médicaux explicités, d'être obligés de garder les malades une fois pris en charge dans leur file active, pour les prendre en charge en ambulatoire et éventuellement en institution, en cas de rechute.

Du côté des patients, il a semblé à la mission que la signification d'une continuité pouvait et devait se marquer symboliquement, par l'attribution à chaque patient, après première prise en charge, d'une carte d'accès au service originel, du type de la Mental Health Card anglaise.

La prise en charge des patients doit être effectuée en collaboration par tous les intervenants et concerner tous les aspects de ses besoins, de la détection à la réinsertion.

S'agissant de prévention, la collaboration entre les institutions, notamment la psychiatrie et les professionnels de première ligne, dont l'éducation nationale, doit préciser les rôles et les compétences de chacun et formaliser les liens entre institutions et professionnels concernés.

C'est à l'école, notamment au lycée, qu'apparaissent souvent les premiers signes, en négatif ou en positif, d'un trouble. L'équipe éducative, alertée par les enseignants et les responsables de la vie scolaire doit alors examiner le cas et le médecin scolaire établir l'hypothèse d'un trouble psychiatrique. Dans ce cas, il facilitera la prise de contact et le suivi par l'équipe de secteur.

S'agissant de la réinsertion des jeunes, après dépistage, diagnostic et soin, il est nécessaire qu'elle soit globale, concernant le suivi du soin comme l'aménagement d'un environnement scolaire et social adapté.

Selon l'état clinique des jeunes, divers modes de prise en charge, articulant soins et scolarité ou formation sont possibles. En tout cas, il apparaît important de favoriser sinon une reprise de scolarité à l'identique, du moins un projet scolaire adapté et non pas issu d'une idéalisation des soins par les parents.

Selon que le jeune aura besoin de soins très ou moins intensifs et d'un environnement scolaire plus ou moins adapté, il faudrait pouvoir lui proposer une place en « clinique études » ou en hôpital de jour, les deux ayant développé un projet de suivi post-hospitalier, dès l'entrée, un court séjour hospitalier, avec une petite intervention scolaire pour ne pas perdre tout contact avec cette réalité ou au contraire, un mode de soins ambulatoire. Soit en environnement familial, soit en environnement plus éducatif, type internat, spécialisé, accueillant, de relais ou normal. En sachant que les modalités d'aménagement de la scolarité existant pourraient être plus utilisées. (suivi partiel de cours, aide à domicile, soutien par le centre national d'éducation à distance - CNED - et possibilité de passer les examens sur plusieurs sessions en conservant les notes acquises.)

Pour mettre en place tous ces types d'intervention, il ne semble pas à la mission nécessaire de développer un nouveau « secteur », adolescent, à côté de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie adulte. Certes, la partition entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte, s'agissant d'adolescents, ne peut se faire sur des critères d'âge. Selon le type de pathologie, elle relèvera plus d'une pathologie émergente et donc adulte ou d'une pathologie résurgente, pédopsychiatrique. En tout cas, certains jeunes ne peuvent plus être « mélangés » avec des enfants, même s'ils n'ont pas plus de quinze ans ; mais l'accueil des adolescents et jeunes adultes, entrant dans la pathologie mentale, ne peut se faire dans le même service et avec les mêmes équipes et la même (faible) intensité d'intervention médicale et paramédicale que pour les malades chronicisés.

S'il n'est pas pensable que chaque secteur développe son propre accueil adolescent, une collaboration entre secteurs, selon le ressort géographique opportun, devrait offrir à tous les jeunes un accueil de crise, diversifié selon les besoins, une hospitalisation en cas de nécessité, une articulation entre soins et éducation selon les besoins des adolescents et enfin pour tous un suivi de longue durée, facilement accessible.

Il serait inadapté également d'étendre aux adolescents le projet de création de la catégorie de handicapés psychiques. En effet, à cet âge, les pathologies sont réversibles, le diagnostic difficile et le danger de stigmatisation important.

Sur chacune de ces fonctions, la mission a vu, sur le terrain, des réalisations, soit anciennes, soit plus nouvelles. Dans un certain nombre de cas, les collaborations entre les équipes de psychiatrie et les autres intervenants sont très embryonnaires, voire inexistantes. Se posent alors le problème des cas dits complexes dans certains départements, des cas lourds, des « incasables », bref de ces jeunes, souvent violents, très perturbés sur le « plan de l'agir » et submergés par leurs émotions, de ces jeunes souffrant de troubles psychiatriques majeurs, mais qui ont aussi des problèmes familiaux particulièrement graves et des problèmes sociaux. Et qui pourtant ont besoin, en plus de leurs soins, comme tous les jeunes, d'un hébergement dans un environnement chaleureux et accueillant, d'une scolarisation adaptée à leur niveau et leurs attentes, d'une éducation spécialisée. Chaque institution tente ou a tenté de leur offrir, dans sa propre sphère de compétences, l'ensemble de ces interventions, puis baisse les bras et tente de s'en décharger sur d'autres.

C'est ainsi que s'installe une chaîne de la relégation, qui de la famille très défaillante, pathogène à la famille d'accueil mal soutenue, du foyer de l'aide sociale à la structure plus fermée de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) en passant par toutes les étapes d'une déscolarisation progressive, de la classe ordinaire à la classe relais en passant par la SEGPA ou la scolarisation à distance jusqu'à la prison. Cette piste de la relégation qui aboutit au Centre de jeunes détenus ne fait que renvoyer aux jeunes en mal de limites et de protection, la fragilité d'institutions, qui chacune aurait aimé être le sauveur tout puissant.

Dans d'autres cas au contraire, chaque institution accepte à la fois de recevoir sur des adressages précis des jeunes, sans les prendre en charge entièrement seule et peut alors collaborer, à l'extérieur, en liaison.

Unités d'hospitalisation d'urgence ou de moyen séjour, centres de crise, centre d'accueil à temps partiel spécialisés pour les adolescents, sans oublier les maisons des adolescents ou les partenariats développés à beaucoup d'endroits entre les équipes éducatives, la médecine scolaire et les équipes de psychiatrie organisées en intersecteur dessinent une nouvelle manière de faire de la psychiatrie dans la communauté : une psychiatrie de liaison plutôt qu'une psychiatrie institutionnelle et dominatrice.

La mission a relevé d'abord les collaborations développées entre institutions, une à une. Le plus souvent, formalisées par des conventions, organisant l'échange de services. C'est tel institut de rééducation, qui acceptera, sans délai trop long, de prendre en charge un adolescent, après un séjour hospitalier en psychiatrie. A condition que le secteur apporte un appui psychologique aux éducateurs, un soin à d'autres adolescents de l'institution. C'est l'équipe d'intervention mobile, qui intervient dans un foyer, évitant ainsi une hospitalisation et permettant de dénouer non seulement une interaction difficile, mais un ensemble de stress professionnel. Bien sûr, de telles réalisations se heurtent à de nombreuses difficultés : l'organisation du travail médico-social n'offre pas toujours l'amplitude du service requis par le besoin de contenance de ces jeunes, les partenariats reposent souvent sur les volontés individuelles et résistent mal au temps, les professionnels ont besoin d'être rassurés pour accepter de traiter des cas lourds.

Le modèle du réseau, c'est à dire de la collaboration formalisée entre les professionnels de la psychiatrie et les autres professionnels de terrain, organisée autour d'objectifs très circonscrits et concrets, définis à partir des besoins des malades est sans doute l'étape la plus aboutie.

La mission a vu fonctionner le « réseau psychiatrique Yvelines Sud ». Il lui a semblé que bien que, comme toutes les expériences particulières, il soit impossible de généraliser un tel modèle par simple décalque, il fallait tirer des enseignements de son élaboration et de son fonctionnement.

La démarche initiale menée par le réseau, sous l'impulsion de M.C. Hardy-Baylet a été de partir des besoins réels exprimés par des enquêtes auprès des usagers. A partir de cette vision de la société telle qu'elle est et non pas telle qu'elle devrait être, les professionnels proposent des liens formalisés et identifiés. Le temps imparti au fonctionnement du réseau est comptabilisé et financé. Ce sont ces projets qui sont faits aux pouvoirs publics qui les instruisent et les inscrivent dans l'offre de soins départementale et régionale.

Le développement de ce réseau est un bon exemple d'un mode d'administration adapté aux nécessités d'une société plus diversifiée dans ses besoins, géographiques, sociaux et soucieux de faire faire plutôt que de faire à la place des professionnels.

« Si les pouvoirs publics s'engagent dans une politique de réseau, ce n'est pas pour définir de nouvelles normes réglementaires, des statuts et des critères d'évaluation, c'est pour accepter de déplacer le débat, de redonner du poids aux projets soignants comme fondement de l'organisation des soins, de définir des critères d'évaluation et de contrôle plus souples, adaptables aux situations locales et élaborés avec les gestionnaires locaux » affirment les actuelles promotrices de ce réseau.

Cette nouvelle manière d'administrer le système de santé a semblé à la mission convenir en tout cas très parfaitement à l'ensemble des problèmes soulevés dans l'analyse des besoins de prévention et de prise en charge des troubles psychiatriques des adolescents et jeunes adultes.

A condition que l'administration centrale sache offrir aux divers responsables d'un secteur psychiatrique et médico-social suivi par une même équipe de tutelle l'impulsion et la formation adéquate à cet objectif consistant à faire naître de tels réseaux.

Mais une telle logique ne doit pas être cassée, avant même d'être mise en couveuse, par une organisation comptable et gestionnaire trop rigides. C'est pourquoi, la mission ne peut qu'exprimer de fortes craintes sur le projet dit de tarification à l'activité, applicable aux activités de médecine chirurgie et obstétrique dès 2004 et à la psychiatrie un peu plus tard. D'une part, on ne peut pas fonder une organisation des soins soucieuse d'une prise en charge globale des malades, sur un parcours de vie, sur un séquençage en symptômes ou catégories nosographiques, peu soucieuses du contexte social. D'autre part, la tarification à l'activité, telle qu'elle est prévue, réintroduirait une dichotomie entre l'activité intrahospitalière et l'activité extrahospitalière, entre l'activité psychiatrique exercée en psychiatrie et celle exercée en liaison en somatique, mais aussi dans le secteur social, médico-social etc.

D'un côté une tarification à l'acte, peu apte à décrire l'activité de prévention, la psychiatrie de liaison, la préparation de l'entrée et de la sortie de l'hôpital pour des malades sinon chroniques, du moins au long cours. De l'autre, une tarification forfaitaire, pour le travail ambulatoire, pour le secteur, pour les relations intersectorielles, pour le travail en partenariat, en réseau. S'il apparaît important à la mission que la psychiatrie dispose, comme les autres spécialités médicales de moyens comptables permettant de rendre compte de ses besoins et de son activité, il serait important que les indicateurs nécessaires à cette évaluation, soient élaborés à partir de l'activité de terrain et non pas de manière technocratique.

Le risque est grand que l'évolution du système de santé et de son organisation vers un modèle comptable rigide, où les évolutions seraient déterminées à partir d'un cadre d'organisation contraint n'obère la nécessaire évolution de la psychiatrie.

Il s'agit pourtant d'une part d'une discipline, qui longtemps avant d'autres a su développer cette activité communautaire, nécessaire à une bonne liaison entre soin et prévention. Il s'agit aussi d'une discipline maltraitée dans l'appréciation que porte sur elle l'opinion comme dans l'importance que lui accordent les pouvoirs publics.

Pourtant, l'acuité des problèmes de violence, de souffrance, d'exclusion qui frappent les personnes souffrant de troubles psychiatriques devraient placer leur prévention et leur prise en charge au cœur des objectifs de notre système de santé.

Au risque sinon de substituer à un traitement psychiatrique des troubles mentaux, un traitement purement répressif de leurs conséquences sur l'ordre public.

Sommaire

INTRODUCTION.....	3
1. ÉTAT DE LA QUESTION.....	8
1.1 TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET “MAL ÊTRE” OU RÉVOLTE DES JEUNES.....	8
1.1.1 <i>Souffrance psychique et précarité, une liaison à prendre en compte.....</i>	8
1.1.2 <i>Une discrimination parfois compliquée.....</i>	8
1.2 DONNÉES MÉDICALES SUR LES TROUBLES PSYCHIQUES DES JEUNES.....	10
1.2.1 <i>Des « signes prédictifs », décelés rétrospectivement.....</i>	10
1.2.2 <i>Une forte prévalence des troubles mentaux.....</i>	10
1.2.3 <i>Des troubles mentaux masqués par des conduites délictuelles.....</i>	13
1.2.3.1 Nombre de psychotiques font leur entrée avérée dans la maladie sous forme d’un acte violent... 13	
1.2.3.2 Les troubles dits caractériels ou psychopathiques touchent des adolescents et jeunes adultes très violents..... 14	
1.2.3.3 La violence pathologique, un phénomène d’une ampleur mal connue..... 15	
1.2.3.4 Cannabis et troubles mentaux..... 16	
1.3 SPÉCIFICITÉS DES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES JEUNES.....	18
1.3.1 <i>Des troubles souvent graves, mais réversibles.....</i>	18
1.3.2 <i>Des techniques de soin en progrès.....</i>	19
1.4 IMPORTANCE DE LA QUESTION DE LA PRÉVENTION DES TROUBLES MENTAUX DES JEUNES.....	20
1.4.1 <i>Gravité des troubles mentaux.....</i>	20
1.4.2 <i>Une détection trop tardive des troubles mentaux.....</i>	20
1.4.3 <i>Les conséquences handicapantes du retard au soin.....</i>	21
1.4.4 <i>Une souffrance partagée par les proches.....</i>	21
1.4.5 <i>Une carence majeure : difficultés à assurer une continuité des soins.....</i>	22
1.5 CRISE DE CONFIANCE DE LA PSYCHIATRIE.....	23
1.5.1 <i>Une méconnaissance de l’efficacité des soins psychiatriques.....</i>	23
1.5.2 <i>Réalité et fantasmes à propos de la dangerosité des malades mentaux.....</i>	24
1.5.3 <i>L’illusion du modèle asilaire.....</i>	25
1.5.4 <i>De bonnes indications pour l’hospitalisation.....</i>	26
1.6 LES DIFFICULTÉS DE LA PSYCHIATRIE.....	28
1.6.1 <i>Le mythe d’une psychiatrie « sinistrée ».....</i>	28
1.6.2 <i>Demande de soins et sectorisation : de mauvais prétextes.....</i>	29
1.6.3 <i>La difficile question des moyens.....</i>	30
1.6.4 <i>Un travail en commun nécessaire pour la psychiatrie.....</i>	33
2. POUR DE NOUVELLES INTERVENTIONS DE LA PSYCHIATRIE ?.....	35
2.1 PRÉVENTIONS DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES DES ADOLESCENTS ?.....	35
2.1.1 <i>Prévention primaire : insuffisance de l’évaluation et du suivi.....</i>	35
2.1.1.1 Faut-il soigner les enfants qui présentent des signes prédictifs d’une schizophrénie ou d’autres psychoses ?..... 35	
2.1.1.2 Faut-il traiter les signes prodromiques ?..... 36	
2.1.1.3 Comment prévenir les traumatismes psychiques évitables pendant la petite enfance ?..... 37	
2.1.2 <i>Dangers et espoirs d’un dépistage précoce.....</i>	39
2.1.2.1 L’exemple de la schizophrénie plaide pour un dépistage le plus précoce possible, dès l’apparition des premiers signes morbides..... 39	
2.1.2.2 La place respective des psychiatres et des autres intervenants en matière de dépistage doit être fixée..... 39	
2.1.3 <i>Prévention tertiaire : des progrès notables dans la réinsertion des jeunes malades mentaux.....</i>	41
2.2 CONTINUITÉ DES SOINS EN PSYCHIATRIE.....	42
2.2.1 <i>Nécessité d’une palette de réponses à la crise.....</i>	43
2.2.1.1 Des urgences psychiatriques accessibles et accueillantes..... 43	
2.2.1.2 Régler la question des moins de dix huit ans..... 43	
2.2.1.3 Les conditions d’accueil en urgence psychiatrique des adolescents et jeunes adultes sont spécifiques..... 45	

2.2.2	<i>Des alternatives à l'hospitalisation en unité d'urgence</i>	46
2.2.2.1	Les centres de crise, un accueil bien inséré dans l'environnement.....	46
2.2.2.2	L'équipe d'intervention à domicile, une amélioration de la qualité de vie des familles	48
2.2.2.3	Un mode d'intervention efficace : la consultation prolongée.....	49
2.2.3	<i>Pour un renforcement de la continuité des soins</i>	50
2.2.3.1	Les hospitalisations doivent être préparées, en amont et en aval.....	51
2.2.3.2	La continuité des soins : droits et devoirs des malades mentaux.....	52
2.3	INTERVENTIONS COMPLÉMENTAIRES DANS UN ENVIRONNEMENT AMÉNAGÉ.....	55
2.3.1	<i>Des modes d'intervention à déterminer par la clinique</i>	55
2.3.1.1	L'adolescence, des limites d'âge incertaines	55
2.3.1.2	Tous les milieux sociaux sont concernés	57
2.3.1.3	Créer un troisième secteur pour les adolescents n'est pas une bonne idée	59
2.3.1.4	Ne pas enfermer les adolescents dans une catégorie de handicap psychique	59
2.3.2	<i>Des interventions concertées</i>	60
2.3.2.1	Une préconisation récurrente	60
2.3.2.2	De nombreux obstacles à cette approche concertée	61
2.3.2.3	Un système de financement encore inadapté	63
2.3.3	<i>La détection, le dépistage ou le repérage : raccourcir les délais</i>	64
2.3.3.1	Un travail en commun indispensable entre le milieu scolaire et la psychiatrie	64
2.3.3.2	Renforcer la détection à l'université	67
2.3.3.3	L'insuffisante collaboration de la PJJ et de l'ASE.....	69
2.3.4	<i>Favoriser le contact avec les structures de soins</i>	69
2.3.4.1	Les missions locales peuvent permettre un premier contact.....	70
2.3.4.2	Une modalité d'accueil innovante: les maisons de l'adolescent.....	71
2.3.4.3	Des espaces plus spécialisés de consultation pour adolescents	72
2.3.4.4	Développer des consultations pour parents	72
2.4	DES MODES DE RÉINSERTION PLUS DIVERSIFIÉS POUR LES JEUNES MALADES	73
2.4.1	<i>Un contexte scolaire et professionnel difficile</i>	73
2.4.2	<i>La formation scolaire ou professionnelle, une dimension majeure</i>	74
2.4.2.1	Les solutions apportées par les cliniques "soins études" concernent les cas les plus difficile à accompagner.....	74
2.4.2.2	Deux exemple d'hôpitaux de jour: le CEREP à Paris, et la Clinique du parc à Bordeaux.....	79
2.4.3	<i>Une intégration scolaire difficile</i>	82
2.4.3.1	L'intégration en milieu scolaire est juridiquement possible, mais elle est difficile à réaliser.....	82
2.4.3.2	Les dispositifs relais pourraient accueillir davantage de jeunes souffrant de troubles mentaux...84	
2.4.3.3	Les internats ordinaires peuvent offrir une solution de réinsertion	86
2.4.4	<i>La solution des instituts de rééducation</i>	87
2.5	LE RÉSEAU, UNE FORME DE COOPÉRATION EFFICACE	89
2.5.1	<i>Les conditions d'une coopération entre les professionnels du sanitaire et du social</i>	89
2.5.2	<i>Un exemple de partenariat entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social</i>	90
2.5.3	<i>Difficultés et succès du travail en réseau</i>	91
2.5.3.1	Le projet de réseau du Val de Marne: une démarche inachevée	91
2.5.3.2	Le réseau de promotion pour la santé mentale " Yvelines sud "	92
2.5.3.3	Quelle organisation administrative pour promouvoir l'activité en réseau?.....	95
2.5.3.4	Pour une inscription du réseau dans la planification de la politique de santé mentale	96

3. LES QUARANTE RECOMMANDATIONS..... 99

ANNEXES

Introduction

L'Inspection générale des Affaires sociales avait inscrit à son programme d'activités 2003 une mission d'enquête sur la prévention des troubles psychiatriques chez les adolescents et jeunes adultes.

Cette mission a été effectuée de septembre 2003 à février 2004 par Danièle Jourdain-Menninger et Hélène Strohl-Maffesoli, membres de l'IGAS.

Après avoir élaboré précisément la problématique de l'enquête, la mission a mené des entretiens avec des personnes ressources, a effectué des déplacements dans plusieurs départements, complétés par la visite de réalisations particulièrement intéressantes pour le sujet étudié.

La problématique retenue par la mission a conduit à limiter la population de l'enquête aux jeunes âgés de 15 à 25 ans, qui souffrent de troubles psychiatriques avérés ou de troubles psychopathiques méritant une prise en charge psychiatrique, troubles qui se sont déclarés à l'adolescence.

C'est pourquoi les problèmes des adolescents autistes ou souffrant de psychoses infantiles ou les problèmes d'évolution psychiatrique des handicapés mentaux ne sont pas traités dans ce rapport, tout simplement parce que par définition, la détection et le dépistage ont eu lieu, en principe, bien avant et que la prise en charge relèvera plus souvent d'institutions médico-sociales que psychiatriques.

L'enquête avait pour objet la prévention secondaire et tertiaire des ces troubles, c'est à dire leur dépistage précoce et leur prise en charge adaptée, afin d'éviter le plus possible que ces troubles ne se répercutent sur la vie future en termes de handicap scolaire, social, professionnel.

Les professionnels concernés par l'enquête étaient au premier chef ceux de la psychiatrie, tant publique que privée, sectorisée que libérale, et plus particulièrement le secteur de psychiatrie.

S'agissant du dépistage et de la réinsertion, la mission s'est intéressée au milieu (professionnels, institutions diverses) dans lequel les jeunes évoluent :

- les familles, abordées essentiellement par l'intermédiaire de l'UNAFAM et par quelques témoignages
- l'Education nationale, qu'il s'agisse du secteur public ou du secteur privé
- le secteur médico-social et surtout les Instituts de rééducation
- le secteur judiciaire, avec la protection judiciaire de la jeunesse, mais aussi les services de psychiatrie sectorisés en prison (SMPR)
- l'Aide sociale à l'enfance
- et de manière plus marginale, les professionnels et les associations œuvrant dans le secteur de la jeunesse, des sports et des loisirs.

L'objectif de l'enquête était de voir si l'assertion communément admise selon laquelle il y aurait une défaillance grave de la psychiatrie, notamment en termes de difficultés d'accès aux soins, était vraie et comment il serait possible de remédier aux dysfonctionnements repérés.

Il s'est donc agi de vérifier si et comment s'organisait un circuit de détection puis de dépistage des pathologies psychiatriques de cette population, comment ces jeunes étaient pris en charge ensuite, d'un point de vue psychopathologique, mais aussi du point de vue de leur réinsertion.

La démarche qui a sous tendu l'enquête a eu pour objet de comprendre ce que sont les pathologies psychiatriques qui touchent la population des 15-25 ans, dans leurs manifestations prodromiques puis dans leurs symptômes pathologiques, connaître les taux de prévalence, et surtout d'incidence.¹

C'est à partir de la description des pathologies et de leurs manifestations que peuvent être définies des stratégies de prévention.

Mais il était également nécessaire de décrire le contexte dans lequel vit la population générale de cette tranche d'âge, ses activités, ses besoins, ses modes de vie pour pouvoir à la fois déceler des comportements singuliers inquiétants et comprendre les attentes d'une prise en charge qui vise à réinsérer les sujets sinon en milieu ordinaire, du moins en milieu aménagé.

Face à cette grille théorique des attentes par rapport au service public de psychiatrie, la mission a enquêté sur la mise en œuvre.

Par deux types d'approche : dans trois départements, le Bas-Rhin, la Gironde, le Val-de-Marne, divers acteurs ont été réunis en trois tables rondes : de la détection au dépistage ; du dépistage au soin ; du soin à la réinsertion.

Parallèlement à cette plongée dans un terrain « banal », la mission a visité un certain nombre de lieux, de personnes, d'institutions, essentiellement en Ile-de-France.

Il s'agissait d'établissements spécialisés dans l'accueil, en urgence, en crise, en clinique études, en hôpital de jour, en internat spécialisé, de services psychiatriques sectorisés en prison et de personnes ressources : notamment dans les administrations en charge de ces questions dans notre ministère, (DGS, DGAS, DHOS) mais aussi à l'Education nationale (avec l'accompagnement de Catherine Bizot, inspectrice générale de l'éducation nationale, qui a travaillé en appui de la mission sur ce point), et dans divers services de l'inspection générale et de l'administration pénitentiaires, de la protection judiciaire de la jeunesse, et de l'aide sociale à l'enfance (Paris).

Différents professionnels de la psychiatrie ont largement « guidé » ce travail, G. Bourcier, G. Massé, G. Vidon.

¹ La prévalence est le pourcentage de personnes d'une population qui souffrent d'une pathologie. A l'instant T, qui sont en train d'en souffrir ou qui en ont souffert une fois dans leur vie ; l'incidence en revanche est le nombre de nouveaux cas d'une pathologie dans une population donnée, à un instant donné.

La prévalence permet de situer l'importance du problème en général, l'incidence, taux plus bas, permet d'estimer quelle chance ont différents professionnels de rencontrer cette pathologie. Par exemple le taux de prévalence de la schizophrénie est de 1 à 2 % selon les études ; mais le taux de prévalence pour les 15-30 ans est de 1,3 pour 1000.

Le présent rapport s'articule en trois chapitres :

Le premier chapitre expose l'état de la question, il décrit les pathologies, les replace dans leur contexte, en estime les facteurs de risques et les principales conséquences pour les jeunes ;

Le deuxième chapitre confronte les attendus d'une stratégie de prévention et de prise en charge les plus précoces possibles aux réalités du terrain, pour le meilleur et pour le pire ;

Le troisième chapitre reprend toutes les recommandations du rapport, en direction des responsables d'une politique publique de psychiatrie.

En guise de préambule

D'une manière générale, il faut souligner que la souffrance qu'éprouvent les personnes atteintes de troubles mentaux, et celle de leur famille, en particulier les parents et les frères et sœurs des jeunes malades mentaux, ne doit pas être banalisée dans l'idéologie générale de la plainte et de la victimologie.

Les jeunes qui débutent une psychose souffrent intensément d'hallucinations visuelles et auditives, ils sont persécutés par divers personnages qu'ils « voient » autour d'eux, ils éprouvent un sentiment d'angoisse qui n'a rien à voir avec un malaise adolescent. Les jeunes filles et de plus en plus les jeunes garçons qui souffrent de troubles du comportement alimentaire se laissent mourir. Les jeunes qui souffrent d'angoisses sont des candidats à un suicide réussi, un certain nombre d'entre eux « s'en tire » avec des séquelles psychomotrices particulièrement graves.

La question des troubles mentaux des adolescents et des jeunes adultes ne doit pas non plus être circonscrite aux milieux sociaux les plus défavorisés. Elle traverse tous les milieux sociaux.

Mais il est vrai que certaines catégories d'adolescents et de jeunes adultes sont plus particulièrement vulnérables : les jeunes détenus qui aboutissent dans les centres spécialisés des prisons, sont plus rarement des malades mentaux au sens classique ; ce sont pourtant des enfants qui souffrent d'un syndrome d'attachement très fort, qui sont agités par leurs émotions, débordés par une violence qu'ils ne peuvent plus contenir. C'est parfois le cas des jeunes de l'aide sociale à l'enfance ou de la protection judiciaire de la jeunesse.

A côté de cela, il faut noter que la psychiatrie est encore rarement considérée comme une urgence véritable. Certes, comme le disait à la mission Ph. Blanchard, DDASS de Seine-Saint-Denis, tout le monde s'accorde à dire que la question de la psychiatrie, particulièrement pour les jeunes est fondamentale et pourtant « on » ne fait rien ou très peu.

Et pourtant...la mission a rencontré des professionnels particulièrement motivés et inventifs, avec une réelle volonté de travailler en commun pour agir sur tous les leviers qui peuvent agir sur le parcours du jeune atteint de troubles mentaux.

Elle a cherché à mieux faire connaître ces expériences de terrain, qui méritent non d'être copiées mais d'être connues et encouragées par les pouvoirs publics.

Il lui a semblé que les services déconcentrés avaient un rôle essentiel à jouer pour animer ces politiques qui ne peuvent être qu'essentiellement locales, et qu'il revenait à l'administration centrale de faire connaître et de diffuser les leçons à tirer des expériences menées sur le terrain.

Avant d'aborder le corps du rapport, les inspectrices tiennent à souligner à quel point ce sujet est important pour la cohésion de notre société et pour son avenir.

En effet, s'il y a un effet de mode de la psychiatrie adolescente, avec le défilé de divers types pathologiques sur le petit écran, aux limites de l'obscénité, ceci ne diminue en rien l'urgence qu'il y a à prendre au sérieux cette question des troubles mentaux des adolescents et des jeunes adultes.

1. État de la question.

Si beaucoup des manifestations de souffrance, de repli, de troubles de la conduite des adolescents et jeunes adultes peuvent être rapportés à l'existence de troubles psychiatriques ni décelés, ni traités, ce serait une erreur de traduire l'ensemble des problèmes sociaux de la jeunesse en termes psychiatriques.

L'enquête de l'inspection générale sur la prévention secondaire et tertiaire des troubles psychiatriques chez les adolescents et jeunes adultes porte sur des pathologies précises et dénombrables.

Il s'agit de pathologies psychiatriques telles qu'exposées dans les classifications internationales reconnues ; même s'il est souvent difficile de faire abstraction de l'expression sociale de tel ou tel trouble psychiatrique, on veillera à ne pas amalgamer évolution sociologique et trouble psychique.

Ces troubles vont revêtir des formes différentes chez les jeunes, notamment l'imprévisibilité de leur évolution à l'âge adulte.

Il est néanmoins nécessaire de faire un effort pour quantifier ces troubles, rapportés à l'ensemble de la classe d'âge et à d'autres problèmes, notamment sociaux, qui peuvent y être associés.

C'est sur ces bases qu'il sera possible de définir les attendus d'une politique de prévention.

1.1 Troubles psychiatriques et "mal être" ou révolte des jeunes.

1.1.1 *Souffrance psychique et précarité, une liaison à prendre en compte.*

La question de l'intrication des problèmes psychiatriques et des problèmes sociaux est difficile. En effet, on constate souvent une sur représentation de personnes souffrant de troubles psychiques, notamment de dépression parmi les personnes en situation d'exclusion. (Declerkq 2001, Lazarus 1993, Kovess Précarité et santé mentale, in Références en psychiatrie, ed Doin, 2001...).

Les enquêtes effectuées sur des populations de jeunes en grandes difficultés sociales et comportementales, par exemple des jeunes suivis par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). montrent aussi une prévalence plus importante de dépressions, d'idées suicidaires etc.

Deux tentations existent alors : faire du trouble psychique, préalable, une cause de la « chute sociale », faire des conditions de vie sociales les déterminants du mal être psychique, notamment des symptômes dépressifs, des idées suicidaires.

La question est compliquée par celle de l'usage de substances addictives.

1.1.2 *Une discrimination parfois compliquée*

Il faut noter la proximité entre signes prédictifs d'un trouble psychiatrique grave et comportements anormaux d'explication sociologique.

Ainsi tous les comportements qui dénotent des difficultés scolaires, l'absentéisme, les retards, les comportements indisciplinés voire franchement insolents ou agressifs, la

baisse des résultats scolaires, l'absence de tout travail scolaire sont susceptibles de multiples explications :

- **scolaires, voire pédagogiques** (Les interactions à l'œuvre dans une classe et leurs effets sur certains élèves vulnérables sont peut-être trop peu étudiées) ;
- **sociales et culturelles**, c'est-à-dire les effets soit de la pauvreté et de la précarité, soit de la méconnaissance par certains parents des règles qui régissent la fréquentation de l'école ;
- **familiales**, c'est-à-dire les effets de situations instables ou au contraire fermées, de l'indifférence des parents par rapport à l'école ou au contraire de ce qu'on nomme le harcèlement éducatif etc ;
- **sociologiques ou psychosociales** : il s'agit là des effets de l'appartenance des adolescents ou jeunes adultes à des groupes, voire des tribus, dont on a jusqu'alors peu étudié les effets sur leur comportement individuel. La tribu peut être une tribu extrascolaire (musicale, de cité, délinquante etc.) ou scolaire, et il faut noter que peu d'enseignants sont formés à travailler avec les groupes ;
- **psychologiques ou psychiatriques**. Quand le comportement à l'école ou les interactions développées par rapport au système scolaire sont des expressions de troubles psychiatriques : ainsi du retrait sur soi et du développement d'un comportement d'échec pour les adolescents dépressifs ; des « crises » et autres prises de paroles désordonnées développées par certains adolescents souffrant déjà de troubles de l'humeur ; de l'absentéisme scolaire accompagné d'une chute des résultats qui traduisent parfois la naissance de troubles schizophrénique, sans parler de l'abattement en classe voire de l'endormissement qui traduisent le plus souvent une consommation abusive de cannabis ou d'alcool.
- **Il y a sans doute une interaction entre une évolution sociologique et des constructions psychologiques personnelles** ; un climat, une ambiance de l'époque alourdissent certains troubles et sont bénéfiques à d'autres, sans doute trouve-t-on moins de pathologies liées à l'interdit du sexe et de l'expression des émotions, mais plus de pathologies liées à l'absence de limites, à l'omniprésence d'une culture de l'image, plus de pathologies liées aux diverses instabilités familiales, sociales et à ce que l'on peut nommer une culture de l'instant au détriment d'une culture de la projection dans l'histoire.

Les comportements des jeunes s'analysent non seulement en fonction de ce qu'ils représentent comme contestation ou transgression de la norme ou d'expression de retrait par rapport à celle-ci, mais en fonction de paramètres variés, sur le contexte social, familial et culturel dans lequel s'expriment ces signes. Ecouter le sens que leur donnent les adolescents et jeunes adultes plutôt que de leur attribuer une signification a priori s'avère très important.

1.2 Données médicales sur les troubles psychiques des jeunes.

1.2.1 Des « signes prédictifs », décelés rétrospectivement

Les troubles mentaux des adolescents et jeunes adultes se manifestent à l'adolescence, même si rétrospectivement on peut constater l'existence de certains troubles dans l'enfance.

Tous les adolescents ayant présenté ces symptômes ne développeront pas de tels troubles,

tous les jeunes présentant, à moment donné, des troubles mentaux avérés ne deviendront pas malades mentaux, a fortiori psychotiques.

1.2.2 Une forte prévalence des troubles mentaux.

« Un enfant sur huit souffre 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. »²

Estimation du nombre d'adolescents de 15 à 19 ans souffrant d'un trouble mental en France /Population des 15-19 ans (4 millions) Inserm, cité.	
Autisme et autres TED	10 832
Hyperactivité	39 677
TOC	39 677
Troubles anxieux	198 385
Dépression	127 703
Anorexie	3 571
Boulimie	12 218
Schizophrénie et troubles bipolaires	19 839

Le champ de la présente enquête est cependant, à la fois plus étroit, puisqu'il n'inclut que les troubles mentaux se manifestant à partir de l'adolescence (excluant l'autisme et les psychoses infantiles), mais plus large, puisqu'il inclut les psychopathies, notamment celles présentées par des adolescents soumis dans leur enfance à des traumatismes graves.

Touchent surtout les adolescents les troubles anxieux et les troubles dépressifs, les troubles de l'humeur (dysthymie, trouble dépressif majeur, trouble maniaque-dépressif), les troubles du comportement alimentaire, les bouffées délirantes et la schizophrénie :

⇒ **Les troubles anxieux** peuvent s'exprimer de différentes façons, par des soucis excessifs concernant les résultats scolaires, des troubles du sommeil, de la mémoire, des attaques de panique, des phobies sociales. Certains troubles anxieux traduisent un **état de stress post traumatique**, que l'on retrouvera d'ailleurs souvent chez de jeunes adultes présentant d'importants troubles de la conduite, des

² Inserm, expertise collective mars 2003

comportements addictifs et finalement un état de grande souffrance dépressive. (C. de Beaurepaire, SMPR Fresnes).

« *Les experts constatent que c'est trop souvent la survenue de complications comme le refus scolaire, les troubles de l'adaptation sociale ou du comportement, les tentatives de suicide ou les troubles dépressifs qui mène, tardivement, au diagnostic des troubles anxieux de l'enfant.* » (Inserm, cité ci-dessus)

Phobies sociales chez les adolescents

Etude longitudinale de Munich

Cohorte de 2548 jeunes représentatifs de la population générale de Munich (14-24 ans)

- Evaluation diagnostique psychiatrique très complète et standardisée (UM-CIDI)
- Suivi sur 34 à 50 mois
- Prévalence de la phobie sociale au début de l'étude ; 7,2%

Lors du suivi :

- risque de dépression significativement plus élevé par rapport aux sujets sans phobie sociale : odds ratio = 2,3 (1, 2-4,6)
- tentatives de suicide : odds ratio = 6,1 (1, 2-32, 2)

Wittchen, Stein et al, 1998-2001

Synthèse des caractéristiques épidémiologiques

- Taux de prévalence : environ 3 à 5% de la population générale
- Sex-ratio : environ 1 à 2 femmes/1 homme
- Début habituel dans l'enfance avec deux pics :
 - première enfance (école maternelle)
 - adolescence
- Evolution chronique > 15-20 ans
- Retentissement certain ; altération de la qualité de vie, handicap dans les études, la réussite professionnelle, le statut marital
- Comorbidité psychiatrique : dépression et alcoolisme (secondaires le plus souvent)
- Problème de dépistage et de consultation spontanée (non-information et sentiment de honte).

Cité dans Epidémiologie et dépistage des phobies sociales, A. Pelissolo in Nervure – Tome XV n° 6 – Septembre 2002.

⇒ **Les troubles du comportement alimentaire (TCA)** touchent surtout les adolescentes (1 % des jeunes filles de 17 à 19 ans pour la boulimie, 0,2 % des jeunes filles de 13 à 19 ans pour les anorexies de forme restrictive pure).

⇒ **Les troubles de l'humeur** apparaissent le plus souvent chez les adolescents, notamment les filles, précédés par des troubles anxieux et des troubles du comportement. (hyperactivité, difficultés de concentration...). Ces troubles non dépistés et non traités conduisent à de nombreuses tentatives de suicides. (40 % d'après les études américaines, chez les enfants et adolescents déprimés ; de même, le taux de mortalité par suicide des patients souffrant de troubles bipolaires non décelés serait d'un quart.)

P La schizophrénie se caractérise par des troubles du cours de la pensée, des idées délirantes, des hallucinations, une discordance affective. Elle est rare chez l'enfant et débute généralement à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte.³ La conférence de consensus sur le sujet⁴ distingue quatre phases de la schizophrénie à ses débuts : phase pré-morbide, avec les signes précurseurs non prédictifs citée ; phase prodromique qui est celle où apparaissent les premiers symptômes négatifs, mais qui restent encore limités par rapport à d'autres symptômes non spécifiques : thymiques, pseudo névrotiques, modifications du comportement avec irritabilité, rires immotivés, épisodes de dépersonnalisation a minima avec impression d'avoir changé, intérêt pour l'occultisme, la magie, les sectes, baisse des aptitudes cognitives (expression embrouillée de la pensée), de l'exercice de la volonté, symptômes physiques (perte de poids, d'appétit, troubles du sommeil), sensations corporelles étranges, recours aux toxiques.

L'apparition des symptômes positifs, en général peu nombreux et peu marqués dans un premier temps, conditionne le repérage, par un médecin généraliste ou psychiatre selon les cas, du premier épisode psychotique. Ils sont principalement représentés par des idées délirantes de référence et de persécution. Les hallucinations, surtout auditives, apparaîtraient ensuite, avec ou sans syndrome d'influence ou d'automatisme mental.

Dans un article rendant compte à la fois d'études récentes de la littérature et d'une enquête menée sur les patients hospitalisés pour la première fois en psychiatrie de quatre secteurs de l'hôpital spécialisé Charles Perrens à Bordeaux, H. Verdoux note, après correction par rapport à l'âge de la population générale des secteurs, les taux d'incidence hospitalière suivants⁵ :

- schizophrénie largement définie : 0,13 pour mille personnes habitant le secteur
- schizophrénie strictement définie : 0,06 pour mille ;
- troubles de l'humeur psychotiques : 0,15 pour mille ;

autres troubles psychotiques : entre 0,06 pour mille et 0,15 pour mille selon que l'on a classé les schizophrénies de manière large ou stricte.

Si l'on extrapole cette étude, cela signifie que chaque année, il y aurait pour un secteur de psychiatrie de 100 000 habitants, 34 nouveaux psychotiques. Soit pour un lycée de 1000 élèves, un nouveau patient tous les trois ans. Soit pour un généraliste qui voit environ 2000 patients, la chance de voir une schizophrénie débutante est de moins d'un cas par an

De manière générale, si les taux de prévalence (nombre de personnes ayant manifesté une fois au moins dans leur vie la pathologie) des troubles mentaux sont relativement importants, le taux d'incidence (les nouveaux cas qui se présentent chaque année) restent faibles.

³ Selon l'étude d'H. Verdoux citée, sur quatre secteurs de l'hôpital Charles Perrens à Bordeaux, il y aurait un pic d'incidence chez les hommes entre 16 et 19 ans, suivi d'une décroissance progressive ; En revanche chez les femmes le pic d'incidence augmente progressivement pour présenter un pic entre 30 et 39 ans, puis entre 50 et 60 ans

⁴ Conférence de consensus sur la schizophrénie débutante, version longue, ANAES, rapporteur G. Vidon, hôpital Esquirol, St Maurice

⁵ Le taux d'incidence rend compte du pourcentage de nouveaux malades pour une année et une population donnée. Il est forcément plus faible que le taux de prévalence.

Cette faible incidence a des effets importants en matière de stratégie de prévention comme on le verra plus loin, point ne vaut de former des professionnels au dépistage des psychoses, en revanche, il paraît important de les former au repérage de signes symptomatiques ou prodromiques pouvant évoquer une psychose (ce qu'on nomme détection) et amenant à adresser les patients pour diagnostic à des professionnels spécialisés.

1.2.3 Des troubles mentaux masqués par des conduites délictuelles.

Il semble à la mission qu'il convient d'ajouter à l'ensemble des troubles classiques ainsi décrits une catégorie de troubles plus souvent classés au pénal, c'est-à-dire les troubles de la conduite délinquante ou criminelle des jeunes, dont nombre d'entre eux apparaît souffrir de troubles psychiques, dont ces crimes et délits sont un mode d'expression.

Il n'est certes pas question certes de « psychiatriser le social », comme on le dit souvent, mais de poser la question de l'étiologie des comportements violents, précoces et répétés, ainsi que celle de la santé mentale de jeunes délinquants ou adolescents compulsivement violents.

On doit distinguer deux types de liaisons entre troubles mentaux et conduites délictuelles ou criminelles. D'une part, un certain nombre de jeunes font « une entrée » dans la psychose (essentiellement schizophrénie) par l'acte violent ; d'autre part, des jeunes qu'on nomme quand ils sont enfants caractériels, plus tard psychopathes expriment par des actes pénaux un trouble psychique grave et spécifique.

1.2.3.1 Nombre de psychotiques font leur entrée avérée dans la maladie sous forme d'un acte violent.

« J'ai vu peu d'adolescents pour lesquels le diagnostic de schizophrénie pouvait être donné comme ça ... j'en ai vu un, de 17 ans, il n'y a pas très longtemps, qui avait voulu tuer sa mère, (personne n'avait même pensé qu'il était nécessaire de faire une expertise). La question était de savoir où on allait le mettre. Mais c'était évident que c'était là une entrée dans la schizophrénie. C'est relativement rare, ce n'est pas tellement le genre de problèmes que l'on a. Je dirais que ça, c'est « assez facile », on arrive à s'en sortir ». Betty Brahmi, in Recherche-action, intitulée « propositions cliniques pour les jeunes auteurs d'agressions ou de violences ».

L'UNAFAM rapporte de nombreux cas d'incarcération de jeunes schizophrènes non stabilisés, lesquels sont trop systématiquement déclarés responsables et incarcérés. L'expertise collective de l'Inserm fait état de 3,5 % de schizophrènes en prison, ce qui est supérieur au taux de prévalence dans la population générale, mais pas tellement, s'agissant d'une population très masculine.

S'agissant des autres troubles mentaux décrits, il faut noter une tendance à dépister chez des personnes ayant eu des comportements de délinquance sexuelle, des troubles bipolaires, notamment quand elles ont été sous l'emprise de substances psycho-actives.⁶

Enfin, nombre de personnes incarcérées sont des consommateurs abusifs de substances psycho-actives, que ceci soit à l'origine de leur délit ou non, et il s'avère,

⁶ Journée de l'association sur les troubles bipolaires, au Sénat, 2003

lors de leur prise en charge psychiatrique, qu'après sevrage, s'installent des troubles dépressifs graves, dont on peut penser que la prise de substances les a occultés, mais sans les soigner vraiment.(Ch. de Beaurepaire, entretien avec la mission)

1.2.3.2 Les troubles dits caractériels ou psychopathiques touchent des adolescents et jeunes adultes très violents.

Dès qu'ils apparaissent, souvent dans l'enfance ou la pré-adolescence, ces troubles sont graves et ressortissent plus à un trouble mental qu'à une « mauvaise éducation ».

Sans entrer dans le débat suscité par ses analyses sur l'origine d'un certain nombre de ces troubles, on peut citer là la description faite par M. Berger⁷ en deux passages de son livre.

« Les « troubles caractériels » constamment sous-évalués, consistent en des mouvements d'opposition brusque 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. Les moments caractériels sont donc en fait de véritables moments hallucinatoires déclenchés par l'événement qui a rappelé à l'enfant un contexte particulièrement insupportable qu'il a vécu lorsqu'il était plus petit, spécialement lorsqu'il avait moins de deux ans, quand il n'avait pas le langage pour l'aider à comprendre et à maîtriser ce qui se passait. Les termes « d'intolérance à la frustration » ou de « refus de la loi et des règles » fréquemment utilisés pour décrire ces situations, sans être inexacts, sous-estiment considérablement la gravité des processus en jeu.

.... 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 (nous n'évoquons pas ici les actes de violence commis en bandes, du genre violence des « banlieues sensibles »). ... 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 hyperviolents sur le territoire français. Ce chiffre est 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. » In Maurice Berger, op.cit. pages 76 et 167.

Même si ces troubles ne ressortissent pas de la nosographie psychiatrique classique, ils sont pour certains psychiatres accessibles à des soins psychiatriques et ne ressortiraient pas uniquement de la relégation carcérale. Il faut citer ce point de vue non seulement les psychiatres habitués à ces cas, c'est à dire travaillant auprès de jeunes détenus, mais aussi Ph. Jeammet à l'Institut mutualiste Montsouris. Ces « pathologies des limites » sont accessibles à des traitements médicamenteux et psychothérapeutiques.

⁷ M. Berger, l'Echec de la protection de l'enfance, Dunod, 2003

Le docteur Betty Brahmi, déjà citée, explique que la notion de psychopathie est un fourre tout extrêmement peu satisfaisant. « *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 on a l'impression que le passage à l'acte est la seule expression identitaire.* »

Cette analyse est corroborée par Ch. De Beaurepaire, chef du service psychiatrique pénitentiaire de la prison de Fresnes : au jour de la visite de la mission, presque 40 % des détenus hospitalisés au SMPR avaient moins de 30 ans. Elle constate chez ces malades l'importance d'un tableau clinique qu'elle rapproche du syndrome de stress post-traumatique. Une fois le sevrage des substances psycho-actives effectué, les symptômes d'agitation contenus par des thérapies appropriées, s'installe une très profonde dépression, traduisant très souvent un passé d'évènements très traumatiques, survenus dans l'enfance.

Courrier envoyé à une assistance sociale affectant des placements en séjours de rupture au Sénégal :

A l'attention de Mme XXX assistance sociale

Madame,

Faisant suite à notre communication téléphonique du 24 juin 2003, je me permets de vous adresser ce rapport concernant le jeune

J'entreprends cette démarche après avoir joint toutes les structures non traditionnelles de France, avoir interpellé le DERPAD et le GERLA, avoir joint plus d'une trentaine d'hôpitaux de jour ou placements familiaux thérapeutiques et spécialisés, avoir envoyé des E-Mail à l'ANASS (association nationale des assistants de service social), appelé l'Ecole des parents et des éducateurs, l'UNAFAM, l'UNAPEI, consulté le guide Néret, interpellé la CDES (selon eux, ce jeune ne relève pas de l'éducation spécialisée), mes différents collègues hospitaliers, PJJ, ASE, Guy Gilbert, l'Ecole Mobile des Brandons, l'association Assist'em, les associations de parents (lors de leur dernière manifestation - Paris)... Sans oublier, les multiples et réguliers échanges avec la référente éducative (ADSEA) et le Juge pour Enfants, ayant en charge son dossier.

Je suis persuadée que votre structure regroupe ce dont Stéphane aurait besoin après dix années d'institutionnalisation, « des soins et de l'éducatif » regroupés sur un même lieu. Ceci, viendrait stopper net les allers et venues de ce jeune adolescent de 14 ans.

Ma difficulté pour trouver une orientation reste le sempiternel adage des services interpellés, qui dit « ce qui est éducatif n'est pas psychiatrique et ce qui est psychiatrique n'est pas éducatif ». Ceci est bien entendu une caricature de ma part, qui me semble pourtant, peu éloignée d'une certaine réalité.

Vous êtes la seule personne ne m'ayant pas renvoyée, de la peur vis-à-vis de la prise en charge de cet enfant en grande souffrance. Il me semble que l'institution au terme stricto sensu serait pour l'enfant, à abolir pour Stéphane qui vient d'y passer 10 ans de sa vie.

Je me tiens bien évidemment à votre entière disposition et vous prie de bien vouloir agréer, Madame, mes salutations les plus distinguées.

1.2.3.3 La violence pathologique, un phénomène d'une ampleur mal connue.

Aucune de ces remarques ne prétend minimiser la gravité des délits et crimes commis par les jeunes personnes souffrant des troubles ainsi décrits.

Mais force est de constater que sans doute pour diverses raisons à approfondir, l'expression violente de troubles mentaux a augmenté et qu'elle dépasse le cas classique de l'acte commis par un psychotique sous l'emprise de voix et d'hallucinations. De même la conjonction de troubles mentaux et de prises de diverses substances produit des états moins souvent répertoriés comme causant une absence ou un amoindrissement

de discernement (L.122-4 du Code pénal) qu'une ivresse alcoolique, d'ancienne réputation en notre pays.

Si bien qu'un nombre important des jeunes détenus souffraient de troubles mentaux avant de commettre l'acte pénal pour lequel ils sont poursuivis ou condamnés, et se retrouvent en prison, sans que cette institution dispose vraiment des moyens de les soigner efficacement.

Cette augmentation des détenus souffrant de troubles psychiatriques, notamment des jeunes, ne traduit cependant pas uniquement celle de la violence.

Tout d'abord, elle est très différente de l'augmentation des comportements anormaux des bandes de jeunes, qui ressortit d'approches préventive et répressive collectives et éducatives, par lesquelles la société adulte doit énoncer et faire respecter les règles de la vie en commun. La violence d'individus souffrant de psychopathies ressortit d'une approche psychiatrique individuelle. Ces deux problèmes, celui de l'incivilité des jeunes et celui de la violence irrépressible de quelques jeunes sont trop souvent amalgamés, soit pour dénier la seconde, soit pour stigmatiser tout un groupe social (les jeunes, beurs, ou d'origine étrangère ou des cités etc.).

Si tous les troubles mentaux ne sont pas liés aux comportements parentaux et si l'époque de la mise en cause systématique et cruelle des parents d'autistes, de schizophrènes, d'enfants suicidaires ou anorexiques mentaux paraît heureusement dépassée, si la pauvreté n'est plus assimilée à la misère affective et la marginalité à l'incapacité parentale, force est de noter qu'il s'en est suivi un systématisme dans l'autre sens : la critique du retrait de l'enfant à sa famille, quand celle-ci n'a besoin que d'un soutien matériel ou/ et psychologique pour faire face n'aurait pas dû signifier l'absence de mesure de protection face à des parents gravement incapables ou / et maltraitant.

1.2.3.4 Cannabis et troubles mentaux.

Elle est en effet à la fois symptôme et dans certains cas facteur de risque accroissant les probabilités de développer certaines pathologies mentales.

La conférence de consensus sur les schizophrénies débutantes a étudié le rapport entre schizophrénie et consommation de cannabis, parce que c'est le produit le plus souvent évoqué (les observations de la mission sur le terrain le confirment) et parce que c'est la substance la plus consommée.

Des études de la littérature (notamment étude de cohorte suédoise sur plus de 50 000 conscrits) il apparaît une consommation de cannabis régulière plus importante chez les patients hospitalisés pour troubles psychiatriques (23% à 50%). Une consommation de cannabis supérieure à 50 fois par an sur une période de cinq ans est associée à une prévalence de 6 à 6,7% de cas de schizophrénie.

« Sur les sujets sains, les substances psychoactives entraînent l'apparition de troubles d'allure psychotique. Chez ces mêmes sujets, la prise de cannabis induit des manifestations psychotiques aiguës dans 15 % des cas. Elles régressent généralement. ⁸

⁸ C'est ce que les psychiatres rencontrés par la mission ont nommé « une véritable épidémie de bouffées délirantes, suite à une consommation très élevée de cannabis, bouffées délirantes qui effectivement régressent, en appliquant selon les cas des protocoles médicamenteux, dans d'autres cas -, mais aussi des protocoles psychothérapeutiques de divers types. En revanche, ces cliniciens se montrent tous inquiets face aux adolescents qui connaîtraient de tels phénomènes à répétition et sans se soigner.

Il en est de même du syndrome amotivationnel lié à une imprégnation cannabique importante, dont les troubles (indifférence affective, inhibition, pauvreté intellectuelle et ralentissement de la pensée) disparaissent en quelques semaines d'abstinence.

Chez les patients schizophrènes en revanche, les substances psychoactives sont susceptibles de majorer les symptômes psychotiques, le cannabis en particulier provoque un début plus précoce de la maladie, l'augmentation des rechutes, une plus grande sévérité des épisodes et une moindre adhésion aux soins ».

Ainsi, dans l'ensemble de la littérature citée par la conférence de consensus, mais aussi dans d'autres sources⁹, il est rapporté la fréquence des comportements addictifs chez les patients souffrant de troubles mentaux, sans que l'on puisse en l'état actuel de la science savoir si les patients dépressifs, souffrant de troubles psychotiques ou prépsychotiques « consomment pour soulager la dysphorie et l'anxiété » (Verdoux, op.cit.) cit.) ou si c'est cette consommation qui aggrave leurs symptômes. De même s'agissant de l'observance des traitements.

En vertu du principe de précaution, il apparaît peut-être que l'information sur le danger de substances, comme le cannabis et l'alcool n'est pas assez bien relayée. La réduction des risques passe sans doute aussi par une information ciblée, notamment sur les jeunes souffrant soit de signes prodromiques psychotiques, soit de syndromes dépressifs, apathiques, abouliques qui sont soit des conséquences de la consommation, soit au contraire des signes prédictifs d'une évolution vers une pathologie plus grave, que leur consommation symptomatique de produits psychotropes n'enrayera pas, c'est le moins qu'on puisse dire. Il en est de même, s'agissant de cette consommation de substances psychoactives chez des jeunes souffrant de syndromes de stress post traumatique : souvent cette consommation peut conduire à des passages à l'acte violents, impulsifs et le sevrage laisser apparaître un état de très grande dépression.

Il s'agit alors, de ne pas méconnaître derrière les signes liés à une consommation excessive de produits, les signes spécifiques d'un vide psychotique, d'une mélancolie profonde, etc. Symptômes qui seront souvent décelés pour la première fois en prison, après un passage en SMPR et une médication antipsychotique visant à calmer l'agitation.

**

De l'ensemble de ces constats, il faut tirer les conclusions suivantes :

- **si la prévalence des troubles mentaux au sens large est importante dans la population des 15-25 ans, leur incidence est relativement faible : de 0,1 à 0,3 pour mille pour les plus graves d'entre eux. (la schizophrénie) ;**
- **Les signes prédictifs de tels troubles ne sont pas spécifiques et ne sont pas de nature à représenter des signaux d'alerte, du moins du point de vue psychique ;**

⁹ F. Liraud, H. Verdoux Caractéristiques cliniques et pronostiques associées à une comorbidité addictive chez des patients hospitalisés en psychiatrie. « Même si l'existence d'un lien de causalité direct entre addiction comorbide et aggravation du pronostic n'est pas définitivement établie, la mise en évidence d'une telle association plaide en faveur d'une prise en charge spécifique et précoce des conduites addictives comorbides, y compris face à un diagnostic d'abus

- Les signes prodromiques ne signifient pas une évolution vers la pathologie, notamment psychotique, mais leur évolution dépendant aussi du contexte de vulnérabilité individuelle, sociale et familiale, il est important de les déceler et de les prendre en charge ;
- s'agissant des consommations de produits psychoactifs, s'il n'est pas avéré qu'ils soient facteurs de risque ou cause de survenue notamment de schizophrénie, il apparaît avéré qu'une consommation abusive et prolongée de cannabis peut causer chez un pourcentage non négligeable de sujets sains des épisodes de type bouffée délirante, qui régresseront à l'arrêt de la prise de substance, de même que l'apathie et l'aboulie que cause la même consommation. S'agissant de sujets vulnérables, prépsychotiques ou psychotiques, la consommation de cannabis apparaît comme un risque d'aggravation des symptômes et de moindre compliance au traitement.

1.3 Spécificités des troubles mentaux chez les jeunes

1.3.1 *Des troubles souvent graves, mais réversibles*

C'est leur caractère paradoxal qui caractérise le mieux les troubles mentaux chez les jeunes : plus graves dans leurs manifestations que chez les sujets plus âgés (crimes, délits, retraits, violences, errance), mais réversibles, susceptibles d'un retour à la normale de manière non corrélée avec leur gravité ; parfois vécus comme un signe ostensible, voire ostentatoire d'appartenance (tous les secteurs décrivent la venue aux urgences psychiatriques le week-end de bandes de jeunes accompagnant l'un des leurs qui « pète un câble ou déprime ou menace de se tuer), d'autre fois déniée, en tout cas caché, souvent derrière une consommation aggravée de cannabis et une aboulie qui ne dérange personne, en tout cas pas l'institution scolaire ; à fort degré de perturbation sociale dans certains cas d'agressivité, d'instabilité, de prises de paroles intempestives ou, au contraire, se cachant derrière un comportement « normopathique » notamment chez les jeunes filles et maintenant garçons souffrant de troubles du comportement alimentaire, mais aussi tout simplement les victimes d'un harcèlement éducatif parental. Nombre de ces troubles vont s'exprimer et être catalysés par l'ambiance de l'époque : ainsi les tendances au nomadisme de nombre de jeunes, nomadisme affectif, sexuel, professionnel ne sauraient être interprétées comme des troubles psychiques du sujet ; en revanche, chez des sujets très fragiles et peu entourés socialement (par une famille ou par une bande, une communauté etc.) le risque est fort qu'une telle tendance précipite un trouble psychique, que le comportement en quelque sorte interagisse avec la pathologie. Ce qui ne justifie pas le retour à l'époque victorienne, mais implique de fournir aux jeunes, particulièrement quand ils sont fragiles, les étayages éducatifs nécessaires pour qu'ils fassent face aux perturbations psychologiques normales de l'adolescence, et qu'ils puissent accéder à des soins psychiatriques de qualité quand ils souffrent de troubles mentaux avérés.

1.3.2 Des techniques de soin en progrès.

Les médicaments anti-psychotiques actuels (ceux dits de quatrième type notamment) agissent mieux et plus vite sur les troubles délirants, les hallucinations, les voix etc. et ont beaucoup moins d'effets secondaires.

Les médicaments permettant de diminuer l'agitation, l'hyperactivité, les crises maniaques, mais aussi la souffrance des grandes dépressions et mélancolies peuvent être appliqués de manière très individualisée.

Les techniques de soins non médicamenteux ont aussi beaucoup fait de progrès : pour les adolescents, nombre d'équipes ont développé les approches en termes de groupes (groupes de paroles, psychodrames, d'inspiration analytique ou non) en termes d'ergothérapie, d'art thérapie, d'équinothérapie, musicothérapie, etc. Les approches de thérapie institutionnelle sont encore utilisées et utiles dans des hospitalisations, le plus souvent de durée moyenne. (deux à six mois plus souvent qu'un an ou plus)

La psychiatrie s'est adjointe nombre de techniques éducatives et rééducatives, permettant notamment de lutter contre les troubles cognitifs dont souffrent nombre de jeunes psychotiques.

La diversification enfin des formations et voies de formation (diverses filières, mais aussi aménagements des cursus, des examens) permet d'envisager même pour des jeunes souffrant de troubles mentaux graves, une reprise scolaire ou universitaire, passés les épisodes les plus graves, un suivi de formation adapté, une orientation professionnelle réelle.

Car nombre de jeunes ayant connu des épisodes de troubles mentaux très graves vont guérir, entièrement. Il en est ainsi des jeunes connaissant un épisode délirant, des jeunes anorexiques, mais aussi des jeunes souffrant de divers troubles dépressifs, d'angoisses, quelles qu'en soient les manifestations.

D'autres vont conserver des troubles légers ou moyens, mais qui ne les empêcheront pas de mener une vie intégrée, avec des soutiens plus ou moins approfondis.

Enfin, nombre de psychotiques avérés, à l'âge adulte, pourront mener une vie presque autonome, à condition d'avoir été bien soignés jeunes et de disposer d'un habitat et de services très entourés. (cf. les « Clubs et résidences » développées à l'instigation de l'UNAFAM, mais aussi les expériences d'insertion de personnes très marginalisées et ayant besoin d'un suivi psychiatrique par moments, dans des foyers, des appartements thérapeutiques, voire tout simplement des hôtels, des HLM etc).

Il n'y a aucune fatalité à ce que les grands malades mentaux dès lors qu'ils ne sont plus enfermés à l'hôpital psychiatrique ou en prison, errent dans les rues et couchent sur les trottoirs ou violentent leurs familles ; des solutions adaptées et conjointes, de soins, d'hébergement et d'occupation peuvent leur être proposées.

Mais il faut noter que ces solutions là, ne concerneraient qu'un très petit nombre de nos jeunes adolescents et adultes, dès lors qu'une prévention efficace de leurs troubles serait effectuée.

1.4 Importance de la question de la prévention des troubles mentaux des jeunes

1.4.1 *Gravité des troubles mentaux.*

Il faut rappeler le taux de suicide des jeunes : 607 décès par an chez les jeunes entre quinze et vingt-quatre ans en l'an 2000¹⁰ et contrairement à une idée reçue, parmi les suicidés, quatre fois plus de garçons que de filles. Le suicide est la deuxième cause de mortalité dans cette tranche d'âge. Des études qualitatives encore peu nombreuses montrent qu'il y a sans doute une interaction pour nombre de candidats aux suicides entre « mal être psychique » et sinon tentative de suicide, du moins comportement à risque¹¹.

La morbidité suicidaire a augmenté, passant de 7 % des 14-19 ans ayant fait une tentative de suicide en 1993 à 9 % en 1999 (étude citée supra).

Certes toutes les tentatives de suicide ne sont pas liées à une pathologie mentale, mais à cet âge, elles méritent en tout cas une évaluation sérieuse de l'état psychique du jeune, par un spécialiste. **Ne serait-ce d'ailleurs que pour avoir le bon dialogue avec lui, et l'informer par exemple sur le risque très fort de handicap grave lié aux tentatives de suicide, objectivement important et moins abstrait que le risque de mort, à cet âge.** (entretien avec R. Rechtman, La Verrière, MGEN)

1.4.2 *Une détection trop tardive des troubles mentaux*

Les symptômes de troubles mentaux traduisant une pathologie mentale avérée ne sont pas toujours détectés et donc soignés tôt.

Les troubles dépressifs et les angoisses ne sont pas toujours pris au sérieux et sont cachés derrière un mal être des jeunes et une crise d'adolescence ; les troubles de l'alimentation se produisant souvent chez des jeunes très adaptés scolairement et socialement peuvent donner lieu à consultation tardive ; les troubles prépsychotiques et surtout psychotiques ne sont pas énoncés par les patients qui sont peu interrogés à leur propos. Chez nombre de jeunes, un comportement toxicomane ou délinquant cache en fait une pathologie de type psychotique ou dépressif grave, qui ne seront détectés qu'à l'occasion d'un séjour en Service médical de psychiatrie régionale (SMPR, service de psychiatrie en prison) ou lors d'un passage à l'acte violent.

Même si l'entrée dans la maladie mentale ne se fait pas souvent de manière violente (selon la conférence de consensus sur la schizophrénie naissante, citée ci-dessus, de 2 à 3,5 % de schizophrènes avérés en prison et pour 1/3 d'entre eux, l'acte délinquant ou criminel représente l'entrée dans la maladie), même s'il ne faut pas surestimer le nombre de délinquants souffrant d'une pathologie mentale, il faut noter l'extrême gravité et dangerosité de ces troubles mentaux non traités.

¹⁰ Les « jeunes suicidants à l'hôpital » M. Choquet et V. Granboulan, Edition médicale et scientifique février 2004.

¹¹ Cf. sur cette question les observations de l'observatoire d'épidémiologie scolaire de Languedoc Roussillon, reprises dans le rapport annuel 2003 de l'inspection : Santé, pour une politique de prévention durable ;

Pour reprendre l'exemple de la schizophrénie, la conférence de consensus donne les chiffres suivants : les schizophrènes non traités ont un risque de commettre un acte violent 8 fois supérieur à la population générale. Le risque étant accru lors de la consommation d'alcool ou de drogue. Les schizophrènes ont 14 fois plus de risque d'être victimes d'agressions que le reste de la population, ils sont trois ou quatre fois plus victimes d'accidents et six fois plus victimes d'homicides. leur taux de suicide est 30 à 40 % plus élevé, ils aboutissent dans 15 % des cas contre 2 %, ils sont effectués avec des moyens plus violents (défenestration, recours à une arme, immolation par le feu) et ont donc des séquelles somatiques gravissimes.

On peut aussi rappeler l'extrême gravité des anorexies restrictives, le taux de suicide élevé des personnes souffrant de troubles de l'humeur (25% selon les études américaines chez les sujets non traités). Et enfin le tableau social et l'avenir totalement bouché des jeunes dits psychopathes et commettant des actes délinquants et criminels. Ils continuent à souffrir de leur comportement violent en prison, contribuent au taux de suicide record des détenus, particulièrement des jeunes.

1.4.3 Les conséquences handicapantes du retard au soin

Outre les conséquences en termes de dangerosité pour soi ou pour autrui que représentent des troubles mentaux ni dépistés, ni soignés, il faut noter que dans leur évolution même, le retard au soin est un facteur aggravant.

S'agissant des bouffées délirantes, leur répétition peut provoquer des dégâts en termes psychiques et cognitifs importants. Il en est de même des accumulations de crises de dépression, des crises maniaques.

Le retard à la prise en charge aggrave surtout les handicaps sociaux liés à la maladie. Quand la cause de la désinsertion scolaire n'est pas identifiée tôt, qu'elle n'est pas traitée et que le jeune a perdu pied, voire a manqué l'école longtemps, il sera difficile de le réinsérer administrativement et pédagogiquement dans la classe de son niveau scolaire.

De même, une prise en charge précoce permet une évaluation du potentiel cognitif et psychique et partant une formation adaptée.

L'accumulation enfin de périodes de conduite marginale, déviante, toxicomane ne peut qu'entraver une réinsertion sociale.

1.4.4 Une souffrance partagée par les proches

Les troubles mentaux des adolescents et jeunes adultes sont une source de souffrance très profonde, pour eux, mais aussi pour leur entourage, parents et fratrie

La souffrance des parents de jeunes malades mentaux est de mieux en mieux appréhendée, grâce notamment aux actions de l'UNAFAM.

Les troubles de la conduite, les fugues, les idées suicidaires perturbent non seulement les parents, mais la fratrie tout entière.

L'UNAFAM a mené une enquête auprès des frères et sœurs des malades mentaux, d'où il s'avère que ce sont eux qui souvent sont témoins, longtemps avant tous les autres, des premiers signes morbides, qu'ils sont, surtout quand ils sont jeunes au moment de l'entrée dans la maladie de leur frère ou sœur, souvent très traumatisés.

1.4.5 Une carence majeure : difficultés à assurer une continuité des soins

C'est moins des difficultés du premier accès à la psychiatrie dont se plaignent les usagers et leurs familles que de l'absence de continuité et de globalité de la prise en charge.

Notons tout d'abord que de tous les avis recueillis par la mission, dans les dix dernières années, l'accès primaire aux soins psychiatriques s'est beaucoup amplifié et est devenu sociologiquement et psychologiquement bien plus facile.

Les jeunes qui vont très mal, jeunes errants, consommateurs de drogues diverses dont l'alcool, en rupture familiale et scolaire, sans travail et sans formation ont pour la plupart d'entre eux déjà fréquenté une consultation psychiatrique. La question est celle de la continuité de cette prise en charge.

L'accueil des adolescents effectué au CPOA (Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil) de l'hôpital Sainte Anne par l'équipe de M. J. Guedj rend compte du même phénomène : nombre des jeunes accueillis ont déjà été vus par une ou plusieurs équipes, parfois même hospitalisés, mais le contact n'a pas été conservé au-delà de la crise et surtout, en cas de reprise de crise, il n'est pas toujours possible de revenir voir la même équipe.

L'enquête effectuée à la demande de la mission par l'UNAFAM sur 100 appels concernant des jeunes de moins de trente ans adressés au service Ecoute de cette association traduit le même phénomène.

Sur 85 dossiers d'appelants, confrontés à des problèmes lourds (violence, tentative de suicide, trouble de la conduite ou retrait, apathie, addictions graves) plus de la moitié des patients sont suivis par le secteur. Ce qui démontre la réalité de la gravité des troubles dont souffrent les malades dont les proches appellent ce service, et l'ampleur des besoins non satisfaits par ce suivi, d'autre part.

En effet, les parents et les proches s'inquiètent quand le suivi en ambulatoire ne fonctionne pas (*le jeune est en rupture de soins, il ne fait rien à part ses visites hebdomadaires ou bimensuelles au CMP, il reste à la maison et boit des bières et fume...*) mais aussi quand l'équipe leur demande d'assurer à ce jeune un environnement contenant qu'ils ne peuvent lui fournir. Ils ont peur de le « reprendre à la maison, ils ne savent pas quoi en faire, car des gitans le leur ramènent en disant qu'il se met en danger, ils sont fatigués, la fratrie ne le supporte plus etc. »

Sur 85 appels, 13 déclaraient une absence de soins (souvent au début des symptômes), 7 une rupture de soins et pour le reste souvent des soins (médicamenteux), mais une absence de prise en charge globale, une absence de prise en compte des effets psychosociaux de la maladie.

Le service de la protection judiciaire de la jeunesse du Bas-Rhin a noté pour la mission les mêmes difficultés. S'agissant des jeunes qu'ils suivent et dont un grand nombre souffre de troubles psychiques, a des consommations de substances abusives ou dépendantes, ils déplorent l'alternative actuelle : soit, ils sont pris en charge par les secteurs et sans retour sur le service PJJ, soit ils sont laissés à la seule prise en charge de la PJJ.

Cette absence de prise en charge globale, c'est à dire de prise en compte des conséquences pathologiques sur l'ensemble de la vie du jeune de ses troubles mentaux est notée absolument partout, on peut même dire qu'elle est la

caractéristique majeure de la plainte de toutes les institutions, y compris familiales, à l'encontre de la psychiatrie.

Cette absence de prise en charge globale vise également l'insuffisante attention accordée dans trop d'endroits aux parents des jeunes souffrant de troubles mentaux.

Trop souvent le modèle de l'adulte, qui doit consentir aux soins lui-même et non son tuteur, qui doit apprendre à gérer sa maladie, les prémisses et les effets des crises est présenté aux parents démunis comme applicable à leur enfant. Ils sont sommés d'attendre que leur enfant fasse une « demande » de soins.

Or, de l'avis autorisé des équipes médicales qui prennent en charge des adolescents¹², recevoir de manière spécialisée, mais bienveillante les parents d'un jeune qui refuse de consulter va aboutir dans un délai plus ou moins long (pas plus de six mois en tout cas) à permettre au jeune d'accéder aux soins. Des associations de soins aux toxicomanes développent d'ailleurs maintenant aussi des consultations pour les parents. Citons par exemple Drogue et Sociétés, dans le Val-de-Marne.

Le refus de soins en psychiatrie est souvent un symptôme de la maladie lui-même, il doit donc être traité par divers moyens, dont la collaboration avec la famille fait partie.

1.5 Crise de confiance de la psychiatrie.

1.5.1 Une méconnaissance de l'efficacité des soins psychiatriques.

La psychiatrie est méconnue, trop souvent assimilée à une médecine impuissante.

La psychiatrie est une spécialité médicale, mais elle a de nombreuses spécificités, liées à celles de la maladie mentale, qui sont souvent méconnues.

Les incertitudes scientifiques qui entourent encore la maladie mentale, s'agissant tant de son étiologie que de son traitement sont trop souvent assimilées à une impuissance et un manque de professionnalisme des psychiatres. De même, la diversité des stratégies thérapeutiques, souvent complémentaires d'ailleurs ou en tout cas connaissant des degrés de réussite divers selon les cas choque l'esprit cartésien, qui trop souvent amalgame mono causalité et explication.

Il en est de même de l'imprévisibilité de l'évolution des troubles, notamment chez les jeunes et partant de la méfiance fondée des psychiatres à poser un diagnostic trop précoce. Ce qui n'empêche pas une évaluation de la situation du jeune, et notamment des effets cognitifs, sociaux, scolaires de ses troubles accompagnée d'une investigation psychiatrique approfondie.

Rappelons que si aux USA on diagnostique bien plus volontiers qu'en Europe des schizophrénies, dix ans plus tard, la moitié d'entre elles seront guéries. Alors qu'en France, ce diagnostic sera porté plus tardivement, ce qui n'empêchera pas de traiter les malades souffrant de troubles schizophréniques, de bouffées délirantes etc.

¹² pour ne citer que les plus connus, Ph. Jeammet à la clinique mutualiste universitaire, B. Antognol à Charles Perrens à Bordeaux, C. Burzstejn à Strasbourg, G. Massé et M. Fouillet à Sainte-Anne, M.J. Guedj au CPOA etc.

Il y a une méconnaissance réelle de l'aspect réversible, guérissable, mais à condition d'un traitement, des troubles psychiatriques. Ce qui peut amener de la part des familles ou des professionnels (enseignants, éducateurs, juges etc) soit à retarder une consultation psychiatrique par peur de « stigmatiser » le jeune, soit à considérer qu'un diagnostic psychiatrique éloignera définitivement le jeune de toute insertion en milieu ordinaire, celui-ci fût-il aménagé pour tenir compte de comportements problématiques.

Il faut ajouter à cette méconnaissance de l'efficacité des soins psychiatriques par les non psychiatres, un scepticisme des psychiatres par rapport à un certain nombre de pathologies, dont ils estiment qu'elles ne relèvent pas de la psychiatrie.

La psychopathie, ou les jeunes très violents en sont un exemple.

Sans entrer dans les détails, on renverra à l'article très documenté de Ph. Jeammet, sur la psychopathologie des mineurs en grande difficulté dans laquelle il montre comment la violence « *est un des seuls moyens pour les enfants carencés d'arriver à avoir un contact avec eux-mêmes à la place du contact avec l'objet. Ces jeunes ont en même temps un besoin permanent de présence et de sécurité et une intolérance à la proximité avec les personnes qui pourraient répondre à leurs attentes...* ».

Ph. Jeammet montre bien comment peuvent se mettre en place des modes thérapeutiques avec ces jeunes :

« Il faut penser comment offrir à ces patients dans la réalité un jeu d'investissements suffisamment différenciés pour qu'ils ne se sentent pas menacés par la relation. Mais ce jeu d'investissements différenciés n'a d'intérêt que si la cohérence de la théorie assure l'unité du traitement, miroir de celle du patient »

Les médicaments psychotropes peuvent avoir leur utilité...

Prescrits à bon escient et suffisamment tôt, c'est-à-dire avant que la situation du sujet ne se soit trop dégradée, ils peuvent être une aide précieuse et parfois absolument indispensable...

En abaissant leur réactivité immédiate ces médicaments leur permettent d'utiliser leur appareil psychique pour ne plus être l'esclave de leurs émotions...

1.5.2 Réalité et fantasmes à propos de la dangerosité des malades mentaux

Le constat effectué par la mission est simple et brutal : les professionnels, quels qu'ils soient 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 l'équipe soignante.

En revanche, les professionnels qui ne connaissent pas de malades mentaux, qui n'ont jamais eu à travailler avec eux, les considèrent comme des cas à part, relevant d'un traitement particulier.

Citons tout d'abord l'Education nationale : les troubles mentaux n'y sont pas considérés comme un problème nécessitant une approche spécifique : les rares établissements offrant dans la même enceinte soins et études ont des statuts particuliers, dérogatoires ; il n'est pas prévu, malgré l'importance de la demande d'en augmenter le nombre.

De manière plus préoccupante : il n'existe que deux Unités pédagogiques d'insertion pour jeunes souffrant de troubles psychiques à Paris et de niveau collège. Rien dans les lycées.

Les classes relais, ouvertes pour recevoir des jeunes en rupture scolaire, notamment pour des problèmes de comportement, sont considérées comme ne pouvant pas recevoir des « cas psychiatriques ».

De manière générale, le cas psychiatrique signe une exclusion rédhibitoire du circuit normal.

Pourtant, sur le terrain, un certain nombre de jeunes sont accueillis, en lycée, en collège, en stages de formation, malgré leurs troubles mentaux ou plutôt avec leurs troubles mentaux. Ainsi de ce jeune à l'UPI de Paris, dont il était dit que « seule la principale adjointe savait le calmer quand il était en crise », pour lequel il avait fallu appeler une fois les pompiers, tant il faisait une crise violente, mais qui visiblement n'avait fait peur à personne.

De même des jeunes souffrant de troubles psychotiques sont accueillis avec un contrat d'intégration dans certains lycées ; des aménagements de scolarité sont trouvés, des modes de régulation des crises aussi, ceci en collaboration avec les soignants.

Certes, il y a des épisodes dans la maladie mentale qui empêchent toute intégration en collectivité non spécialisée, mais il s'agit d'états réversibles et non définitifs.

La maladie mentale fait peur, non pas à cause d'une dangerosité objective, mais à cause de l'étrangeté.

Dès lors que la dangerosité effective serait prise en compte, les risques contenus par une collaboration entre les équipes soignantes et les autres institutions, la peur devrait largement régresser.

1.5.3 L'illusion du modèle asilaire

Il n'est pas question dans ce rapport de discuter la question de la « désinstitutionnalisation » et de ses conséquences, notamment en milieu urbain peu tolérant et accueillant aux malades mentaux.

S'agissant des adolescents et jeunes adultes, constatons que l'évolution de la psychiatrie n'a pas toujours été ni bien accompagnée, ni bien comprise par le public et par les professionnels des autres secteurs.

Pour qui a connu les grandes salles asilaires dans lesquelles on faisait « vivre » les enfants psychotiques, autistes et débiles mentaux, sans éducation et avec des soins minima, leur remplacement par d'une part les institutions spécialisées pour les handicapés (et depuis une date récente, les autistes) et d'autre part par une pédo-psychiatrie travaillant essentiellement en ambulatoire (hôpitaux de jour, CMP, CATTP, placements familiaux thérapeutiques etc.) ne peut être remis en question.

De même, on ne peut prôner, pour des adolescents et jeunes adultes, dont on le répète les troubles peuvent être largement réversibles et un retour à la normale se dessiner, avec des soins intensifs, l'hospitalisation avec des malades vieillissants, chroniques, souvent déficitaires.

Il faut même se poser des questions sur la pertinence, de nos jours, de certains types de prise en charge hospitalières, même si elles ont été et restent de très grande qualité. La Fondation Vallée a accueilli très tôt des enfants et adolescents psychotiques, pour les faire bénéficier de soins psychiatriques et d'une éducation. Néanmoins, on ne peut que se féliciter de son ouverture et son évolution vers un travail en réseau avec les partenaires proches. Il en est de même des établissements de la Fondation santé des

étudiants de France (F.S.E.F.), qui pour part ont évolué vers des durées d'hospitalisation plus courtes et surtout un partenariat avec des équipes de secteur. Sans nier les apports de la psychiatrie institutionnelle, telle qu'elle est pratiquée dans certains établissements de grande qualité, force est de constater qu'une aussi longue hospitalisation, dans une institution qui offre à elle seule, dans son enceinte, soins, études, loisirs, pour un malade dont toute la vie prend un sens thérapeutique, ne facilite pas forcément la réinsertion en milieu ordinaire. Le danger de chronicisation n'est en tout cas pas absent, dès lors qu'une institution, fût-elle la plus performante, conserve des malades jeunes, au développement par nature fluctuant et imprévisible, pendant un temps long, à l'intérieur d'un système clos.

De fait, si l'hospitalisation a longtemps été le vecteur unique et indispensable du soin psychiatrique (sans entrer dans le débat sur la double finalité de la loi de 1838, accueil et enfermement pour préserver l'ordre public), force est de constater qu'elle est devenue un moyen parmi d'autres et beaucoup d'autres, du soin psychiatrique.

Le progrès des médicaments, mais aussi de tous les autres types de thérapie, a certainement rendu possible ces traitements hors les murs.

1.5.4 De bonnes indications pour l'hospitalisation

Un certain nombre de psychiatres, spécialisés dans l'accueil des adolescents, la pratiquent, en général comme un des protocoles thérapeutiques disponibles, parmi d'autres.

C'est pour ce qui est des départements visités par la mission le cas de l'unité pour adolescents de C. Burzstejn à Strasbourg, de l'unité de la fondation Vallée dans le Val-de-Marne dirigée par C. Epelbaum-Grandorge, du centre d'accueil et de crise pour adolescents du secteur de M. Bourcier, mais aussi de l'accueil pour adolescents du CPOA dirigé par M.J. Guedj, l'unité d'hospitalisation de Ph. Jeammet à Montsouris, ainsi que de l'unité d'hospitalisation pour adolescents de l'établissement de la MGEN à la Verrière.

Il s'agit là de psychiatres spécialisés dans l'accueil des adolescents, qui offrent tous à ceux-ci, en amont et en aval de cette prise en charge, une palette très diversifiée, de consultations, de suivi... **Les adolescents qui relèveront d'une prise en charge hospitalière ne sont ainsi qu'une très infime partie de ceux qui bénéficieront de soins psychiatriques, l'hospitalisation n'est plus le passage obligé pour la prise en charge psychiatrique.**

Et quand hospitalisation il y a, elle est le plus souvent de courte durée ou en tout cas d'une durée inférieure à un an. Elle est préparée en amont et en aval, on ne se débarrasse pas d'un jeune en l'hospitalisant en psychiatrie, on ne lâche pas un jeune, sans protocole de suite, quand il sort de l'hôpital.

Ceci en théorie.

Car, et c'est là que l'accompagnement de cette évolution n'a pas toujours été bien pensé, il y a des hospitalisations qui sont à la fois non préparées à l'entrée et sans suivi à sortie, de même qu'il y a des refus d'hospitalisation, fondés non pas médicalement, mais par manque de place.

A contrario, la prolongation de certaines hospitalisations dépasse l'indication médicale et prend la place des solutions sociales ou médico-sociales défailtantes.

Des secteurs de psychiatrie, adultes, ont prévu des solutions spécifiques pour l'accueil en hospitalisation des adolescents, palliant ainsi aux difficultés de l'hospitalisation de certains jeunes, particulièrement ceux d'entre eux qui présentent des symptômes violents.

C'est ainsi qu'à Bordeaux, à côté des unités phares du centre hospitalier universitaire prévues pour accueillir d'une part des jeunes suicidant, d'autres part des jeunes souffrant de troubles du comportement alimentaire, B. Antognol accueille à Charles Perrens, des jeunes dont l'état nécessite une hospitalisation. Il lui est même possible de les accueillir momentanément et pour la période le nécessitant, dans une petite unité fermée de cinq lits. C'est le seul endroit, dans la région, hormis les urgences psychiatriques, par définition restrictives sur la durée d'hospitalisation, pouvant offrir une solution pour des jeunes violents, qui refusent les soins etc.

Toujours dans le même hôpital, un centre de crise offre lui aussi des solutions d'hospitalisation, spécialisées dans la prise en charge des jeunes souffrant de syndromes de stress post traumatique, liés souvent à des histoires d'abus sexuel et de violence dans l'enfance ou l'adolescence. ce centre de crise dépasse largement les indications habituelles d'un centre de crise, accueillant souvent les jeunes pour des durées supérieures à un ou deux mois.

De manière générale, l'hospitalisation n'est pas une solution définitive, elle ne peut que s'inscrire dans un processus de soins, qui débute en amont et doit être poursuivi en aval. L'hôpital est un environnement contenant, très contenant même, qui permet quand il le faut de séparer un jeune de sa famille, d'amis avec lesquels il a développé une interaction pathogène. C'est un environnement sécurisant, et généralement accepté.

Il faut y adjoindre des soins, intensifs, de manière à ce qu'au-delà de la régression des symptômes dits positifs (troubles de la conduite, agitation, troubles délirants, tentatives de suicide, agressivité...) par l'administration de médicaments, l'état général du jeune soit amélioré. Lui permettant d'envisager alors une reprise de vie hors les murs. Mais l'arrêt brutal des thérapies de même que l'absence d'environnement contenant à la sortie de l'hôpital ne peut que générer des rebonds de crise.

En revanche, le modèle d'une psychiatrie hospitalière, très scientifique, dans laquelle l'unité d'hospitalisation, avec ses patrons très médiatisés, représenterait pour les parents et les usagers, une solution « tout compris », sans accroche en amont ou en aval, bref une unité d'hospitalisation ne dépendant ni d'un secteur, ni d'un réseau, s'il peut séduire les médias, les parents et certains professionnels paraît adapté à certains symptômes, la crise suicidaire qui ne s'inscrit pas dans un tableau de troubles mentaux, le trouble de la conduite alimentaire, dans sa période aiguë.

L'inscription de telles unités dans un réseau paraît malgré tout indispensable, dans un vrai échange de savoirs et de pratiques et une complémentarité des modes d'intervention sur la durée. Ce qui sera étudié ci-dessous dans l'analyse des modes de prise en charge.

C'est cette diversité des modes de prise en charge et le temps long nécessaire pour le soin psychiatrique qui ne sont pas toujours compris, ni des professionnels de l'éducation, de la justice, du social et du médico-social, ni des familles.

La psychiatrie est efficace, notamment elle dispose de médicaments et de traitements psychothérapeutiques qui ont fait leur preuve, mais ce serait un leurre de penser qu'à eux seuls et pendant la durée d'une hospitalisation, forcément restreinte si elle ne veut pas être pathogène, ils guérissent entièrement et immédiatement.

1.6 Les difficultés de la psychiatrie.

S'il apparaît certain que la psychiatrie ne peut être tenue pour responsable des difficultés réelles et qui perdurent du traitement et surtout de la réinsertion des malades mentaux, sa mauvaise image dans le public et surtout auprès des professionnels de l'éducation, du médico-social et du social comme d'un certain nombre de familles et d'usagers est indéniable.

Il faut en incriminer certains fonctionnements d'équipes, mais aussi sinon un manque de moyens, du moins une mauvaise répartition de ceux-ci. Essentielle apparaît alors la nécessité, difficile à mettre en œuvre, pour la psychiatrie de travailler en collaboration avec les autres intervenants.

1.6.1 *Le mythe d'une psychiatrie « sinistrée »*

Certaines équipes ont un comportement inadmissible face aux usagers et aux exigences du service public, ce qui stigmatise l'ensemble d'un secteur qui reste pourtant très innovant et très impliqué.

L'opinion commune, des professionnels de tous les secteurs du social à ceux du secteur sanitaire, des administratifs aux médias, parle de « psychiatrie publique sinistrée », « d'absence de la psychiatrie » etc. Les équipes de psychiatrie seraient fonctionnalisées, elles ne recevraient que sur rendez-vous, n'accepteraient que des malades bien typés, en gros les psychotiques stabilisés, de plus de trente ans, non toxicomanes et compliant au traitement. La psychiatrie elle-même répond sur le registre de la plainte : manque de moyens, de reconnaissance, dépeçage du secteur par le réseau, évolution vers la psychiatrisation du social, dévoiement du métier de psychiatre, bref, rendez-nous nos fous, et eux seuls.

En général, la critique de la psychiatrie est très forte : notons ce médecin de l'aide sociale à l'enfance de Paris qui parle de « non-assistance à personne en danger », s'agissant du « refus » des équipes psychiatriques d'hospitaliser certains jeunes, très violents et très malades. Notons cette phrase de l'infirmière du service de soins probatoires de la protection judiciaire de la jeunesse de Strasbourg, s'agissant de jeunes très perturbés sur le plan psychiatrique, consommateurs abusifs de substance, mais aussi dépressifs, ayant des passages à l'acte violents, suicidaires, ayant des troubles du comportement alimentaire : le fait que les jeunes ne présentent pas de pathologie correspondant à la nosographie psychiatrique justifie un refus par les équipes de secteur, refus laissant les professionnels éducatifs dans le désarroi.

Pourtant, dans les départements et sites visités par la mission, celle-ci a constaté que l'accueil des urgences et des crises était assuré, que les équipes de psychiatrie étaient très désireuses pour partie d'entre elles de collaborer avec les acteurs du social, du médico-social.

Enfin, articles, livres, colloques et entretiens avec les psychiatres ont montré combien ils ont évolué sur la question de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes et des formes de troubles contemporaines, notamment les comorbidités entre troubles mentaux et addictions. D'un point de vue théorique, et souvent pratique, il n'est plus question pour les psychiatres de refuser de soigner un jeune parce qu'il est consommateur de cannabis, ni même d'hallucinogènes etc. Nombre de psychiatres ont

évolué sur les questions de la « psychopathie », des délinquances sexuelles, voire de l'errance. Tous les psychiatres ne se refusent pas à soigner d'autres personnes que des « psychotiques, de plus de trente cinq ans, bien stabilisés et compliant ». (Entretien avec G.Massé) **Ceci est largement une caricature.**

En revanche, si la volonté de collaboration des équipes de psychiatrie avec les autres professionnels est patente, si la demande d'aide de ceux-ci est criante, force est de constater que le rapprochement ne se fait pas toujours.

1.6.2 Demande de soins et sectorisation : de mauvais prétextes

Il n'est pas question dans ce rapport, après une investigation qui n'était pas un contrôle de juger des bonnes pratiques de telle ou telle structure psychiatrique.

Notons seulement que deux invariants font problème entre les équipes psychiatriques et ceux qui recourent à elles : la difficile question de la demande de soins d'une part, la question de la sectorisation d'autre part.

Les professionnels de la psychiatrie, spécialisés dans les soins aux adolescents et jeunes adultes, l'admettent maintenant tous : **la demande de soins d'un jeune mérite d'être suscitée, accompagnée, étayée.** Soit, elle est immédiate, dans l'urgence et la mise en scène et il faut la médiatiser, l'approfondir. Soit, elle n'émerge pas, il faut que professionnels, parents aident à ce qu'elle advienne.

Pour reprendre la formule du docteur Gérard Massé (Saint Anne) : « un accueil bienveillant des parents, une attitude empathique avec les jeunes. »

Le rejet des parents, accusés « de parler à la place de leur enfant », parfois de traduire en symptômes psychiatriques un comportement de leur enfant dû à un simple conflit familial, la non prise en compte de l'angoisse parentale (même si celle-ci est effectivement pathogène) est inadmissible.

Ainsi de cette mère, rencontrée par la mission, veuve, confrontée à un fils adolescent violent, renvoyé du service de psychiatrie sur la police et vice-versa.

Il est rare que les parents d'adolescents en pleine crise ou délirants soient calmes, équilibrés, prêts à reconnaître toutes leurs erreurs et à s'occuper de leur enfant différemment, sans trop de fusion, ni trop d'abandon.

Mais les cas dans lesquels c'est une défaillance parentale majeure qui a produit des symptômes de pathologie mentale chez l'enfant sont relativement peu fréquents¹³. En tout état de cause, la culpabilisation des parents n'a jamais été un bon moyen de les faire changer.

L'autre facteur de rejet est la mauvaise utilisation du secteur.

Il est clair que le secteur a été imaginé et est encore pratiqué par le plus grand nombre des psychiatres comme une démarche vers les patients, une implantation de la psychiatrie dans la cité qui lui permette de pratiquer à la fois une politique de prévention, de soins et de réinsertion.

Mais qu'en aucun cas, il n'y aurait une sectorisation à l'anglaise, une nécessité « d'être inscrit » auprès du secteur, « d'en faire partie » pour avoir droit à des soins.

Certaines pratiques de secteur sont inadmissibles : considérer 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 secteurs, parce qu'ils sont logés dans des

¹³ et mériteraient ou auraient mérité d'ailleurs une intervention précoce pour soustraire ces enfants à cette influence pathogène ; mais curieusement notre société est tout aussi peu prête à reconnaître que certains parents peuvent être mauvais qu'à admettre que de mauvaises interactions familiales ne s'analysent pas en termes de faute des parents

foyers (qui ne donnent pas une domiciliation au sens de la loi ?), dans des familles d'accueil. D'autres, qui fréquentent un lycée professionnel très éloigné de leur domicile, ne pourront consulter que dans le secteur de leur lieu de scolarisation, ou de leur lieu de travail. Le secteur de G. Massé dans le 15^e arrondissement développe cette pratique, mais elle n'est pas généralisée. Ainsi l'équipe de la fondation Vallée au Kremlin Bicêtre dit-elle ne pas recevoir les jeunes d'un foyer de l'ASE, qui doivent consulter sur le lieu de domicile de leurs parents ! Si l'on peut admettre qu'il faut que les secteurs qui ont sur leur territoire une prison, plusieurs foyers ou établissements médico-sociaux etc. puissent éventuellement s'organiser avec des secteurs voisins moins chargés, il paraît inadmissible que la sectorisation soit utilisée comme argument de refus de soins.

Il en est de même des CMP qui ont des horaires de bureau, des rendez-vous qui ne peuvent pas être accordés avant six mois, pour des jeunes du secteur, qui ont été hospitalisés etc. Enfin, la pratique des établissements de certaines grandes villes, Paris en particulier, dans lesquelles le nombre d'unités hospitalières est important, qui « ne reprennent pas » les jeunes qu'ils ont hospitalisé une première fois, pour des raisons de place, d'indication, structurelles ou conjoncturelles introduit un dysfonctionnement important de l'offre de soins.

Il semble à la mission que ces pratiques ne sont pas majoritaires, mais elles empêchent toute confiance en la psychiatrie.

1.6.3 La difficile question des moyens

Si la sectorisation n'a pas souffert, en ses débuts, des restrictions de moyens du fait de l'augmentation exponentielle des dépenses de soins, force est de constater que la psychiatrie n'a pas toujours disposé des moyens nécessaires à un travail ambulatoire qui est gros consommateur de temps de professionnels.

Il est cependant difficile de connaître les parts consacrées à l'intra et l'extrahospitalisation en psychiatrie, de même que la part de la psychiatrie dans l'ensemble des coûts de la santé.

L'étude citée ci-dessous de la DREES estime le coût des troubles mentaux à 9,4% des dépenses de santé en 1998, soit 10,5 milliards d'Euros, ce qui comparé au poids des troubles mentaux n'est pas énorme.

En effet, une personne sur quatre sera atteinte d'un trouble mental à un moment donné de son existence, 1% de la population est schizophrène, 1 millions de personnes souffrent de troubles bipolaires sévères, et cinq des dix malades recensé par l'OMS comme étant les plus coûteuses en France relèvent de la psychiatrie : Schizophrénies ; troubles bipolaires, troubles dépressifs, troubles obsessionnels compulsifs, toxicomanies.

Les secteurs de psychiatrie au 15 décembre 1997¹

	<i>Psychiatrie générale</i>	<i>Psychiatrie infanto-juvénile</i>
<i>CMP ouvert 5 j/semaine et plus</i>	898	560
<i>CMP ouvert moins de 5j/semaine</i>	1234	940
<i>Centre d'accueil permanent</i>	74	24
<i>Centre de crise</i>	42	8
<i>Hôpital de nuit</i>	562	45
<i>Hôpital de jour</i>	1242	570
<i>Atelier thérapeutique</i>	197	
<i>CATTP</i>	939	477
<i>Centre de post-cure</i>	72	
<i>Appartement thérapeutique</i>	347	5
<i>Accueil familial thérapeutique</i>	969	171
<i>Hospitalisation à domicile</i>	109	28
<i>Unité mère enfant</i>		

A l'intérieur même des hôpitaux généraux, la psychiatrie a souvent été moins dotée que d'autres disciplines. La différence est parfois criante, aux yeux du profane. Ainsi de l'installation de l'unité d'hospitalisation pour adolescents souffrant de troubles mentaux graves à Strasbourg, seule unité régionale, dans des bâtiments préfabriqués, depuis 1975. Dans ce même temps, ont été construits l'hôpital de Haute Pierre, une unité cœur poumon etc. De manière générale, parce qu'elle n'est pas considérée comme présentant un risque vital, la psychiatrie a souvent été financée en dernier.

Psychiatrie des coût connus***Répartition des dépenses d'hospitalisation pour les soins de psychiatrie***

La répartition par pathologie des soins délivrés par les services de psychiatrie est impossible. Pour l'instant, nous affectons l'intégralité des dépenses relatives aux services de psychiatrie des hôpitaux généraux et des CHS au chapitre « Troubles mentaux », mais une répartition à un niveau plus fin n'est pas envisageable.

Notons que dans les comptes de la santé, l'ensemble des dépenses liées aux secteurs psychiatriques sont incluses dans les dépenses hospitalières, ce qui ne rend pas compte du rôle des secteurs dans le suivi ambulatoire des malades.

A moyen terme, les données du PMSI-psychiatrie pourraient permettre une répartition à un niveau plus fin.

Nous pourrions aussi trouver des informations utilisables dans les rapports dressés par les secteurs psychiatriques et dans les fiches patient créées pour suivre les soins prodigués aux patients dépendant d'un secteur donné.

In DREES – Solidarité et santé » n° 2-2003

Le centre de crise de P. Ayoun à l'hôpital Charles Perrens à Bordeaux est de bonne qualité architecturale, l'équipe a fait de sa petite taille un atout, reste que l'on peut se demander pourquoi c'est si souvent à la psychiatrie que l'on demande de faire nécessité vertu.

Si les unités d'hospitalisation pour adolescents et jeunes adultes visitées par la mission sont souvent de bonne facture architecturale, si on y trouve à peu près toujours des équipes dynamiques et motivées, restent que les moyens en personnels sont souvent tout juste suffisants.

Or, en psychiatrie l'intensité des prises en charge, c'est à dire de nombreux actes médicaux, infirmiers, psychologiques, psychothérapeutiques conditionne l'efficacité des soins et également leur acceptation. Ainsi l'hospitalisation quand elle est nécessaire peut être plus ou moins bien vécue selon que le malade a l'impression de ne « jamais voir » son médecin ou au contraire d'être suivi régulièrement. Dans certains hôpitaux, les malades donnent l'impression de traîner lamentablement entre les machines à café et la télévision, dans une tabagie noire. Il n'en est pas de même dans les unités d'hospitalisation pour adolescents visitées par la mission: les programmes étaient affichés et paraissaient denses et suivis; les médecins dans presque tous les cas connaissaient très bien les cas de tous les malades présents; les équipes infirmières, psychologues, thérapeutes paraissaient motivées et impliquées.

De l'aveu de tous, une telle présence dépasse les moyens affectés normalement à la psychiatrie et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes, en hospitalisation comme en ambulatoire (car il est de même dans les centres de crise, les CATTP, les CMP visités par la mission) requiert une spécialisation et une forte implication des équipes, comme un renforcement de leurs effectifs.

Si les équipes s'occupant d'adolescents sont en général de très bon niveau, les difficultés auxquelles elles se heurtent sont réelles.

Le redéploiement d'unités pour adultes en unités pour adolescents requiert la plupart du temps des moyens supplémentaires. Il faut plus de personnels pour s'occuper de jeunes en pleine énergie et activité pulsionnelle d'une part, à un moment de leurs troubles où tout peut encore basculer selon l'intensité et l'efficacité du traitement. Or, il est difficile d'obtenir des moyens supplémentaires.

Au-delà des financements de postes, nombre d'équipes se heurtent à des difficultés de recrutement. Le nombre de psychiatres publics était de 13000 en France, il serait de 8000 dans dix ans, avec des différences très grandes selon les départements. (88 psychiatres pour 100 000 habitants à Paris, moins de 12 dans 5 départements). Les départements dans lesquels la mission s'est rendue sont plutôt bien dotés par rapport à la moyenne nationale.

Au 1^{er} janvier 2000, il y avait 54457 infirmiers psychiatriques salariés, 7500 psychologues, dont la moitié à temps plein.

La psychiatrie pour adolescents semble encore attirer des médecins, sauf peut-être dans certaines régions très déshéritées. Mais on sait que le problème se posera de manière accrue au courant des années à venir. Certains médecins psychiatres se posent la question de la formation et de l'implication des jeunes psychiatres, issus de l'internat et qui n'auraient choisi, pour certains d'entre eux, la psychiatrie que par défaut. Il serait nécessaire de développer des stages en psychiatrie hospitalière et ambulatoire pour tous les étudiants en médecine, tant pour favoriser le choix de cette spécialité que pour faciliter à terme la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres.

S'agissant des infirmiers, piliers des équipes psychiatriques, tant en intra hospitalier qu'en extra hospitalier, la réforme des études et l'unification du diplôme d'état n'a pas favorisé les vocations psychiatriques. De l'avis général, peu de jeunes infirmiers choisissent de venir en psychiatrie et en général ils ne sont pas formés à ce travail.

Le travail avec les adolescents est pour eux difficile.

La question pour les établissements privés est aggravée par le différentiel de rémunération introduit entre public et privé.

Des pistes sont à explorer, notamment peut être dans l'invention de « spécialités » pour les infirmiers travaillant en psychiatrie : coordination de réseau, art thérapie, etc.

Enfin, peut-être les modes d'organisation des équipes de psychiatrie, en intra et en extra hospitalier, mériteraient-ils d'être réformés. Souvent les modes de nomination, de carrière etc. ne facilitent pas la constitution des équipes. En tout état de cause, une triple logique les traverse : celle de l'hôpital, qui gère les différents corps de professionnels de manière transversale aux services ; celle ministérielle, des affectations en psychiatrie largement syndicales ; et celle, professionnelle, du service ou du secteur, qui peut s'opposer aussi à des collaborations et des complémentarités entre secteurs. Il n'est pas toujours facile d'évoluer en milieu aussi contraint.

Ceux qui y arrivent gaspillent beaucoup d'énergie dans la lutte institutionnelle.

1.6.4 Un travail en commun nécessaire pour la psychiatrie

Car la psychiatrie doit évoluer

La psychiatrie a connu l'asile au bon sens du terme, celui d'Esquirol, qui soignait avant d'enfermer, les expériences de psychiatrie institutionnelle, dont certaines ont eu des effets très bénéfiques pour les usagers, les dynamiques de secteurs reconnus et pionniers.

Le modèle, pour le meilleur et le pire, reposait sur une certaine exclusivité de l'intervention psychiatrique. Le modèle asilaire offrait au malade un semblant de vie complète dans les murs. La psychiatrie institutionnelle transformait en acte thérapeutique toute la vie dans et hors les murs, y compris les relations avec l'extérieur, médiatisées par l'institution. Les équipes pionnières de secteur étaient et sont pour certaines d'entre elles, présentes à l'hôpital de jour, dans les consultations, mais aussi dans les écoles, les PMI, avec les éducateurs, en prison. Les infirmiers vont à domicile et réapprennent au malade à vivre, les assistants sociaux cherchent et trouvent avec eux des logements, des vacances, des allocations, des formations etc.

Ce modèle se heurte à plusieurs écueils :

- D'abord, le souci généralisé de ne plus spécifier la prise en charge psychiatrique, au-delà des seuls soins. Notamment pour les jeunes. L'effet filière doit être dénoncé, qui risque de conduire de l'école à l'hôpital à la « clinique études », puis à l'appartement thérapeutique, assorti d'une allocation pour adulte handicapé. Si telle peut être la solution la meilleure pour un certain nombre de malades, notamment de psychotiques sévèrement atteints, il apparaît dangereux de ne pas privilégier, quand cela apparaît possible, le retour en établissement scolaire normal, fût ce avec un aménagement de scolarité, le retour en famille, ou en internat de l'Education nationale (privé ou public), la formation conduisant à une certaine autonomie financière par l'emploi. Toutes ces solutions dépendent d'autres professionnels que ceux de la psychiatrie.
- Ensuite, la difficulté accrue pour résoudre les questions du logement, de l'emploi, de la formation. S'il est difficile à un jeune diplômé de trouver un travail, de se loger en grande ville, de faire le bon parcours de formation, il est plus difficile encore d'obtenir d'un organisme HLM qu'il accorde un bail à un jeune, sortant d'un établissement psychiatrique, en contrat à durée déterminée et dont certains ne manqueront pas de dire qu'il est bizarre.
- Dernière raison enfin : les progrès faits dans le secteur médico-social en matière de rééducation et de formation spécialisée, dans le domaine éducatif et judiciaire en

matière d'éducation, dans le secteur de l'emploi en matière d'insertion, doivent être accessibles aux jeunes souffrant de troubles mentaux, sans que les équipes de psychiatrie aient à se doter de tous les spécialistes en ces domaines. Ce qui aurait un coût prohibitif et serait souvent contre-productif, car limité en expériences.

La psychiatrie est donc condamnée à collaborer avec l'éducation, de la formation, l'emploi, le logement social et l'éducation spécialisée si elle veut soigner, selon la grande tradition de la psychiatrie française, d'Esquirol à Henry Ey, Bonnafé et Sivadon ... les personnes dans leur globalité.

A contrario, les différents professionnels, qui travaillent avec les jeunes, ne devraient recourir et attendre de la psychiatrie que ceci : cette collaboration pour prendre en charge la spécificité de leur client, ses troubles psychiatriques.

Or, trop souvent, la tentation est grande, de renvoyer, avec armes et bagages, pour son éducation, sa formation, son hébergement, un jeune « cas psychiatrique » aux équipes de secteur.

C'est cela le jeu de la « patate chaude », la double tentation, paradoxale, de chaque institution, de se vouloir tour à tour toute puissante ou non compétente.

Or, justement, avec ces jeunes, on n'en finit pas, pourrait-on dire, ni en s'en débarrassant sur d'autres, ni en assurant tout seul, leur guérison et leur réintégration.

2. Pour de nouvelles interventions de la psychiatrie ?

2.1 Préventions des troubles psychiatriques des adolescents ?

La prévention des pathologies psychiques comme des pathologies organiques comporte plusieurs niveaux d'intervention. S'agissant des pathologies qui touchent les adolescents, des actions à chaque âge de la vie sont pertinentes.

L'OMS distingue trois niveaux de prévention : la prévention primaire, dont l'objectif est d'éviter l'apparition de la maladie ou du traumatisme en agissant sur les facteurs de risque ; la prévention secondaire, dont l'objectif est la détection de la maladie ou de la lésion qui la précède, à un stade où il est encore possible d'intervenir utilement ; la prévention tertiaire, dont l'objectif est de diminuer les incapacités, les séquelles ou les récidives, et de faciliter la réinsertion sociale. « Cette distinction, universellement admise emporte une conséquence : la prévention fait partie intégrante du soin, qui ne se réduit pas au soin curatif. »¹⁴

La prévention en psychiatrie, du fait du caractère multifactoriel et multimodal des pathologies va s'attaquer à des facteurs de risque et des handicaps organiques, mais aussi psychiques, génétiques et sociaux, individuels et environnementaux.

2.1.1 Prévention primaire : insuffisance de l'évaluation et du suivi

Trois questions font actuellement débat en termes de prévention primaire : d'une part la question du soin à donner aux sujets présentant des signes pré-prodromiques¹⁵, puis prodromiques, de pathologies mentales lourdes. D'autre part, la question de la protection des enfants face à des conditions de vie familiales très pathogènes.

2.1.1.1 Faut-il soigner les enfants qui présentent des signes prédictifs d'une schizophrénie ou d'autres psychoses ?

Il s'agit de facteurs génétiques, de facteurs physiologiques et de signes prédictifs dans le développement des enfants.

S'agissant des facteurs génétiques, il n'existe pour l'instant aucune certitude scientifique, sinon la surreprésentation de schizophrènes dans les apparentés à des malades. Aucun gène n'est cependant identifié.

L'alternative difficile à trancher est là entre la surveillance de l'état de santé de ces enfants pour détecter le plus tôt possible un trouble et le risque de stigmatisation d'enfants sans troubles. Aucune étude d'une telle prévention n'a encore été faite (Verdoux *salii*,¹⁶).

¹⁴IGAS, Rapport annuel 2003, Santé, pour une politique de prévention durable, La documentation française

¹⁵ On distingue dans une pathologie, les signes pré-morbides, généralement silencieux, les signes prodromiques, signes légers, précédant la phase pathologique elle-même. S'agissant de la schizophrénie, les signes prodromiques seraient une légère perte de Quotient intellectuel (moins 5), des troubles de la coordination, de la concentration...

¹⁶ « Schizophrénie : quelle prévention ? » H. Verdoux, B. Gonzales, O. Fournet, P. Pauillac, M.-L. Bourgeois, in *Annales Med-Psychol.*, 1997, 155, n°3

S'agissant de « troubles du développement psychomoteur », on ne peut que reprendre la conclusion des auteurs de l'article cité « *Les enfants pour lesquels les troubles du développement ou comportementaux nécessitent la mise en place d'un suivi psychiatrique précoce sont clairement identifiés comme des enfants à risque, et même si le risque identifié n'est pas celui d'une décompensation psychotique ultérieure, le suivi en place ne peut que favoriser le dépistage précoce d'une telle décompensation. Mais seule une minorité des sujets présentant un trouble schizophrénique à l'adolescence ou à l'âge adulte rentre dans ce cas de figure, tout au moins dans les cohortes actuelles de patients adultes, pour lesquelles l'accessibilité à des évaluations psychiatriques dans l'enfance était plus limitée qu'elle ne l'est actuellement.* »

S'agissant enfin de divers « facteurs de risque » que l'anamnèse des schizophrènes a mis en lumière, telle la naissance en hiver, un ou plusieurs épisodes infectieux pendant la grossesse, les conduites toxicomaniaques dans la prime adolescence, voire l'enfance, reprenons encore nos auteurs : « *dans l'attente (de mener des études centrées sur les facteurs d'interaction entre risques génétiques et environnementaux), on peut toujours, pour parodier les propos de Bleuler, recommander la lutte contre les complications obstétricales, les maladies infectieuses et les conduites toxicomaniaques « parce qu'il est sûrement bon de se garder de ces choses même sans cela. Mais on ne saurait prouver qu'une telle prudence ait jamais empêché une schizophrénie d'éclorre.* »

2.1.1.2 Faut-il traiter les signes prodromiques ?

La seconde piste largement explorée est celle qui vise à détecter et prendre en charge par un traitement neuroleptique léger et une intervention psychosociale, de préférence à domicile, les signes prépsychotiques.

Cet axe de recherche, très largement exploré depuis quelques années, notamment en Australie, Nouvelle Zélande, Angleterre repose sur le concept de « propension à la psychose ». Les scientifiques se reportent à une expérience menée entre 1984 et 1989 dans le comté de Buckingham en Angleterre. Les médecins généralistes avaient reçu une formation leur permettant de déceler les signes prépsychotiques et d'aiguiller les patients vers des centres d'évaluation psychiatrique. Les patients en phase apparemment prodromique (ou prépsychotique) recevaient une faible dose de neuroleptique et une éducation pour composer avec le stress.

Ce programme a détecté 16 personnes pour 1000 personnes, présentant des signes prodromiques, dont une en phase psychotique. Les symptômes de cette dernière ont été dissipés en quatre semaines de traitement ambulatoire comprenant l'administration de neuroleptiques à faible dose et la gestion du stress. Les 15 autres patients ont suivi divers traitements adaptés à leurs besoins et sont parvenus à se rétablir.

Gilles Vidon, psychiatre, chef de secteur à l'hôpital Esquirol à Saint Maurice, rapporteur pour la conférence de consensus sur la schizophrénie naissante poursuit ainsi :

« *De récentes études prospectives à grande échelle ont exploré les signes avant-coureurs de la schizophrénie (Murray, 1999). Certains symptômes seraient déjà présents dès l'enfance, dont l'isolement social, un décalage de cinq points par rapport au QI moyen, de légers problèmes de coordination et des prédispositions à l'angoisse sociale. Selon l'auteur, la psychose ne se déclare pas subitement à l'âge de 22 ou 23 ans. Il précise*

que même si les participants à l'étude n'ont pas éprouvé de symptômes psychotiques avant le début de la vingtaine, ils étaient déjà déviants à l'âge de six ans et leur situation s'est aggravée à l'approche de l'adolescence.

A l'échelle internationale, il existe en ce moment plusieurs cliniques de recherche qui s'emploient à clarifier les paramètres du prodrome et à mettre en place des interventions adéquates et efficaces. Cependant l'utilisation de médicaments antipsychotiques à l'extérieur du milieu officiel de la recherche auprès de personnes ayant des signes prépsychotiques soulève des préoccupations d'ordre moral. »

L'une des moindres n'est pas d'ailleurs le poids des industries pharmaceutiques dans l'orientation de ces recherches !

Il faut noter aussi les difficultés d'identification des psychoses débutantes, du fait de leur faible incidence, mais aussi du fait qu'on ne dispose d'aucun marqueur paraclinique valide et fiable.

2.1.1.3 Comment prévenir les traumatismes psychiques évitables pendant la petite enfance ?

S'agissant de la prévention primaire d'autres pathologies mentales, il faut insister sur la question de plus en plus souvent évoquée des pathologies liées à l'exposition pendant l'enfance à des situations de grand traumatisme et notamment pendant la première enfance, avant le stade d'acquisition de la parole.

Comment identifier une schizophrénie débutante ?

L'identification précoce d'un trouble psychotique débutant en médecine générale se heurte à plusieurs obstacles. Le premier est lié au fait que ces troubles ont une incidence faible (1 pour 10 000 personnes/an), et les médecins généralistes sont donc rarement confrontés dans leur pratique quotidienne à un trouble schizophrène débutant. Le deuxième obstacle est nettement plus complexe. La mise en évidence de symptômes prodromiques et psychotiques repose exclusivement sur un examen clinique, car on ne dispose à l'heure actuelle d'aucun marqueur paraclinique valide et fiable. Les symptômes prodromiques sont aspécifiques, et relativement fréquents chez des adolescents de la population générale indemnes de troubles psychiatriques. D'ils sont isolés, ils ne peuvent donc être utilisés pour identifier les sujets à risque de développer un trouble psychotique ultérieur. L'identification des sujets en phase préclinique reste donc actuellement du domaine de la recherche, et aucune recommandation ne peut être faite concernant la pratique clinique aussi bien pour les généralistes que pour les psychiatres.

En l'état actuel des connaissances, le dépistage des troubles schizophréniques doit donc se limiter à l'identification la plus précoce possible des sujets présentant des symptômes psychotiques avérés.

Hélène Verdoux – Dépistage des troubles schizophréniques débutants : le rôle du médecin généraliste - à paraître.

Ce débat a déjà largement été évoqué.

Il suffit de donner quelques voies :

- la recherche qualitative fine sur les situations traumatiques dans l'enfance doit être encouragée, au-delà des approches statistiques qui ne permettront jamais d'approcher des variables fines, peu répandues et à fort coefficient d'interactivité. Un certain nombre de psychiatres, en France et à l'étranger ont développé des études de cas importantes, il faut les recenser, en faire des typologies pour pouvoir ensuite lancer des études de cohorte sur des indicateurs pertinents. (et non pas sur les indicateurs existant, du type revenu, sexe, âge, diplôme ou lieu d'habitation ...qui

peuvent expliquer une reproduction statistiquement significative de la pauvreté, mais pas les syndromes de l'attachement précoce, les agressivités ou dépressions très fortes des jeunes enfants, les déficits de développement intellectuel et émotionnel ...);

- de manière concomitante, il faut suivre et évaluer de très près, notamment par les indicateurs de développement de l'enfant, les situations de grand risque, et intervenir de manière très précoce, face à des situations qu'on sait (par les études de cas) très pathogènes. Un rapprochement entre la psychiatrie, les services de l'aide sociale à l'enfance et ceux de la justice est nécessaire pour mettre en place et diffuser (rendre obligatoire l'utilisation) de tels instruments d'évaluation des situations de risques des enfants ;
- le propos est là tout à fait différent de celui qui consisterait à prôner le placement des enfants pauvres¹⁷. Au contraire, l'hypothèse est que, malgré leur pauvreté, malgré de nombreux handicaps à une bonne insertion sociale, ces parents pauvres sont de bons parents, des parents suffisamment bons pour reprendre Winnicott. En revanche, parmi ces parents, comme chez des parents de classes moyennes ou supérieures, il y a un petit nombre de parents très dangereux. (Cf. M. Berger). Leur détection est sans doute plus difficile encore parmi les parents qui ne fréquentent pas les services sociaux et il faudrait réfléchir aux formes qu'elle pourrait prendre. (par les pédiatres, les généralistes par exemple, par une information du grand public pour sensibiliser à ces questions les grands-parents, les collatéraux, les proches ?). S'agissant des familles dans lesquelles de telles difficultés ont été détectées, il serait important de les rapporter à leur juste cause (l'incapacité parentale, du fait de troubles psychiques notamment et souvent de la répétition de situations déjà traumatiques dans l'enfance des parents) et de pratiquer une évaluation approfondie de l'état des parents, de celui de l'enfant et des interactions entre eux ;
- il ne s'agit pas non plus de prôner un contrôle social généralisé, de poursuivre tous les marginaux et déviants comme mauvais parents.
- au contraire, si l'on recommande une évaluation approfondie, c'est pour se garder des généralisations hâtives, notamment celles qui assimilent enfants pauvres et parents déviants et parents incapables ou maltraitant etc. Il s'agit aussi de détecter non seulement les sévices physiques ou sexuels, mais les sévices psychologiques¹⁸ par leur retentissement précoce sur le développement des enfants. A contrario, tout enfant à développement entravé devrait bénéficier d'une telle évaluation de son développement et de sa situation familiale, dès lors que ce retard est inexpliqué.

En matière de prévention primaire, on peut citer plusieurs pistes : celle du réseau de périnatalité en place dans la région Languedoc Roussillon, qui dans le protocole de la première visite de grossesse introduit un questionnaire pour détecter les facteurs de risque de difficultés mère/enfant ; les équipes d'intervention précoce en pédo-psychiatrie, les pratiques qui consistent pour la psychiatrie à visiter de manière systématique les lieux de naissance pour s'y faire signaler les mères présentant des facteurs de risque de difficultés et intervenir précocement...

¹⁷ Cf. le rapport du groupe de travail Familles et pauvreté, sous la présidence de Ségolène Royal, rapporteur P. Naves.

¹⁸ par des textes adaptés de mesures du développement intellectuel et psychique (cf. M. Berger).

Là encore, une étude serait nécessaire, pour recenser et évaluer de telles pratiques, et pour les rendre systématiques dès lors qu'elles auraient prouvé leur efficacité.

2.1.2 Dangers et espoirs d'un dépistage précoce

2.1.2.1 L'exemple de la schizophrénie plaide pour un dépistage le plus précoce possible, dès l'apparition des premiers signes morbides

S'agissant de la schizophrénie et des psychoses, la conférence de consensus sur la schizophrénie a montré, après étude de la littérature internationale, l'intérêt de faire diminuer le plus possible le délai de la psychose non traitée.

« Pour réduire la durée de la psychose non traitée, il est essentiel de sensibiliser les professionnels de la santé, les enseignants, les familles et les membres des collectivités à la nature de la psychose. Mais cette connaissance de la psychose et de ses symptômes doit s'accompagner d'un meilleur accès à des traitements efficaces ». in conférence de consensus, version longue, déjà citée.

Ce document expose différentes recherches sur ce sujet, notamment celles menées en concertation entre des équipes psychiatriques et des équipes de généralistes, leur adressant des personnes détectées.

On peut reprendre la conclusion de ce document sur cette question du raccourcissement de la période non traitée :

« Etant donné les nombreuses directions que peut prendre la maladie après un premier épisode psychotique et la nature hétérogène de la schizophrénie, l'intervention précoce ne suivra probablement jamais une approche universelle figée qui convient à tous les patients. Elle prendra plutôt la forme d'une série de stratégies éprouvées que des cliniciens compétents devront adapter aux besoins particuliers de chaque personne.

En définitive la réussite de ces stratégies reposera sur les efforts conjugués de membres de la collectivité et de praticiens qualifiés. Pour réduire par exemple la durée de la psychose non traitée, la collectivité dans son ensemble, y compris les professionnels qui travaillent auprès du public (comme les enseignants et les médecins de famille), devra participer activement au dépistage précoce des jeunes ayant des symptômes psychotiques. Et que faire sans une équipe clinique bien informée et expérimentée, qui dispose de ressources suffisantes ? C'est en travaillant main dans la main que les citoyens et les professionnels pourront réaliser tout le potentiel de l'intervention précoce. Même si nous ne pouvons pas encore affirmer que l'intervention précoce peut modifier l'issue de la schizophrénie à long terme, nous pouvons néanmoins souligner son rôle crucial en prévention. »

2.1.2.2 La place respective des psychiatres et des autres intervenants en matière de dépistage doit être fixée

Comme souvent, il faut remarquer cependant que cette conférence de consensus est quasi muette sur les modalités de mise en œuvre de cette intervention précoce et notamment de la collaboration requise des différents professionnels.

Il semble à la mission que les conditions de cette intervention précoce devraient être énoncées à la fois en direction des usagers, des familles, des divers professionnels de première ligne, non médicaux, des médecins non-psychiatres et des professionnels de la psychiatrie.

On ne reprendra pas dans ce rapport la question des rapports entre les différentes causes de la pathologie mentale et de leur rapport avec une stratégie de soins¹⁹. La spécificité de la psychiatrie doit être réaffirmée ; le point de vue des pédagogues et des psychiatres, des travailleurs sociaux et des psychiatres, des médecins généralistes et des psychiatres ne peut, ni ne doit donc être le même.

Les psychiatres analysent le cas d'un malade et font une évaluation de son cas d'un point d'un point de vue «neuro-bio-psychologique»²⁰ ; mais sauf à «psychiatriser» l'école, les institutions sociales, les villes, les psychiatres ne travaillent, s'agissant de cette première évaluation, que sur des cas adressés. Adressés non pas par des professionnels ou des familles « ayant porté un diagnostic de trouble mental avéré », mais des professionnels ayant constaté que dans le fonctionnement scolaire ou social ou quotidien d'une personne, apparaissaient des dysfonctionnements « contre lesquels ils ne pouvaient rien ». Ainsi d'une baisse soudaine des résultats scolaires d'un élève adolescent, s'il apparaît qu'elle dure, qu'elle ne peut pas être résolue par des moyens éducatifs ou pédagogiques, éventuellement qu'elle est concomitante d'autres signes de malaise. Ainsi également d'un absentéisme, de troubles de la conduite, d'un retrait social en classe et hors la classe etc. Aucun enseignant ne peut être tenu de déceler de tels signes comme psychopathologiques, il n'en a ni la compétence, ni la responsabilité. De même des travailleurs sociaux, s'agissant des populations en situation de précarité et qu'ils ne parviennent pas à inscrire dans un processus de réinsertion. De même des familles, confrontées à des « crises adolescentes » qui durent, qui résistent à des prises en charge légères, de type psychothérapies de soutien, groupes de paroles etc.

L'apparition de tels signes doit déclencher l'adressage à des professionnels de la psychiatrie. C'est ce qu'on nomme la détection. Comme les mêmes signes peuvent avoir des étiologies différentes, psychiatrique, mais aussi sociale, économique etc. il est nécessaire que les professionnels de première ligne confrontent leur analyse du cas et fassent en tant que de besoin appel à la psychiatrie.

Le dépistage des troubles psychiatriques avérés ne peut être effectué que par des professionnels de la psychiatrie, sur des sujets qu'on leur a adressés, c'est à dire signalés.

Soit en les envoyant, les accompagnant dans certains cas, à une consultation ou un centre de crise adaptés, soit en demandant aux professionnels de la psychiatrie de favoriser cet accès aux soins, d'accompagner l'élaboration d'une demande de soins.

Cette stratégie doit être développée pour l'ensemble des dysfonctionnements « sociaux », quelle que soit la pathologie soupçonnée ; on pourrait dire sans que les professionnels se préoccupent de la diagnostiquer.

C'est sur leurs limites que ces professionnels doivent saisir les professionnels de la psychiatrie, quitte d'ailleurs dans un certain nombre de cas à avoir adressé « pour rien », parce que le sujet, quoique présentant un dysfonctionnement pédagogique ou social majeur, ne présente pas un trouble mental avéré. Reste alors, aux équipes de professionnels à s'interroger ou à interroger d'autres spécialistes sur la cause possible de

¹⁹ Sur cette question du « paradigme » de la psychiatrie, nous renvoyons à l'analyse qu'en font, après G. Lantéri-Laura, M. Ch. Hardy-Baylé et Ch. Bronnec, in « Jusqu'où la psychiatrie peut-elle soigner? », édition Odile Jacob, octobre 2003. Outre l'analyse remarquable de la « crise de la psychiatrie », notamment dans son rapport avec les pouvoirs publics, le secteur social et les autres spécialités médicales, ce livre propose un modèle intégratif de la discipline, ainsi qu'une organisation des soins idoïne.

²⁰ On reprend là l'analyse citée ci-dessus, selon laquelle il est nécessaire de développer un « modèle théorique » de la psychiatrie qui intègre et non pas oppose, les différents courants, neuro-biologique, cognitivo-comportementaliste, psychanalytique, systémique et humaniste, c'est à dire un modèle théorique qui rende compte et éclaire la pratique éclectique de nombre de psychiatres et permette une coexistence de divers types d'intervention et non leur concurrence ou exclusion.

ces dysfonctionnements. Qui peuvent aussi relever d'une mauvaise interaction entre le sujet et la classe ou le sujet et l'institution scolaire.²¹

On peut d'ailleurs prôner la même répartition des compétences entre médecins généralistes ou entre médecins spécialistes et psychiatres. C'est à la psychiatrie de poser les diagnostics de troubles mentaux, à partir d'une approche spécifique, psychopathologique, sur des malades présentant des troubles psychiatriques détectés par les médecins généralistes ou des spécialistes.

2.1.3 Prévention tertiaire : des progrès notables dans la réinsertion des jeunes malades mentaux

Ce sont les progrès thérapeutiques qui permettent une meilleure réinsertion des jeunes souffrant de troubles mentaux.

Quoiqu'en dehors de notre champ, il faut noter qu'un certain nombre de jeunes ayant souffert de psychoses infantiles, sont maintenant accessibles à une réinsertion, par une scolarisation adaptée. (Exemple cité par le Centre de réadaptation psychothérapique (CEREP).

S'agissant de divers troubles mentaux, un certain nombre d'entre eux, y compris les troubles schizophréniques, vont s'atténuer, voire disparaître. La fonction de la réinsertion sera alors essentiellement le rattrapage du retard scolaire accumulé (donc une réintégration soit de sa classe de niveau, soit de sa classe d'âge), mais aussi dans certains cas une orientation plus adaptée. Entre dans la réinsertion la rééducation des troubles cognitifs générés par l'épisode pathologique.

Enfin, s'agissant des jeunes qui vont développer, quelle que soit la qualité de la prévention, en l'état actuelle de l'art médical, une psychose schizophrénique ou maniaque-dépressive, la réinsertion va devoir conjuguer la nécessaire continuité des soins et l'orientation sociale, en termes de formation, d'hébergement, de conditions de vie pour compenser le handicap psychique.

Là encore une répartition des fonctions entre les divers intervenants est nécessaire. Les psychiatres eux, auront une vision médicale, soignante de cette prise en charge. Les enseignants, les travailleurs sociaux, la famille devront développer au mieux leur intervention, en tenant compte de la pathologie.

Citons les analyses de M.F.Hardy-Baylé et Ch. Bronnec sur la réinsertion des schizophrènes :

« C'est ... en restant dans la logique psychopathologique qui fonde la compétence du psychiatre que son rôle pourra s'éclaircir par rapport à cette question qui a conduit en son temps, à une réponse plus politique ou sociale que psychopathologique. C'est de ce point de vue éminemment psychiatrique que la question des liens entre soins et réinsertion peut se penser. Ce n'est qu'en concevant le projet de vie comme un levier thérapeutique potentiel que le psychiatre pourra repenser l'interface entre le monde sanitaire et le monde de l'hébergement et de l'insertion. Ce n'est qu'en apportant aux

²¹ On peut citer l'exemple relevé par l'observatoire d'épidémiologie scolaire de Languedoc Roussillon, qui relevait que lors d'une enquête, les enseignants avaient « détecté » deux fois plus d'enfants souffrant de troubles du comportement que les médecins scolaires ayant examiné ces mêmes enfants. Troubles du comportement sans doute liés au système scolaire.

partenaires sociaux du monde de l'hébergement et de l'insertion sa logique psychopathologique que le psychiatre permettra que se dessinent de réels liens de complémentarité, chacun restant dans son champ de compétence spécifique. Incontestablement, cet échange ne peut reposer que sur un langage commun minimal imposant à la psychiatrie et aux professionnels du champ social une connaissance mutuelle de leurs compétences et des contraintes de leur exercice. Dans le rapport avec les usagers et les familles de patients, le même soin doit être apporté dans la spécificité des compétences échangées. Les usagers et les familles constituent à bien des égards des alliés essentiels de la psychiatrie pour accompagner les évolutions nécessaires ».

On ne peut que noter l'évolution, le changement de paradigme pour reprendre l'expression des auteurs dont rend compte une telle analyse.

En termes de réinsertion, les professionnels, les familles ne sont plus considérés comme un « extérieur fautif et incompetent », mais comme des alliés dans un processus commun, une responsabilité commune à l'égard des usagers.

Ceci définit alors des stratégies de prise en charge qui ont plus à voir avec la collaboration qu'avec la toute puissance de chaque institution, avec la complémentarité qu'avec la concurrence, avec la confiance qu'avec le soupçon généralisé.

Une telle prise en charge, multifonctionnelle, dans laquelle chaque intervenant, y compris le patient, voit ses compétences définies et reconnues, appelle non plus un modèle institutionnel, mais un modèle en réseau. Tel qu'il sera exposé plus loin.

2.2 Continuité des soins en psychiatrie

L'enquête citée, menée sur 100 dossiers d'appels reçus par le service Ecoute de l'Unafam a montré l'importance et la difficulté d'établir une continuité de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles mentaux avérés.

Plus de que difficultés d'accès aux soins, les familles se plaignent des ruptures de soins. Souvent c'est la sortie de l'hôpital qui cristallise les plaintes et les craintes. L'Unafam parle « d'externement abusif », certains professionnels de l'aide sociale à l'enfance de « non assistance à personne en danger ».

La prise en charge immédiate et adaptée de la crise fait partie de la continuité du service public de soins ; mais il faut sur le temps long de la maladie mentale, faciliter une véritable continuité de soins, une alliance thérapeutique entre le malade et ses soignants, entre ceux-ci et l'entourage du malade.

2.2.1 Nécessité d'une palette de réponses à la crise

La crise en psychiatrie se traduit par un risque vital (suicide), parfois une dangerosité potentielle, toujours une très grande souffrance.

Le mot de souffrance comme celui de victime est galvaudé dans nos sociétés : toute souffrance doit être supprimée, toute frustration aussi et la recherche d'un statut de victime remplace parfois la formation ou la recherche d'emploi. Ceci ne doit pas occulter le fait que la souffrance du malade mental en crise est sans commune mesure avec ce qu'on appelle « mal-être », « malaise », « deuil » etc.

Les études récentes, (relatées dans la conférence de consensus sur la schizophrénie naissante) montrent que la répétition d'épisodes de crise, leur durée ont des effets délétères sur la guérison ou la stabilisation des jeunes patients psychotiques.

Une intervention rapide, adaptée, est donc nécessaire.

Ce sont souvent les urgences psychiatriques qui seront sollicitées, mais d'autres prises en charge sont possibles.

2.2.1.1 Des urgences psychiatriques accessibles et accueillantes

“L'urgence est classiquement considérée comme l'évolution d'une crise méconnue, qui n'aurait pas eu les réponses appropriées, son importance dans les soins aux adolescents est largement repérée.”²²

Quand la crise inaugure l'entrée dans la maladie, la prise en charge doit être simple et rapide. Dans un certain nombre d'endroits (ceux vus par la mission), les urgences générales prennent en charge les urgences psychiatriques. Une présence psychiatrique 24h sur 24 y est nécessaire, ainsi que l'existence de « lits de psychiatrie », soit dans une unité proche, soit dans le service des urgences lui-même.

Plusieurs types d'organisation existent, urgences générales et psychiatriques côte à côte comme aux Hospices civils de Strasbourg, garde commune des urgentistes et des psychiatres comme à Aix en Provence (avec possibilité de garder les personnes 48heures), urgences spécialisées, vers lesquelles les malades présentant des symptômes psychiatriques sont dirigés, comme à Paris (avec le CPOA).

2.2.1.2 Régler la question des moins de dix huit ans

Outre les problèmes soulevés, notamment dans les métropoles, par l'embouteillage des urgences, plusieurs problèmes spécifiques à la prise en charge des jeunes souffrant de troubles psychiatriques se posent :

- les problèmes dus aux frontières de l'âge et à la minorité ne sont pas bien réglés

Le seuil entre pédo-psychiatrie et psychiatrie adulte (16 ans) ne recoupe pas le seuil entre mineur et majeur. Dès lors la population des 16-18 ans n'est pas partout prise en

²² M.J. Guedj, F. Caroli, Accueil et soins différentiels pour adolescents : urgence et hospitalisation aiguë, in Psychiatrie de l'enfant, XI,1,1997, p. 239-272

charge ; en effet, les secteurs de pédopsychiatrie ne peuvent plus les prendre en charge et certains services adultes les refusent, pour des motifs non juridiquement légitimes de responsabilité.

A Strasbourg, le service de psychiatrie adulte des Hospices civils refuse d'hospitaliser des mineurs, au motif des problèmes engendrés par la coexistence de mineurs violents, agressifs et d'autres, plutôt dépressifs, qui constituent parfois une « proie » pour les premiers. Avec les problèmes de contentieux posés. Il en est de même de la gestion du risque suicidaire, dont les parents acceptent mal qu'il n'entraîne pas un enfermement total.

Dans d'autres cas, ce sont les parents des jeunes mineurs qui refusent une hospitalisation pourtant nécessaire, avec la nécessité de recourir alors au juge des enfants.

Enfin, même si la loi du 4 mars 2002 a amélioré le fonctionnement des ordonnances de placement en psychiatrie par le juge des enfants, en exigeant qu'il y ait à ces placements un motif médical, attesté par un certificat, beaucoup de psychiatres se plaignent encore du fait que ce soit le juge qui ainsi décide des modes thérapeutiques (l'hospitalisation) pour un mineur, alors que le vrai motif de ce placement en hôpital psychiatrique est l'absence de solution d'hébergement ou un différent entre des médecins somaticiens et des psychiatres hospitaliers sur la nécessité d'hospitaliser un jeune.

Enfin, les textes ne sont pas complètement clairs sur la conduite à tenir face à un mineur, dont ses parents accepteraient qu'il soit hospitalisé, mais qui lui le refuse. Peut-il refuser cette hospitalisation ? De même, un mineur pourrait être fondé à exiger que soit caché son dossier à ses parents, même en cas de pathologie mentale grave qui abolit une partie de sa capacité de discernement, en cas de tentative de suicide, en cas de prise de toxiques etc. Or là encore, dans certains cas, la collaboration et l'information de la famille sont importantes.

Le groupe d'évaluation de la loi du 27 juin 1990 avait évoqué l'idée d'un texte encadrant une hospitalisation sans consentement d'un mineur, que ses parents soient ou non consentants aux soins. En effet, la loi du 27 juin 1990 considère que le mineur ne peut être hospitalisé à la demande d'un tiers, dès lors que le tiers est son parent et consent au soin d'ailleurs ; quant à l'hospitalisation d'office, rien ne l'empêche d'un point de vue législatif, si le mineur en remplit les conditions, mais la « fiche d'application de la loi » a toujours considéré qu'elle devrait rester exceptionnelle et de fait elle l'est. M.J.Guedj et F. Caroli, du CPOA (article cité), mentionnent qu'ils n'y ont jamais eu recours.

Il faudra reprendre l'idée d'un statut d'HDT pour les mineurs qui ne consentent pas au soin, mais dont les parents y consentent.

Il faut quand même noter que le problème du consentement du malade, qu'il soit jeune ou adulte se pose une fois le malade hospitalisé, c'est vrai, mais aussi et surtout pour l'amener à l'hôpital. En effet, nombre d'histoires relatées par l'UNAFAM ou d'autres familles de jeunes schizophrènes surtout, témoignent de cette difficulté devant le refus de soin. La question de la prise en charge sans consentement se pose donc non seulement à l'entrée à l'hôpital, mais au domicile même du malade, dans le fait de venir

le chercher. Il faut absolument que les services de psychiatrie aient une réponse active et efficace face à la demande formulée par une famille ou une institution, de soins pour un adolescent ou jeune adulte, qui ne veut pas venir consulter. En ce sens, l'amendement inscrit dans la loi de santé publique, en débat au Parlement, donnera un fondement législatif, à cette intervention des équipes, du domicile du patient à l'hôpital.

Il devrait être possible aussi de préciser à nouveau dans un texte que le refus d'hospitalisation d'un malade, qui se présente spontanément ou qui est adressé à un service psychiatrique, doit être motivé médicalement par écrit, après évaluation de l'état du malade.

2.2.1.3 Les conditions d'accueil en urgence psychiatrique des adolescents et jeunes adultes sont spécifiques.

Outre le refus d'accueil analysés ci-dessus, il faut noter que les services, notamment d'urgence générale adulte, mais aussi d'hospitalisation psychiatrique recevant les personnes orientées par les urgences, ne sont pas toujours organisés pour recevoir des pathologies naissantes.

Ces moments de la pathologie nécessitent un suivi médical et thérapeutique intensif, pour donner les meilleures chances de régression des symptômes ; la première image donnée par les services de soins psychiatriques va être déterminante pour l'acceptation ultérieure des soins, notamment en période de crise ; il est nécessaire d'accueillir de manière très humaine et sympathique une famille, qui même si on peut souhaiter qu'elle change certaines de ses interactions avec le malade, a surtout besoin d'information et de bienveillance. Enfin, il faut noter que la promiscuité dans un même service de malades anciens, très chronicisés, parfois très déficitaires avec les jeunes souffrant pour la première fois de troubles mentaux n'est pas toujours facile à gérer. Il est sans doute possible de le faire, l'expérience menée à l'accueil adolescents du CPOA le prouve, mais il est clair que cela ne peut pas être envisagé comme une économie de moyens.

La mission là encore ne se prononce pas sur le choix fait soit d'hospitaliser les adolescents dans une unité adulte, soit dans une aile spécifique d'une telle unité, soit avec les autres malades. Mais elle a constaté qu'en tout état de cause, **ce qui doit être spécifique, c'est l'accueil et la prise en charge des troubles mentaux émergents.**

C'est une question clinique spécifique, du point de vue de l'intensité du suivi médical, infirmier, du point de vue des relations avec la famille (y compris la fratrie), du point de vue des relations avec les autres intervenants.

Les services de psychiatrie qui ont développé un accueil spécifique des adolescents et qu'a vus la mission, ont tous mis en place des consultations pour les parents. Dans certains cas, préalables à l'accès du jeune au soin, visant à le faciliter ; et en général, sous forme d'entretiens avec les parents, mais aussi de groupes de paroles avec tous les parents.

Si la mission estime qu'il ne faut pas développer un troisième secteur, adolescent, elle estime que tous les secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile devraient collaborer pour qu'existe à un niveau géographique proche, les moyens de cette approche spécifique. Pour reprendre l'exemple cité par G. Vidon, « *pourquoi ne pas*

imaginer que plusieurs secteurs proches collaborent pour dédier des lits et des places d'une des unités hospitalières, d'un des hôpitaux de jour, d'un des CATTP à ces malades là)» ?

Et ce pour des raisons psychopathologiques : la pathologie émergente ne requiert pas les mêmes stratégies thérapeutiques que la pathologie stabilisée. Certains psychiatres estiment d'ailleurs que les psychiatres d'adultes, plus habitués à prendre en charge ces périodes régressives que sont les crises des psychotiques adultes, seraient mieux à même de prendre en charge ces adolescents que les pédo-psychiatres, traitant des sujets ayant présenté une psychose infantile, donc plus axés sur l'autonomisation du sujet.

2.2.2 Des alternatives à l'hospitalisation en unité d'urgence

Il y a dans la société contemporaine un mythe du service des urgences, corollaire de la croyance en la toute puissance d'une médecine essentiellement hospitalière.

Fréquenter les urgences le dimanche après-midi, en bande, pour accompagner un membre de la bande qui va mal est devenu pratique courante, des jeunes de tous les milieux. La prise en charge par les urgences rassure les parents, que leur enfant souffre d'une bronchiolite ou délire²³.

Mais les services d'urgence, qu'ils soient généraux ou psychiatrique sont souvent surchargés, la prise en charge ne peut pas y dépasser quelques jours et les équipes d'urgentistes ne sont pas toujours armés pour articuler cette prise en charge avec un suivi à la sortie, qui ne sera pas forcément hospitalier.

La mission a relevé trois modes d'intervention, alternatifs à l'hospitalisation en unité d'urgence : le centre de crise, l'intervention par une équipe mobile à domicile, la consultation prolongée en centre d'orientation.

2.2.2.1 Les centres de crise, un accueil bien inséré dans l'environnement

Les centres de crise permettent une hospitalisation à temps complet, d'une courte durée, par une structure bien implantée localement.

La circulaire du 11 décembre 1992 définit ainsi ces centres de crise : « Centres de crise offrant des possibilités d'accueil immédiat et de séjour de brève durée, favorables au traitement de certaines situations aiguës en lien étroit avec l'entourage. »

²³ L'urgence est aussi un des modèles possible de l'adolescence, où tout est concentré dans l'ici et maintenant, et où les liens hypersensibles au contexte spatio-temporel sont d'autant plus forts qu'ils ont été jusque là occultés. M.J.Guedj, F.Caroli, op.cit.

Le Centre communautaire d'accueil et de soins pour adolescents de Montreuil sous Bois est une unité fonctionnelle intersectorielle, créée conjointement par trois services sectorisés rattachés à l'Hôpital Esquirol de Charenton.

Il a été conçu comme une réponse à un accueil en psychiatrie d'adolescents présentant des troubles psychiatriques, nécessitant une période de séparation avec la famille, pour lesquels le suivi ambulatoire articulé avec une prise en charge par des services sociaux (foyer de l'ASE, associatifs) ne suffit pas et équivalente en termes d'indication, mais pas en termes de fonctionnement aux unités accueillant déjà des adolescents dans les services de psychiatrie adulte (certains services à l'hôpital Sainte Anne à Paris) ; des services spécialisés pour adolescents (Salpêtrière, Institut Mutualiste Montsouris, Théophile Roussel) et des unités pour l'accueil d'urgence des adolescents (au CPOA, à Sainte Anne, à l'unité d'urgence de pédo-psychiatrie du Kremlin-Bicêtre, à l'unité d'urgence de l'institut mutualiste). A sa création, ce service visait à compléter cette offre de soins en urgence déficitaire en nombre de lits, mais également à offrir une alternative, pour les cas où l'hospitalisation ne s'imposait pas médicalement, et où une institution mieux et plus insérée dans la communauté se révélerait plus adaptée.

Pour reprendre les termes du projet : « La vocation d'une telle institution plus nettement insérée dans la communauté étant d'offrir une réponse thérapeutique essentiellement orientée vers les situations de crise et le travail en réseau : permettant d'accueillir pour des durées brèves (de quelques jours à deux semaines) des troubles psychiatriques aigus ou subaigus et plus généralement des situations de détresse psychique, le plus souvent compliquées d'un climat de tension familiale et/ou institutionnelle ; l'importance de la dimension interactive appelant, non une rupture, mais un travail de séparation et des soins institutionnels concernant l'adolescent en relation avec son entourage ; compatibles de surcroît avec le maintien des liens thérapeutiques et sociaux de l'adolescent. »

L'indication du centre de crise ne repose pas sur le type de pathologie, crise de maturation de l'adolescence, trouble névrotique ou psychotique, ni même sur le type de comportement, plutôt sur le versant de la violence ou au contraire de l'inhibition et du retrait, risque suicidaire ou non, mais sur ce que l'équipe appelle « l'arrière plan de la nosographie plutôt que la nosographie elle-même.

Un tel centre de crise est adapté quand la réponse apportée doit être psychiatrique et environnementale, quand la période d'hospitalisation est nécessaire à la fois pour soigner des symptômes, mettre en place un suivi sur un long cours et adapter les interventions sociales, scolaires, familiales à la pathologie du malade.

Au contraire d'une unité d'hospitalisation, vouée au soin d'un état aigu, sans place du moins au début pour une préoccupation autre que thérapeutique, et donc à vocation régionale, un tel centre de crise fonctionnera dans le ressort de la proximité, pour quelques secteurs. Il devra être articulé avec tout le réseau des soins ambulatoires (psychiatrie), mais aussi le réseau de l'hébergement social, de l'aide à la parentalité, de l'éducation et de la formation locaux.

Un tel centre fonctionne essentiellement avec des patients adressés par une indication médicale et se donnera pour objectifs à la fois des objectifs thérapeutiques, mais aussi environnementaux, avec le réseau des partenaires du social, de l'Education nationale ...

La sortie du CCASA se fait vers un retour en famille, institution ou domicile ou vers un accueil familial thérapeutique ou vers un hôpital de jour, une institution médico-sociale ou une admission en service de psychiatrie hospitalier, si l'évolution des troubles le nécessite.

Du fait des difficultés de la psychiatrie bordelaise à travailler en harmonie, le centre de crise de l'hôpital Charles Perrens à Bordeaux (P. Ayoun) s'est spécialisé dans le traitement des jeunes présentant un épisode aigu, jusqu'à leur retour à domicile. Du fait de la compétence de son médecin chef pour tout ce qui était syndrome de stress post traumatique, ce centre de crise reçoit essentiellement des malades victimes de violences, sévices sexuels et graves crises intra-familiales. Il développe une approche de collaboration avec la Justice (dépôt de plainte par les jeunes patients). Mais de ce fait, la durée de séjour au centre de crise dépassera largement les durées admises communément pour ce type d'institution. Ce sont alors les services d'urgence ou de psychiatrie adulte acceptant de jeunes adolescents très agités, voire violents, qui

accueilleront les jeunes relevant d'une hospitalisation ou consultation prolongée avant orientation vers un dispositif de soins de longue durée.

2.2.2.2 *L'équipe d'intervention à domicile, une amélioration de la qualité de vie des familles*

L'intervention d'une équipe de psychiatrie mobile à domicile en situation de crise permet également d'éviter certaines hospitalisations.

Equipe ERIC

La caractéristique d'ERIC (Equipe Rapide d'intervention de Crise) est d'offrir, à partir des situations d'urgence, une intervention rapide, sur le lieu même de l'urgence, en collaboration avec les proches du patient, ainsi qu'un suivi de crise de quelques semaines. Ce suivi peut avoir plusieurs finalités. Il permet l'instauration à domicile de soins d'une qualité comparable à celle de l'hôpital et constitue ainsi une alternative à l'hospitalisation psychiatrique pour des pathologies sévères. Il réalise une transition entre le moment de l'urgence et l'instauration d'un suivi psychiatrique, ce qui devrait favoriser l'entrée dans le dispositif spécialisé pour les patients non suivis, et permettre pour les autres, la poursuite des soins avec des professionnels qui étaient indisponibles, débordés ou rejetés, au moment de l'urgence. Enfin, le suivi de crise est parfois suffisant, notamment en l'absence de pathologie psychiatrique.

Moyens, organisation et fonctionnement d'ERIC

Sur l'initiative du Dr. Kannas et de son équipe (secteur 78G11), ERIC a été créé en janvier 1994 à partir d'une réflexion sur la chronicité hospitalière (Wiewioka et Kannas, 1989), en s'inspirant d'expériences nord-américaines dans les domaines de l'urgence psychiatrique à domicile (Everstine et al. 1977, 1993) et de l'alternative à l'hospitalisation (Langsley et al, 1971, 1965, Pittman, 1987).

Quatre-vingt pour cent des moyens nécessaires au fonctionnement ont été initialement issus du regroupement de son hospitalisation avec celle d'un autre secteur de psychiatrie adulte (78G14, Dr. Dejonghe). Actuellement, ERIC intervient sur 4 secteurs (300 000 habitants), participe par convention à l'organisation d'une réponse au sein du service d'urgence de l'hôpital général de Rambouillet ainsi qu'à la prison de Bois-d'Arcy, et doit 'élargir prochainement au secteur 78G15 (Dr. Marcel Institut Marcel Rivière à La Verrière).

Basée à l'hôpital Charcot (Plaisir), l'équipe est composée de 3,5 équivalents temps plein (ETP) de psychiatres, d'une psychologue, d'un cadre et de 17 infirmiers. L'équipe d'urgence (un psychiatre et un infirmier) est disponible 24 heures sur 24, 7 jours/7, avec la possibilité de rencontrer les patients sur le lieu de la crise ou dans les locaux d'ERIC. L'accès au service est réservé aux professionnels, les appels du public étant régulés par le SAMU-Centre 15. A l'issue de l'intervention d'urgence, une prise en charge de crise peut être organisée en post-urgence sous la forme d'entretiens médicaux, de visites infirmières (en binôme), d'appels téléphoniques. La durée maximum du suivi est de 2 mois. ERIC ne dispose pas de lits, mais peut indiquer un traitement hospitalier dont il garde la responsabilité durant 48 heures dans la pavillon d'hospitalisation du secteur (lits-porte). Si l'hospitalisation se poursuit au-delà, le relais est pris par l'équipe intra-hospitalière ordinaire du service. Dans le cas contraire, un suivi de post-urgence est organisé à domicile. Pendant la période de suivi, l'équipe d'urgence est disponible directement par téléphone pour réintervenir en tant que de besoin.

Les durées maximales de prise en charge (48 heures en lit-porte, un mois pour la post-urgence) sont généralement respectées ; elle sont adaptées à chaque situation²⁴.

- S'agissant des jeunes patients, l'équipe constate qu'elle parvient à intervenir précocement pour des malades qui se terrent dans leur chambre, refusent de consulter. Ainsi de ce malade, avec qui les intervenants ont parlé pendant un temps très long à travers la porte de sa chambre qu'il maintenait fermée, puis qu'ils ont revu souvent avec sa mère, hors de sa chambre.

²⁴ Les dispositifs d'urgence psychiatrique et de crise en France, M Robin, F. Pochard, J.F. Ampelas, S. Kannas, M. Bronchard, F. Mauriac, F. Bisson, S. Meppen, N. Pastour

- Des études menées par et sur l'équipe, il ressort que si deux après l'intervention d'ERIC, il y a eu 50% de réhospitalisations que pour une population comparable, hospitalisée en première intention, cinq ans après les deux populations se rejoignent. Mais ce mode d'intervention permet de meilleures relations avec les familles, un climat moins angoissé, autant de gages d'une meilleure insertion sociale ultérieure des jeunes psychotiques. Et autant de souffrance épargnée au jeune et à sa famille²⁵.
- Car il faut bien noter que dans nombre de cas le premier contact avec la psychiatrie, sous forme d'hospitalisation, rajoute à la souffrance de la première crise.

2.2.2.3 Un mode d'intervention efficace : la consultation prolongée.

Dans l'article cité de M.J. Guedj et F. Caroli, les auteurs notent que plusieurs équipes trouvent environ 60% d'hospitalisations évitées « après consultation prolongée ».

Ainsi, « *Plantade note que pour la psychopathie on préfère une consultation qui pourra durer plusieurs heures sans céder à la pression de l'entourage.* »

Traditionnellement conçu pour accueillir l'urgence psychiatrique et l'orienter vers les unités d'hospitalisation pouvant la recevoir, le CPOA est à Paris le passage obligé avant d'obtenir une place en hôpital. L'attente au CPOA était considérée, surtout pour les adolescents, du fait de la pénurie de centres de crise et d'unités d'hospitalisation d'urgence, comme « une erreur d'orientation »²⁶.

L'idée de M.J. Guedj a été d'utiliser ce temps d'attente, ce dysfonctionnement structurel comme un temps thérapeutique. « *Nous partirons de cette constatation (l'attente prolongée d'une place et le désarroi de l'accompagnateur et de l'adolescent) pour la transformer en critère positif : la consultation pour adolescents doit être prolongée, cela constitue en soi une réponse à la situation, et le sentiment de rejet tombe quand l'indication de consultation prolongée est posée, et non pas imposée par les supposées défaillances du système de soins.* »

Deuxième postulat de départ : l'accueil en urgence se ferait mieux dans un service mêlant adolescents et adultes que dans un service dédié aux adolescents. B. Antoniol a la même appréciation à Bordeaux. Confronté à des adultes, l'adolescent est moins souvent victime de contagions (d'agressivité par exemple, suicidaire ...), il risque moins la chronicisation, du fait du caractère moins douillet et régressif d'une unité pour adultes ; la fréquentation de patients adultes activerait les mouvements réparateurs en même temps qu'elle limiterait plus qu'elle ne favoriserait l'identification à la pathologie mentale lourde.

Le travail d'accueil s'organise alors en quatre temps : l'accueil infirmier, la consultation médicale, qui doit permettre un diagnostic, l'indication d'hospitalisation ou non, la nature et la durée de celle-ci.

« L'aspect clinique et thérapeutique de la consultation prolongée (de cinq à vingt heures) a pour but minimum de séparer l'indication socio-éducative de la nécessité de soins ; confusion si fréquente lors de la demande initiale d'hospitalisation. Pour pouvoir avancer, l'équipe recevant en urgence doit être assurée de la possibilité d'accueil à l'issue de la consultation :

²⁵ Evaluation de la satisfaction des patients et de leurs proches avec un service mobile d'urgence et de poste urgence psychiatrique, JF. Ampelas. Etude communiquées par l'équipe ERIC.

²⁶ in M.J. Guedj, F. Caroli, op.cit. toutes les citations concernant cet accueil adolescents au CPOA sont tirées de cet article

- *accueil rapide en consultation médico-psychologique ;*
- *accueil socio-éducatif : les juges et les éducateur finissent par l'accepter, une fois l'aspect clinique et pathologique éclairci de façon nette ;*
- *accueil des adolescents présentant une pathologie adulte, vers des services de psychiatrie adulte. »*

Par ce mode de fonctionnement, alors que l'ensemble des adolescents adressés au CPOA l'était pour une hospitalisation, elle est décidée pour seulement 36% des cas. Elle se fera, en fonction du cas, soit vers des services de pédo-psychiatrie, soit dans des services adultes, accueillant un petit nombre d'adolescents et disposant d'une équipe médicale disponible, volontaire et formée.

Un plus grand nombre de sujets seront finalement adressés vers une hospitalisation, notamment du type hôpital de jour, mais cela en repassant par le biais de la consultation ambulatoire et non pas en urgence.

Les patients qui reviennent plusieurs fois au CPOA seront eux orientés à plus de 50% vers une hospitalisation.

Il faut retenir de ces expériences, diverses, peut-être plus complémentaires qu'alternatives, qu'il paraît possible et intéressant de ne décider d'une hospitalisation d'un jeune adolescent ou adulte, qu'après une évaluation de sa situation (sa pathologie et son environnement) et non pas seulement comme une réponse aux troubles de la conduite ou au risque suicidaire. Le premier contact, qu'il se fasse au domicile du patient, dans un service d'urgence ou dans un centre de crise doit être une véritable consultation, prolongée. Cette consultation a pour but l'approche psycho-pathologique du patient, qui déterminera ensuite une approche sociale ou socio-éducative adaptée et non l'inverse. C'est à partir d'une indication médicale que se fera l'hospitalisation et celle-ci, si elle est nécessaire, doit comprendre le choix du type d'unité et de la durée de l'hospitalisation.

2.2.3 Pour un renforcement de la continuité des soins.

Nous ne traiterons pas dans ce rapport la question de la continuité et de la discontinuité des soins psychiatriques, cela n'étant pas de notre compétence et nous renvoyons de ce point de vue à l'article de M.J. Guedj, consacré à ce sujet²⁷

La continuité du service public²⁸, est l'obligation faite au service public de psychiatrie d'offrir aux malades non seulement une réponse au coup par coup, à chaque crise, mais une prise en charge continuée, adaptée à leurs besoins. Pour le dire autrement, si l'on peut admettre qu'il faille que des adolescents changent de thérapeutes, de lieux d'hospitalisation, de lieu de vie etc. en fonction d'indications thérapeutiques, médicales, il n'est pas admissible qu'ils soient tour à tour adressés à « la structure de garde », celle qui a de la place, l'équipe qui veut bien les recevoir, une équipe qui ne les connaît pas encore, une nouvelle équipe quand la recrudescence de la crise apparaîtra à une équipe comme un échec.

²⁷ « De la continuité des soins. Le principe de continuité des soins à l'adolescence est-il remis en cause dans le développement de programmes thérapeutiques adaptés à l'urgence, l'aigu et le post-aigu, ou faut-il mieux en délimiter le champ d'application ? » in Nervures, Tome XIV – n°2 – Mars 2001, pages 34 à 37.

²⁸ On emploie ici le terme de service public de psychiatrie, au sens large du terme, service du public, assuré par le secteur public, les établissements privés participant au service public hospitalier, les cliniques privées, conventionnées ou non, les psychiatres libéraux.

En miroir, il faut sans doute aussi lutter contre un consumérisme médical, de la part des jeunes, mais surtout des familles, sorte de déni prolongé de la gravité de la maladie, retard orchestré vers l'acceptation de la pathologie.

2.2.3.1 Les hospitalisations doivent être préparées, en amont et en aval

Les hospitalisations faites en urgence, sans indications thérapeutiques très claires, à fortes connotations sociales ou médico-sociales et pour lesquelles une solution de suite n'est pas recherchée dès l'admission, vont se prolonger, sans toujours être bénéfiques.

La pierre n'est pas à jeter forcément aux services hospitaliers.

En effet, si M. J.Guedj affirme que les CMP des secteurs de Paris admettent généralement les jeunes envoyés en urgence, après une consultation prolongée au CPOA, qu'il lui apparaît que les services de l'ASE et de la PJJ commencent à admettre qu'une hospitalisation n'est pas un placement et qu'il faut « reprendre » le jeune après son passage au CPOA et éventuellement un séjour en unité d'hospitalisation, forcément court à cet âge, d'autres médecins font état d'un énorme embouteillage de leur service. Citons les problèmes soulevés au service d'urgences psychiatriques de Bordeaux pour les jeunes venant de foyers de l'aide sociale à l'enfance et que ceux-ci ne veulent pas reprendre ; les durées de séjour au centre de crise de l'hôpital Charles Perrens qui dépassent souvent un ou deux mois ; citons C. Bursztejn à Strasbourg, qui sur 8 lits en a deux ou trois occupés depuis plusieurs mois par de jeunes adolescentes, pour qui aucune solution médico-sociale n'est trouvée.

Citons aussi dans le registre de la perte de continuité du service public ce cas rapporté par l'équipe de la clinique études de Bouffémont (Val d'Oise) d'un jeune homme, sorti de la clinique, bien stabilisé, qui loge dans un foyer de jeunes travailleurs à Paris, qui a un contrat chez un employeur, mais qui est obligé de revenir en consultation à Bouffémont (plus d'une heure de trajet) parce que l'équipe de secteur du lieu où il habite (le foyer), ne considère pas celui-ci comme une domiciliation.

Certaines équipes, notamment en pédopsychiatrie, nous ont expliqué qu'il fallait prendre en compte non l'adresse du foyer ou de la famille d'accueil d'un enfant de l'aide sociale à l'enfance, mais celle de ses parents biologiques. Ces pratiques s'apparentent à un refus de soins.

Le secteur est un mode d'organisation des soins psychiatriques qui doit permettre d'aller au devant du malade (de ne pas l'attendre dans une salle d'attente comme disait un des pères du secteur) et non pas une domiciliation ouvrant un droit bureaucratique et une manière pour les médecins de choisir leurs malades. Car curieusement certains défenseurs du secteur critiquent le tri des malades qu'induirait la pratique défendue par d'autres de spécialisations intersectorielles, mais ne s'offusquent pas du tri social et psycho-social induit par la pratique assignant les usagers à la fréquentation du CMP proche du lieu où ils dorment, pire où dorment leurs parents, et non pas du lieu où ils vivent, travaillent, vont à l'école, sont hébergés, éduqués etc.

Citons en contre-exemple la pratique des secteurs du XVème arrondissement de Paris, qui considèrent que tous les adultes qui travaillent dans cet arrondissement et tous les

jeunes qui y sont scolarisés, nonobstant une domiciliation dans un autre arrondissement ou hors de Paris, relèvent de leur secteur. C'est ainsi que M. Fouillet, (service de G. Massé à Sainte Anne) accueille et va au devant de tous les élèves des lycées généraux et professionnels, de BTS et de classes préparatoires de l'arrondissement, mais aussi des arrondissements voisins.

Un exemple d'absence de continuité du service public de psychiatrie.

Lettre communiquée à la mission.

Notre fils, XX, souffre de schizophrénie. Pendant quatorze années nous avons eu le plus grand mal à le faire soigner, la plupart de nos tentatives d'hospitalisation, lors de crises de violence, n'ayant pas abouti. (fugue pendant le transport, fugue juste avant la venue des ambulanciers...).

En 2001, il a été condamné à quatre mois de prison avec sursis et dix huit mois d'obligation de soins pour menace avec arme. (à l'encontre d'un agent de la SNCF, ce garçon ayant totalisé un nombre de contraventions pour défaut de titres de voyage se chiffrant en plus de cent mille euros).

Peu après ce verdict, et à la suite de violences à notre domicile, il a été hospitalisé en HDT dans le service..... (correspondant au secteur du domicile des parents, chez qui il était revenu), à la demande de deux psychiatres, qui en avaient estimé l'urgence et la nécessité. (un psychiatre de SOS psychiatrie et un psychiatre du CPOA).

Le lendemain de cette hospitalisation, le médecin en charge de notre fils dans le service a levé cette mesure d'HDT, tout en lui interdisant de nous contacter. Quelques jours après, notre fils a quitté l'hôpital, en plein délire, rempli de gratitude pour le médecin qui lui avait permis « d'échapper aux hélicoptères qui le guettaient au-dessus du toit de l'hôpital pour le tuer », sans ressources, sans savoir où se loger, errant à l'étranger pour échapper à ses « assassins français ».

En 2002, il a été admis en hospitalisation d'office dans le même service, et il a été pris en charge par le même médecin. Trois semaines plus tard, il s'est enfui. Nous sommes restés sans nouvelles de notre fils pendant plusieurs mois. A notre connaissance l'hôpital n'a pris aucune mesure pour le retrouver et lorsque nous avons indiqué qu'il pouvait sans doute être retrouvé un jour donné, dans un lieu précis, aucune disposition n'a été prise pour rechercher notre fils, pourtant en danger évident pour lui-même et pour autrui.

Ces parents ont pour l'instant choisi de ne pas porter plainte et de réclamer plutôt des explications à l'hôpital et à sa tutelle.

De l'avis de l'UNAFAM et d'autres usagers vus par la mission, un tel tableau est malheureusement courant.

On peut renvoyer au très intéressant livre de Françoise Salomon, *L'Enfant du silence, histoire d'une schizophrénie*, éditions Odile Jacob

2.2.3.2 La continuité des soins : droits et devoirs des malades mentaux

La structure asilaire n'apparaît plus comme la meilleure façon de soigner un malade, surtout un jeune. Dès lors, il n'appartient pas non plus à l'équipe de soins ambulatoires de définir le parcours social, éducatif, scolaire d'un malade. Cette spécialisation de la psychiatrie sur la fonction soins, ne signifie pas qu'elle puisse se désintéresser du mode de vie du malade, de sa réinsertion sociale. Elle doit travailler « en liaison » avec les autres professionnels en charge du jeune sur ces fonctions, et donc aussi travailler dans ces autres institutions, y aller soigner le jeune.

C'est ce que la mission a trouvé à Bordeaux, quand un médecin urgentiste se déplaçait dans les foyers de l'aide sociale à l'enfance, pour préparer puis suivre la sortie d'un jeune après son passage aux urgences ; à Strasbourg, quand la sortie est préparée (avec peine) vers un institut de rééducation, dans lequel l'équipe pourra aller suivre le jeune ; dans le réseau « Yvelines Sud », ou dans l'équipe d'Eric, quand les professionnels de la psychiatrie interviennent en foyer, dans les écoles, dans les lycées, dans les HLM...

La psychiatrie de liaison est nécessaire en médecine somatique, aux urgences somatiques, mais aussi dans les institutions scolaires, sociales, voire familiales, non pas pour éduquer, scolariser, insérer socialement, mais pour y traiter la psychopathologie de ceux qui y sont présents et notamment ses effets en termes de dysfonctionnements sociaux.

Le nomadisme institutionnel et hospitalier des malades mentaux, notamment tant qu'ils ne sont pas stabilisés, provoque les ruptures compètes de soins, les réhospitalisations en urgence, voire sous contrainte, dans certains cas l'aboutissement en prison. Pour le dire autrement, quand la psychiatrie échoue à offrir soit directement (hôpital) soit en liaison avec d'autres, un environnement contenant, propice aux soins psychiatriques, il arrive que la quête effrénée du malade, notamment jeune et parfois agressif, le conduise aux murs de la prison.

Ce nomadisme entretient en miroir la désorganisation des services, il provoque un sentiment d'impuissance des professionnels, face à la noria des malades, nouveaux, une perte de temps importante, passé à « chercher des lits ». On l'a dit à plusieurs reprises, il ne faut pas minimiser les difficultés d'un service public de la psychiatrie confronté à une explosion de la demande et un début de raréfaction des professionnels.

Sans compter les difficultés introduites dans les systèmes d'urgence et de garde par l'application parfois rigide des directives sur la récupération. Néanmoins, il semble à la mission qu'il devrait être possible d'éviter le passage itératif par le service des urgences, pour les malades en crise, déjà pris en charge par un secteur ou qui ont déjà bénéficié d'une hospitalisation dans un service ou une prise en charge en centre de crise.

Le passage d'un service à l'autre, quand la discontinuité n'est pas indiquée médicalement est désorganisatrice et perturbatrice.

Comment mettre en œuvre cette obligation du service public, non seulement d'accueillir les malades, mais de les soigner dans la continuité :

- en instituant une collaboration forte entre l'intra et l'extra hospitalier, dans le cadre du secteur, plus souvent pour les adolescents et jeunes adultes de l'intersecteur ou du réseau pour bien articuler, selon les moments et l'état du malade, séjours hospitaliers et soins extra-hospitaliers. Cette collaboration doit être formalisée pour s'imposer à tous, dans tous les cas ;
- en exigeant que chaque équipe de psychiatres qui s'occupe d'adolescents et jeunes adultes dispose d'une unité d'hospitalisation de référence ;
- en instituant une obligation pour les équipes de psychiatrie de recevoir et suivre les jeunes au lieu de leur vie et de motiver un refus médicalement ;
- en éduquant les jeunes malades et leurs familles au respect de cette continuité de soins ;
- Pour symboliser cet engagement réciproque, la mission propose que tout jeune qui a des problèmes de santé mentale et doit être soigné sur un temps long reçoive une carte du type de la carte anglaise « *Mental health crisis card* » ;

Mental health crisis card

« En Grande Bretagne, les personnes qui ont des problèmes de santé mentale (quel que soit leur âge et le type de dysfonctionnement) peuvent demander à avoir une carte spéciale, « mental health crisis card ».

La carte de format « carte de crédit » **n'est pas informatisée**. Une zone est réservée à la photo du détenteur.

Elle comporte des cases dans lesquelles peuvent être notées les noms et adresses et téléphones, des médecins, paramédicaux, travailleurs sociaux qui prennent en charge l'intéressé.

Enfin une zone peut être utilisée pour consigner des informations sur les traitements préférés ou identifiés comme inefficaces.

La carte est remplie avec le patient qui est odnc assuré, en cas de crise en particulier, d'être pris en charge par les personnes et services de son choix. Ces renseignements peuvent être utilisés par le détenteur de la carte lui-même, mais également par toute personne qui aurait à gérer une crise (services de police, d'urgence).

Le but de la carte est de créer un climat de confiance entre les patients et ceux qui les prennent en charge et d'apporter au patient l'assurance qu'il sera pris en charge selon ses vœux, s'il n'est pas en mesure de décider lui-même.

Le dispositif n'est pas encore mis en œuvre partout. Ce sont d'abord les patients qui ont été hospitalisés) qui la carte a été proposée. Il devrait être étendu »²⁹.

Il semble à la mission que ce type de carte a certains avantages, et que les inconvénients et risques peuvent être encadrés.

La «fidélisation» du patient, notamment psychotique est le problème majeur de la clinique psychiatrique de l'adolescent et du jeune adulte.

Une carte, qui ressemblerait au fond aux nombreuses cartes délivrées par des services publics (bibliothèque, établissements scolaires), des magasins (librairies, grands magasins, magasins de sports...) instituerait un lien symbolique entre une personne, souffrant par moments de troubles psychiatriques et son équipe de référence. Elle devrait permettre en quelque sorte « un accès direct » aux soignants et à l'institution, en cas de besoin. Elle instituerait une sorte de « droit de retour en cas de besoin », sécurisant pour le jeune, sa famille et son entourage. Elle permettrait par exemple aux établissements scolaires accueillant des jeunes ayant souffert de problèmes psychiatriques, en classe ordinaire, avec ou sans projet d'accueil et d'intégration, de « savoir qui contacter en cas de besoin ».

Les dangers d'une telle « mise en carte » sont réels.

Si la carte n'est pas réservée spécifiquement à cet objet, la fidélisation d'une équipe à un malade, elle pourrait servir d'indice permettant à un établissement scolaire, un centre de formation, un employeur, un gestionnaire de foyer de rejeter les sujets « psychiatriques ».

Pour cela, il faut noter que la carte reste la propriété du malade, sa famille en possédant éventuellement un double, mais aucune institution. La carte ne contient que les informations que le malade, dans une période de possession de sa capacité de discernement a accepté d'y voir figurer.

La carte n'est pas informatisée et ne donne accès à aucun fichier.

Les équipes de psychiatrie et les unités d'hospitalisation d'urgence, de crise qui sont mentionnées sur ces cartes, disposent comme toute équipe médicale du dossier de leur patient, identifié comme la carte par son nom et uniquement par son nom. Aucun

²⁹ Information communiquée à la mission par Ch. Ducastelle, conseillère sociale à l'Ambassade de France à Londres.

identifiant ne peut figurer sur une telle carte et notamment surtout pas, un numéro de sécurité sociale.

Si le patient le souhaite, à la place de son adresse, peut figurer sur cette carte le nom et l'adresse d'un proche qu'il souhaite voir contacté en cas de problème.

Cette proposition, suggérée à la mission par M.J. Guedj, frappée de constater le nomadisme institutionnel des jeunes malades psychiatriques, reflète bien dans son ambivalence, les contradictions indépassables de la pathologie psychiatrique. C'est une pathologie qui touche la capacité de discernement du malade et rend tout consentement ou refus de consentement aux soins difficile d'interprétation. C'est une pathologie qui souvent installe un déni de la maladie. Le malade, parce qu'il est malade, ne considère pas qu'il délire, au contraire, ces voix qu'il entend, ces personnes qui le poursuivent sont réelles pour lui. C'est enfin une pathologie dans laquelle on peut craindre, en période de crise, des passages à l'acte qui risquent d'obérer pour un long temps, l'avenir du malade. En revanche, un malade mental n'est pas malade tout le temps. Entre les périodes de crise, s'installent des périodes de rémission, de stabilisation. Un bon soin psychiatrique va tendre à éduquer le malade et sa famille à la gestion de la maladie, avec ses successions de crises et de longues rémissions. Prévenir les conséquences des crises pathologiques ne relève donc pas seulement d'une mission d'ordre public³⁰, mais avant tout de l'intérêt du malade. Certes, on ne peut pas oublier que le discours sécuritaire ne fait pas diminuer l'intolérance à l'égard de la folie, de la marginalité, de la déviance dans les sociétés urbaines. Et assigner le malade mental à une place sociale bien désignée, dans ou hors les murs, mais sous contrôle constant, reste un objectif auxquels ne peuvent pas souscrire ceux qui ont à cœur de défendre les libertés, y compris des malades mentaux.

Entre ces deux objectifs, irrémédiablement contradictoires, celui de soigner le plus vite et le plus efficacement possible un malade mental, surtout jeune et celui de ne pas utiliser la psychiatrie comme mode de contrôle social, on ne peut être que pragmatique.

Il a semblé à la mission que la continuité du service public de la psychiatrie est un droit des malades. Il faut imaginer des moyens de le rendre effectif.

2.3 Interventions complémentaires dans un environnement aménagé

2.3.1 *Des modes d'intervention à déterminer par la clinique*

2.3.1.1 *L'adolescence, des limites d'âge incertaines*

La première question qui vient à l'esprit est celle de la délimitation de l'adolescence. Dans un premier temps, la mission a souhaité privilégier une notion sociologique des adolescents, « les jeunes », de 15 à 30 ans. Au cours des investigations, il est apparu que

³⁰ D'autant que les malades mentaux sont pour une très petite partie d'entre eux des malades dangereux ; le plus souvent, s'ils ne sont pas pris en charge, ils sont errants, ils voyagent sans billet, ils se mettent en danger, ils commettent des délits pour lesquels ils font tout pour se faire prendre...

ce champ était trop étendu et que la problématique clinique des 25-30 ans était d'une nature différente, notamment en ce qui concerne la réinsertion des jeunes psychotiques.

L'étude a donc porté sur les « 15-25 ans », en notant bien sûr que la problématique « jeunes adultes » n'est pas la même que celle des jeunes adolescents.

« D'abord sur cette notion d'adolescence qu'il est finalement bien difficile de définir en terme de tranche d'âge, adolescence dont la majorité civile ne fixe, bien entendu pas la limite supérieure. Ce qui caractérise peut être le statut d'adolescent, contrairement à la plupart des adultes est que l'adolescent ne s'appartient pas encore complètement³¹ » .

Des structures ont été identifiées et dédiées aux adolescents pour des raisons cliniques et pratiques. Puis des barrières administratives et juridiques sont venues encore compliquer la prise en charge.

La limite d'âge de la psychiatrie infanto-juvénile est fixée à 15 ans et trois mois, le commencement de la psychiatrie adulte à 16 ans. Mais la pédiatrie revendique parfois de continuer une prise en charge jusqu'à 18 ans : le CMPP de l'association Etienne Marcel à Paris a un agrément pour suivre les jeunes jusqu'à 20 ans avec des dérogations possibles jusqu'à 21 ans, et à l'association de santé mentale du 13^{ème} arrondissement de Paris (ASM 13 Philippe Paumelle) les adolescents de 15 à 25 ans continuent à être suivis par le secteur enfant. Il en est de même des cliniques « soins-études » de la Fondation santé des étudiants de France, ou de l'hôpital de jour du centre de rééducation psychothérapique (CEREP). L'institut mutualiste Montsouris (IMM) reçoit les jeunes jusqu'à 20 ans.

L'aide sociale à l'enfance suit les adolescents jusqu'à 18 ans, et ne peut continuer ensuite qu'avec l'accord du jeune, sous la forme du « contrat jeune majeur », et jusqu'à 21 ans seulement.

L'obligation scolaire s'arrête à 16 ans, mais si 4 jeunes sur 5 sont encore scolarisés à 18 ans, ils ne sont plus que 2 sur 3 à 19 ans, et un peu plus d'1 sur 2 à 20 ans³².

Si les mineurs ne partagent pas l'hébergement en prison avec les majeurs, les moins de 16 ans peuvent à titre exceptionnel et pour quelques jours être placés avec des mineurs plus âgés, et tous peuvent être regroupés avec des adultes pour certaines activités.

Les conséquences de ces délimitations sur la prise en charge des adolescents sont nombreuses : les filières et réseaux de soins se créent plutôt à partir du collège, mais la fin de l'obligation scolaire constitue une entrave au repérage des jeunes « qui vont mal », surtout si ces difficultés se traduisent par l'absentéisme scolaire.

Des adolescents sont gardés dans des services d'urgence, parfois plusieurs jours, faute de lieux pour les accueillir (Strasbourg)³³. Hormis la création d'unités ou de lits dédiés aux adolescents et jeunes adultes par la psychiatrie adulte ou infanto-juvénile, les jeunes majeurs et en principe les mineurs de plus de 15 ans sont suivis dans les services de psychiatrie adultes, dont la moyenne d'âge tourne autour de 40 ans. Pour ce qui est des

³¹ M. Grohens, « les 15-25 ans, nouvelle clinique, nouveaux soins », perspectives psy, janv.2003

³² Premières informations et premières synthèses, coup de frein à l'insertion sociale et professionnelle des jeunes en 2002, DARES, février 2003

³³ Courrier du secteur de psychiatrie adulte de Strasbourg

jeunes majeurs, les activités institutionnelles ne sont pas prévues pour eux, le risque de viol et de violence est réel, et ce mélange des âges est certainement dissuasif pour les jeunes. Cette situation a deux conséquences, une très grande difficulté dans la prise en charge des 15-18 ans, que les services adultes refusent parfois, et que les services pédiatriques ne peuvent plus accueillir.

Il y a des contre-exemple : des services comme le CPOA de Sainte Anne accueillent des mineurs (à partir de 16 ans, exceptionnellement plus jeunes). Ils cohabitent avec des adultes, dans une structure semi-contenante. Mais il s'agit de séjours brefs, sans présence d'adultes chronicisés, avec une présence permanente d'un chef de service. La chef de service estime que l'identification peut constituer un choc salutaire pour l'adolescent. (« je ne suis pas comme cela, je ne veux pas devenir comme cela », utile en particulier en cas de refus de soin), et que cette promiscuité peut ainsi faire partie de la gestion de la crise, quand il ne provoque pas une tentative de suicide.

D'une manière générale, il reste difficile d'isoler cliniquement un âge précis pendant la période adolescente, compte tenu des différences de développement. Les barrières de l'âge sont nombreuses dans tout le secteur de la santé mentale, comme dans les autres secteurs, et plus souvent conçues pour refuser les personnes que pour les prendre en charge. Ainsi, l'obligation scolaire se transforme aussi en non-obligation d'accueil de jeune de plus de 16 ans à problèmes. Il serait sans doute opportun de ne plus en ajouter, mais au contraire de valoriser les catégories cliniques plus que la notion d'âge limite. C'est la difficulté du travail soulignée par A. Braconnier pour établir des liens chez des sujets parfois inscrits dans ce qu'il nomme la triple escalade du « défi, délit et déni ³⁴».

2.3.1.2 *Tous les milieux sociaux sont concernés*

Il n'existe pas de définition administrative de l'adolescence. Le collégien n'est pas le même jeune que le lycéen de 20 ans, que l'étudiant, le jeune chômeur ou le jeune errant. On appelle parfois adolescents ceux qui, dans notre études, sont plutôt des jeunes adultes.

Comme cela a été démontré dans la première partie de ce rapport, si l'articulation entre problèmes de santé et problématique sociale est parfois difficile à faire, **il faut insister sur le fait que tous les jeunes, de tous les milieux sociaux peuvent être sujets à des troubles psychiques**. La différence entre ces catégories de jeunes portera plutôt sur la rapidité de la détection compte tenu d'une habitude et une fréquentation de soins plus habituelle chez les CSP moyennes et supérieures, et sur la nature et la rapidité de la prise en charge, ainsi que sur les possibilités d'insertion sociale et professionnelle. (taux de consultation d'un médecin spécialiste chez les cadres).

D'ailleurs, lorsque les politiques publiques de santé mentale mettent l'accent sur des populations adolescentes qui appartiennent à des milieux défavorisés, (par exemple la circulaire conjointe santé/justice relative à la prise en charge psychique des enfants et adolescents en grande difficulté du 2 mai 2002), c'est en raison des difficultés complémentaires que la situation sociale que connaissent ces jeunes ajoute à leurs problèmes de santé

³⁴ A. Braconnier, C. Chiland, M. Choquet, « traiter à l'adolescence . L'adolescent, un patient pas comme les autres.

Les jeunes confiés à l'ASE appartiennent certes dans une proportion plus importante que les jeunes de la population générale à des milieux défavorisés. Les études sont cependant rares, et ne distinguent en général pas les enfants des adolescents.

Et les facteurs de danger sont moins liés à la situation socio-professionnelle des parents qu'à d'autres problématiques comme les carences éducatives ou les problèmes psychologiques des parents.

La dernière enquête de l'observatoire de l'action sociale (ODAS)³⁵ montre que les facteurs de dangers liés aux carences éducatives des parents ont une influence prépondérante pour 57% des jeunes signalés. Il s'agit surtout des problèmes psychologiques des parents (pour 71% d'entre eux), même si le chômage et les difficultés financières ont aussi des conséquences non négligeables pour 31% d'entre eux.

L'enquête menée par la mission a montré que les histoires personnelles des jeunes confiés à l'ASE qui souffraient de troubles psychiques reflétait de manière considérable des situations de grande souffrance dans l'enfance, voire de maltraitance. Les cas cités par le pédopsychiatre Maurice Berger le confirment très bien³⁶

L'enquête effectuée par la DASES de Paris en 2002 permet de compléter de manière plus précise les données concernant les adolescents confiés à l'ASE³⁷. Cette enquête comporte deux parties, dont une partie concerne 107 adolescents de 14-15 ans, placés en famille d'accueil ou en établissement.

Le niveau scolaire des adolescents suivis par cette enquête est considéré comme bon pour 16% des adultes suivant ces adolescents et acceptable pour 26% d'entre eux, mais 30 % de ces jeunes sont en difficulté scolaire, dont 10% en très grande difficulté.

L'enquête met en lumière le « mal être » et les troubles psychologiques éprouvés par les adolescents confiés à l'ASE de Paris, avec une fréquence supérieure à celle observée dans les populations standards de même âge. (instabilité constatée par les adultes les ayant en charge pour 32% d'entre eux et agressivité pour 40% d'entre eux). Ce constat ne diffère guère des résultats observés chez les adolescents confiés à la PJJ, et est plus marqué chez les jeunes en établissements. Une proportion importante de ces adolescents (43%) bénéficie d'un suivi psychologique.

Les traits de caractère des jeunes incarcérés (2000 mineurs par an et près de 13 000 jeunes de 18 à 25 ans) sont caractérisés par le fait qu'ils « *sont et restent des enfants dont la personnalité est en voie de formation et en constante évolution. Ils vivent un passage où les repères identitaires sont bousculés tant physiquement que psychologiquement. Ils sont confrontés à leur implication dans de graves passages à l'acte dont ils ont à assumer d'une certaine façon la responsabilité; ces enfants connaissent de graves difficultés d'équilibre affectif, psychologique et d'insertion. Leurs*

³⁵ Rapport de l'ODAS, 15 octobre 2003.

³⁶ M. Berger, op.cité

³⁷ Département de Paris, étude sur l'état général des enfants confiés au service de l'ASE de Paris, août 2003

histoires se ressemblent et ont souvent été émaillées de ruptures précoces, de violences, de manque de repères affectifs, d'insécurité, de carences affectives³⁸ ».

La prise en charge globale s'avère, là aussi, impérative.

Ce n'est donc pas l'âge, mais le besoin clinique qui peut différencier les prises en charge des adolescents. Ce n'est pas non plus la catégorie socio-professionnelle des parents. Les prises en charge nécessitent en revanche souplesse et adaptation. L'enquête menée par la mission a montré que c'est ainsi que le concevaient une grande partie des équipes rencontrées.

2.3.1.3 Créer un troisième secteur pour les adolescents n'est pas une bonne idée

L'enquête menée conduit à ne pas retenir cette idée, pour plusieurs raisons :

- des raisons cliniques ; les adolescents connaissent des pathologies émergentes à des âges très différents ; elles ne sont pas toujours définitives, mais elles nécessitent des prises en charge adaptées à la clinique plus qu'à l'âge ;
- des raisons administratives : le passage du secteur infanto-juvénile au secteur adulte soulève déjà des problèmes de frontières et de passage de l'un à l'autre, la création d'un troisième secteur présentant le risque de démultiplier ces difficultés en amont et en aval ;
- Des risques de filiarisation ;

Créer un secteur adolescent avec ses propres modes de formation, et d'éducation risque de transformer la période morbide en handicap chronicisé.

En revanche, il est nécessaire de préserver la souplesse dans l'octroi des agréments pour la prise en charge et de créer, dans les secteurs adultes, des lieux dédiés aux jeunes, et de prévoir une palette souple de solutions en facilitant les passages entre elles. Il est important que l'âge ne puisse pas être utilisé comme critère de refus, de sélection et donc que les agréments soient très souples.

2.3.1.4 Ne pas enfermer les adolescents dans une catégorie de handicap psychique

Cette revendication est énoncée depuis longtemps par les associations de malades mentaux, au premier rang desquelles l'UNAFAM. Elle est reprise dans le projet de loi sur l'égalité des chances des personnes handicapées.

La mission appelle l'attention sur les risques consistant à appliquer ce critère aux adolescents et jeunes majeurs, car, comme la première partie l'a montré, les pathologies ne sont pas irréversibles pour ces jeunes. La notion de handicap psychique risque de les enfermer dans une catégorisation qui ne correspond pas à la spécificité de leur âge ou moment de vie, et de leur fermer l'accès aux modes de formation et d'insertion ordinaires. On peut rarement, en psychiatrie adolescente, parler de handicap spécialisé.

³⁸ ministère de la justice, guide du travail auprès des mineurs en détention, DAP, 1901

De plus, l'utilisation de cette étiquette ne peut que renforcer le rejet par les jeunes et leur famille de la psychiatrie³⁹.

2.3.2 Des interventions concertées

La prise en charge doit être globale, car chaque adolescent peut être conduit à être en contact avec plus d'un des domaines concernés par sa prise en charge. Il faut aussi tenir compte de la spécificité de l'adolescence et de la multiplicité des structures « qui ont à s'occuper de l'adolescence ».

« Tous ceux qui s'occupent d'adolescents savent combien ils doivent naviguer entre deux dangers, celui de la banalisation des difficultés de cet âge, au risque d'obérer sérieusement l'avenir par l'absence de réactions et de soins ; et celui de la dramatisation, en marquant l'adolescent du sceau du pathologique »⁴⁰.

2.3.2.1 Une préconisation récurrente

La politique de santé mentale s'appuie, avec la création des intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile par la circulaire 1972, sur les institutions sociales et médico-sociales (loi du 30 juillet 1975 et du 2 janvier 2002) qui ont vocation à prévenir, dépister, accueillir, héberger et gérer.

La circulaire de 1972, premier texte sur la sectorisation infanto-juvénile incitait l'ensemble des structures aussi bien publiques que de l'enfance inadaptée à former des ensembles cohérents d'établissements depuis la consultation hospitalière jusqu'à l'institut médico-éducatif ou médico-professionnel, allant même jusqu'au groupement d'établissements⁴¹.

Dans les années 1970 et 1980, sont mis en place les inter-secteurs autour de structures généralistes recevant l'ensemble des âges et des pathologies (CMP, hôpitaux de jour, hospitalisation à temps complet). Dans les années 1990, l'offre de soins se spécialise, notamment en direction de l'enfance et de l'adolescence, par la création de centres d'accueils thérapeutiques à temps partiel, corrélatif de l'amplification de la politique d'intégration scolaire, une reconsidération de l'accueil à temps complet par une diminution globale du nombre de lits et le début de la création de nouvelles unités d'hospitalisation à vocation plus spécifique et une tendance générale à la création de structures intersectorielles⁴².

Parallèlement, dans les années 1980, les dispositions législatives et sociales et les dispositifs de santé soulignent la nécessité de protection des enfants et des adolescents et la nécessité de soins spécifiques pour les adolescents. En 1987 et 1990, la conception de protection des mineurs relevant de la justice est préférée à celle de la rééducation (loi de

³⁹ Certes, la notion de handicap n'implique pas un classement définitif et un traitement hors du milieu ordinaire. S'agissant cependant des troubles des jeunes, le risque de stigmatisation pour le reste de la vie du fait d'un étiquetage précoce semble à la mission important et surtout risque d'alimenter le refus de soin des parents et des adolescents.

⁴⁰ P. Alevin, P. Jeammet, X. Pommereau, l'hospitalisation des adolescents, état des lieux et perspectives, Ministère de l'emploi et de la solidarité et Fondation de France, 1996;

⁴¹ G. Bourcier et B. Durant, « la psychiatrie infanto-juvénile », in R. Lepoutre, J. de Kervasdoué, la santé mentale des français, Odile Jacob, 2002

⁴² G. Bourcier et B. Durant, « la psychiatrie infanto-juvénile in Raymond Lepoutre, Jean de Kervasdoué, la santé mentale des français, Odile Jacob, 2002

1987 limitant les mesures de détention pour les mineurs, remplacement de la direction de l'éducation surveillée en 1990 par celle de la protection judiciaire.

La légalisation du secteur de psychiatrie et son financement par le budget global n'empêche pas que se fasse jour la nécessité de créer des structures spécifiques, de développer des soins à temps complet, et de promouvoir des actions partenariales.

Le constat auquel répondait la circulaire de 1992, relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents n'était pas très éloigné de celui qu'a pu faire la mission : « *les adolescents et certaines populations très défavorisées n'étaient pas très connus des services de psychiatrie, avec une difficile articulation entre services sociaux et psychiatriques*⁴³. La circulaire incitait le service public à être particulièrement vigilant après des jeunes détenus, des adolescents suicidaires, de ceux connus des services sociaux, enfin à travailler avec le secteur de l'ASE et de la justice ». Ces recommandations ne sont pas très éloignées non plus de celles qui sont préconisées dans le rapport du Haut Comité de Santé publique de février 2000, sur la santé psychique des adolescents, et dans le plan Santé mental de 2001 de Bernard Kouchner. Les circulaires du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et des adolescents en grande difficulté et du 29 avril 2002 relative à la stratégie nationale d'action face au suicide s'appuient également sur cette approche. Le projet de loi « santé publique » reprend dans ses objectifs concernant les « affections neuropsychiatriques » la nécessité d'appréhender, sans distinguer les adolescents des adultes, les troubles bipolaires, dépressifs, névrotiques, anxieux et les psychoses délirantes chroniques dans une approche large incluant, outre le soin, la marginalisation sociale et le risque de stigmatisation.

La nécessité de collaboration entre toutes les structures du médico-social et du social, et du social et de la psychiatrie est donc réaffirmé avec force depuis les années 1990. Force est de constater qu'elle se met difficilement en place, hormis dans le cadre de quelques expériences pionnières.

Mais il ne s'agit pas seulement de la question d'une double prise en charge, médicale et sociale, mais plutôt d'une véritable approche globale incluant l'éducation et la réinsertion.

2.3.2.2 *De nombreux obstacles à cette approche concertée*

« *L'organisation administrative actuelle de la santé mentale, le cloisonnement des dispositifs selon leur statut public, privé, les modes d'exercice des praticiens et des divers professionnels, la séparation du champs sanitaire et social, l'étanchéité des financements, leur absence de souplesse, la rigidité des règles de tarification*⁴⁴ », le diagnostic est largement partagé.

Ces blocages relèvent de l'organisation administrative et institutionnelle, ils sont dus parfois à incompréhensions que la mission a pu constater lors des tables rondes organisées dans les départements dans lesquels elle s'est rendue.

⁴³ A. Braconnier, op cité

⁴⁴ A. De Tovar, « la sectorisation en impasse, vers une nouvelle organisation de la santé mentale », in Gestions hospitalière, janvier 2002

Il peut sembler redondant et inutile de rappeler que seule une prise en charge globale permet d'appréhender les problématiques complexes de la prise en charge des troubles psychiques des adolescents.

Des barrières juridiques : le secteur médico-social concentre un certain nombre de difficultés dans les modalités et l'organisation du travail ou les conventions collectives. Exemple : les instituts de rééducations sont souvent fermés le week-end, pour des questions qui tiennent à l'organisation du travail des équipes, à la mise en place de la réduction du temps de travail, ce qui peut rendre impossible la sortie d'adolescents hospitalisés en services d'accueil de crise, alors même qu'ils n'ont plus besoin d'être hospitalisés à temps plein. L'accueil dans un institut de rééducation, avec un suivi psychologique peut permettre à ces adolescents de bénéficier de l'éducation et de la formation qu'ils dispensent. L'impossibilité de garantir un accueil y compris le week end dans une structure médico-sociale contient dans une hospitalisation à temps plein devenue inadaptée des adolescents qui n'ont pas d'autre solution de vie.

P Le cloisonnement institutionnel : la PJJ fait intervenir des psychologues PJJ ; leur intervention reste néanmoins rare. Certains services de la PJJ ont recours, pour pallier cette insuffisance de praticiens, soit à des cliniciens du secteur privé, soit aux psychiatres des CMPP. Ces équipes font appels à ces professionnels extérieurs, qui peuvent à la fois accompagner les adolescents, voire leurs familles, mais aussi appuyer les équipes et assurer des formations⁴⁵.

Cette formule est parfois récusée sur le terrain : la mission a constaté que certains services de la protection judiciaire de la jeunesse considèrent parfois que seuls les psychiatres qui relèvent de ses structures peuvent suivre les adolescents qui leur sont confiés (table ronde du 1^{er} octobre à Bordeaux) et sont réticents à l'idée de conclure une convention avec le secteur pour déléguer à leurs psychiatres les évaluations des jeunes.

De même, B. Brahmi note-t-elle que les équipes de la PJJ sont très réticentes à accompagner les jeunes relevant de leurs structures pour une prise en charge psychologique. S'agissant de ces populations, on peut cependant imaginer qu'une prévention et un accompagnement psychologiques devraient être obligatoires pour les équipes et non pas laissés au bon vouloir des éducateurs.

Les centres médico-psycho-pédagogiques sont un bon exemple de ces blocages : *« encore trop peu connu de la population générale, le CMP garde aujourd'hui une image manquant de visibilité, qui nuit à sa fréquentation. Le partenariat avec le secteur social n'est pas assez développé, le lien entre le CMP et l'hôpital général trop peu affirmé, la collaboration avec le secteur privé, le secteur associatif et les médecins généralistes, bien trop souvent embryonnaire, voire inexistante. Concernant la structure elle-même, ...le fonctionnement du CMP est souvent considéré comme trop institutionnel, voire défensif, entraînant un poids administratif préjudiciable à sa dynamique et une circulation de l'information pénalisée »*⁴⁶.

P Les réticences des professionnels : certains dispositifs de soins spécialisés peuvent aussi être réticents à l'idée d'élargir leur approche, essentiellement psychologique et psychanalytique à certaines catégories d'adolescents, notamment

⁴⁵ inspection générale de l'éducation nationale, inspection générale de l'éducation nationale et de la recherche, « dispositifs relais et école ouverte, avril 2003

⁴⁶ rapport de V. Kovess. Ph. Clery Melin, J.C. Pascal, plan d'action psychiatrie et santé mentale, 2003

toxicomanes, connaissant des troubles psychiques. C'est ainsi que l'association « Drogues et Société » qui est très impliquée dans la prise en charge de jeunes toxicomanes du Val de Marne faisait part des réticences du service hospitalier spécialisé à prendre en charge ces jeunes, conditionnant leur prise en charge à une demande de sevrage⁴⁷.

A l'inverse, sur le même sujet, une autre association parisienne (« Convergences et Paradoxes »), faisait part de son peu d'appétence à accompagner les jeunes toxicomanes fréquentant leur consultation vers la psychiatrie. Cette association, qui reçoit notamment des mineurs et jeunes adultes (de 12/13 ans à 25ans), des adultes et des familles, (150 adolescents par an en consultation de psychothérapie de face à face) quand elle adresse des jeunes au secteur, considère qu'elle ne les suit plus. Cet échange repose davantage sur le carnet d'adresse personnel que sur une volonté de travail en commun et un mode de collaboration formalisé.

Les services sociaux et professionnels non spécialisés peuvent aussi mal supporter un travail en commun qui pourrait apparaître comme une remise en cause de leurs pratiques ou une critique de leurs dysfonctionnement (« Drogues et Société »).

Chacun dit vouloir que l'autre travaille avec lui, mais personne ne veut entrer dans un processus de collaboration. Ou, plus justement, des collaborations se nouent de personne à personne, selon les occurrences et les appétences organisées. Mais seule une collaboration organisée et formalisée permettrait d'offrir à **tous les jeunes**, quel que soit leur point d'entrée dans le dispositif (par l'école, et l'échec, par la PJJ et le délit, par l'ASE et l'abandon parental, ou par la crise psychiatrique) les soins **et** la formation **et** l'éducation **et** l'environnement adapté dont il a besoin, en même temps mais pas dans un asile.

2.3.2.3 *Un système de financement encore inadapté*

Deux questions font obstacle à la collaboration des secteurs sanitaire, social et médico-social : le fait que les budgets qui détermineront le financement des (établissements médico-sociaux, CMP CMPP) des journées ou à la dotation globale (hôpitaux, secteur) ne prennent pas en compte le temps de travail en commun, de synthèse et de supervision.

⇒ Le financement du temps de travail des professionnels passé à la concertation avec d'autres (visite des psychiatres à l'école, à la mission locales...) du temps de supervision des équipes, du temps consacré à exposer un cas à une équipe qui suivra (SMPR vers l'équipe de secteur) n'est pas prévu dans des systèmes qui comptabilisent les actes de soins directs (consultations de psycho-thérapie), mais pas les actes de prévention et de soins indirects (hors la présence du malade).

⇒ L'écueil de la double prise en charge commence seulement à être levé : Jusqu'à présent, quand un jeune passait d'une prise en charge sanitaire (hôpital de jour ou même CMP) à une prise en charge médico-sociale (un institut de rééducation), c'est la seconde institution qui devait lui fournir **toutes** les prestations, y compris de soin. En

⁴⁷ alors que les services de psychiatrie rencontrés par la mission ont tous insisté sur la forte proportion de jeunes toxicomanes parmi les jeunes suivis par eux

effet, l'assurance maladie refusait « la double prise en charge ». Or en psychiatrie, la continuité du soin et des soignants est essentielle.

Cette question de la « double prise en charge » semble levée par le décret de 22 octobre 2003 pris en application de la loi du 2 janvier 2002 rénovant les institutions sociales et médico-sociales. Ce suivi pour une part de sa prise en charge peut se justifier pour que le jeune n'ait pas à raconter, une fois de plus, son « histoire » et peut permettre, dans le contexte de démographie médicale touchant la psychiatrie, le suivi de soins nécessaire. Ce texte, très attendu, constitue une simplification du dispositif. Il sera nécessaire d'apprécier les modalités de sa mise en œuvre et notamment de voir si l'accord préalable du service du contrôle médical ne constituera pas une source de blocage ou de retard nouvelle.

2.3.3 La détection, le dépistage ou le repérage : raccourcir les délais

La collaboration de tous les intervenants du monde de l'enfance et de l'adolescence est nécessaire. Le Haut Comité de santé publique dans son rapport de 2002 citait ainsi les lieux de premier recours qui sont des lieux d'information pour les jeunes et leurs familles, y compris les points écoute et fil santé, les maisons de l'adolescent, certains CMPP, puis les médecins généralistes, l'institution scolaire, les consultations psychiatriques qui créent un lien avec l'école et la famille, enfin l'ASE et la PJJ.

2.3.3.1 Un travail en commun indispensable entre le milieu scolaire et la psychiatrie

Il s'inscrit dans la démarche de l'éducation à la santé en milieu scolaire préconisée par l'Organisation mondiale de la santé, par le Ministère de l'éducation nationale, par le ministère de l'éducation nationale (instructions ministérielles de 1998), par le plan de santé mentale du ministère de la santé de 2001, par l'INSERM qui recommandait de « former la communauté éducative à la promotion de la santé mentale et au repérage des problèmes ».

Le rapport du Haut comité de Santé Publique de février 2000 a ciblé comme indispensable le rôle de la prévention dans la stratégie de soins globale pour les intéressés. Le milieu scolaire est particulièrement concerné.

Le service de promotion de la santé en faveur des élèves de l'Education Nationale et le secteur psychiatrique jouent en ce sens un rôle indispensable, ni filière de soins psychiatrique systématique, ni solution de soins psychiatrique dans l'école, mais en développant un travail en complémentarité.

⇒ Pourtant, les difficultés de relations entre l'Education nationale et la psychiatrie sont importantes.

A l'occasion d'une table ronde organisée à Bordeaux par la mission, les représentants de l'institution scolaire ont évoqué leurs difficultés à entrer en contact avec les professionnels de la psychiatrie. Cette difficultés semblent plus importantes au lycée qu'au collège et bien entendu après 16 ans.

Le manque de contacts et d'information semble dû à la fois au secret professionnel et à la volonté de ne pas stigmatiser le jeune, mais aussi à un manque d'habitude de travail en commun.

Comment faire avec une jeune fille anorexique et par ailleurs excellent élève lorsque les parents sont dans le déni de soin, ou de la maladie, la pathologie étant masquée par les bons résultats scolaires ?

Dans le cadre de l'ASE, les liens entre l'école et la psychiatrie sont aussi parfois difficiles, voire inexistantes lorsque le jeune par exemple d'un foyer de l'enfance bénéficie d'un suivi psychiatrique : les exemples cités montrent que c'est lorsque l'éducateur s'investit dans le parcours scolaire du jeune que l'information circule.

⇒ Des exemples de collaborations existent néanmoins.

En cas de tentatives de suicides, certains services, comme le service pour adolescents du centre ABADIE de Bordeaux ont ainsi systématisé les relations avec le médecin scolaire, qui prend contact avec le psychiatre qui suit le jeune, le voit ainsi que sa famille. Et c'est avec le chef d'établissement que le retour dans le milieu scolaire est organisé.

Lors des tables rondes, à Strasbourg comme à Bordeaux, il est apparu que c'est souvent à l'intérieur de l'établissement que des collaborations existent au sein de l'équipe éducative pour trouver des solutions, les contacts avec les intervenants spécialisés étant de nature variable.

Le proviseur d'un grand lycée bordelais a ainsi évoqué des cas pour lesquels des aménagements de scolarité et de passages d'examen avaient été organisés par l'école de son propre chef (troubles du comportement alimentaire) de manière à permettre une poursuite de la scolarité. Néanmoins, il a été précisé qu'aucun contact avec le psychiatre qui suivait ce jeune n'avait pu être effectué. Dans d'autres cas de pathologies lourdes, l'équipe éducative n'a appris qu'après le suicide de l'adolescent qu'il avait un suivi psychiatrique.

⇒ Le travail d'équipe dans l'établissement scolaire se développe, même s'il faut dire à nouveau que ce n'est pas à l'enseignant ni au proviseur de servir de lien avec le secteur psychiatrique.

Un travail exemplaire est mené dans certains lycées, par une équipe réduite, mais efficace : le proviseur et son adjoint, le CPE et le médecin et l'infirmière scolaire, l'assistant social, le travail de liaison avec la psychiatrie est joué et de plus en plus de manière systématique et formalisée, par le médecin et l'infirmière scolaire. C'est ainsi qu'au lycée Turgot, dans le 4^{ème} arrondissement de Paris, une réunion mensuelle est organisée avec l'ensemble de l'équipe éducative, c'est ensuite le médecin scolaire qui prend en charge le jeune dont des troubles ont été décelés.

Au lycée Honoré de Balzac dans le 17^{ème} arrondissement de Paris, c'est le médecin scolaire lui-même qui accompagne le jeune lors de son premier rendez-vous avec le secteur psychiatrique,.

Une consultation spécifique pour adolescents mise en place au sein du secteur 15 de psychiatrie générale de Paris

Le rectorat de Paris (service de médecine scolaire) et l'équipe du secteur 15 de psychiatrie générale de Paris ont voulu pallier les difficultés soulevées par la médecine scolaire lors de réunions communes : difficultés pour les médecins scolaires à travailler avec les équipes de secteur, en psychiatrie générale ou infanto-juvénile, du fait de délais de réponse trop longs, de traitements peu spécifiés ou inadaptés, d'une réticence parfois des équipes de travailler avec les parents, les alertes formulées par les enseignants ne trouvant pas de réponse auprès du secteur. Les médecins scolaires éprouvent des difficultés de repérage des intervenants spécialisés selon l'âge de l'enfant, et les positions des équipes de secteurs leur apparaissent parfois obscures.

L'idée a consisté à établir une complémentarité psychiatrie/médecine scolaire, avec un objectif commun de prévention en amont des situations avérées.

Deux axes principaux de travail ont été mis en place :

- *un axe de soin direct et de disponibilité* auprès des adolescents par un travail de proximité et de concertation et d'engagements réciproques dans le cadre d'une consultation spécialisée au sein d'un dispositif d'un secteur classique .

Une consultation spécialisée pour adolescents a été installée au sein du CMP, en lien avec les médecins scolaires des établissements scolaires du secteur. (11 collèges et lycées, 4500 élèves, trois médecins scolaires, un médecin scolaire coordonnateur). L'idée était aussi de privilégier l'établissement plutôt que le domicile .

Les délais sont courts : dès l'appel du médecin scolaire , un rendez-vous est proposé dans les 24 à 48 heures, avec deux objectifs : évaluer l'importance du trouble, proposer si nécessaire un traitement immédiat, avec une équipe pluridisciplinaire, psychiatres spécialisés dans le suivi des adolescents, assistants sociaux).

Les conditions de réussite de la première rencontre apparaissent comme déterminantes pour la suite des soins.

La collaboration entre les médecins et infirmières scolaires, les psychiatres et assistants sociaux est essentielle.

Le médecin scolaire joue un rôle particulièrement important auprès des parents comme médiateur de soins. La place des parents, d'un point de vue clinique et légal pour les mineurs, est indispensable dans la dynamique de soins. En cas d'opposition des parents à toute idée de rencontre avec un psychiatre, le médecin scolaire a pu se porter garant des consultations du jeune et obtenir leur accord.

« La proposition de consultation par le médecin scolaire, en lien avec un autre médecin (du CMP) dégage l'adolescent d'une forme d'injonction de soins de la part du corps enseignant. Le médecin scolaire, par le recueil d'informations sur place, le lien avec le corps enseignant, apporte un repérage de signes cliniques exprimés dans l'école, souvent difficilement appréciables, voire niés au cours d'un entretien avec les parents ».

Ce travail en commun permet en outre d'éviter trois écueils :

- ne pas faire une consultation spécialisée à l'école
- éviter la multiplication des lieux de prise en charge
- ne pas faire une consultation à « tout va », en psychiatisant des problèmes qui n'ont pas lieu d'être, pour le jeune ou ses copains.

L'équipe du CMP des trois secteurs a pu ainsi mettre à disposition de l'éducation nationale une organisation intersectorielle pour définir des règles de travail précises, désigner un CMPP de référence avec correspondants psychiatres identifiés, en complémentarité avec le secteur infanto-juvenile qui couvre tout l'arrondissement.

-un axe de soins indirects, en réseau pour les médecins scolaires

Il s'agit de la mise en place d'un groupe de type Balint pour les médecins scolaires, et une formation post-universitaire, avec des psychologues, des psychiatres, des médecins scolaires⁴⁸.

⁴⁸ thème abordé en 2002 phobies sociales, phobies scolaires

Un travail de repérage est également mené par cette équipe du secteur 15 de Paris dans les classes préparatoires ; il s'agit de jeunes auxquels on ne pense pas spontanément, les estimant armés intellectuellement et psychiquement pour résister au stress et à la compétition. Les équipes du secteur ont donc engagé un travail de sensibilisation, orienté vers la détection de la trop grande résistance à la souffrance de ces jeunes.

Ce repérage ne peut bien entendu s'exercer que dans la mesure où les jeunes ne sont pas déscolarisés : cette mesure est plus facile à prendre pour les jeunes de moins de 16 ans, compte tenu de l'obligation scolaire. Le ministère de l'éducation nationale dispose d'un logiciel de signalement, mais lors d'une des tables rondes menées par la mission, les chiffres connus des services locaux étaient très variables.

La mission s'est intéressée à cette question de l'absentéisme scolaire dans la mesure où il peut être un signal d'une difficulté psychique du jeune. De nombreux professionnels ont indiqué à la mission que ces jeunes, après 16 ans, lycéens, de l'enseignement général ou professionnel, ou étudiants, restaient cloîtrés à leur domicile, avec parfois une consommation abusive de cannabis et un isolement affectif et social non négligeable.

2.3.3.2 Renforcer la détection à l'université

Les difficultés psychologiques des étudiants évoluent de manière croissante, en corrélation notamment avec la démographie médicale. Les quatre exemples décrits ci-dessous, de nature très différente, représentent des tentatives destinées à améliorer la détection des troubles mentaux des étudiants, dans le cadre d'un partenariat plus ou moins étendu.

Le CAMUS/BAPU de Strasbourg.

A Strasbourg, c'est un engagement multipartenarial qui a permis la mise en place d'une structure adaptée privilégiant une approche médico-psychologique⁴⁹.

Ce service dépend du secteur de psychiatrie. Le financement reflète ce multipartenariat, le Centre d'accueil médico-psychologique universitaire de Strasbourg (BAPU) a été complété en 1997 par un financement DDASS et de la CRAM et a été agréé comme BAPU en 1999. L'accueil se fait dans un local de la médecine préventive à proximité d'une des résidences universitaires, sur rendez vous ; il existe aussi une permanence téléphonique.

Il est intéressant de noter que le travail d'information mené par le CAMUS/BAPU est particulièrement intéressant pour entrer en contact avec les jeunes. Il constitue une première étape dans le processus de prise en charge. Les jeunes sont informés de l'existence et de l'activité de CAMUS/BAPU par les bulletins d'information de l'université, les campagnes de presse, les lieux de fréquentation des étudiants (restaurants universitaires etc...).

Les professionnels du CROUS et en particulier les personnels qui sont amenés à rencontrer les étudiants dans leur vie quotidienne reçoivent une formation ; une action spécifique est menée en direction des étudiants qui fréquentent la cité universitaire, soit environ 8000 sur une population estudiantine de 50 000.

En liaison avec le CROUS, le bureau de la vie étudiante, l'association des fédérations d'étudiants volontaires (AFEV), le BAPU fait appel à des **étudiants référents volontaires** (30 à 40), également été sensibilisés à repérer un certain nombre de détresses psychologiques (étudiants qui ne sortent plus de la

⁴⁹ Convention signée en 1995 entre l'académie de Strasbourg, le Rectorat, les Universités de Strasbourg, les Hôpitaux universitaires de Strasbourg, la Fondation Santé des étudiants de France, le CROUS.

cité universitaires, étrangers non intégrés, troubles du comportement alimentaire..).

Une information sur le CAMUS/BAPU figure dans tous les agendas et guides pour étudiants et lycéens de terminale. L'équipe se déplace dans les établissements scolaires et universitaires pour rencontrer les présidents d'université, les proviseurs et l'ensemble de l'équipe éducative, les délégués des élèves, et les représentants de la médecine scolaire pour des réunions d'information. Une assistante sociale payée par la CRAM est également présente directement à la cité universitaire d'ELSAU. Le service de médecine préventive informe également les étudiants, lors des journées d'accueil ou lors des visites médicales.

Ces actions d'information permettent ce contact avec les jeunes étudiants : après 7 années d'exercice, leur mode de contact avec le CAMUS/BAPU provient majoritairement d'une initiative individuelle. En 2002, ce service a reçu 1754 demandes de rendez-vous, 1301 entretiens ont été menés pour 459 consultants.

La première consultation tient compte de la multiplicité de la demande du jeune, qui peut avoir un entretien tant auprès des médecins, psychologues, assistante sociale, conseiller d'orientation. Les six premières séances sont prises en charge au titre de la sécurité sociale étudiante, les séances suivantes après entente préalable, très généralement accordée (cette demande supplémentaire concerne 10% des étudiants. Dans un nombre non négligeable de situations, quelques entretiens suffisent et permettent d'éviter un recours à des soins plus lourds.

En 2002, le service a diagnostiqué 60 névroses, 13 psychoses qui n'avaient pas été détectées préalablement ; les troubles de la personnalité et du comportement alimentaire sont en augmentation, tant en pourcentage qu'en valeur absolue.

Le grand intérêt de cette initiative repose sur l'action d'information menée autour de toutes les parties prenantes, ainsi que des actions de sensibilisation des personnes pouvant détecter « qu'il se passe quelque chose » sans pour autant se transformer en professionnels de la santé mentale. La réussite de cette action tient aussi aux capacités d'accueil en aval quand cela s'avère nécessaire.

Le deuxième exemple a été lancé à l'université de Rennes. Une convention signée en 2003 entre les universités et le centre hospitalier psychiatrique Guillaume Régnier a pour objectif de renforcer les « Points Santé » par un volet psychiatrique. Sur les sites universitaires, en concertation avec le Centre hospitalier, une équipe de psychiatres, psychologues et infirmiers, rattachés au CASA et choisis en liaison avec le Praticien hospitalier responsable du CASA et celui du service de médecine préventive, assure l'écoute des étudiants psychologiquement fragilisés, mais aussi le soutien des professionnels, et l'orientation vers le dispositif de soins existant, ambulatoire ou hospitalier.

Le troisième exemple concerne la mise en place d'une consultation psychiatrique à l'université de Bordeaux avec le centre de santé et quelques enseignants relais pour pallier les conséquences de la fermeture du BAPU. Cette consultation, avec une vacation de trois heures par semaine, concerne pour les deux tiers des étudiants adressés par le centre de santé, un tiers venant spontanément.

Une consultation de psychologue à mi-temps, l'un dépendant du centre de santé, l'autre de la médecine préventive a été mise œuvre et reçoit un nombre non négligeable d'étudiants, venus essentiellement d'eux mêmes.

L'intérêt de cette consultation est qu'elle existe ; mais pour que ce travail de détection soit efficace, il est indispensable de pouvoir proposer, après la détection et la prise de contact, une équipe médico-psychologique cohérente, stable, bien repérée dans le temps

et dans l'espace, s'occupant spécifiquement des besoins de ces étudiants, et intégré dans le schéma régional de la psychiatrie. On peut aussi regretter un manque de lien avec les structures psychiatriques d'aval.

Le quatrième exemple concerne l'université de Clermont Ferrand. Au contraire de Bordeaux, qui a pris la relève d'un BAPU, fermé parce qu'il n'avait plus de financements, un BAPU a été mis en place et assure des consultations. Cette activité du BAPU correspond à une demande majeure des étudiants (1233 consultations en 2002), 173 vacations de psychiatrie et de psychanalyse et 165 vacations de psychologue). Elle joue un rôle très important pour répondre à la prise en charge des actions de prévention issues des services de médecine préventive, qui assurent aussi les soins médicaux et infirmiers, tant en ce qui concerne le suicide, l'alcoolisation ou l'usage du cannabis. Mais des pathologies lourdes ont aussi pu être décelées, le BAPU ayant permis une prise en charge adaptée, voire une hospitalisation en milieu spécialisé⁵⁰.

2.3.3.3 *L'insuffisante collaboration de la PJJ et de l'ASE*

La mission a constaté sur le terrain que les services de l'ASE et de la PJJ restent ceux qui ont le plus de difficultés à collaborer avec la psychiatrie. Certes, les pratiques rejetantes de certains, en particulier pour les jeunes psychopathes, considérés comme des délinquants plus que comme des malades psychiatriques, n'y sont pas étrangères. Mais il faut noter un désarroi total de ces équipes, de l'ASE comme de la PJJ, devant ces populations. Dès lors que la psychiatrie ne les décharge pas de leur tâche, ne les guérit pas instantanément, ils se retranchent dans une pureté éducative et judiciaire qui prive les jeunes dont ils ont la charge d'un vrai soin psychiatrique.

Il en est de même quand les jeunes sont incarcérés, et suivis par le SMPR. Les éducateurs de la PJJ répugnent généralement à utiliser le temps d'incarcération et de soins, tétanisés qu'ils sont par l'échec que constitue pour eux, les professionnels, et néanmoins adultes, le passage à l'acte qu'ils n'ont pu éviter.

La mission a néanmoins constaté des initiatives intéressantes pour la sortie du milieu carcéral des mineurs détenus, dans lesquels la PJJ et l'ASE pourraient s'impliquer davantage : le service de soins psychiatrique du centre des jeunes détenus de Fleury Mérogis propose aux jeunes lors de leur libération un suivi psychiatrique à l'espace jeunes de l'Hôtel Dieu, par le même psychiatre : et un certain nombre de ces jeunes se rend à cette consultation. Les éducateurs de l'ASE et de la PJJ pourraient jouer un rôle plus important d'accompagnement pour les jeunes mineurs libérés qui relèvent d'elle.

2.3.4 *Favoriser le contact avec les structures de soins*

Comme l'ont indiqué de nombreux intervenants lors des entretiens et des tables rondes, il faut faire la distinction entre le jeune « qui a des problèmes » et celui qui est en crise. Mais on ne peut plus dire que les adolescents n'ont pas de contact avec la psychiatrie. Nombreux sont ceux qui arrivent dans le système de soin en ayant eu un, voir plusieurs contacts avec plusieurs professionnels. Certains jeunes suivis par l'un ou l'autre service

⁵⁰ Dans le cadre du BAPU, lorsqu'un étudiant est hospitalisé après une tentative de suicide, le personnel (infirmière référente, médecin, assistante sociale) établit un contact avec le service hospitalier afin que l'étudiant puisse bénéficier d'une aide pédagogique, via le SIUH et Handisup.

abordent spontanément, y compris avec leurs copains, l'existence de « leur psy », se proposant même de servir d'intermédiaires. On parle même parfois d'errance psychiatrique, alors qu'il faudrait, comme cela a été décrit supra, s'inscrire dans une continuité de soin..

Mais ce n'est pas une règle générale.

En effet, on cite aussi d'autres cas (PJJ de Strasbourg ou de Bordeaux) où les jeunes sont connus des milieux scolaires pour les perturbations dont ils ont été la cause, mais n'ont pas été en contact avec un service de psychiatrie ou un professionnel avant le passage à l'acte ou la crise.

Comme il a été indiqué dans la partie précédente, les jeunes peuvent soit « surconsommer » de la « psy », parfois de manière erratique, soit refuser les soins. Diverses solutions, plus ou moins « ciblées » santé, plus ou moins innovantes sont mises en place pour faciliter ce premier contact et le transformer en processus de soins.

A l'occasion des tables rondes, les intervenants ont évoqué des actions de partenariat permettant une détection en commun des « signaux précoces », dans des lieux cibles « santé » ou non : les points écoute jeunes à Bordeaux, avec Jeunesse et Sport, l'Education nationale, la mission locale. Les Permanences d'accès aux soins (PASS) au service des urgences à l'hôpital (en moyenne 4 à 5 adolescents par semaine pour un problème psychiatrique) permettent aussi de favoriser le contact avec le soin.

2.3.4.1 Les missions locales peuvent permettre un premier contact

Les missions locales voient passer de nombreux jeunes. C'est ainsi par exemple qu'en 2001, plus de 900 000 jeunes avaient été en relation avec une mission locale⁵¹.

Mais il est indispensable de distinguer les jeunes à problèmes des jeunes en crise.

La mission locale de Gironde a évoqué aussi une action de soutien psychologique menée par un psychologue sur place, qui se charge de l'évaluation avec une passerelle vers le CMP si nécessaire : cet accompagnement se fait en parallèle du travail d'insertion sociale et professionnelle.

La mission de l'IGAS a trouvé cette action, financée dans le cadre du programme régional d'accès et de prévention en santé (PRAPS) utile pour ce travail de détection des troubles mentaux (1/3 des jeunes a été orienté vers le soin. Mais en prenant certaines précautions : même si ce travail se fait en coordination avec le secteur, avec un relais pris par un infirmier psychiatrique (mis à disposition par l'hôpital) même si un accompagnement vers la première consultation du secteur, y compris physique, est un point positif, la mission s'est interrogée néanmoins sur le nombre de consultations de psychologues évoqué pour mener à l'évaluation (6 à 7 entretiens).

La mission locale de Strasbourg, qui reçoit essentiellement des jeunes de 16 à 25 ans, a mis en place une solution originale : une psychologue du CMP est présente un jour par semaine. Elle s'installe dans la salle d'attente, et entre en contact avec les jeunes de manière moins institutionnelle. Le relais est pris en suite, si nécessaire, avec le CMP. (infirmière du CMP).

⁵¹ Premières informations et premières synthèses, « l'activité des missions locales et des PAIO en 2001 », DARES, juillet 2002.

2.3.4.2 Une modalité d'accueil innovante: les maisons de l'adolescent

Depuis l'ouverture de la maison des adolescents du Havre, (1999), les projets et les réalisations se multiplient. Ils sont de nature multiple, avec une approche plutôt sanitaire et un ancrage sur l'hôpital, ou une approche plus généraliste.

La maison des adolescents du Havre, que la mission de l'IGAS a visité était d'autant plus nécessaire que le secteur sanitaire du Havre ne dispose pas d'unité d'hospitalisation pour cet âge de population, et connaît une forte carence de psychiatres publics ou de ville, et qu'il s'agit d'un territoire qui conjugue une forte morbidité en matière de pathologie mentale avec des problèmes sociaux aigus.

La particularité et l'intérêt de la maison de l'adolescent tient à la multidisciplinarité du personnel, médecins, psychiatres, gynécologue, psychothérapeutes, cadres infirmiers, assistante sociale, éducateurs. Il s'agit d'un CATTP, d'une consultation ambulatoire (suivis psychothérapeutiques, psychiatriques et somatiques), et d'une équipe mobile. La maison des adolescents fonctionne de manière intersectorielle par la mise en commun de moyens par les secteurs de santé mentale et financé par le budget non psychiatrique de l'hôpital. Le projet a été élaboré par un partenariat composé de l'éducation nationale, des juges des enfants, de la brigade des mineurs, des services médico-sociaux, de l'aide social à l'enfance, des services de pédiatrie, de psychiatrie adulte et infanto-juvénile qui se retrouvent actuellement dans un « comité des utilisateurs.

On ne retrouve pas ce partenariat au niveau des financements, assurés entièrement par le centre hospitalier, le département, souvent sollicité, n'y participe pas.

La file active escomptée était de 600 personnes par an, mais le service a reçu en 2002 plus de 1000 adolescents.

Le diagnostic le plus fréquemment porté sur ces jeunes a été en 2002 les troubles du comportement (37%), les dépressions (28,9%), les troubles névrotiques (10,2%) la réaction à un facteur de stress (8,6%).

Les troubles du comportement alimentaire ne venant qu'à hauteur de 2,5%.

Le lieu est totalement banalisé. Il ne permet pas de différencier entre l'accueil (sans rendez-vous) des adolescents qui ont des difficultés de nature psychiatrique et ceux qui ne vont pas bien.

L'intérêt de ce lieu, sans connotation psychiatrique ou hospitalière, c'est que les jeunes du premier groupe y trouvent une occasion de prise de contact avec la psychiatrie, directement ou à l'occasion d'une prise en charge d'un trouble somatique, qu'ils n'auraient peut être pas recherché dans un lieu plus marqué par la psychiatrie. L'équipe mobile présente aussi l'avantage de se déplacer et de faciliter le contact, domicile, mais aussi des foyers d'hébergement.

Le deuxième avantage tient à ce travail de partenariat, et notamment à la contractualisation des liens avec dans les foyers d'hébergement.

Le troisième est lié à la carence de prise en charge psychiatrique localement et plus généralement en Haute Normandie. On peut en revanche s'interroger sur la

multiplication de ces structures lorsqu'il existe déjà de nombreuses structures d'accueil permettant la prise de contact.

La difficulté tient à l'absence d'unité d'hospitalisation complète et d'hôpital de jour pour adolescents, qui rend difficile la suite donnée à la prise de contact sur la région.

Les maisons de l'adolescents représentent une solution de type « généraliste » qu'il ne serait pas judicieux de multiplier dans tous les départements de manière systématique, mais qui devrait être intégrée dans la planification sanitaire, en fonction des territoires de santé et de la palette d'offre existante pour cette catégorie de population.

2.3.4.3 *Des espaces plus spécialisés de consultation pour adolescents*

La mission a visité le CAMPA de Choisy le Roy, dans le Val de Marne. Ce CMP, destiné spécifiquement aux adolescents, travaille directement avec les médecins et infirmières scolaires. Les professionnels font des interventions dans les établissements scolaires, un travail en réseau avec les associations (par exemple « Drogues et Sociétés »), et lancent des actions innovantes, notamment dans le domaine culturel, avec les municipalités ; l'équipe souhaiterait ouvrir un centre de crise, géré en commun avec le secteur adulte présent sur la même dalle du quartier, projet qui rencontre des résistances corporatistes (voir supra).

Le CATTP dirigé par C.Bursjtein à Strasbourg, situé dans un bâtiment limitrophe du CHU, pratique un accueil ouvert mais suivi des adolescents. Après une prise de contact avec la secrétaire et une infirmière psychiatrique, les jeunes y pratiquent diverses activités.

La prise de contact peut être facilitée par des institutions de ce genre, recevant sans adressage, mais compétentes pour des adolescents souffrant de troubles mentaux, pour des adolescents souffrant de troubles psychiatriques, au delà de l'écoute bienveillante et banalisée.

2.3.4.4 *Développer des consultations pour parents*

Mais il arrive que le jeune soit dans le déni, et le refus de soins, et que la demande vienne des seuls parents. Plusieurs services spécialisés, notamment le secteur 15, à Paris, le service de B. Antoniol à Bordeaux, les associations « Confluences » ou « Drogues et Société » pour les toxicomanes, ont mis en place des consultations pour parents seuls, dans lesquelles ceux-ci peuvent exposer leurs craintes mais aussi analyser leurs difficultés avec leurs adolescents. Les professionnels expliquent « *qu'au bout de quelques mois, six mois maximum, la consultation porte ses fruits* », et l'adolescent finit par venir .

L'équipe d'ERIC, équipe mobile des Yvelines cité supra, qui intervient à domicile à la demande de parents, inquiets devant un jeune au comportement, bizarre (ne sort pas de sa chambre, tient des propos bizarres, fume et s'alcoolise...) arrive également par ce travail avec les parents, (en présence du jeune parfois bloqué derrière la porte !) à favoriser une prise de conscience par le jeune de son état et une acceptation du soin. Ceci évite l'escalade du déni au refus, du refus aux soins contraints.

2.4 Des modes de réinsertion plus diversifiés pour les jeunes malades

2.4.1 *Un contexte scolaire et professionnel difficile*

Quelques données statistiques permettent de voir dans quel contexte scolaire et professionnel s'inscrivent les adolescents et jeunes adultes qui souffrent de troubles mentaux.

En 1999, date du dernier recensement, la population des 15/24 ans s'élevait à 7,64 millions en France métropolitaine.

Au 1^{er} janvier 2001, plus de 98% des adolescents âgés de 15 ans étaient scolarisés. Ce taux de scolarisation diminue rapidement, puisque si à 18 ans, quatre adolescents sur cinq sont scolarisés, deux sur trois à 19 ans, ils ne sont plus qu'un peu plus d'un sur deux à 20 ans.

La part de jeunes quittant le système scolaire sans réelle formation reste considérable : en effet, chaque année, un jeune sur cinq interrompt son parcours de formation sans avoir obtenu de diplôme du second cycle du secondaire, général, ou technique, ou professionnel (sans avoir obtenu ni baccalauréat, ni CAP, ni BEP).

Parmi eux, 40%, soit 7 à 8% d'une classe d'âge, achèvent leur formation initiale sans qualification, et la moitié d'entre eux n'est pas allée au delà du collège, l'autre moitié a commencé à préparer un diplôme professionnel (CAP, BEP), mais sans atteindre l'année terminale. Chaque année, 60 000 jeunes terminent leur scolarité sur un échec scolaire et cinq ans après la fin de leurs études, près de quatre sur dix de ces jeunes sont au chômage. Pour les moins diplômés, l'insertion professionnelle est devenue plus difficile puisque leur taux de chômage, de un à quatre ans après la sortie du système éducatif, est passé de 30 à 40% entre 1991 et 2002⁵².

C'est dans ce contexte que doit se faire la réinsertion scolaire, sociale et professionnelle des jeunes souffrant de trouble psychiques. Les troubles mentaux des moins de 25 ans ont des répercussions importantes sur leurs parcours scolaires, alors qu'avant 25 ans, le taux de recours régulier aux soins pour troubles psychiques ou mentaux est de 12, 40/00.

Entre 6 et 24 ans, 15% des jeunes suivis régulièrement pour des troubles psychiques ne savent pas lire, 1 sur 9 lit avec difficulté.

L'institution scolaire traditionnelle accepte avec difficulté la scolarisation ordinaire de ces jeunes : entre 6 et 16 ans, la scolarisation des enfants suivis est quasi généralisée, mais 40% sont scolarisés en classe ordinaire, 46% en classe spéciale d'établissement seulement et 13% en établissement spécialisé. 15% bénéficient d'une allocation d'éducation spéciale (AES).

⁵² Premières informations et premières synthèses, DARES, coup de frein à l'insertion sociale et professionnelle des jeunes en 2002, février 2003.

Passée la scolarité obligatoire, les désavantages sociaux se multiplient. Entre 16 et 24 ans, à peine plus du quart des jeunes suivis régulièrement pour des troubles psychiques ou mentaux poursuit des études, contre six sur dix des jeunes non suivis. Un jeune sur huit exerce une profession, mais plus d'un sur deux se déclare chômeur, inscrit ou non à l'ANPE.

Le projet de loi relatif à l'égalité des chances des personnes handicapées prévoit que la responsabilité de la prise en charge scolaire reposera d'abord sur l'éducation nationale. Ce n'est pas la situation actuelle.

Dans la mesure où la présence de pathologies chez le jeune s'accompagne parfois de troubles cognitifs ou du comportements, les services de psychiatrie qui prennent en charge ces adolescents sont confrontés à la question de leur réinsertion sociale ou scolaire en parallèle aux actions thérapeutiques.

Les projets thérapeutiques intègrent de plus en plus un travail sur la resocialisation du jeune au sortir d'une hospitalisation. Mais c'est une préoccupation générale de toutes les équipes des services spécialisés.

L'accompagnement idéal de ces patients est théoriquement possible selon la gravité et la nature de leur pathologie. Pour les jeunes dont la pathologie est la plus aiguë, la clinique soins-études, l'hôpital de jour comme le CEREP à Paris ou la clinique du Parc de Bordeaux, la Fondation Vallée constituent des solutions dans l'ensemble adaptées, avec des degrés divers dans la nature de l'accompagnement proposé.

En revanche, pour des jeunes dont la séparation avec la famille ne s'impose pas doivent pouvoir bénéficier d'une intégration en classe ordinaire ou d'un projet d'accueil et d'intégration.

Lorsque des jeunes sont sortis de la phase aiguë ou subaiguë de leurs troubles mentaux, et ont besoin d'une séparation avec leur famille, tout en ayant les capacités cognitives suffisantes pour une scolarité ordinaire, ils devraient pouvoir intégrer les dispositifs relais ou les internats éducatifs, dans le premier comme dans le second degré,

Enfin, pour des patients dont le besoin de rééducation est fort, c'est l'Institut de rééducation qui sera le plus adapté.

2.4.2 La formation scolaire ou professionnelle, une dimension majeure

2.4.2.1 Les solutions apportées par les cliniques "soins études" concernent les cas les plus difficile à accompagner

Les professionnels rencontrés par la mission, comme les représentants des familles (UNAFAM) ont tous souligné l'intérêt que représentent les cliniques «soins-études» de la Fondation Santé des étudiants de France pour les projets de sortie de leurs patients.

La mission s'est rendue au siège de la FSEF, et dans trois de ses structures, dont chacun propose une palette de solutions en réponse notamment à la problématique des adolescents souffrant de troubles psychiatriques graves. Comme pour l'ensemble des sites visités, la mission n'avait pas pour objet de faire un contrôle de ces structures.

La FSEF a pour objet de gérer des établissements permettant une double prise en charge soins et études. Ils ont été initialement créés (1923) pour des jeunes souffrant de tuberculose. Dans les années 50, la FSEF s'est orientée vers de nouvelles pathologies, psychiques, traumatiques, somatiques, et les établissements ont été admis à participer au service public hospitalier en 1977.

Tous les établissements de la FSEF ne sont pas dédiés spécifiquement à l'accueil des adolescents souffrant des troubles mentaux. Ils dispensent des soins de psychiatrie, de médecine physique, de réadaptation et des soins de suite.

Au sein de chaque établissement est implantée une annexe pédagogique rattachée à un lycée d'enseignement public. Les jeunes hospitalisés peuvent poursuivre leur scolarité dans le cadre d'enseignements dispensés intra-muros par des enseignants de l'Education nationale. Les postes de la communauté éducatives sont mis au mouvement des personnels de l'éducation nationale⁵³, avec en principe une mention de condition d'exercice particulière

Les établissements de la FSEF permettent l'accueil d'adolescents et de jeunes adultes (15-25 ans), parfois 13 ans, scolarisables. Six des douze établissements de la FSEF ont une offre de soins psychiatrique⁵⁴. Quatre établissements ne reçoivent que des jeunes souffrant de troubles mentaux (les cliniques Dumas, Dupré, Sarraihl, Heuyer) pour ces quatre établissements le ratio de renseignements/patients s'élève à 1,98 dont 1,49 pour la clinique Dupré visitée par la mission. Le total global d'heures d'enseignement est de 1536 heures pour ces mêmes établissements dont 508 pour la clinique Dupré.

L'offre de soins est diversifiée :

⇒ L'hospitalisation complète propose une prise en charge prolongée «soins-études» pour les 15-25 ans, un service soins-études pour les adolescents de 13 à 15 ans, avec une prise en charge adaptée sur le plan scolaire et éducatif. Des unités post-aiguës (UPA) permettent l'accueil d'adolescents qui, à la suite d'une hospitalisation en urgence ou pendant une période de crise, ont besoin d'un cadre adapté et d'une prise en charge intensive. Un service de prise en charge « psychiatrie et médecine physique » permet d'accueillir des adolescents présentant des traumatismes orthopédiques ou neurologiques secondaires à une tentative de suicide.

⁵³ La Fondation comporte 12 établissements, qui représentent 1400 lits et places agréés, avec 2500 salariés et 300 personnels de l'éducation nationale (professeurs, instituteurs spécialisés, personnels administratifs).. Le budget s'élève à 139 millions d'euros.

⁵⁴ clinique médico-universitaire Georges Dumas (38), la clinique médicale et pédagogique Jean Sarraihl (40), la clinique médico-universitaire Georges Heuyer (75), le centre médical et pédagogique pour adolescents de Neufmoustiers (77), la clinique médicale et pédagogique Dupré (92), le CMP Jacques Arnaud à Bouffemont (95).

⇒ L'hospitalisation de jour permet un relai ou une alternative à une hospitalisation complète dans le cadre d'une offre globale «soins-études » ainsi que l'articulation des prises en charges avec les secteurs psychiatriques.

⇒ Des relais étudiants-lycéens proposent des consultations d'évaluation et d'orientation, en liaison avec les secteurs, les praticiens libéraux et les services médicaux et sociaux des lycées et des universités, comme à l'université de Strasbourg (voir infra).

Dans un premier temps, la FSEF n'avait comme seule activité que celle de la clinique « soins études ». Ses orientations se diversifient, avec un axe centré sur la prévention et un axe situé plus en aval sur la réinsertion.

Les utilisateurs de la Fondation (professionnels de santé, familles) ont souligné l'intérêt de cette institution, mais aussi ses limites.

Les établissements sont peu nombreux (deux projets sont prévus, un en Bretagne et un dans le Nord), et très inégalement réparties sur le territoire : quatre en Ile de France, un en Isère, et un à Aire sur Adour. Le nombre de jeunes accueillis est donc très réduit par rapport aux besoins.

Les critères d'accès au dispositif sont souvent dissuasifs

La pression de la demande permet aux établissements de la FSEF d'effectuer une sélection, établissement par établissement, sans que les critères soient toujours justifiés.

La clinique Dupré s'est spécialisée dans les patients souhaitant ou ayant le niveau scolaire leur permettant de préparer le baccalauréat. Au contraire, celle de Bouffémont propose la préparation d'un CAP ou d'un BEP. Neufmoutiers offre une scolarité du niveau du collège, les cliniques Georges Heuyer et Georges Dumas une scolarité du niveau du secondaire et de l'enseignement supérieur.

Le premier critère de tri est l'existence d'une pathologie mentale. Il faut que celle-ci soit compatible avec une vie institutionnelle : ainsi, des jeunes violents ne pourraient être accueillis dans ces établissements, ni des toxicomanes, même si certains établissements (Bouffémont) admettent qu'ils ont peu de patients qui ne soient pas fumeurs de cannabis.

Le critère scolaire est donc utilisé de manière très différente selon les cliniques, on peut regretter que cette utilisation ne s'inscrive pas dans une réflexion régionale voire nationale d'ensemble et que certains établissements comme celui de Sceaux soient à la fois taxés « d'élitisme » et se contentent pour certains d'un échec au bac, interprété comme un phénomène de « deuil des études », plutôt que d'une formation adaptée, comme à Bouffémont.

La régionalisation conduit en outre les établissements à privilégier les patients originaires de leur région, les adolescents originaires d'autres régions ne dépassant pas 10 à 20% des patients accueillis selon les établissements. Elles sont donc peu accessibles aux adolescents originaires des autres régions, qui n'ont par ailleurs que peu de solutions locales, comme l'Alsace ou la Normandie.

Ainsi, en dépit de la sélection à l'entrée, et des projets médicaux et thérapeutiques, une partie seulement de ces jeunes mènent jusqu'au bout leur projet d'études, ce qui implique une réorientation du jeune vers d'autres projets de réinsertion, sans doute plus adaptés, mais parfois aussi un retour dans la famille, sans solution de réinsertion.

En revanche, pour des patients « border line », la solution offerte par la FSEF permet dans certains cas un retour à la normale et une reprise efficace des études (entretien avec le Professeur Jeammet, IMM).

La question du niveau des études offertes dans les cliniques « soins-études » est fréquemment évoqué par les familles ou les institutions qui « adressent » des patients aux établissements de la fondation : jugés peu opérants pour un réel débouché scolaire ou professionnel, les enseignements sont parfois jugés d'un niveau trop élevé pour certains patients (cas évoqué par le CEREP).

L'exemple le plus achevé des cliniques soins études est représenté par la clinique Dupré à Sceaux (Hauts de Seine).

Cet établissement permet au jeune de trouver un cadre lui permettant de trouver un enseignement spécifique, qui n'est pas un intermédiaire entre le pédagogique normal et le thérapeutique. Ce cadre permet une rupture avec les exigences de la vie quotidienne, scolaires et familiales. Dans certains cas, on peut faire le pari que le jeune pourra à nouveau se confronter aux exigences d'une scolarité normale, à condition qu'il soit soutenu dans cette confrontation par un thérapeute, mais la reprise de la scolarité, dans bien des cas, n'est pas une évidence, aussi bien pour les patients que pour les soignants. Lorsque la reprise de la scolarité risque de réactiver la pathologie, et de compromettre les chances de réussite, le recours à l'enseignement spécialisé peut être proposé comme une solution « pour voir ». L'objet scolaire peut devenir un objet toxicomane qui permet d'éviter d'autres confrontations, à la famille, aux pairs, aux soins⁵⁵. « En fait, le choix des études est une des questions que l'on rencontre le plus souvent dans le milieu de gens qui ont fait eux-mêmes des études. Tant et si bien que le jeune arrive avec un tel projet est souvent porteur pas que de ce seul projet, (porteur d'ailleurs plus ou moins consentant), mais aussi porteur d'une interdiction, voire même d'une impossibilité qu'il puisse exister d'autres projets dans la vie »⁵⁶

Le projet de vie de l'adolescent et de sa famille à l'arrivée à la clinique reste avant tout le projet scolaire, alors que dans le projet thérapeutique et clinique, ce n'est ni la réussite scolaire, ni sa valeur adaptative qui sont privilégiés. Cette orientation conduit parfois à une certaine incompréhension des adolescents et de leur famille. L'accompagnement par la clinique soins études devient alors ambigu, les familles pensant que l'adolescent va pouvoir reprendre une scolarité normale, par le biais de cet établissement ou dans le système scolaire normal.

Les professionnels et les familles réclament cette prise en charge, que la mission de l'IGAS a pu voir à l'œuvre dans trois établissements de la FSEF. Elle apporte incontestablement une solution dans le parcours du jeune. L'hospitalisation est particulière (« soins-études »), mais le soin en est le primat. Il s'agit d'une clinique psychiatrique⁵⁷, pas d'un internat ni d'un foyer.

⇒ Un travail de prévention a progressivement été mis en place, dans le cadre d'un partenariat avec les structures locales sanitaires et éducatives, des structures d'orientation professionnelles se sont progressivement développées. La signature d'une convention d'objectifs et de moyens avec l'Agence régionale d'hospitalisation a permis d'inscrire ces initiatives dans un cadre global.

Des évaluations pédagogique et psychiatriques ont aussi été mises en place par différents établissements de la FSEF : on peut citer celle de l'établissement de

⁵⁵ P. Bazin, ancien directeur des études, clinique Dupré, « face aux handicaps mentaux, la place des études », Nervures, avril 2002.

⁵⁶ P. Papanicolau, psychiatre, psychanaliste, chef de service de l'hôpital de jour de la clinique Dupré, « pour une prise en compte des spécificités de l'insertion professionnelle des jeunes « travailleurs intellectuels », Nervures, avril 2002

⁵⁷ 80% des jeunes de 17 à 25 ans hospitalisés à la clinique Dupré de Sceaux ont déjà été hospitalisés en psychiatrie

Bouffémont, avec l'hôpital de Pontoise et avec sa consultation adolescents (Rhapsoddy⁵⁸).

Un relais Etudiants-Lycéens a également été créé par la clinique Dupré de Sceaux sous la forme d'une structure ambulatoire d'accueil, d'évaluation et d'orientation pour adolescents et jeunes adultes. Il a pour objectif l'évaluation psychiatrique, psychologique, pédagogique, sociale ou médicale des jeunes accueillis, et travaille en liaison avec le CMP de Sceaux.

Un centre d'évaluation et de soins pour adolescents a également été instauré dans le cadre d'un partenariat formalisé sous la forme de convention entre le centre hospitalier de Lagny et le CMPP de Neufmoutiers en Brie, avec les médecins scolaires : cette action a pour objectif d'évaluer les processus cognitifs impliqués dans les troubles psychopathologiques ayant un retentissement sur la scolarité, d'évaluer les possibilités de remédiation sur le milieu scolaire, ou dans le cadre d'ateliers thérapeutiques au CESA et d'imaginer les possibilités d'aménagement thérapeutique hors du champs scolaire. Les adolescents sont signalés par le médecin scolaire ou le médecin du secteur, lui même alerté par toute personne en relation avec l'adolescent.

► l'insertion sociale et professionnelle

En dépit de la sélection à l'entrée dans ces cliniques⁵⁹, une partie seulement de ces jeunes entrant dans ces institutions sont capables de mener à bien le projet d'études qu'elle avait au départ. Dans de nombreux cas, ces jeunes doivent se résoudre à une réorientation parfois douloureuse vers d'autres projets de formation. Mais l'éducation spécialisée leur est fermée, compte tenu de la gravité de leur pathologie.

D'autres établissements de la FSEF proposent d'autres types de réinsertion scolaire ou professionnelle :

La clinique « soins-études » de Bouffémont (Val d'Oise) offre des formations à partir de la classe de 5^{ème} jusqu'au niveau BEP. Il faut noter que les spécialités choisies, le secrétariat et la comptabilité, débouchent rarement sur un emploi, et les adolescents qui sont en mesure de reprendre des études, se dirigent ensuite vers un baccalauréat professionnel, les autres vers au mieux un CAT.

Des projets en cours, hors du domaine de la FSEF, comme celui qui est proposé par le service Psychothérapique de Strasbourg, l'UNAFAM, le conseiller du recteur représentent aussi une nouvelle approche vers des solutions qui privilégient davantage l'insertion professionnelle que la rescolarisation classique⁶⁰.

⁵⁸ l'hôpital de Pontoise a mis en place depuis 1996 une consultation pour adolescents pour répondre aux demandes de jeunes présentant des difficultés psychologiques. Cette consultation a une mission d'évaluation, de travail thérapeutique à court terme et moyen terme, et d'orientation éventuelle. Elle reçoit des jeunes et leur famille sur leur demande ou celle de travailleurs sociaux, notamment les équipes de santé scolaire, en partenariat avec les partenaires locaux

⁵⁹ le Président de l'UNAFAM a ainsi souligné que les familles « préparaient » le jeune pour l'entretien d'évaluation comme pour un concours

⁶⁰ Ce projet de service de soin et d'aide à domicile concernerait les jeunes de 15 à 20 ans, en proposant un projet d'insertion professionnelle dans le cadre d'un partenariat avec un LEGTP, avec une prise en charge éducative et pédagogique assurée par des éducateurs, une remise à niveau assurée par un enseignant. L'insertion professionnelle se ferait, avec l'accord et l'appui des enseignants, sous la forme d'immersion

Il est vrai que les cliniques « soins études » ne constituent plus la seule offre de la FSEF, et devient un élément d'une palette plus globale. Dans le cadre du présent rapport, les inspecteurs n'avaient pas à se prononcer sur l'opportunité des actions de la Fondation qui, dans le cadre d'une orientation médico-sociale, visaient en amont de la prise en charge sanitaire à éviter le recours à l'hospitalisation et en aval à favoriser la réinsertion. Même si ce n'est pas directement dans son objet social⁶¹, la Fondation a aussi répondu aux sollicitations de son environnement pour des actions qui relèvent moins directement de l'approche « soins-études » et pour lesquelles l'offre globale est insuffisante pour le champ des patients concerné par la mission.

Dès lors que ces orientations plus générales vers la prévention d'une part, et vers la réinsertion plus professionnelle d'autre part évolueront comme un élément d'une planification régionale de l'offre de soins en psychiatrie, avec une palette de commanditaires incluant notamment mais pas seulement la FSEF, il sera important qu'elles puissent devenir un des axes importants du système de prise en charge des jeunes souffrant de troubles mentaux.

Dans certains cas cependant, ces jeunes se retrouvent à la charge de leur famille, et il leur faut attendre l'âge de 20 ans pour pouvoir bénéficier des mesures de réinsertion prévues pour les adultes, ce délai leur étant particulièrement préjudiciable pour leur évolution psychopathologique, comme sur le plan de leur intégration.

2.4.2.2 Deux exemple d'hôpitaux de jour : le CEREP à Paris, et la Clinique du parc à Bordeaux

Des solutions complémentaires aux cliniques soins-études que sont les hôpitaux de jour existent depuis longtemps.

Le CEREP, créé par Raymond CAHN, association loi 1901, dispose en particulier d'un hôpital de jour, situé dans le 14^{ème} arrondissement de Paris, d'orientation très psychanalytique.

En 2002, la file active de cette structure a atteint le chiffre de 90 adolescents. Parmi ces 90 adolescents, 63 ont fait l'objet d'une affectation par la CDES, et d'une prise en charge par l'assurance maladie, **avec 60 demandes pour une place.**

Plusieurs solutions existent : les adolescents peuvent bénéficier d'une cure à temps partiel ou à temps plein, la cure à temps plein être admis en séjour d'observation ou, à l'issue d'une hospitalisation, être admis en service de suite. Les autres adolescents de la file active sont reçus par un des médecins psychiatres en consultation. Il faut ajouter les autres adolescents, sortis du service, qui restent en contact avec le CEREP (entretien téléphonique ou consultation avec un membre de l'équipe sans faire l'objet d'un avis d'admission).

dans les classes ordinaires du lycée et sous la forme de stages d'essai dans des lycées d'enseignement professionnel, des entreprises, des IMPro et des CAT.

⁶¹ Rapport de l'IGAS et de l'IGAEN relatif à la Fondation des étudiants de France, décembre 2000.

La moitié des effectifs accueillis dans l'hôpital de jour souffre d'anciennes psychoses infantile, de dysharmonies psychotiques précoces. Pour le reste, il s'agit des pathologies décrites dans le rapport, à l'exclusion des adolescents violents.

Bien inscrit dans un réseau informel «Paris sud », le CEREP prend en charge des adolescents à la suite de leur hospitalisation, mais aussi des adolescents encore hospitalisés en service spécialisé (Sainte Anne, IMM, Salpêtrière). Il est aussi en contact avec la Fondation Vallée ou la clinique soins études de la FSEF de Bouffémont. L'association a multiplié les contacts avec de nombreux partenaires, institutionnels ou associatifs, tant pour les activités que pour la réinsertion.

Les activités d'enseignement du CEREP sont assurées par des enseignants de l'Education nationale. Elles vont de la 6^{ème} à la terminale et permettent de préparer les examens d'enseignement général et aussi le brevet et le bac professionnels. Elles sont complétées par l'élaboration de projets d'insertion sociale et professionnelle, et notamment des stages en entreprise, à temps partiel, en période de cure, et des activités complémentaires, sorties culturelles, ou transfert thérapeutique (séjour de ski).

Certains adolescents bénéficient d'un enseignement complémentaire, via l'école à l'hôpital ou le Centre national d'enseignement à distance (CNED).

La mission de l'IGAS, qui s'est rendu dans les locaux (très exigus) de cette association, qui a rencontré l'équipe sur place, a constaté que les activités de soin (psychothérapie institutionnelle et individuelle et thérapie familiale d'inspiration psychanalytique) et les activités d'enseignement étaient très imbriquées. Elles sont complétées par des séances de psychopédagogie, en séances individuelles ou en groupe, avec un psychopédagogue seul ou avec une équipe double composée d'un enseignant et d'un psychopédagogue. Le travail avec les familles est important. Une activité « club » le vendredi soir a été mise en place dans le cadre du service de suite.

La prise de repas en commun, conçue comme une activité thérapeutique, a été considéré par l'ANAES dans la procédure d'accréditation de l'hôpital de jour, comme un élément important de la qualité de la prestation.

C'est l'ensemble de l'équipe, éducative et de soin, qui participe aux réunions hebdomadaires de synthèse. Il n'y a pas de spécialisation des lieux. Cette orientation repose sur un choix assumé de psychothérapie institutionnelle.

Les sorties de l'année 2002 ont concerné 11 adolescents, 2 sortant de cure, 5 de post-cure, 4 du service de temps partiel. Les sorties, après trois ans de prise en charge en moyenne, se sont faites en direction d'une autre institution psychiatrique, d'un CAT, d'un travail ou d'un « job », de rupture, et d'un retour en famille avec une reprise de scolarité normale. L'état clinique des sortants a été considéré comme positif ou très positif pour 6 d'entre eux, mais traduisant peu ou pas d'évolution pour 5 d'entre eux, avec une adaptation sociale bonne ou très bonne pour 8 d'entre eux, médiocre pour 3 d'entre eux.

L'association n'a jamais réussi à obtenir l'autorisation et le financement pour la création d'un appartement thérapeutique, au contraire de la clinique du Parc de Bordeaux.

La clinique du Parc de Bordeaux (appartenant à l'association Rénovation) est aussi un hôpital de jour, créé en 1975, sur un projet et des orientations similaires à celles du CEREP. Elle accueille également des adolescents dont les troubles ne permettent pas le maintien dans le milieu scolaire, mais sont compatibles avec le maintien dans le milieu familial, de 12 à 18 ans avec une possibilité de dérogation au delà.

Certains de ces adolescents ont déjà été hospitalisés en clinique ou en hôpital psychiatrique, d'autres en ambulatoire tant qu'ils pouvaient rester dans le système scolaire normal. « Il faut savoir que ces adolescents arrivent souvent avec toutes sortes de détours, ne sont pas loin de la limite supérieure de 18 ans. Ils constituent pourtant des indications d'un hôpital de jour pour adolescents, la scolarisation constituant encore un support privilégié à une tentative de traitement de ces adolescents « non encore adultes », et qui ne relèvent donc pas des structures adultes existantes⁶² ». La clinique a une capacité d'accueil de 35 places et dispose de deux appartements thérapeutiques.

Elle associe une prise en charge chimiothérapeutique, avec des ateliers thérapeutiques et la pratique du psychodrame psychanalytique de groupe et individuel. L'école au sein de l'hôpital de jour assure une prise en charge de type collège-lycée, avec une scolarité adaptée, entre les adolescents pouvant suivre une scolarité normale et ceux dont le projet scolaire est plus atypique. Certains élèves suivent une scolarité complémentaire au CNED.

La mission estime que dans la mesure où le niveau scolaire de ces adolescents est dans l'ensemble assez bas, il serait nécessaire de prévoir un renforcement des activités d'enseignement, ce qui soulève la question de l'attribution de moyens supplémentaires par l'Education nationale.

Des interventions à domicile, pour des adolescents qui ne peuvent fréquenter l'hôpital de jour, mais pour lesquels une hospitalisation à temps complet n'est pas nécessaire, ne sont pas comptabilisées dans le bilan de l'activité et sont néanmoins essentielles pour ces adolescents qui n'ont aucune possibilité d'accueil à ce stade de leur pathologie (états dépressifs de nature diverse, névroses obsessionnelle invalidantes, des états psychotiques marqués par l'apragmatisme et l'aboulie ou les troubles du comportement). « ces adolescents déjà inscrits dans le registre de l'exclusion du fait de leur folie, n'apparaissent sur le registre du soin qu'en terme d'absence ».

Ce type d'intervention à domicile et de prise en charge à temps partiel a cependant semblé très pertinent à l'IGAS, mais là aussi, se pose la question des moyens. Il serait donc nécessaire d'envisager la traduction budgétaire qu'impliquent les formules de prise en charge à temps partiel de ce type qui n'interrompt pas la prise en charge éducative dans le cadre de l'IMP ou de l'IR.

Cet hôpital de jour vient d'être complété par la création, en 2003, d'un CATTP, dans le cadre d'un travail en réseau, pour prendre en charge des patients qui sont adressés par le centre Abadie, le CH Charles Perrens, le CHU et l'association Rénovation. Il est prévu que d'autres partenaires puissent y adresser des adolescents. Comme le CEREP, la clinique du Parc pratique la psychothérapie institutionnelle, notamment l'activité du

⁶² Hôpital de jour du Parc, rapport d'activité, 2001

repas, qui en constitue un élément important. Une démarche d'accréditation est en cours avec l'ANAES.

Cet hôpital de jour présente, comme le CEREP, un mode d'accompagnement complémentaire des cliniques « soins-études » avec des résultats divers, la clinique du Parc paraissant mieux ancrée que le CEREP dans un réseau local et plus diversifiée dans ses approches : interventions, à domicile, CATTP, etc.. .

Ces associations permettent d'élargir la palette permettant la prise en charge de ces adolescents. Leur insertion dans un réseau est essentielle, et la formalisation de ce réseau (fortement demandée par la clinique du Parc) indispensable

La scolarité offerte par les hôpitaux de jour rend parfois nécessaire la mise en place de compléments d'enseignement. Le CNED peut permettre d'en assurer quelques uns. Il serait certainement utile de les compléter par des soutiens dans certaines matières, voire des stages pratiques pour certains. Dans le cas du CEREP, ces stages ont été rendus possibles par un accord avec des établissements scolaires. Dans celui de la clinique du Parc, « des contacts ont été pris avec des établissements proches de l'hôpital de jour, mais il apparaît que la gravité des troubles ne permet pas une fréquentation régulière de ces établissements et que ceux-ci l'acceptent mal ».

Comme pour la clinique Dupré de la FSEF, ou comme pour la Fondation Vallée (voir infra) l'ouverture sur le monde scolaire normal doit être possible. L'Education nationale, là aussi, devrait étudier la possibilité de développer la solution des projets d'accueil individuels d'intégration.

Par ailleurs, de nombreux partenariats ont été mis en place par ces deux associations : il apparaît indispensable, comme le souligne le rapport d'activité, de la clinique du Parc, que ces différentes actions de partenariat soient formalisées sous forme de conventions. En effet, « *l'illusion qu'un réseau informel de correspondants permet cette complémentarité méconnaît les exigences d'un réel partenariat ; En effet, le choix des correspondants dans une collaboration informelle repose sur des affinités qu'un vrai réseau de coordination vise à dépasser*⁶³ ». C'est pourquoi la pratique de réseau prend tout son sens (voir infra).

2.4.3 Une intégration scolaire difficile

2.4.3.1 *L'intégration en milieu scolaire est juridiquement possible, mais elle est difficile à réaliser*

⇒ Il existe dans les établissements scolaires ordinaires des possibilités **d'aménagements de la scolarité** pour des élèves qui souffrent de difficulté : aménagements d'horaires, travail à domicile, possibilité de conserver le bénéfice des examens obtenus ou des notes supérieures à la moyenne sur plusieurs années. Ces solutions existent aussi à l'université (possibilité de conserver le bénéfice des examens réussis pendant cinq ans).

⁶³ M. Ch. Hardy-Bayle, Ch. Bronnec, op. cité

Ces possibilités ne sont pas assez connues, ni utilisées, alors qu'elles peuvent représenter une solution simple et facile à mettre en œuvre, rassurante pour les adolescents et leur famille.

Les aménagements acceptés par la communauté éducative peuvent être complétés par l'action des associations de soutien scolaire à domicile, composées de bénévoles, qui peuvent délivrer trois d'heures d'enseignement à domicile par semaine.

Il est important de prévoir (cette préoccupation est apparue à l'occasion de toutes les tables rondes auxquelles la mission a participé) que l'établissement scolaire puisse avoir une occasion de lien (de préférence par l'intermédiaire de l'infirmière ou du médecin scolaires) avec le service de psychiatrie qui suit le jeune.

La plupart des dispositifs permettant aux jeunes de continuer à fréquenter un établissement scolaire sont organisés sur le modèle de ceux qui s'appliquent aux handicapés sensoriels ou moteurs. A Bordeaux, sur 200 cas d'élèves bénéficiant de ces solutions, seuls 10% souffrent de troubles mentaux.

Ces jeunes, qui souffrent de troubles mentaux divers, peuvent continuer à investir leur scolarité, sont souvent de très bons élèves : c'est le cas souvent des jeunes filles anorexiques. Mais ils ont besoin d'une adaptation de la pédagogie, voire d'une adaptation des horaires.

Lorsqu'en revanche la pathologie dont ils souffrent peut les conduire à perturber le déroulement des cours (hyperactivité, troubles du comportement, par exemple), on assiste soit à une déscolarisation importante, soit au recours à l'enseignement à distance.

En ce qui concerne la déscolarisation, la barrière de l'âge est importante, puisque l'éducation nationale n'a plus de moyens de pression sur les plus de 16 ans. Le phénomène est par ailleurs difficile à cerner : c'est ainsi que lors d'une table ronde à Bordeaux, les services de l'éducation nationale évoquaient 10 cas de jeunes de moins de 16 ans déscolarisés examinés par la CDES, pour 150 cas réels, évoqués par l'Inspecteur d'Académie AIS de l'Académie de Bordeaux d'après une enquête menée auprès des missions locales..

⇒ Le recours à l'enseignement à distance est souvent le dernier recours avant la déscolarisation : permettant au jeune de continuer à suivre une scolarité, cette solution permet de ne pas perturber le déroulement des cours : elle contribue cependant dans certains cas à l'isolement du jeune et à conforter sa pathologie.

P Les classes spécifiques permettant d'accueillir des jeunes pour troubles psychologiques importants (**UPI**) sont peu nombreuses : dans l'Académie de Paris, sur 14 UPI, 6 sont dédiées au « handicap mental (retard mental, autisme, troubles du comportement liés à des pathologies psychiatriques, mais 2 seulement de ces 6 UPI correspondent aux pathologies étudiées par la mission de l'IGAS, et une seule dans l'Académie de Strasbourg.

De plus, elles n'existent que dans les collèges. En revanche, on trouve aussi les projets individuels d'intégration au lycée, qui présentent l'intérêt de permettre de suivre une scolarité individuelle adaptée.

⇒ Les projets d'accueil et d'intégration (PAI) peuvent concerner aussi bien les jeunes atteints de pathologies somatiques que psychiatriques. Ce collège en suit plusieurs pour des jeunes souffrant de troubles psychiatriques.

L'exemple du Collège Moulin Desprez dans le 13^{ème} arrondissement à Paris, qui permet à ces jeunes de suivre une « sorte de scolarité », dans un établissement traditionnel.

L'établissement reçoit des jeunes de 11 à 14 ans, qui sont recrutés par les CCSD et (viennent de l'hôpital de jour) et non par la CDES. Les élèves font le cursus de la classe de 6^{ème} à la 3^{ème}, mais ne peuvent entrer en cours de scolarité.

Ces UPI permettent à ces jeunes un suivi ciblé, les enseignants (instituteurs) étant en contact avec le secteur. Les enseignants sont des instituteurs spécialisés qui jouent aussi le rôle de coordonnateurs.

Le projet d'accueil et d'intégration est élaboré de manière pluri-disciplinaire avec l'équipe éducative, le médecin scolaire, le psychiatre libéral ou du secteur et les parents. Il permet au jeune d'être intégré dans des cours ordinaires « à la carte », en fonction des matières, et comme les élèves des UPI aux activités de la vie scolaire comme la cantine ou l'éducation physique. Le travail avec l'intersecteur est essentiel et doit être systématique.

Dans certains cas, des élèves, qui ne peuvent intégrer l'UPI en cours de scolarité, sont inscrits au collège, mais suivent en réalité une scolarité avec l'enseignement à distance.

La solution de l'UPI est un élément important de la palette des structures permettant une certaine réinsertion. Dans ce collège, dans une UPI de dix jeunes, on nous a cité dans ce collège le cas de deux élèves qui ont pu intégrer une classe de troisième normale.

Mais les UPI dédiées à ces pathologies sont trop peu nombreuses. Et par ailleurs, dans la plupart des cas, la sortie est difficile : il n'en existe pas dans les lycées (au contraire des projets individuels d'intégration) et ces adolescents se retrouveront majoritairement dans les CAT.

Les dispositifs existant, qui permettent aux élèves en difficulté pour troubles psychiques de ne pas quitter l'école en utilisant toutes les possibilités d'aménagement, y compris au delà de la scolarité obligatoire. Il serait important que l'Education nationale en dresse un inventaire systématique pour en faire un élément d'application important du principe de scolarité prévu dans le projet de loi sur l'égalité des chances des personnes handicapées.

2.4.3.2 Les dispositifs relais pourraient accueillir davantage de jeunes souffrant de troubles mentaux

Les dispositifs relais (classes-relais, ateliers-relais et éventuellement internats-relais) ont pour objectif d'accueillir et de scolariser les adolescents en voie de déscolarisation ou de marginalisation, dans le but de les aider à trouver une solution scolaire ou pré-professionnelle. Hormis les internats-relais, les dispositifs relais n'existent qu'au niveau du collège.

Il n'est pas prévu d'accueillir principalement des adolescents qui souffrent de troubles mentaux. Néanmoins, la circulaire du 4 septembre 2000 incite à la signature de conventions de partenariat avec les CMP et les CMPP. Certains de ces élèves accueillis relèvent d'une éducation spécialisée: selon une évaluation récente de ce dispositif, « plusieurs de nos interlocuteurs regrettent que des instituts de rééducation refusent des jeunes aux troubles psychologiques évidents, qui aboutissent de ce fait en classes-relais⁶⁴ ».

⁶⁴ rapport de l'inspection générale de l'éducation nationale et inspection générale de l'administration, de l'éducation et de la recherche, « dispositifs- relais et école ouverte », avril 2003

En effet, les dispositifs relais accueillent des publics dont un nombre non négligeable souffre de troubles mentaux, ou de troubles du comportement. Il s'avère que le passage en classe-relais permet de déboucher sur un passage vers le soin pour des pathologies qui existent depuis l'école primaire, qui ont été détectées, mais qui n'ont jamais été prises en charge.

Certains dispositifs relais refusent explicitement les jeunes ayant un suivi psychiatrique.

Pour ceux qui acceptent cette catégorie de jeunes, les équipes font appel à des psychologues, psychiatres, pédopsychiatre, à la fois pour assurer un suivi des jeunes, voire de leur famille, et appuyer les équipes. Néanmoins, il semble que le suivi des jeunes soit partiel.

Un certain nombre de dispositifs relais ont instauré des partenariats avec le ministère de la santé, souvent sous la forme de conventions⁶⁵, avec le CMP ou le CMPP local pour le soutien de leurs équipes. Mais le suivi des jeunes semble plus ponctuel.

⇒ **Les classes-relais** peuvent permettre une rupture utile pour l'adolescent concerné ; la question qui reste non résolue est celle de la sortie de ces jeunes, qui se fait dans de nombreux cas vers les lycées professionnels, dans lesquels le phénomène de la déscolarisation se reproduit, mais parfois aussi, après 16 ans, par un retour à domicile sans solution d'intégration.

Les dispositifs relais ne prennent pas en charge les cas les plus graves, ceux qui sont passés à l'acte, dans les centres relevant de la PJJ, ou en prison.

Leur prise en charge psychiatrique n'est pas systématique : les professionnels de l'hôpital Charles Perrens ont signalé à la mission que les jeunes vivant dans le centre éducatif fermé situé près de Bordeaux souffraient pour la majorité d'entre eux de troubles psychiatriques avérés. Le centre ne travaille pas de manière systématique avec le secteur, dont le psychiatre n'est consulté qu'à titre d'expert. Les jeunes sont suivis par les psychologues du centre, et c'est le médecin généraliste qui prescrit.

Aucun suivi n'est prévu à la sortie du centre.

Les internats relais ont été relancés par la circulaire du 31 juillet 2000 relative au plan de relance de l'internat public.

Ces internats sont peu nombreux (7 en 2003). « Ils sont destinés à accueillir des jeunes qui connaissent des difficultés pouvant les conduire à la déscolarisation et à la violence...ils sont créés en collaboration avec la protection judiciaire de la jeunesse et les conseils généraux qui disposent de personnels ayant la compétence nécessaire⁶⁶ ».

Leur objectif consiste à permettre une réintégration des jeunes dans un délai relativement court, dans une structure d'éducation ou d'apprentissage normal.

⁶⁵ 66 dispositifs concernés en 2002-2003, enquête DESCO

⁶⁶ circulaire du 31 juillet 2000

L'objectif ne semble pas vraiment correspondre aux besoins des jeunes souffrant de troubles psychiatriques, notamment compte tenu du temps de placement prévu, qui est de quelques semaines.

Le bilan qu'en font les inspections générales de l'éducation nationale est nuancé et contrasté ; il préconise plutôt la solution consistant à placer les élèves dans un internat normal avec une aide éducative spécifique ; les équipes de terrain sont plutôt favorables à cette solution, mais qui relève plus d'une solution d'hébergement pour des jeunes ayant des problèmes comportementaux. En réalité, il est nécessaire de disposer d'une triple possibilité d'intervention, par l'internat scolaire, l'internat éducatif et la psychiatrie.

2.4.3.3 *Les internats ordinaires peuvent offrir une solution de réinsertion*

Des places dans les internats ordinaires pour les adolescents souffrant de troubles mentaux sont réclamées par tous les professionnels rencontrés par la mission⁶⁷.

Les internes sont peu nombreux dans l'ensemble du système scolaire: ils représentent 4% de l'effectif scolaire du second degré public, 12% de l'effectif des lycées professionnels, et moins de 1% de celui des collèges. La moyenne du taux d'occupation des internats est de 80%, dont 50% pour les collèges, et avec de grandes disparités selon les régions⁶⁸. La demande existe, et peut émaner des familles pour des raisons diverses, mais aussi des autorités administratives et judiciaires qui sont chargées d'assurer la protection du mineur et d'apporter une réponse à des actes de délinquance.

Le Professeur Jeammet en particulier a fait part à la mission du besoin que son service (IMM) ressentait pour construire une solution de réinsertion pour les jeunes accueillis dans son service et pour lesquels il recherchait un environnement « contenant ».

La mission n'a pas expertisé directement les exemples cités infra. Ils méritent néanmoins d'être cités. S'ils apportent une solution adaptée, ces initiatives, une fois évaluées et reconnues, pourraient être plus utilisées et éventuellement démultipliées : on peut citer l'exemple de l'action de partenariat menée avec l'internat de l'un des lycées de Tours, l'agence régionale d'hospitalisation, le rectorat de l'académie d'Orléans-Tours et l'Inspection académique d'Indre-et-Loire et le CMP du secteur.

D'autres types de prise en charge existent comme celles qui sont mises en œuvre à l'internat de Cholet, dans le cadre d'un lycée professionnel. Dans les cas lourds, l'équipe de la vie scolaire (CPE, proviseurs adjoints, conseillers d'orientation psychologique, infirmière et médecin scolaires, assistant social) fait appel au secteur psychiatrique. Le bilan est nuancé : *« en général, on remarque que sur des cas exceptionnels, le système fonctionne. Toutefois, il a ses limites. En effet, les élèves qui sont très déstabilisés et sans repères ne peuvent supporter longtemps l'internat, qui représente un cadre trop rigide pour ces jeunes qui n'acceptent pas de contraintes. L'accompagnement psychologique devient alors impossible pour ces jeunes qui en fait s'excluent eux-mêmes »*.

On en revient là à cette pathologie de la recherche parfois agressive des limites par des jeunes qui ont été renvoyés de familles en institutions. Ces adolescents se retrouvent

⁶⁷ M-F. Perol Dumont « une nouvelle actualité pour l'internat scolaire », 2000.

⁶⁸ DESCO, le développement de l'internat scolaire public

dans toute la palette des institutions, y compris en prison, la seule solution pour pallier les difficultés qu'ils génèrent étant l'exclusion...même de la prison⁶⁹.

La solution de l'internat éducatif pour les adolescents souffrant de troubles mentaux doit s'inscrire dans la palette des solutions de réinsertion. Il peut s'agir des internats relais, s'il s'agit de prévoir une rupture brève du jeune avec sa famille. Mais le suivi psychiatrique sera difficile à exercer.

Plusieurs conditions doivent être réunies : une articulation étroite avec le secteur, un véritable travail de partenariat à l'image des deux exemples cités supra, et une formalisation sous la forme d'une convention avec les partenaires concernés.

Le projet pédagogique de l'établissement doit contenir une partie plus spécifiquement adaptée au profil de ces jeunes, en particulier le suivi scolaire.

Nombre de jeunes, mal entourés familialement, ou en conflit familial fort, souffrant de troubles mentaux plutôt stabilisés, pourraient reprendre une scolarité normale, avec un suivi psychiatrique, à condition de pouvoir être accueillis un an ou deux dans un internat éducatif. Or, il semble que l'Éducation nationale ne souhaite pas continuer dans cette voie. Certes, le rassemblement dans un même internat d'adolescents très difficiles, certains psychopathes, d'autres délinquants, d'autres encore souffrant de troubles psychiatriques est explosif. En revanche, l'adjonction à un internat classique d'un suivi éducatif et d'un suivi par le secteur psychiatrique, devrait permettre d'accueillir quelques cas de jeunes après une hospitalisation psychiatrique.

2.4.4 La solution des instituts de rééducation

Les Instituts de rééducation (IR) ont pour vocation d'accueillir « des enfants et des adolescents dont les manifestations et les troubles du comportement rendent nécessaires, malgré des capacités intellectuelles normales ou approchant la normale, la mise en œuvre de moyens médico-éducatifs pour le déroulement de leur scolarité⁷⁰ ». L'objet principal est donc de prévoir la réinsertion de ces jeunes, lorsque cela s'avère possible.

La réponse apportée par les IR est diverse. En effet, avec leurs 16 200 places installées, les IR sont inégalement répartis sur le territoire national, et de fortes disparités subsistent dans leur implantation au plan national, régional ou départemental, tant en ce qui concerne le nombre de places autorisées que la nature des prises en charge proposées.

La mission n'avait pas pour vocation de faire un rapport sur les Instituts de rééducation. Elle n'en a visité qu'un seul, celui de Le Villerhof dans le Bas-Rhin. Mais à l'occasion des entretiens et des tables rondes, la question de la place des IR a été régulièrement abordée, en tant qu'élément indispensable de la palette des solutions dont

⁶⁹ à l'occasion d'un entretien avec le Dr Canetti, médecin psychiatre du centre de jeunes détenus de la prison de Fleury Mérogis, le cas de cette catégorie de jeunes a été évoqué : le trouble qu'ils suscitent peut conduire même l'établissement pénitentiaire à le « sortir » de la prison...pour une autre prison..., simple déplacement géographique, alors qu'il faudrait trouver les moyens de les garder pour faire cesser l'escalade dans le test des limites possibles.

⁷⁰ Annexe XXIV du décret du 27 octobre 1989, article 1.

ont besoin les professionnels pour les adolescents qu'ils suivent, et que le diagnostic posé par une précédente mission de l'IGAS dans son rapport sur les Instituts de rééducation en janvier 1999 reste d'actualité⁷¹.

En ce qui concerne les prises en charge, les différents entretiens menés par la présente mission ont montré que les adolescents faisant l'objet de l'étude qui souffrent de troubles de la conduite peuvent relever, simultanément ou alternativement, de tous les types de prise en charge, psychologique, médico-éducative, judiciaire, sociale ou éducative.

La vocation des instituts de rééducation ne consiste plus seulement accueillir des enfants et des adolescents souffrant de troubles du comportement, mais aussi des jeunes pris dans des processus complexes où interviennent des troubles psychiques comme des troubles du comportement, les IR acceptant de plus en plus des jeunes psychotiques dès lors qu'ils peuvent s'intégrer dans la vie en groupe.

Ces jeunes ont souvent fait un parcours psychiatrique dans différentes structures de soins psychiatriques, et éprouvent le besoin de trouver une structure permettant d'apporter une prise en charge thérapeutique. Mais le choix de l'établissement continue à se faire, comme le notait la précédente mission de l'IGAS, plus «en fonction de l'offre locale en hébergement spécialisé, ou des aléas de l'itinéraire social ou judiciaire, vers un des éléments du dispositif institutionnel global, les instituts de rééducation, comme les foyers de l'enfance, ou les foyers de la PJJ. La nature de la prise en charge correspondra moins à son état, qu'aux règles administratives et financières régissant l'établissement qui l'accueille ».

L'exemple de l'IR Le Villerhof (Bas-Rhin), visité par la mission, illustre bien les difficultés actuelles de ces structures :

Les personnels : les IR connaissent une carence de recrutement réelle, qu'il s'agisse des éducateurs spécialisés ou des personnels médico-psychologiques, notamment les psychiatres. Les équipes sont parfois épuisées et laissées sans appui ni soutien, alors que des tentations sont grandes de se décharger sur elles de l'accompagnement des adolescents les plus en difficulté, qu'il s'agisse des familles, de l'ASE ou de la PJJ. L'organisation du travail et les taux d'encadrement conduisent à une fermeture de fin de semaine préjudiciable à certains parcours de ces adolescents. Pour remédier à ces difficultés, plusieurs solutions pourraient être envisagées :

⇒ **Un appui par** les équipes du secteur (comme ce qu'a entrepris le service de B. Antonioli de l'hôpital Charles Perrens à Bordeaux), ou par un organisme extérieur comme a choisi de le faire l'IR Le Villerhof pour un travail de supervision. Cet appui doit être envisagé comme un soutien, et surtout pas comme un aveu d'échec de l'équipe.

⇒ **Une ouverture professionnelle sur l'extérieur**, pour que les équipes puissent (sur une fraction de leur temps) exercer une autre activité, par exemple dans un internat éducatif, avec comme objectif d'éviter un trop grand enfermement dans leur activité professionnelle propre.

⁷¹ Michel Gagneux, Pierre Soutou, les instituts de rééducation, janvier 1999

⇒ **Une augmentation du taux d'encadrement**, car celui qui est autorisé par les budgets actuels permet de moins en moins l'ouverture de ces établissements en fin de semaine : seul un rebasage des crédits affectés aux IR permettra de majorer ce taux d'encadrement.

⇒ **Un travail de partenariat** avec le secteur sanitaire, et notamment le secteur psychiatrique : la loi du 2 janvier 2002 donne les fondements juridiques de ces coopérations réciproques entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social permettant de pallier les difficultés en parties les difficultés de mettre en œuvre ce travail en commun.

⇒ **L'insertion dans un réseau**, qui permet un travail avec **tous** les acteurs de l'accompagnement : le soin, l'éducation, mais aussi l'emploi ou le logement.

Un travail est en cours au sein de la DGAS afin de tenir compte des préconisations du rapport de l'IGAS de 1999, et « notamment la nécessaire collaboration de toutes les parties prenantes (administrations sociales et sanitaires, Education nationale, PJJ, ASE, services des départements, CRAM...) à la définition de nouvelles méthodes d'approches et de prise en charge, privilégiant la souplesse, la coordination et le travail en réseau », mais aussi des préoccupations des professionnels et des associations du secteur. Un projet de décret est en cours d'élaboration, qui souligne notamment la nécessaire collaboration avec les institutions psychiatriques.

Les consultations ne sont pas abouties, mais il apparaît que les recommandations de 1999 restent encore insuffisamment prise en compte dans les premières rédaction du projet de décret. Il importerait en particulier que la participation des IR aux réseaux, et au travail de prévention avec l'école, la médecine scolaire et les services de psychiatrie, notamment pour la mise en œuvre précoce de réponses adaptées.

2.5 Le réseau, une forme de coopération efficace

2.5.1 *Les conditions d'une coopération entre les professionnels du sanitaire et du social.*

« Un mouvement de fond traverse toutes les structures : des partenariats, formalisés par des conventions, des mises en réseau entre les équipes de secteur psychiatrique et des institutions sociales et médico-sociales. En effet, les structures médico-sociales sont mal équipées pour faire face aux souffrances psychologiques des jeunes qu'elles accueillent. Les équipes sont déstabilisées, fonctionnent en vase clos. L'apport des professionnels spécialisés en psychiatrie est insuffisant et se borne souvent plus à effectuer un travail institutionnel qu'un travail direct avec les jeunes. Les besoins de places, qu'il s'agisse du secteur sanitaire et du secteur médico-social s'expriment différemment selon les départements et les régions. Mais la difficulté des placements est bien souvent à mettre sur le compte du manque de collaboration entre les différents champs d'intervention⁷² ».

⁷² G. Boursier, B. Durand, la psychiatrie infanto-juvénile, op cité

L'articulation du sanitaire et du social est évoquée de toute part depuis plusieurs années. Elle devient de plus en plus nécessaire.

Comme cela a été exposé au chapitre précédent, les jeunes de l'ASE, placés en foyers de l'enfance ou en famille d'accueil, ou ceux de la PJJ, font parfois aussi l'objet d'une demande de placement psychiatrique abusive pour régler des problèmes de discipline, voire d'exclusion définitive. D'une manière plus générale, on assiste à des demandes de placement psychiatrique de plus en plus fréquentes adressées par les structures médico-sociales ainsi que par les structures habilitées justice.

« Nous voyons ainsi arriver aux urgences psychiatriques des adolescents, souvent sans troubles psychiatriques majeurs et de plus non accompagnés par un adulte responsable, ce qui ne laisse d'autre choix que de les hospitaliser⁷³. Par ailleurs, du fait de la carence des structures sociales, certaines hospitalisations, même si elles répondent à l'origine, à une indication réelle, sont prolongées sans autre justification que le refus des établissements, ou parfois de la famille, d'accueillir l'adolescent ».

Ce constat est connu. Des initiatives locales existent pour remédier à ces dysfonctionnements. Il peut s'agir de demandes de partenariat, sur le principe du donnant/donnant, il peut s'agir de tentatives de mise en place de réseaux informels qui élargissent la question des relations entre le sanitaire et le médico-social à l'ensemble des partenaires concernés par la santé mentale au sens large, ou par la santé mentale d'une population ciblée comme celle des adolescents, ou encore des adolescents en grande difficulté⁷⁴.

La mission a choisi d'illustrer par trois exemples rencontrés au cours de l'enquête ces tentatives de réponses à ces difficultés.

2.5.2 Un exemple de partenariat entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social

L'expérience qui a été décrite à Bordeaux par le chef de service d'un secteur, B. Antoniol (CHS Charles Perrens) présente l'intérêt de permettre d'initier un partenariat fondé sur une prise en charge pluri-institutionnelle, la réciprocité et l'échange.

Chaque partenaire trouve un avantage dans cet accord entre un institut de rééducation et ce service de psychiatrie (qui dispose d'une unité fermée) qui accueille des adolescents.

Une convention est en cours de signature entre le centre hospitalier et l'association Rénovation. L'un des Instituts de rééducation de l'association Rénovation bénéficie en vertu de cet accord d'un appui psychiatrique, y compris pour la formation de ses équipes d'éducateurs, voire pour leur soutien en cas de difficulté. Il est assuré de pouvoir adresser l'adolescent au service de psychiatrie si ce dernier traverse une période de crise. En échange, le service de psychiatrie obtient des places dans l'Institut de rééducation pour la sortie des jeunes qu'il hospitalise.

⁷³ Entretien avec C. Bursztejn

⁷⁴ Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ du 3 mai 2002, relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté

Cet exemple montre que ces actions de partenariat peuvent résoudre de manière pragmatique les difficultés sur le terrain et permettre le développement d'un travail en commun. Il serait utile qu'il puisse intégrer les professionnels de l'ASE et de la PJJ, qui éprouvent des besoins similaires. Il importe que ces actions soient toujours formalisées.

2.5.3 Difficultés et succès du travail en réseau

L'élaboration d'un travail en réseau a été étudié à travers deux exemples, le projet de réseau du Val de Marne, et le réseau de promotion pour la santé mentale dans le sud des Yvelines.

La mission de l'IGAS a pu participer à une réunion de travail organisée par la DDASS du Val de Marne et destinée à mettre en place un réseau de soins en psychiatrie pour les adolescents. Elle a aussi rencontré certaines des parties prenantes du « réseau Yvelines sud », qui n'est pas spécialisé sur la prise en charge de la santé mentale des adolescents, mais traite de la santé mentale en général.

A travers ces deux exemples, la mission a pu retirer un certain nombre d'enseignements qui peuvent être utiles à la prévention et la prise en charge des adolescents souffrant de troubles mentaux.

2.5.3.1 Le projet de réseau du Val de Marne: une démarche inachevée

Il s'agit en réalité de deux projets de réseaux. Réunis à l'initiative de la DDASS du Val de Marne, les différents partenaires concernés par la prise en charge des adolescents dans le département du Val de Marne ont présenté, en présence de la mission en décembre 2003, et sous la présidence du DDASS, les actions de travail en commun, soit qu'il soit possible à ce stade de parler de réseau.

Une tentative de travail en commun a été initiée en 1998, le « réseau Elaboration pluri-institutionnel pour adolescents en grande difficulté », REPI. Sur la base d'un travail en commun de l'ASE, de la Justice (tribunal et PJJ) et de la psychiatrie (deux secteurs sur six), les professionnels ont suivi une vingtaine de cas d'adolescents en grande difficulté. Cet embryon de réseau s'appuie sur le SAU du Kremlin Bicêtre.

Par ailleurs, dans le cadre du schéma départemental de prévention et de protection de l'enfance du Val de Marne les services déconcentrés de l'Etat (DDASS) jouent le rôle de pilote dans un projet pour améliorer les prises en charges médico-sociales. « *Face à des situations de jeunes en grande difficulté ayant mis les institutions responsables tour à tour en échec, il s'agit d'élaborer des protocoles de travail en partenariat, voire en réseaux* »⁷⁵.

A ce stade, la question de la pertinence du territoire choisi (l'ensemble du département ou une partie seulement), la disponibilité des participants, les modalités de financement ne sont pas résolues.

Les questions soulevées, les interrogations des participants, le difficile positionnement des services déconcentrés de l'Etat et des services du Département sont révélateurs de la

⁷⁵ réunion de travail du 15 décembre 2003

nécessité de passer du partenariat au réseau, du réseau informel au réseau structuré comme le montre l'exemple ci-dessous dans le Département des Yvelines. Cet impératif de formalisation est d'autant plus nécessaire dans un Département comme celui du Val de Marne, qui dispose de nombreuses structures, mais dans un contexte socio-économique infiniment plus difficile que celui du Département des Yvelines décrit ci-dessous.

2.5.3.2 *Le réseau de promotion pour la santé mentale " Yvelines sud "*

La loi de financement de la sécurité sociale 2002 et la loi du 4 mars 2002 ont posé les principes du réseau et de son financement, selon une orientation permettant une organisation différente des soins sur un territoire donné sur tous les thèmes qui relèvent de la santé mentale, de manière à la fois expérimentale et évolutive.

Pour multiplier les chances de réussite d'un réseau, il importe de bien choisir l'objectif, la méthodologie, le territoire concerné et le porteur de projet « le leader ».

L'enjeu du réseau réside dans sa capacité à produire un nouvel « objet » clinique et à permettre, en pratique, de penser la complémentarité des pratiques dans la prévention, le soin et la réinsertion, et au delà, la spécificité de la place de chacun des acteurs de santé dans l'offre de soin⁷⁶.

Cet enjeu va donc bien au delà des relations de partenariat entre le sanitaire et le médico-social décrites supra, certes indispensables, mais qui restent bien insuffisantes lorsqu'on se met d'accord sur l'idée qu'une approche globale est indispensable.

⇒ **l'objectif** : le réseau de promotion pour la santé mentale dans la partie sud du département des Yvelines est un réseau sanitaire, élaboré à partir d'une identité sanitaire dans un objectif de santé publique, qui crée un espace de coordination pour un ensemble de professionnels.

Ce réseau, qui se définit comme « une nouvelle organisation fondée sur des projets coordonnés de soins⁷⁷ », le réseau de promotion pour la santé mentale dans le sud des Yvelines couvre un territoire de 600 000 habitants, soit huit secteurs de psychiatrie adulte.

⇒ **la méthodologie** : le déclencheur en a été la préparation du projet d'établissement du centre hospitalier de Versailles adopté en 1999. La démarche de projet a bénéficié d'une cohésion administrative et médicale forte au plan local, (hôpital et DDASS), et de l'engagement d'une personnalité professionnellement reconnue, M.Ch. Hardy-Bayle, PU/PH.

La convention constitutive élaborée en 1999 indiquait que « *le réseau est constitué dans le but d'organiser, d'animer et de coordonner les moyens mis en commun en vue d'améliorer les pratiques professionnelles relatives à la prise en charge des patients présentant des souffrances psychologiques ou des troubles mentaux avérés* ».

⁷⁶ Entretien du 11 décembre avec M.Ch. Hardy-Bayle

⁷⁷ M.Ch. Hardy-Bayle, Ch. Bronnec, Op.cité

La convention constitutive a donné naissance à un Groupement d'intérêt public. Le centre hospitalier de Versailles a été le promoteur juridique du réseau dans la phase de montée en charge avant que le réseau n'acquiert sa pleine capacité juridique.

Il est composé de quatre établissements de santé (un centre hospitalier spécialisé, un institut mutualiste MGFEN, un centre hospitalier général comprenant un service hospitalo-universitaire de psychiatrie, une clinique privée), une association de médecins généralistes, une association de psychiatres libéraux et une association de psychologues libéraux. Il travaille en partenariat avec les acteurs du secteur social, et médico-social, de l'Education nationale, de la Justice, et les associations de patients et de familles de patients.

La méthodologie a semblé particulièrement intéressante à l'IGAS, même si, depuis sa création, le réseau n'a pas encore inclus la problématique des jeunes dans ses thèmes de travail.

Le modèle retenu est celui « d'une organisation fondée sur un projet soignant qui, en tenant compte des grands principes posés au niveau national et des priorités régionales, propose à un niveau local des solutions originales, adaptées aux besoins réels de la population ».

La démarche initiale menée par le réseau consiste à partir des besoins réels exprimés à partir des enquêtes de besoins et de satisfaction et non des besoins tels que les professionnels se les représentent, ce qui permet de donner un contenu réel à la notion de partenariat. Chaque catégorie de professionnels de santé est impliquée dans le travail d'élaboration de la réponse concrète face au besoin identifié, dans le cadre d'une large coordination avec des professionnels ayant des exercices différents. De plus, des enquêtes de satisfaction et de satisfaction des professionnels permettent de connaître « l'état réel des ressources, non pas en termes quantitatifs (logique de structure) mais qualitatifs (logiques et contraintes de fonctionnement).

Les modalités de fonctionnement de ce réseau sont remarquables en ce sens qu'elles sont financées et formalisées : « l'illusion qu'un réseau informel de correspondants permet cette complémentarité méconnaît les exigences d'un réel partenariat. En effet, le choix des correspondants dans une collaboration informelle repose sur des affinités qu'un vrai réseau de coordination vise à dépasser ».

Le contre exemple de cette définition est parfaitement illustré par le réseau « Yvelines sud » : ce sont les professionnels du champ sanitaire qui, en fonction de leurs ressources, peuvent dire aux acteurs du champ social quels sont les moments où ils peuvent intervenir, quelles sont leurs limites, quelles sont les actions où des actions communes doivent être pensées.

⇒ **le territoire** : le réseau n'a pas été décrété depuis le niveau national. Si c'est au plan national que les principes sont posés (le principe de financement d'un réseau par exemple), c'est au plan local que se définit la pertinence du territoire, en fonction de sa composition socio-professionnelle.

Il est évident que la détermination du territoire est un élément clé de la réussite du projet, ce qui rend par exemple plus difficile l'élaboration d'un réseau dans le

Département du Val de marne, dont la composition sociologique ne s'inscrit pas dans le même schéma que celle des Yvelines, toutes choses égales par ailleurs .

« Le département des Yvelines, département riche mais fortement contrasté, était largement sur-doté en capacités hospitalières MCO, mais sinistré en psychiatrie, particulièrement en équipements et moyens publics. Une redistribution de ressources au sein de la Région, voire dans un cadre plus large n'était pas inenvisageable. Cependant, à court terme, le Schéma départemental d'organisation de la psychiatrie ne pouvait apporter une réponse pertinente et une amélioration significative du dispositif. Celle-ci impliquait surtout un changement radical des pratiques et des relations entre les acteurs⁷⁸ ».

⇒ le porteur de projet : le pilotage du réseau est essentiel : le choix de la responsable de ce réseau a permis de rassembler les professionnels et toutes les parties prenantes, de part son positionnement hiérarchique, mais aussi en fonction de la « compétence reconnue ». C'est un réseau sanitaire, dont la référence éthique repose sur une méthodologie rigoureuse qui sert de support aux professionnels. Ces principes se retrouvent dans les actions de formation que le réseau peut mettre en œuvre. On peut citer la formation proposée aux médecins généralistes, concernant leur demande spécifique par rapport à la santé mentale, et plus précisément l'articulation de leur intervention par rapport au service de psychiatrie.

Ces principes se retrouvent aussi dans le travail de liaison mené avec le secteur médico-social : il s'agit à la fois d'actions de formation, mais aussi d'appui à la demande de travailleurs sociaux. L'équipe mobile (deux psychiatres et deux infirmières psychiatriques à mi-temps) intervient à leur demande. Cette intervention, conçue dans la plus grande souplesse, peut s'exercer dans le cadre de procédures d'intervention spécialisées ou en cas de difficulté sur un cas concret. L'équipe de liaison du réseau se déplace par exemple pour une situation mal gérée, dans une institution qui traverse une situation de crise, ou pour partager un diagnostic sur un patient. Les professionnels de l'ASE et de la PJJ demandent souvent des interventions de cette équipe mobile ou du « temps psychiatre ».

Le financement du réseau et la rémunération des participants

Les professionnels qui s'engagent dans le réseau sont volontaires mais ne sont pas bénévoles. Il est donc indispensable de prévoir une rémunération. Le financement est diversifié, adapté à la nature des projets, adapté à la nature des projets et des actions engagées, à la qualité et au statut des professionnels. Il est rendu possible par la « cinquième enveloppe de l'ONDAM prévue dans la LFSS de 2002 et dans la loi du 4 mars relative aux droits des malades et à la modernisation du système de santé. Le budget est de

La structure permanente de pilotage est financée à parts égales par l'Agence régionale d'hospitalisation, et les quatre établissements de santé mentale du réseau. Les collectivités locales, conseil général, ville nouvelle de Saint Quentin en Yvelines, et l'Etat, soutiennent des actions qui sont plus proches de leurs compétences, de leur situation géographique ou de leur axe politique. L'assurance maladie, par le Fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville, finance la participation des médecins libéraux aux groupes de travail, aux programmes d'évaluation. Le GIP reçoit aussi des dons (réseau bancaire). Le budget est géré par le centre hospitalier de Versailles, support technique par délégation des opérateurs.

⁷⁸ A. Ravelo De Tovar, une tentative de réponse expérimentale, le réseau de santé mentale du sud des Yvelines, gestions hospitalières, janvier 2002

Un exemple de travail en commun mené par le réseau : l'hébergement des personnes atteintes de troubles mentaux.

Cet axe est organisé sur le principe du « donnant/donnant ».

Les structures médico-sociales adhérentes du réseau ont passé une convention formalisée pour que les équipes qui demandent un hébergement soient obligées d'assurer la continuité des soins, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un relais. Les conventions incluent des offices d'HLM, qui réservent des logements à ces patients. Les équipes soignantes s'engagent de leur côté à assurer la formation et la supervision des professionnels impliqués dans ces actions.

Après une première tentative qui n'a pas été poursuivie, le réseau va s'engager dans la prise en compte des adolescents. Une première étape a été engagée pour la formation d'enseignants, à la suite d'une demande de l'Education nationale, dans le cadre du plan suicide.

L'expérience de ce réseau « Yvelines sud » a semblé particulièrement intéressante à la mission en tant que tentative de réponse à une série de dysfonctionnements constatée tout au long de l'enquête. Des enseignements peuvent en être retirés, en terme d'organisation administrative et de planification. Elle n'est bien entendu pas reproductible en l'état dans tous les départements.

2.5.3.3 Quelle organisation administrative pour promouvoir l'activité en réseau?

Le réseau ne se décrète pas, et l'administration n'a pas vocation de créer les relations de partenariat à la place des professionnels. Mais l'appui « motive » de la DDASS et de l'ARH sont indispensables.

« Si les pouvoirs publics s'engagent dans une politique de réseau, ce n'est pas pour définir de nouvelles normes réglementaires, des statuts et des critères d'évaluation, c'est pour accepter de déplacer le débat, de redonner du poids aux projets soignants comme fondement de l'organisation des soins, de définir des critères d'évaluation et de contrôles plus souples, adaptables aux situations locales ... et élaborés avec les gestionnaires locaux⁷⁹ ».

Pour ancrer dans la réalité administrative les relations partenariales entre le sanitaire et le médico-social, il serait utile de désigner une inspection unique dans les DDASS rassemblant le médico-social et le sanitaire.

Chaque DDASS devrait en outre s'engager à ce que chaque établissement hospitalier du secteur de psychiatrie et chaque association gestionnaire d'un établissement médico-social (dont il approuve, dans les deux cas, les budgets) s'engage à la signature d'une convention de partenariat, prévoyant l'intervention régulière dans ces institutions des praticiens des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, ou adulte et l'accueil des jeunes sortant d'hospitalisation psychiatrique dans les établissements du secteur médico-social.

⁷⁹ Marie-Christine Hardy-Bayle, Christine Bronnec, Op cité

Ces conventions pourraient inclure un travail d'appui ou de supervision aux équipes des établissements du secteur médico-social.

Mais il est aussi nécessaire de prévoir des moyens spécifiques fléchés pour ce travail des secteurs.

Il serait enfin nécessaire de mieux faire connaître, à titre d'exemple, la méthodologie utilisée par ce réseau par l'organisation, au niveau national, d'un séminaire associant les responsables, au sein des services déconcentrés, de la psychiatrie et du médico-social, et les représentants de ce réseau « Yvelines sud ». Cette action d'information pourrait être organisée dans un second temps, avec les autres départements ministériels concernés.

Elle devrait être complétée, dans les services déconcentrés, par des actions de formation à la conduite de projet.

2.5.3.4 Pour une inscription du réseau dans la planification de la politique de santé mentale

On l'a dit, le réseau ne se décrète pas, les modes d'organisation et de collaboration doivent être élaborés par les différents professionnels. Il appartient cependant aux pouvoirs publics, qui allouent les moyens en fonction d'objectifs de politiques publiques, votés au niveau national, déclinés en moyens alloués aux régions, d'articuler les propositions de ces réseaux et l'engagement de la puissance publique.

Ceci passe par deux types d'approches : s'agissant des secteurs psychiatriques et de leurs liens avec les établissements médico-sociaux (instituts de rééducation, IMPro, CAT, ateliers protégés etc) ; il appartient à la tutelle d'obtenir qu'à terme rapproché des conventions d'objectifs communs et d'échanges de service soient passées entre eux.

S'agissant de la formule réseau, au-delà de son impulsion, dont on a parlé ci-dessus, il est nécessaire que ses moyens soient inscrits dans le schéma régional de l'organisation des soins, avec les moyens nécessaires au fonctionnement du réseau lui-même d'une part et les moyens nécessaires aux projets présentés par le réseau et acceptés au niveau de la DDASS et de l'ARH d'autre part.

Il serait important à terme de prévoir qu'une place soit faite aux établissements et service du secteur médico-social dans l'élaboration du SROS. De même faudra-t-il introduire les propositions liées au réseau et dès à présent celles résultant des conventions passées entre les secteurs psychiatriques et les établissements et services médico-sociaux dans les schémas départementaux de la psychiatrie.

Selon le mode d'organisation choisi dans chaque département, c'est à dire selon que les professionnels de la psychiatrie seront parvenus ou non à s'organiser avec le secteur médico-social, l'éducation nationale, la Justice, la pénitentiaire, l'aide sociale à l'enfance, mais aussi les généralistes sur les questions de prévention primaire, secondaire et tertiaire des jeunes souffrant de troubles psychiatriques, il appartiendra aux DDASS de reprendre ou d'élaborer ces règles d'organisation et la planification de moyens y afférant.

La question de la collaboration du secteur psychiatrique avec les autres intervenants est incitée de manière récurrente, c'était d'ailleurs une hypothèse de travail forte du secteur de psychiatrie.

La théorie selon laquelle c'est la différence de rémunération des praticiens qui serait un frein aux collaborations entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social mériterait d'être relativisée : suite à une enquête rapide menée dans le département de Seine-Saint-Denis, le coût d'un praticien hospitalier temps plein (coût annuel prévisionnel pour 2004, charges patronales comprises) s'élèverait à 102 290 euros (données DHOS). Le coût moyen annuel d'un psychiatre relevant de la convention collective de 1966, qui aurait 15 ans d'ancienneté serait de 110 244 euros.

Néanmoins, le financement de celui-ci n'a pas toujours favorisé ce travail de secteur. Quand la partie extrahospitalière était financée par le département, sur un budget qui n'était pas celui de la sécurité sociale, il était réduit à la portion congrue. La globalisation des crédits intra et extra hospitaliers a souvent amélioré la situation de l'extrahospitalier. Néanmoins, on a demandé souvent à la psychiatrie de financer l'extrahospitalier par redéploiement, fermeture de lits, ces économies ne pourront pas résister à la pression de plus en plus forte d'une intervention des psychiatres, en psychiatrie même, et en liaison, en médecine somatique, dans le secteur social, en pénitentiaire etc...

On constate que la part de la psychiatrie dans les dépenses hospitalières a plutôt diminué, alors même qu'il est reconnu que nombre de demandes adressées à la médecine somatique (urgences), au secteur social seraient traitées plus facilement avec une collaboration de la psychiatrie.

Si les secteurs rattachés à des établissements spécialisés ont dû soit diminuer très fortement leur nombre de lits, soit ne pas promouvoir une activité sectorisée très importante, la situation de la psychiatrie à l'hôpital général est souvent moins bonne.

L'arbitrage, notamment du point de vue des investissements, mais aussi des personnels (remplacements, gardes) se fait souvent en faveur de secteurs considérés comme « vitaux ».

Cette situation risque d'être aggravée par la mise en place d'un nouveau système de tarification à l'hôpital, dit Tarification à l'activité ou pour faire jargonner T2A.

Ce système de tarification, public et privé, régulerait les enveloppes régionales à partir d'un système de tarification des activités. Mais en psychiatrie, d'une part les tentatives de régulation par l'activité, par le biais du PMSI n'ont pas encore pu dépasser le stade de l'expérimentation ; d'autre part, il est nécessaire de choisir quelques types d'activité (ou de parcours de malade) en fonction de leur coût. En effet, des facteurs externes au diagnostic lui-même, tels la situation sociale du malade, son âge, son environnement familial, sa compliance aux traitements vont être beaucoup plus déterminants pour calculer les moyens médicaux nécessaires que le diagnostic lui-même. Pour les pathologies tels les troubles bipolaires, 5% des patients concentrent 40% des coûts, le coût par malade varie de 12 000 dollars à 625 000 dollars. C'est pourquoi d'ailleurs les pays anglo-saxons ont renoncé aux modèles type MSI⁸⁰

Il est malgré tout nécessaire que la psychiatrie soit dotée d'un système permettant de connaître l'utilisation des crédits, en fonction des services rendus aux usagers. Sans

⁸⁰ F. Rouillon – Communication à la journée de l'association de recherche sur les troubles bipolaires 2003.

doute un travail avec des professionnels pour l'élaboration de catégories « comptables » de malades serait-il utile pour allouer à cette discipline médicale sa juste part de financement.

Il faut enfin noter que si la « T2A » devait être appliquée comme prévu, c'est à dire en distinguant en psychiatrie l'activité hospitalière, financée à partir d'une comptabilité de l'activité et en globalisant la partie extrahospitalière dans un forfait inclus dans les activités d'intérêt général (comme l'enseignement et la recherche), le risque de régression vers l'hospitalocentrisme serait fort. En effet, quand un budget contraint doit financer à la fois des activités tarifées à l'acte et des activités financées forfaitairement, le risque est grand que le forfait serve de variable d'ajustement et donc n'augmente pas. Les modes de planification et les modes de régulation de la dépense sanitaire ont une influence importante sur l'offre de soins et donc sur les modes d'intervention, voire les choix thérapeutiques. Dans une discipline comme celle de la psychiatrie, dans laquelle les choix ne sont pas qu'entre différents types de médicaments ou différents types d'intervention, mais font place également à la fois à un travail institutionnel, dans des structures extrahospitalières, et à un travail de collaboration avec de nombreux partenaires extrahospitaliers, il faut veiller à ce que les stratégies de santé publique ne soient pas déterminées en fonction des schémas comptables.

3. Les quarante recommandations

Rendre effectives les priorités énoncées dans la loi de santé publique, de prendre en charge les jeunes souffrant de troubles du comportement violents et les objectifs visant à une prise en charge précoces, dès les premiers signes de la maladie, des grandes pathologies psychiatriques : dépression grave, psychoses. (Cabinet)

1. Inscrire dans le plan de santé mentale des objectifs fixés au niveau régional, en termes d'offre de prévention, de soin et de réinsertion pour les adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles mentaux.(DGS,DHOS)
2. Elaborer pour la psychiatrie un système de tarification, à la fois compatible avec les systèmes adoptés pour les autres disciplines médicales, mais adapté à ses spécificités : en ne séparant pas l'activité hospitalière et extra-hospitalière, notamment celle liée à l'organisation en réseau ; en créant quelques catégories comptables permettant de rendre compte, par type de situation (selon l'ancienneté de la pathologie, un certain nombre de critères médicaux, sociaux, familiaux...) de l'intensité de la prise en charge, mais aussi des activités collectives (réseau, travail avec des partenaires, psychiatrie de liaison en médecine somatique, dans le social (DHOS, DGS)

Mieux prendre en compte la question de la dangerosité des malades mentaux

3. Faire des propositions de nature sanitaire pour la prévention et la prise en charge des malades mentaux en phase dangereuse ; pour cela évaluer les besoins réels (et non fantasmés), l'offre actuelle et la demande. (IGAS)
4. Développer les connaissances et l'échange de savoirs autour de la psychopathie, entre psychiatres, entre les psychiatres et les intervenants du secteur social, judiciaire, pénitentiaire. (conférences de consensus, séminaires et colloques, expériences étrangères) (DGS, DHOS, DGAS, ANAES avec Ministère de la Justice, DAP, PJJ, ODAS)

Diffuser les connaissances sur les pathologies mentales des adolescents

5. Auprès des familles, du grand public : par des messages très diversifiés sur les signes qui doivent inquiéter, à qui s'adresser. (INPES)
6. Auprès des jeunes eux-mêmes, par l'école, les missions locales, les associations, les clubs sportifs (INPES)
7. Sur la question de la dangerosité du cannabis pour des jeunes de moins de quatorze ans, pour des jeunes vulnérables (MILDT)
8. Développer les consultations parents sur les thèmes des pathologies mentales et des addictions, y compris le cannabis (DGS, MILDT)
9. Soutenir les actions des familles du type groupes de paroles, services écoute. Augmenter leur subvention en échange d'une formation plus professionnelle de leurs écoutants et d'une vraie supervision ;

Former en commun différents intervenants aux problèmes de la psychiatrie

10. Organiser dans tout cursus de formation initiale des médecins, des infirmiers, des assistants sociaux un stage en psychiatrie, de préférence en extra-hospitalier. Un réorganisation des modalités de stage pendant les études médicales doit donc être préparée conjointement avec le ministère de la santé et le ministère de l'éducation nationale et de la recherche.
11. Développer des formations de repérage des difficultés et de méthode de dépistage à destination des professionnels de première ligne, enseignants, travailleurs sociaux, généralistes etc. en département ou région, par le biais des plates-formes de formation des DRASS et des schémas régionaux d'éducation pour la santé.
12. Organiser des formations sur sites, entre équipes etc ;

Organiser la prévention à différents niveaux

13. Rendre systématique et obligatoire l'évaluation et le suivi de tout enfant chez qui on a détecté des difficultés graves ; pour tout enfant en danger, pratiquer des bilans psychologiques, de développement intellectuel et émotionnel rapportés à une évaluation de la situation familiale.
14. Pratiquer systématiquement un bilan de ce type chez tout enfant signalé au juge, ou suivi par l'ASE
15. Mieux organiser la prise en charge des enfants exposés à des risques de traumatismes graves dans leur famille ; leur offrir une stabilité de prise en charge, une continuité des interventions (DGS, DGAS, Justice)
16. Organiser et proposer aux jeunes sortant de prison et de SMPR un suivi articulé entre le SMPR et une équipe de secteur
17. Organiser dans les établissements scolaires un partenariat interne (équipe éducative) et externe (avec le secteur psychiatrique) de manière à ce que le médecin scolaire puisse adresser des adolescents chez qui il soupçonne un trouble mental, aux psychiatres, qui le recevront. Prévoir dans les moyens alloués aux établissements en personnels médicaux et para-médicaux, le temps nécessaire à ce travail d'équipe et de dépistage ciblé. (DGS, Education nationale)
18. Organiser, par convention entre les secteurs et les missions locales, un dépistage ciblé de même type (DGS, DHOS et DGEFP)

Offrir à tous les adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles mentaux une palette de prise en charge diversifiée des crises

19. Prévoir dans les schémas départementaux de santé mentale et les SROS l'ensemble des équipements nécessaires à une prise en charge diversifiée des crises : unité d'hospitalisation d'urgence, unité d'hospitalisation pour séjour court ou moyen, centres de crises, centres de consultation prolongée, équipe d'intervention à domicile
20. Organiser cette offre de soins au bon niveau selon le type de service : régional, départemental, intersectoriel (ARH, DRASS, DDASS)...

Garantir la continuité des soins

21. Réaffirmer pour chaque secteur l'obligation de participer à un dispositif de prise en charge de la crise
22. Rendre obligatoire la motivation médicale, par écrit, du refus d'accueil pour toute structure psychiatrique.

23. Redéfinir les obligations du secteur et notamment étendre sa compétence à toute forme de domiciliation, partielle ou totale, diurne ou nocturne, sur son aire géographique. Ceci implique que cette obligation s'inscrive dans un cadre conventionnel entre les autorités de tutelle (ARH) et le secteur.
24. Donner à chaque jeune qui est passé par une structure psychiatrique une carte de fidélisation, lui permettant de revenir s'y faire soigner, en y accédant plus facilement et plus rapidement (type Mental health card anglaise)

Favoriser la réinsertion scolaire et professionnelle des adolescents et jeunes adultes malades mentaux

25. Développer au niveau national l'offre de soins en établissements type cliniques études (avec des commanditaires diversifiés), en favorisant leur implantation pour une interrégion démunie ou en permettant un petit volant d'hospitalisations de jeunes non originaires de cette interrégion
26. Mieux implanter ces cliniques dans les réseaux de soins locaux, mais aussi développer leurs collaborations avec les établissements voisins de l'éducation nationale
27. Implanter selon les besoins des structures telles les hôpitaux de jour, offrant une scolarité ; y développer des conventions avec l'éducation nationale, de manière à diversifier l'offre de formation, notamment à l'enseignement professionnel

Faciliter la reprise de scolarité en milieu ordinaire ou semi-spécialisé :

28. Développer les projets individuels d'intégration, en en faisant une priorité des services de promotion de la santé et des médecins conseillers des recteurs ;
29. Créer un groupe de travail interministériel sur la question des internats « éducatifs », internats un peu plus encadrés et contenant qu'un internat ordinaire, accueillant toutes sortes d'adolescents, mais pouvant aussi recevoir un petit nombre d'enfant souffrant ou ayant souffert de troubles psychiatriques. Donner à ces structures quelques moyens « éducatifs » pour le tiers temps (Jeunesse et Sports). Y assurer le suivi et le soutien psychiatrique par convention avec le secteur ;
30. Favoriser localement la collaboration des secteurs de psychiatrie aux internats relais, aux classes relais etc... dès lors qu'ils recevraient des enfants souffrant de troubles psychiques classiques ou de types psychopathiques.(Education nationale, DGS)
31. Développer les sections spécialisées type Unités pédagogiques d'intégration pour jeunes souffrant de troubles mentaux, en collège, mais aussi en lycée, général ou professionnel (Education nationale, DHOS, DGS)

Organiser la coopération entre la psychiatrie et son environnement

32. Développer les collaborations entre établissements et services du secteur psychiatrique, social et médico-social
33. Charger une équipe dans toutes les DDASS d'élaborer des conventions organisant l'échange de services, de clients, de personnels entre les secteurs psychiatriques, les IR, les foyers, les missions locales
34. Donner dans les budgets de chaque établissement ou service les moyens de cette collaboration, en revanche ne plus favoriser les organisations en forteresse (ARH, DRASS, DDASS), où chaque institution souhaite disposer à elle seule de toutes les palettes d'intervention.

Promouvoir l'organisation de la psychiatrie pour les adolescents et jeunes adultes sous forme de réseau sanitaire

35. Prévoir un financement du chef de réseau (promoteur) pendant un à deux ans pour le mettre en place (ARH, DDASS)
36. Prévoir des financements pour la participation de tous les membres du réseau à celui-ci (réunions, déplacements, secrétariat) (DDASS, ARH)
37. Former dans chaque DDASS un binôme, MISP et IASS, chargé à la fois de faciliter le travail de promotion du réseau et d'inscrire dans le système de planification locale et régionale les réalisations imaginées par le réseau
38. Organiser un ou plusieurs séminaires, au niveau national pour diffuser cette expérience (DGS, DHOS)
39. Se rapprocher des ministères de la Justice, de l'Intérieur, de l'Education nationale pour organiser un séminaire de travail commun sur la question de la coopération en réseau avec la psychiatrie (DGS)
40. Organiser au niveau régional ou départemental des événements susceptibles de mobiliser différents professionnels sur ces problématiques de la coopération en réseau, type Yvelines Sud

Danièle JOURDAIN-MENNINGER

Hélène STROHL-MAFFESOLI

ANNEXES

Liste des annexes

Annexe 1 Bibliographie

Annexe 2 Liste des personnes rencontrées

Annexe 1 – Bibliographie

Ouvrages

- *La Schizophrénie en question*, P.Morel, V.Kovess, M.Bourgeois, H.Verdoux et alii, document réalisé sous le patronnage des Laboratoires Sanofi Winthrop
- *L'Échec de la protection sociale*, Maurice Berger, Dunod, 2003
- *Jusqu'où la psychiatrie peut-elle soigner*, Marie-Christine Hardy-Baylé, Christine Bronnec, Odile Jacob, 2003
- *L'approche clinique en psychiatrie*, sous la direction de Pierre Pichot et de Werner Rein, collection Les Empêcheurs de penser en rond.
- *L'hospitalisation des adolescents, état des lieux et perspectives*, sous la direction de Patrick Alvin, Philippe Jeammet, Xavier Pommereau, fondation de France, ministère de la santé.
- *La Santé mentale des français*, sous la direction de Raymond Lepoutre et Jean de Kervasdoué, Odile Jacob, 2002
- *L'Enfant du silence, histoire d'une schizophrénie*, Françoise Salomon, éditions Odile Jacob
- *Personnaly and conduct disorders Adolescence*, actes du V^o Congrès de la société internationale de psychiatrie de l'adolescence, édition Philippe Gutton (France) et Ghislaine Godenne (USA), Georg éditeur

L'hospitalisation en France, données et chiffres repères, numéro spécial de Informations hospitalières n°53, mars 2000, Direction des Hôpitaux

Des comptes de la santé par pathologie : un prototype pour l'année 2003, Direction de la recherche, de l'évaluation, des études statistiques, Solidarité et santé, n°2, 2003

Articles.

Le Besoin de soins, une question difficile, avec V.Kovess, Santé mentale, évaluer les besoins : l'apport de l'épidémiologie ; suivi de commentaire de la mission nationale d'appui en santé mentale, de Jean-Luc Roelandt, Gaetant Wagenaar, Frédéric Rouillon, in Pluriels, la lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale, février 2001

De la continuité des soins, Marie-Jeanne Guedj, Nervure-Tome XIV – N°2 – Mars 2001

Accueil et soins différentiels pour adolescents : urgence et hospitalisation aiguë, Marie-Jeanne Guedj, François Caroli, in Psychiatrie de l'enfant, XL,1, 1997,p239 à 272

Les séjours psychiatriques sous contrainte et l'évolution des droits des malades, Alexandre Graboy-Grobescio, AJDA, 19 janvier 2004

Les 15-25 ans : nouvelle clinique, nouveaux soins, Marc Grohens, in Perspectives Psy. Volume 42, n°1, janvier-mars 2003

Diagnostiquer plus tôt la schizophrénie, in Impact Médecine, 6 juin 2003, page 83

Les adolescents, améliorer leur santé psychologique et mentale, Alain Braconnier, in La santé mentale des français, op. cit.

Les idées délirantes en médecine générale, enquête de prévalence du Réseau sentinelle Aquitaine, H.Verdoux § alli, in Le Concours médical, 27-06-98-120-25

Evaluation de l'incidence hospitalière des troubles psychotiques, C.Bergey, H.Verdoux § alli, in L'Encéphale, 1999 ; XXV : 30-6, tiré à part H.Verdoux, Centre Carreire, Bordeaux.

La Fondation Vallée, De l'asile à la cure institutionnelle, A.Plantade, in L'Information psychiatrique n°2 – février 1995

Cannabis et troubles mentaux, F.Rouillon, in Bulletin médical journalier, 2002, 325 ; pages 1199-1201 (avec référence à plusieurs études)

Caractéristiques cliniques et pronostiques associées à une comorbidité addictive chez des patients hospitalisés en psychiatrie, *F.Liraud, H.Verdoux*, in *L'Encéphale*, 2000, XXVI : 16-23

Schizophrénies, quelle prévention, *H.Verdoux §alii*, in *Annales Méd-Psychol.*1997, 155, n°3

Intervenir en situation de crise, *Frédéric Mauriac §alii*, in *Enfance et Psy*, n°18, mars 2002, p.55—61

Prise en charge de crise et enveloppe langagière, *L.Zeltner §alii*, in *Thérapie familiale*, Genève, 2002, Vol.23, N°4

Les dispositifs d'urgence psychiatrique et de crise en France, *M.Robin §alii*, in *Thérapie familiale*, Genève, 2001, Vol 22, N°2

Violence et école : antinomie ou synergie ? *C.Epelbaum*, in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 50 (2002) 461-465, Elsevier

Schizophrénies, troubles maniaco-dépressifs, ces autres maladies du cerveau, *dossier en collaboration avec Argos 2001, association d'aide aux personnes atteintes de troubles bipolaires, France-Dépression, UNAFAM, « Schizo ?...Oui », CHU de Nantes, dr. Charles henry, Hôpital Charles Perrens, Bordeaux, CH.Gay, hôpital Sainte Anne, Paris, Pr Marion Leboyer, Hôpital Albert-Chenevier, Créteil in Recherche et Santé, revue de la Fondation pour la recherche médicale, n°93, janvier 2003*

Jeunes en difficultés : le généraliste premier interlocuteur, 26 06 2003, pages 46 et 47

Transdisciplinarité : un service de psychiatrie et de médecine physique et réadaptation pour patients polytraumatisés suite à une tentative de suicide, J.Tiravy-Silber §alii, in JTS, juin 2001

Face aux handicaps mentaux, la place des études, P.Bazin, in Nervures XV, sept-2002

Phobies sociales, phobies scolaires à l'adolescence, dossier coordonné par M.Pradoura-Duflot, M.Fouillet, G.Massé in Nervures Tome XV – N°6 – Septembre 2002

Réinsertion socio-professionnelle : que peuvent apporter les Cotorep ? Régis Goumilloux, Centre hospitalier Charles-Perrins, Bordeaux, à paraître

Questions de vocabulaire autour du concept de handicap psychique, Marcel Jaeger, Vie Sociale – n°3/2003

Evolutions récentes des usages de drogues à 17 ans, Escapad, 2000-2002, in Tendances, n°29, mai 2003, revue de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies

La question de la réhabilitation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Pr. Claude Bursztejn, Communication au Congrès de la Société suisse de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Psychoses de l'enfant et de l'adolescent, Bâle, 6-7 septembre 2002

Réflexions sur l'hospitalisation psychiatrique des adolescents dans le Bas-Rhin, note rédigée pour la mission par Pr.Claude Bursztejn, Service psychothérapique pour enfants et adolescents, Hôpitaux universitaires de Strasbourg

Les urgences pédopsychiatriques : expérience d'une unité d'accueil au sein du CHU de Bicêtre, P.Ferrari, M.Speranza, Arch.Pédiatr. 1999, 6 Suppl 471-4

Une unité d'accueil et de soins intensifs en pédopsychiatrie de l'adolescent, M.Renauc, A.Roubini, Nervure 2003, XVI : 26-29

Dépistage des troubles schizophréniques débutants : le rôle du médecin généraliste.H.Verdoux, A.Cougnard, à paraître in Concours médical

Le grand renfermement des enfants dits cas sociaux ou malaise dans la bienfaisance, M.Soulé, in La psychiatrie de l'enfant,

La psychopathologie des adolescents en grande difficulté, Philippe Jeammet, in Actes du séminaire Santé/justice ; cité

Intervention précoce dans la schizophrénie, Philippe Conus, Lettre de la schizophrénie n°29 – Mai 2003

Quelles sont les structures de soins les mieux adaptées pour la prise en charge des schizophrénies à leur début, G.Vidon, E.Canet, in Psychiatrie, 70458/21.259

- *Questions de vocabulaires autour du concept de handicap psychique*, Marcel Jaeger, in *Vie Sociale*, n°3/2003

Travail en réseau et logiques de territoire, Marcel Jaeger, in *Les Cahiers de l'Actif*, n°324/325

Le Miroir social des souffrances adolescentes : entre maladie du symbolique et aveu généralisé, Richard Rechtman, *Evolution psychiatrique* 2004 ; 69(1)

Soigner les états limites en institution : une psychothérapie par « l'environnement », M.Botbol, T.Balkan, G.Papanicolaou, à publier

Accès aux soins et non demande en psychiatrie de l'adolescent, M.Botbol, *Nervure – Tome XIII – N° 1- Février 2000*

Du cognitif sans le savoir dans la prise en charge psychiatrique des patients schizophrènes, Michel Botbol, Yann Barrère, in *Les Carnets de l'observatoire des schizophrénies*, Lab. Lilly, juin 2002

Cadre de pensée, cadre de soins, Jean Picard, hôpital de jour du Parc, Bordeaux, communication à un colloque, donné à la mission.

Expertises, conférences de consensus, guides

Cannabis, quels effets sur le comportement et la santé, Inserm 2001

Les troubles mentaux chez les enfants et les adolescents, Inserm, expertise collective, mars 2003

Schizophrénies débutantes, diagnostic et modalités thérapeutiques, Conférence de consensus, organisée par la Fédération française de psychiatrie, selon la méthodologie de l'ANAES, Ministère de la Santé, janvier 2003

La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, conférence de consensus, ANAES, octobre 2000

La prise en charge des mineurs en grandes difficultés, Séminaire Santé-Justice, mai 2000

Le livre blanc des partenaires de santé mentale France, Pour une association d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité, UNAFAM, 2001

Dossier sur les troubles bipolaires, association de recherche sur les troubles bipolaires, colloque du Sénat, 25 avril 2003

Votre adolescent vous inquiète ? ouvrage réalisé par l'UNAFAM et la Fondation de France, UNAFAM, 12, Villa Compoint, 75017 – Paris

Comment soigner votre adolescent, idem ci-dessus

Rapports administratifs

Rapports annuels de la Défenseure des enfants, années 2002 et 2003, La documentation française

L'évolution des métiers en santé mentale, recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé», rapport diligenté par la Direction générale de la Santé, bureau de la santé mentale, avril 2002

Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale, diligenté par le bureau de l'offre régionale de soins et populations spécifiques de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, avril 2002

La démocratie dans le champs de la santé mentale – La place des usagers et le travail en partenariat dans la cité, rapport pour le ministre délégué à la Santé, rapporteur Jean Luc Roelandt, avril 2002

Vingt ans de rapports administratifs sur la psychiatrie, Fédération de santé mentale, 2001

Rapport sur la santé mentale, dr.Piel, Roellandt, 2001

Rapport à madame Ségolène Royal, Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches, Michel Charzat, parlementaire en mission

Dispositifs relais et >Ecole ouverte, rapport des Inspections générale de l'Education nationale et de l'administration de l'Education nationale, avril 2003

Souffrance psychique et exclusion sociale, rapport du groupe de travail mis en place par madame D. Versini, sous la direction du professeur Ph. Parquet, septembre 2003

Rapport de la mission interministérielle sur la prévention et le traitement de la délinquance des mineurs au Premier ministre, Christine Lazerges et Jean-Pierre Balduyck, avril 1998

Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, rapport de la mission Clery-Melin, PH.Clery-Melin, Vivianne Kovess, Jean-Charles Pascal, automne 2003

Jeunes et pratique sportive. L'activité sportive à l'adolescence. les troubles et conduites associés, rapport au ministère de la Jeunesse et des sports, Institut national de la Jeunesse et de l'éducation populaire et Comité français d'éducation pour la santé, 2001

Annexe 2 – Liste des personnes rencontrées

Administration

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Cabinet du Ministre de la santé, Mme Fourcade, conseillère technique
Cabinet du Ministre de la famille, Mme Vuillères, et M. Chaize, conseillers techniques

Professeur H.Rouillon, conseiller du directeur général de la santé pour la psychiatrie
B. Basset, sous-directeur santé et société à la direction générale de la santé, et ses collaborateurs
E. Couty, directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et ses collaboratrices

Ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité

J.Y. Hocquet, chef de service, direction générale de l'action sociale, et ses collaboratrices

M. Délégué interministériel à la famille : D. De Legge

Services déconcentrés :

J.L. Brière, Ddass du Val-de-Marne et ses collaboratrices
P. Blanchard, Ddass de Seine-Saint-Denis et ses collaborateurs
M. Daviot, médecin inspecteur, Ddass des Yvelines
M. Becot, Drass Aquitaine et A. Burstin, Directrice adjointe
Mme Gustin, Ddass du Bas-Rhin,
M. S.Barth, Ddass adjoint

Ministère de l'Education nationale

Catherine Bizot, inspectrice générale de l'Education nationale en appui à la mission
IGAS pour l'Education nationale
Hélène Matthieu, directrice de la Jeunesse
Docteur Neulat, et Mme Courteix, Direction de l'enseignement scolaire

Rectorat de Paris : docteur Pradura- Duflot, conseillère technique du recteur de l'académie

Ministère de la justice

J.C. Quinio, chef du service de l'inspection pénitentiaire

M. Rossignol, chef de bureau , M. Morales, chef de bureau, et ses collaboratrices

Autres administrations ou institutions:

M.Jaile, directeur de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et toxicomanies
Claire Brisset, défenseure des enfants

Mutuelle des Etudiants

Mickaël Delafosse, président
François Toujas, directeur général

Ville de Paris

Brigitte Joseph-Jeanneney, directrice de l'action sociale, de l'enfance et de la santé
Marguerite Arène, chargée de mission toxicomanie à la DASES

Région Ile-de-France :Paris

Hôpital Sainte Anne : docteurs G. Massé et M. Fouillet
Hôpital Sainte Anne, CPOA, docteur M.J. Guedj
Institut mutualiste Montsouris, professeur P. Jeamment
ASM 13 : docteur G. Braconnier et l'équipe médicale
CMPP Etienne Marcel : docteur Solal, et docteur Lauru
Hôpital de jour Montsouris (CEREP) : docteur P. Penaud et ses collaborateurs

Département du Val-de-Marne

Hôpital Esquirol : docteurs G. Vidon et G. Bourcier
Fondation Vallée : professeur C. Epelbaum-Graindorge et l'équipe médicale du service
d'urgence de l'hôpital de Kremlin Bicêtre,
SMPR de Fresnes, docteur De Beaurepaire
Centre d'accueil et de soins pour adolescents à Montreuil (CASA), docteur Bourcier
CAMPA de Choisy le Roi, CATTP pour adolescents, docteur Gervais et ses
collaborateurs

Yvelines

Hôpital de Versailles, directrice du réseau « Yvelines sud », professeur M.C. Hardy-
Beylet
ERIC, équipe mobile d'urgence psychiatrique, docteur Robin et ses collaborateurs
SMPR de Fleury Mérogis, docteur B. Brahmi
Centre de détention pour jeunes mineurs de Fleury Mérogis, Docteur Canetti
MGEN : docteur V. Kovess, docteur R. Rechtman,

AlsaceDépartement du Bas-Rhin (Strasbourg)

Unité d'hospitalisation pour adolescents de l'Elsau , CATTP pour adolescents
(professeur C. Bursztejn),
Centre d'accueil médical universitaire (professeur Patris et ses collaborateurs)
Urgences pour jeunes majeurs aux Hospices Civils de Strasbourg (professeur Patris et
ses collaborateurs)
Institut de rééducation de Villerhof, M. Ranson, directeur

Aquitaine

Département de la Gironde (Bordeaux)

Hôpital Charles Perrens de Bordeaux: professeur H. Verdoux, docteur B. Antonioli,
Docteur Ayoun (Centre de crise), docteur Roussin (SMPR)
Centre Abadie : professeur Bouvard et docteur Pommereau
Hôpital de jour du Parc (association Rénovation) : docteur Picard

Associations

Familles :M. Caneva, Président de l' UNAFAM
M. Malet, Club UNAFAM de Bordeaux
Toxicomanies, accueil cannabis :
« Drogues et société », Créteil, Val-de-Marne, P. Lagomanzini, directeur
« Convergences et Paradoxes », (Paris 13^{ème}) , P. Antonelli, directeur

Etablissements

Etablissements scolaires

Lycée Balzac (Paris 17^{ème}), proviseur adjoint et médecin scolaire
Collège Moulin Desprez, (Paris 13^{ème}) principal

Cliniques « soins-études » Fondation Santé des étudiants de France

Monsieur Coullomb, directeur général de la Fondation santé des étudiants de France,
Docteur Ciancioni, directeur médical et scientifique
Clinique Dupré, Sceaux : Mme Morin, directrice, l'équipe médicale et éducative
Neufmoutiers en Brie : M. Braun, directeur, l'équipe médicale et éducative
Bouffémont, M. Bedioux, directeur, et l'équipe médicale et éducative

Maison des adolescents du Havre : docteur Fusau,

Rencontres

Colloque organisé à l'hôpital d'Esquirol en novembre 2003: « La psychiatrie, banalisation, spécificité »