Observatoire Régional de la Santé

Étude sur les articulations possibles entre acteurs (soignants et non soignants) autour de la souffrance psychique des enfants et adolescents en Ardèche et Drôme

JUIN 2025

CHS26
Comité d'Hygiène Sociale de la Drôme

Ardèche
LE DÉPARTEMENT

LA DRÔME
LE DÉPARTEMENT

CE TRAVAIL A ÉTÉ RÉALISÉ PAR
L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Patricia MEDINA, responsable des études qualitatives,

Ève GIOVANNINI, chargée d'études en santé publique

Valérie GONON, documentaliste

Delphine ROUSSILHE, assistante d'études

Á la demande et avec le soutien du Comité d'Hygiène Sociale de la Drôme,

du département de l'Ardèche et du département de la Drôme

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes :
www.ors-auvergne-rhone-alpes.org

et sur le site Internet Comité d'Hygiène Sociale de la Drôme :
www.chs-drome-sante.org

Remerciements

L'Observatoire régional de la santé Auvergne Rhône-Alpes tient à remercier ici toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette étude, depuis la définition de ses objectifs jusqu'à sa mise en place, et tout particulièrement :

- Les membres du **Comité d'Hygiène Sociale de la Drôme** à l'initiative de cette étude :
  - Madame Joëlle Puzin, présidente du Conseil d'administration jusqu'en 2022
  - Madame Elisabeth Emin-Richard, présidente du Conseil d'administration
  - Madame Véronique Raffin, permanente du Comité d'Hygiène Sociale

- Les pédopsychiatres du **Réseau Enfant Sujet** qui, en concertation avec les membres du Réseau, ont permis de définir les contours de l'étude :
  - Madame Françoise Lizé Guilhot, pédopsychiatre au CMPP de Fontbarlettes (Valence)
  - Madame Denise Wohl, pédopsychiatre, directrice médicale du CMPP Clos Gaillard (Valence), vice-présidente de la fédération des CMPP, membre co-fondatrice du réseau Enfant Sujet
  - Madame Colette Pellissier (Ardèche), pédopsychiatre intersecteur 07/31, CH Sainte Marie (Privas)
  - Monsieur Patrick Dullin, pédopsychiatre, praticien hospitalier retraité, ancien chef du pôle de psychiatrie générale et infanto-juvénile des Hôpitaux Drôme-Nord, ancien médecin-chef en pédopsychiatrie au CH Drôme-Vivarais, membre co-fondateur du réseau Enfant Sujet.

- Les membres du **comité de suivi** qui ont contribué à affiner les questionnements de l'étude et à mettre en place la phase d'enquête qualitative :
  - Monsieur Patrick Dullin, ancien médecin-chef en pédopsychiatrie au CH Drôme-Vivarais, ancien médecin-chef en pédopsychiatrie au CH Drôme-Vivarais
  - Madame Anastasia Gordienko, pédopsychiatre CHS Drôme-Vivarais
  - Monsieur Emmanuel Courtial, responsable de CMS, Département de l'Ardèche
  - Madame Laure Saladignier, Pôle Nord de psychiatrie, psychologue détachée du CHS Drôme-Vivarais au PAEJ de Romans
  - Madame Magali Tournier, Agence régionale de Santé, Drôme, puis région
  - Madame Marilyne Bouilly, chargée de mission Prévention et Promotion de la Santé, Agence régionale de Santé, Drôme
  - Madame Virginie Heyraud, éducatrice au CMS du Cheylard (Département de l'Ardèche)
  - Monsieur Antoine Vinay, Réseau de réussite éducative Valence

- Madame Laura Garin, psychologue PAEJ Romans
- Madame Mireille Malosse, infirmière conseillère technique au rectorat de Grenoble
- Dr Monique Billiemaz, médecin scolaire, rectorat de Grenoble
- Madame Alice Jardin Tonkens, responsable de PMI (Drôme)
- Madame Caroline Bonnot, Caisse d'Allocations Familiales
- Madame Léa Vivet, Protection Judiciaire de la Jeunesse, Drôme
- Monsieur Christophe Santos, directeur de Foyer de Jeunes Travailleurs, Drôme
- Madame Adeline Dasinias, responsable Sauvegarde 26 (dispositif « Psy de rue » Crest)
- Dr Lucile Vercoutère, directrice, Service Santé publique, Ville de Valence
- Madame Christelle Guérault, déléguée territoriale, Promotion Santé Drôme
- Madame Léa Fayolle, coordinatrice PTSM Drome
- Monsieur Xavier Levet, chargé de mission ruralité dans le Diois, Éducation nationale (Drôme)

Sommaire

- **CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE 11**
- **SYNTHÈSE 19**
- **ÉCLAIRAGE BIBLIOGRAPHIQUE SUR LES ARTICULATIONS DES PROFESSIONNELS AUTOUR DES ENFANTS, ADOLESCENTS ET JEUNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE 23**

1. Introduction 23

2. Enfants, adolescents et jeunes en souffrance psychique : de quoi parle-t-on ? 24

2.1. La santé mentale 24
2.2. Une classification des troubles psychiques qui fait débat 25
2.3. La souffrance psychique : une notion imprécise, des signes peu spécifiques et variés 27
2.4. Données épidémiologiques : une augmentation de la souffrance psychique des enfants depuis la crise sanitaire du Covid 28

3. Les soins pour les enfants, adolescents et jeunes en souffrance psychique : pratiques de soins et enjeu d'articulation avec les partenaires 30

3.1. La pédopsychiatrie 30
3.2. La place des neurosciences 33

4. Professionnels hors soin psychique : pratiques en santé mentale auprès des enfants, adolescents et jeunes en souffrance psychique, et articulation avec les professionnels du soin psychique 35

4.1. Les médecins généralistes, les pédiatres 35
4.2. La PMI 38
4.3. Les professionnels de l'accueil de la petite enfance : les crèches et assistantes maternelles 41
4.4. Les professionnels de l'Éducation nationale 41
4.5. Professionnels de l'Aide sociale à l'Enfance (ou Protection de l'Enfance) 46
4.6. Les professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse 49
4.7. Les éducateurs de la prévention spécialisée 51
4.8. Les professionnels de l'animation socio-culturelle 52
4.9. Les professionnels de l'insertion : les Missions locales 53

ENQUÊTE QUALITATIVE

PROFESSIONNELS HORS SOINS PSYCHIQUES 55

1. Pratiques et articulation des professionnels autour des enfants en souffrance psychiques 55

1.1. Professionnels de la petite enfance : les crèches 55
1.2. La PMI 57
1.3. Professionnels de l'éducation nationale : l'école primaire 59
1.4. Les professionnels des Programmes de Réussite Éducative (PRE) et professionnels socio-éducatifs 64
1.5. Médecins généralistes 65
1.6. Les orthophonistes libéraux 68
1.7. Les services de pédiatrie en centres hospitaliers MCO 69
1.8. L'unité périnatalité Drôme Nord 70
1.9. Groupes de paroles pour enfants dont un parent est hospitalisé au CHDV 71

2. Pratiques et articulation des professionnels autour des adolescents et jeunes en souffrance psychique 71

2.1. Les médecins généralistes : parfois isolés face aux jeunes en souffrance psychique 72
2.2. Les collèges et lycées : le rôle essentiel des infirmiers scolaires 72
2.3. La Mission Locale 73
2.4. Les foyers de jeunes travailleurs (FJT) 74
2.5. Les Points Accueil Écoute Jeunes 75
2.6. Les éducateurs spécialisés : « Psy de rue » 76

3. Pratiques et articulation des professionnels autour des mineurs protégés par l'Aide sociale à l'enfance 77

3.1. Les services départementaux de protection de l'enfance 77
3.2. Les opérateurs de l'Aide Sociale à l'Enfance : des liens plus fluides avec la psychiatrie publique 79
3.3. Mais, des divergences et des difficultés d'articulation repérées, autour des mineurs protégés 81

PROFESSIONNELS DU SOIN PSYCHIQUE 85

1. Enfants, adolescents et jeunes : les problématiques les plus fréquemment rencontrées par les professionnels 85

1.1. Les acteurs du soin psychique, missions et spécificités 85
1.2. Le repérage et l'orientation vers le soin psychique 87
1.3. Souffrance psychique des enfants et adolescents : souvent des enjeux de difficultés familiales et sociales 88

1.4. Les adolescents et jeunes : souffrance psychique accentuées et enjeux d'étiquetage 90

2. Le diagnostic : enjeu majeur et étape-clé du parcours de soin 92
2.1. Nommer pour comprendre… ? 92
2.2. Qui pose le diagnostic ? Une complexification croissante 94
2.3. Fragilité et relativité du diagnostic 96

3. Du diagnostic au soin psychique : les supports d'articulation autour du jeune patient 99
3.1. Le diagnostic et le soin : une articulation à construire ou à déconstruire ? 99
3.2. La prise en charge de la souffrance psychique n'est pas une activité « *ésotérique* » 100
3.3. Les approches soignantes : les articulations entre soignants sont parfois complexes 101
3.4. Les attentes des parents et partenaires face au soin psychique : la guérison en question 102

4. Les « écosystèmes » défavorables à une bonne articulation autour de l'enfant ou de l'adolescent 103
4.1. La relative rareté ou saturation de ressources de soins et du médico-social réduit les possibilités d'articulations entre acteurs 103
4.2. Les incompréhensions, craintes et manques qui favorisent l'errance dans les parcours de soins 105

5. Partenariat local et communication au cœur des articulations réussies 107
5.1. Les temps d'échange sur des situations individuelles, à des échelles locales… 107
5.2. Les écrits pour tisser des liens, articuler des prises en charge différentes 109
5.3. La trace écrite pour faciliter l'articulation du patient avec sa propre histoire… 111

6. État des lieux des partenariats effectifs, avec des professionnels du soin ou hors soin 112

7. Familles des enfants et adolescents en souffrance psychique : une alliance prudente est possible 119

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS 121

ANNEXES 129

1. Bibliographie 129

2. Guides d'entretien 136

Contexte et objectifs de l'étude

Contexte de l'étude

La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a intensifié ou généré de la souffrance psychique et psychosociale, même chez des personnes qui pouvaient en être relativement exemptes jusqu'alors. Les restrictions, la distanciation sociale, le port du masque et surtout les confinements, dans un climat de crainte des contaminations, ont aggravé les phénomènes d'anxiété, de repli sur soi, dans toutes les tranches d'âge notamment les plus jeunes de 0 à 20 ans. Les manifestations d'un mal-être aggravé ont ainsi été observées chez les jeunes, adolescents et enfants : augmentation de l'anxiété, développement de troubles obsessionnels compulsifs (notamment autour de la peur des « microbes »), phobies sociales et scolaires, anorexie, et souffrances liées à l'aggravation des violences intra-familiales dans certains foyers.

Ces difficultés se sont surajoutées à des problématiques éducatives et sociétales qui sont aujourd'hui bien documentées : dépendance aux écrans qui concernent beaucoup d'enfants, d'adolescents et de jeunes, qui parfois se croisent avec des difficultés de parentalité chez certains adultes. Les parents, inquiets des signes de souffrance qu'ils repèrent chez leurs enfants, sont parfois en demande d'aide mais pas toujours. Ils sont également parfois interpellés par des tiers (notamment par les établissements scolaires) et invités par ces derniers à faire examiner leurs enfants par des professionnels du soin psychique. Mais, la saturation des files actives des ressources de soin psychique rend l'obtention d'un rendez-vous souvent longue et complexe.

Ces différentes difficultés sont plus marquées pour les personnes en situation de défavorisation socio-économique. Les inégalités sociales de santé sont aussi prégnantes en matière de souffrance psychique et, à la croisée d'une faible littératie en santé, de contraintes économiques et géographiques souvent fortes, et quelquefois de représentations négatives et de méconnaissance sur la psychiatrie et le soin psychique, le cheminement vers une demande d'aide au plan psychique est particulièrement complexe pour certains parents ou jeunes.

Ces constats largement partagés au plan national, font l'objet de réflexions croisées, au sein d'un groupe informel de pédopsychiatres, hospitaliers, associatifs et libéraux, en Drôme et Ardèche, le « **Réseau enfant sujet** », constitué en 2009 à l'initiative des médecins des établissements de soins suivants : Centres médico Psycho Pédagogiques la Pierrotte, Clos Gaillard et Centre Médico Psychologique de Romans. Ce réseau est centré sur des valeurs éthiques de l'accompagnement thérapeutique de l'enfant et de sa famille et permet d'organiser des rencontres entre différents pédopsychiatres de Drôme et

D'Ardèche ayant un intérêt et une pratique dans le champ de la santé psychique des enfants.

Les enjeux de prise en charge et d'accompagnement de l'enfant, de l'adolescent et du jeune en difficultés ou souffrance psychique sont complexes, à la fois du fait de moyens humains contraints en psychiatrie publique et de demandes d'aide pressantes de la part des familles, mais aussi de la part des établissements scolaires, des services de Protection Maternelle et Infantile.

Par ailleurs, au-delà des soins qui sont pratiqués en CMP, CMPP ou dans les cabinets de pédopsychiatres libéraux, l'environnement de l'enfant, du jeune est aussi partie prenante de son bien-être psychique. Il y a ainsi un enjeu fort à développer un accompagnement global de l'enfant, du jeune, articulé autour d'un discours cohérent, en évitant les prises en charge « saupoudrées », la dispersion de solutions ponctuelles, voire les discours qui s'opposent, qui aggravent parfois le désarroi des enfants, des jeunes, celui des parents et parfois le sentiment d'impuissance des professionnels travaillant au contact de ces enfants et jeunes, dans le champ de l'éducation, des loisirs, …. Les représentations, discours et pratiques de ceux qui entourent l'enfant en difficulté psychique, en amont ou en parallèle du soin apporté par les pédopsychiatres, peuvent ainsi être très aidants ou au contraire contre-productifs pour la santé psychique des enfants et jeunes.

La question se pose, dès lors, des approches et accompagnements qui peuvent se tisser et s'articuler autour de l'enfant, de l'adolescent et du jeune, en cohérence avec le soin psychique élaboré par une équipe pluridisciplinaire et notamment par des pédopsychiatres.

À la croisée du besoin repéré par le Comité d'Hygiène Sociale de travailler sur le thème de la santé mentale, tout particulièrement après la crise sanitaire liée au Covid-19, et des réflexions et interrogations partagées au sein du Réseau Enfant Sujet, un questionnement a surgi sur les articulations existantes, absentes ou souhaitables entre les discours et pratiques des professionnels du soin (dans la diversité des métiers et des « écoles de pensée »), des parents et des autres professionnels qui entourent l'enfant (enseignants, animateurs des structures de loisirs, …). Comment ces discours et pratiques entrent-ils en résonnance et créent-ils une synergie positive autour de l'enfant, de l'adolescent ou du jeune, ou quelles sont, à l'inverse, les dissonances possibles entre les discours et pratiques des uns et des autres, autour de l'enfant, de l'adolescent ou du jeune en souffrance psychique, qui peuvent réduire l'impact du soin psychique, voire aggraver la souffrance du sujet ?

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de repérer et d'analyser les interfaces et articulations entre les discours et pratiques des professionnels du champ thérapeutique psychique (secteur hospitalier, associatif, médico-social, libéral) et les discours et pratiques d'acteurs travaillant auprès des enfants, adolescents et jeunes dans les champs éducatifs, sociaux et de loisirs (éducation, formation, secteur périscolaire, structures de loisirs, missions locales, CPEF, et même médecins généralistes…).

Que les enfants, adolescents et jeunes bénéficient déjà d'un soin psychique, qu'ils soient en attente d'un soin ou plutôt dans un besoin de prévention, il s'agira d'analyser quels sont les discours et pratiques qui entrent en résonnance, en synergie, au bénéfice de la santé psychique de l'enfant, du jeune, ou au contraire, quels sont les discours et pratiques éventuellement antagonistes voire contre-productifs, « dispersants » ou incohérents pour les familles et les enfants concernés.

Cet objectif principal se déclinait en trois objectifs spécifiques :

1/ Porter un **éclairage bibliographique** sur les discours et pratiques d'aide repérées en cas de souffrance psychique, par les professionnels travaillant avec les enfants, adolescents et jeunes dans des champs autres que le soin : enseignants, professionnels des centres de loisirs, éducateurs divers, médecins généralistes.

2/ Mener une **exploration qualitative de terrain auprès de professionnels du soin psychique** travaillant en Drôme et en Ardèche avec des enfants, adolescents et jeunes.

3/ Mener une **exploration qualitative de terrain, auprès de professionnels travaillant en Drôme et Ardèche, avec des enfants, adolescents et jeunes** dans des champs autres que le soin, afin d'explorer concrètement les pratiques existantes sur le territoire de la Drôme et de l'Ardèche.

Méthodologie de l'étude

Cette étude a été menée en deux temps :

1 / Exploration bibliographique

Un premier temps a été consacré à une exploration rapide de documents ou articles qui traitent de la thématique de l'articulation entre professionnels du soin psychique et professionnels hors soins psychiques qui travaillent avec des enfants, adolescents ou jeunes en souffrance psychique.

Il ne s'agissait pas de réaliser une revue de la littérature ou une synthèse bibliographique, mais plutôt de repérer, dans les grandes lignes, si ce sujet est traité en tant que tel et ce qui émerge des écrits portant sur celui-ci.

Cette exploration avait pour but de préparer la phase d'entretiens qualitatifs et de repérer les points d'attention qui pouvaient être pré-identifiés par certains auteurs, pour nourrir l'analyse des entretiens qualitatifs.

La liste des ouvrages est présentée en annexe de ce rapport.

2/ Réalisation d'une enquête qualitative

Cette enquête a été réalisée par entretiens semi-directifs approfondis, collectifs et individuels (téléphoniques ou en présentiel) avec des professionnels du soin psychique et des professionnels travaillant avec des enfants, des adolescents ou des jeunes, hors du champ du soin psychique.

Les entretiens ont été menés avec des guides d'entretien élaborés selon les objectifs d'exploration de l'étude. Les guides d'entretien sont présentés en annexe de ce rapport.

Les professionnels interviewés ont été sollicités par différents membres du comité de suivi de l'étude. L'objectif était de pouvoir recueillir la parole de professionnels du soin psychique et travaillant hors soin psychique avec des enfants en bas-âge, des enfants ou des adolescents, et ce en Drôme et en Ardèche, dans des villes-centres mais aussi dans des zones rurales ou semi-rurales.

Les professionnels interviewés ont tous donné leur accord pour participer à cette étude, suite à la sollicitation effectuée par des membres du comité de suivi.

Certains des professionnels interviewés sont également membres du comité de suivi de l'étude.

Il ne s'agissait pas de réaliser une enquête exhaustive auprès de tous les professionnels, soignants ou non soignants du territoire, mais d'explorer et de restituer le point de vue

de professionnels de profils variés qui travaillent en différents points du territoire, dans des conditions et avec des publics également différents. L'enjeu de cette étude exploratoire était enfin de mettre en perspective les possibles articulations entre professionnels du soin psychique et professionnels hors soins psychique, dans le cadre de l'aide et des différentes prises en charge qui peuvent être mises en place pour les enfants ou adolescents en souffrance psychique.

Au total, 65 professionnels, psychiatres, soignants non psychiatres (médecins généralistes et médecins solaires, orthophonistes), psychologues, enseignants, éducateurs, travailleurs sociaux, …, exerçant en Ardèche ou en Drôme ont été interviewés dans le cadre de cette étude.

Ces professionnels se répartissent comme suit :

Professionnels hors soins psychiques

En Ardèche

- Madame Mathevet, responsable service santé et famille, PMI Ardèche
- Madame Moumaret, Madame Vignal, Crèche d'entreprise Coccinelle, Aubenas
- Madame Berthon-Lantez, psychologue RASED - Écoles maternelle et élémentaires, Privas et Vallée de l'Heyrieu)
- Lycée Vincent d'Indy, Madame Abdelghafour, proviseur, Madame Brun infirmière, Privas
- Monsieur Croissant, chef de service d'Habitat Jeunes, gestionnaire de deux FJT, Aubenas et Valence
- Madame Luxembourger, psychologue, PAEJ Addiction France, Tournon
- Dr Barletta, médecin généraliste à Soyons
- Dr Bridda, médecin généraliste au Cheylard
- Madame Charignon, travailleur social Service enfance (aide Sociale à l'Enfance) Ardèche centre

En Drôme

- Madame Jacquemond, directrice de la crèche de Buis les Baronnies et accueillante en LAEP
- Madame Faurie, psychologue en PMI
- Madame Carrier, psychologue en PMI
- Dr Aloy, médecin scolaire (Romans)
- Dr Gouret, médecin scolaire (Valence)
- Entretien collectif écoles maternelles et élémentaires de Die : Madame Karine Curcio, directrice par intérim de l'école élémentaire Chabestan, Die, Madame

Monique Ronin, directrice école maternelle, Die et Sylvie Suchet, enseignante spécialisée RASED à Die

- Madame Chanson, Référent de parcours Réussite éducative ville de Valence, politique de la ville
- Madame Garin, psychologue et coordinatrice du PAEJ « La Parenthèse » à Romans, Madame Marron, psychologue au PAEJ Point Oxygène à Valence
- Madame Beal, psychologue Mission locale
- Madame Fayard, Infirmière Sauvegarde 26
- Madame Marine Leberre, orthophoniste libérale
- Dr Agnès Veauvy-Juven, chef du Pôle Femme-Mère-Enfant, CH Valence
- Madame Villetorte, Madame Fanjeaud et Madame Jorda, psychologues DITEP Clair Soleil
- Madame Fixot, cheffe du Service Éducatif Association Pluriels Pôle 26, Centre SAPMF/AEMO
- Madame Anne Favier, maîtresse G, RASED, secteur Livron-Loriol

Professionnels du soin psychique

En Ardèche

- Dr Nathaëlle Bock, psychiatre au CMP de Privas
- Dr Cécile Robin, psychiatre au CMP d'Annonay et Maison des Adolescents Annonay
- Monsieur Dimitri Aizac, coordinateur de la Maison des Adolescents d'Annonay,
- Dr Anne Facchin, psychiatre au CMP de Privas
- Dr Oelsner, psychiatre au CMP d'Aubenas et médecin responsable de l'Hôpital de jour pour adolescents d'Aubenas.
- Dr Pelisser, pédopsychiatre et équipe du CATTP enfants de Guilherand-Granges : Madame Lacaille, éducatrice jeunes enfants, Madame Mener, psychomotricienne, Monsieur Moussaoui, infirmier, Monsieur Ramat éducateur, Madame Thiébault éducatrice, Madame Brenard, infirmière, Madame Ferkouss, infirmière, Madame Agnès Cachau-Herreillat, infirmière.
- Dr Tarquini, psychiatre au CMP et CATTP de Tournon
- Dr Guillaume Pasquier, pédopsychiatre CEDA Drôme-Ardèche

En Drôme

- Dr Lilian Nicolas, pédopsychiatre CMP et Maison des Adolescents Valence
- Dr Raina, psychiatre CMP Crest et Madame Vandamme, psychologue CMP Crest
- Dr Manon Lefebvre-Prayer, pédopsychiatre, CMPP Valence-Romans

- Madame Bourdieu, Responsable CMPP Fontbarlette et équipe : Dr Françoise Lizé Guilhot, pédopsychiatre, Madame Suaire, Psychologue, Madame Hervé, assistante sociale, Madame Théard, psychomotricienne, Madame Berthenet, secrétaire, Monsieur Macé psychologue
- Dr Dessaux, pédopsychiatre CMPP Romans
- Dr Mottet, pédopsychiatre CMP ados Romans et activité libérale
- Madame Brochet, psychologue, CMP Crest et activité libérale
- Madame Schaller, psychologue CMP Crest et activité libérale
- Et entretien collectif avec membres du Réseau Enfant Sujet : Dr Patrick Dullin, Dr Daphné Conesa, Monsieur Bernard directeur CMPP Valence et Romans, Dr Wohl, Dr Pellissier, Dr Lizé-Guilhot

Synthèse

ÉTUDE SUR LES ARTICULATIONS POSSIBLES ENTRE ACTEURS AUTOUR DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS EN ARDÈCHE ET DRÔME

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS / JUIN 2025

Objectifs et méthodologie de l'étude

Au sortir de la crise sanitaire du Covid 19, le **Comité d'Hygiène Sociale de la Drôme (CHS 26)**, acteur de santé publique, était préoccupé par le constat d'une souffrance psychique de plus en plus forte chez les jeunes mais aussi chez les enfants.

Mal-être, anxiété, phobies, conduites addictives et autres mises en danger chez les adolescents mais aussi chez les enfants, ont en effet été à la fois mis en lumière et aggravés par la crise sanitaire du Covid 19. Cependant, il peut s'avérer complexe pour les professionnels travaillant avec les enfants ou adolescents, travailleurs sociaux, éducateurs ou soignants, de coopérer pour aider l'enfant ou l'adolescent en souffrance psychique. Par ailleurs, les parents se sentent parfois démunis face à des comportements ou des difficultés qu'ils ne comprennent pas et face aux différentes aides possibles qui ne sont pas toujours lisibles pour eux. Ces difficultés sont renforcées pour les personnes en situation de défavorisation socio-économique.

Ces constats sont également discutés au sein d'un groupe informel de pédopsychiatres, hospitaliers, associatifs et libéraux présents en Drôme et Ardèche, le **Réseau Enfant Sujet**, constitué en 2009 à l'initiative des médecins des établissements de soins (CMPP la Pierrotte, CMPP Clos Gaillard et CMP de Romans). Ce réseau est centré sur des valeurs éthiques de l'accompagnement thérapeutique de l'enfant et de sa famille et permet d'organiser des rencontres entre différents pédopsychiatres de Drôme et d'Ardèche. Ce Réseau promeut un accompagnement global de l'enfant ou de l'adolescent, articulé autour de discours cohérents. La question se posait, dès lors, des différents accompagnements professionnels qui peuvent s'articuler autour de l'enfant, de l'adolescent ou du jeune, en cohérence avec le soin psychique élaboré par une équipe soignante.

À la croisée du besoin repéré par le CHS 26 de travailler sur le thème de la santé mentale et des réflexions et interrogations partagées au sein du Réseau Enfant Sujet, un questionnement a ainsi surgi sur les articulations existantes, absentes ou souhaitables entre les discours et pratiques des professionnels du soin, des parents et des autres professionnels qui entourent l'enfant ou l'adolescent (enseignants, travailleurs sociaux, éducateurs, ...). Afin de nourrir cette réflexion et de mettre en exergue quelques pistes de réflexion, l'ORS a proposé de réaliser une étude qualitative exploratoire, auprès de professionnels de terrain, en Ardèche et en Drôme.

La méthodologie de l'étude comportait 2 volets

Une exploration bibliographique

Cette exploration a été menée à partir de documents qui abordent la question de l'articulation entre professionnels du soin psychique et professionnels hors soins psychiques, travaillant avec des enfants, adolescents ou jeunes en souffrance psychique. Il ne s'agissait pas ici de réaliser une revue de la littérature mais plutôt de repérer les grands enseignements qui émergent de ces travaux, afin de préparer la phase d'entretiens qualitatifs.

Une enquête qualitative

Cette enquête a été réalisée par entretiens semi-directifs approfondis, collectifs et individuels (téléphoniques ou en présentiel) avec des professionnels du soin psychique et des professionnels travaillant avec des enfants, des adolescents ou des jeunes, hors soin psychique. Ces entretiens ont été menés auprès de professionnels sollicités par les membres du comité de suivi de l'étude, à l'aide de guides d'entretien. Il s'agissait ici d'explorer et de restituer le point de vue de ces différents professionnels qui exercent en Drôme ou en Ardèche, en zones urbaines et rurales, avec des publics différents. **L'objectif de cette étude qualitative était de repérer les articulations existantes ou souhaitables entre différents professionnels autour d'enfants ou adolescents en souffrance psychique.**

Au total, 65 professionnels ont été interviewés.

Résultats de l'étude qualitative exploratoire

L'exploration bibliographique souligne que le concept de santé mentale est complexe, tout comme celui de souffrance psychique. L'enquête ENABEE menée par Santé publique France et l'Éducation nationale en 2022 estime à 13 % la part des enfants de 6 à 11 ans présentant un trouble probable de santé mentale. Par ailleurs, certains groupes d'enfants et d'adolescents sont très fortement concernés par la souffrance psychique, et tout particulièrement les jeunes suivis par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Le mal-être peut recouvrir des formes variées et la pathologie n'est pas toujours facile à saisir tant les principales catégories nosographiques, et notamment les catégorisations de l'OMS (CIM-10), américaine (DSM-V) et la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) peuvent différer sur certains points, voire s'opposer. Si la CIM-10 et le DSM sont reconnus par l'Assurance Maladie, tous les débats de fond ne sont pas résolus pour autant et ce d'autant plus que chez les enfants et les adolescents, la croissance et les évolutions physiques et psychiques peuvent rendre les catégories fragiles dans le temps. Les signes de souffrance psychique évoluent dans la durée, ce qui implique une grande prudence pour qu'une « étiquette » médicale n'enferme pas le jeune sujet. Par ailleurs, la pédopsychiatrie envisage la souffrance psychique de l'enfant et de l'adolescent dans une perspective globale et environnementale, en mettant l'accent sur le développement psycho-affectif de l'enfant. Mais pour les parents comme pour les éducateurs, les travailleurs sociaux ou encore la Maison Départementale de l'Autonomie, le diagnostic reste souvent la clé de voute pour élaborer toute prise en charge.

Les différents professionnels travaillant avec des enfants et des adolescents apparaissent comme peu souvent en articulation avec les professionnels du soin psychique. Les médecins généralistes et les pédiatres jouent un rôle essentiel dans la détection de la souffrance psychique, mais le manque de formation spécifique sur ce point et surtout leur charge de travail ne favorisent pas les liens avec la psychiatrie. Chez les tout-petits, les services de Protection Maternelle peuvent également repérer des éventuelles problématiques de souffrance psychique et peuvent orienter vers le soin. Il peut aussi arriver que des collaborations formalisées existent entre PMI et centres médico-psychologiques, notamment dans le cadre très récent des Maisons des 1000 premiers jours. Du côté des crèches et des assistances maternelles, également vigies de la souffrance psychique des tout-petits, les liens avec les professionnels du soin psychique sont ténus.

À l'Éducation nationale, les formations sur les enjeux de santé mentale ont été largement développées ces dernières années et un début de culture commune semble émerger autour de la prise en charge de la souffrance psychique de l'enfant ou de l'adolescent. Les équipes éducatives, instances multipartenariales mises en place dans les établissements scolaires autour de situations individuelles problématiques d'enfants ou d'adolescents, constituent un espace de rencontre et de dialogue concret avec les professionnels mais celui-ci est plus ou moins investi selon les territoires et les ressources humaines réellement disponibles. Reste que les médecins scolaires, et plus encore les infirmières scolaires présentes dans les collèges et lycées au quotidien, constituent une ressource d'écoute pour les élèves en mal-être et un levier d'orientation vers le soin psychique si besoin.

Les difficultés de dialogue les plus fortes concernent les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance et les professionnels du soin psychique. Très fortes contraintes de ressources humaines de part et d'autre, missions et approches différentes mobilisées dans la prise en charge d'enfants, constituent des entraves importantes à la collaboration. Les mêmes écueils sont constatés dans les relations entre professionnels du soin psychique et professionnels de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ). Le dialogue entre éducateurs de prévention spécialisés et équipes de soins est en revanche parfois fluidifié par la **présence d'éducateurs** dans ces dernières. De même, les **psychologues** présents dans les Missions Locales, peuvent accompagner le jeune vers le soin et lever ses éventuelles représentations négatives ou craintes. **L'acculturation des uns et des autres peut ainsi être facilitée par des professionnels « passeurs », notamment les psychologues et travailleurs sociaux.**

Dans tous les cas, l'articulation des discours et des pratiques entre soignants et non-soignants ne va jamais de soi : les missions spécifiques à chacun, les ressources humaines souvent en sous-nombre, la faible culture commune et le peu d'instances dédiées aux collaborations concrètes, constituent autant de freins… **Et ce, même si les études convergent sur la nécessité du partenariat et des approches globales pour aider les enfants et adolescents en souffrance psychique.**

L'enquête qualitative de terrain, menée avec des professionnels du soin psychique et des professionnels exerçant auprès d'enfants ou d'adolescents a permis d'affiner ces constats.

Les professionnels de la **petite enfance (PMI, crèches, …)** ont souligné l'importance de croiser différents regards professionnels pour identifier une possible souffrance psychique, d'autant plus délicate à déceler que **les tout-petits ne verbalisent pas ou peu**. On note que des liens formalisés, à des échelles locales, peuvent parfois faciliter le dialogue avec les professionnels du soin psychique : **des conventions avec des CMP ou des CAMSP peuvent donner lieu à un véritable partenariat**.

L'articulation se fait parfois entre acteurs, dans des **temporalités « intermédiaires »**. Les **psychologues de PMI** peuvent soutenir l'enfant et sa famille, dans **l'attente d'une prise en charge soignante** : accompagnant l'enfant par un soutien régulier, ils constituent **des « sas » de soutien** vers le soin. En l'absence de temps pour se rencontrer, **les échanges écrits ont une grande importance** : les professionnels de PMI expriment le besoin de retours écrits de la part des CMP ou des CMPP. De même, les **médecins généralistes**, eux-mêmes souvent saturés de demandes, sont dans l'inquiétude de laisser de jeunes patients sans soins adaptés et ont les mêmes attentes de retours écrits : **savoir, *a minima*, si l'enfant ou l'adolescent bénéficie ou non d'un soin psychique et mieux appréhender le risque pour le jeune patient, s'il n'y a pas de prise en charge**. Les médecins généralistes peuvent également avoir **besoin d'un avis expert sur des situations qui leur apparaissent comme complexes**. Les **contacts téléphoniques**, avec un médecin ou un infirmier de CMP, moins chronophages que les rencontres en présentiel **peuvent suffire à créer un lien** et à s'assurer que l'enfant ou l'adolescent bénéficie des soins dont il a besoin, avec un discours cohérent de part et d'autre.

Les professionnels de l'enseignement se sentent relativement peu outillés pour repérer les difficultés psychiques individuelles chez les enfants. Face à la crainte de « passer à côté » d'un risque, **ils « sur-orientent » parfois vers le soin psychique**. Au-delà, ils expriment souvent le besoin d'aide pour accueillir de manière appropriée les enfants « à besoins particuliers », sans mettre le « groupe classe » en danger. **RASED, SESSAD, EMAS sont des dispositifs aidants,**

mais plus ou moins présents selon les territoires et c'est souvent à des échelles locales et dans le cadre **d'équipes éducatives** où les professionnels du soin psychique sont invités, qu'un dialogue de fond peut se tisser, pour soutenir de manière concertée l'enfant en souffrance psychique et aussi pour soutenir les enseignants qui se sentent parfois seuls et démunis face aux besoins de ces enfants.

Des **équipes de liaison pédopsychiatriques**, composées de professionnels travaillant en CMP, interviennent parfois dans les centres hospitaliers MCO, notamment en pédiatrie. Elles sont appréciées et permettent de créer des **passerelles vers le soin**, pour des enfants hospitalisés pour raisons somatiques, qui peuvent aussi être en souffrance psychique.

On note que **plusieurs réseaux locaux existent en Drôme et en Ardèche** – notamment le collectif Folie Douce en vallée de la Drôme, le réseau « santé des jeunes » à Tournon -, qui réunissent différents acteurs dont des professionnels du soin psychique. **Ces réseaux semblent appréciés en tant que facilitateurs d'interconnaissance entre professionnels et d'articulation de différentes prises en charge**, notamment en ce qui concerne des adolescents ou des jeunes. Enfin, les **Points Accueil Écoute Jeunes (PAEJ)** dont la mission est d'apporter une écoute et un soutien aux adolescents et jeunes en souffrance psychique, sont **de fait des espaces potentiels de dialogue entre soignants, éducateurs et professionnel du soin psychique** (particulièrement lorsque des professionnels de la psychiatrie publique y interviennent), de même que la **Maison des Adolescents.**

Dans les deux départements, il semble que les **professionnels de l'Éducation nationale sont de plus en plus sensibilisés ou formés** à la prévention du suicide, mais aussi au renforcement des compétences psychosociales. **Les infirmiers scolaires et les Conseillers principaux d'éducation** peuvent faire le **« relais » entre équipes enseignantes et CMP ou CMPP**, notamment par contact téléphonique. Les délais pour avoir accès aux soins en CMP ou CMPP sont parfois longs et l'**infirmière scolaire** peut alors soutenir l'adolescent, dans l'attente d'un soin. Du côté des **Missions Locales**, on ne repère aucun lien structuré avec les CMP, enfants ou adultes, mais **le psychologue de la Mission Locale, lorsqu'il y en a un, peut aussi apporter un soutien, en attendant un premier rendez-vous en CMP**, alors même que les jeunes sont parfois très réticents à accepter un soin. Un mécanisme similaire est observé dans les **Foyers de Jeunes Travailleurs**, mais des partenariats plus resserrés avec la psychiatrie de secteur peuvent se former autour de l'**enjeu du logement**, notamment pour des jeunes suivis en CMP qui veulent accéder à un logement autonome.

Un dispositif expérimental en Drôme (Crest-Saillans et Montélimar), **« Psy de rue »**, porté par la Sauvergarde 26, a permis aux éducateurs d'intégrer un psychologue dans leur équipe, pour les aider à repérer et à accompagner les jeunes chez lesquels une souffrance psychique est observée. Le dispositif est en cours d'évaluation, mais il semble d'ores et déjà répondre au besoin d'étayage de jeunes éloignés (pour diverses raisons) des PAEJ ou de la Maison des Adolescents (notamment en s'adaptant à des modalités de rencontres « hors les murs ») et aux besoins de soutien des équipes d'éducateurs qui peuvent ainsi acquérir de nouveaux outils pour identifier les signes de la souffrance psychique. **L'orientation vers le soin s'en trouve facilitée, mais on ne repère pas d'articulation particulière avec les structures soignantes spécialisées (CMP, CMPP, …), à ce jour**.

Les acteurs de terrain convergent avec les données bibliographiques : **les plus grandes difficultés d'articulation sont repérées entre les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance et les professionnels du soin psychique**. Ces enfants et adolescents cumulent des difficultés familiales, sociales, éducatives et ont souvent des parcours de vie fait de ruptures (déménagements, placements, …) qui complexifient le lien avec la psychiatrie sectorisée, notamment pour le suivi des soins dans la durée. Enfin, ces jeunes peuvent connaitre des **épisodes de « crise » avec violences physiques**, à la fois difficiles à gérer par les établissements ou familles d'accueil mais aussi par les professionnels du soin psychique. **D'une manière générale, les adolescents en « crise clastique » constituent un défi complexe pour le partenariat inter-institutionnel**. Hors des problématiques de « crises », on observe que **le département de l'Ardèche expérimente des postes d'infirmiers pour suivre l'état de santé des enfants placés**, infirmiers qui peuvent constituer des interlocuteurs privilégiés pour les professionnels du soin psychique. **En Drôme, ce sont les éducateurs de l'ASE qui effectuent des permanences à la Maison des Adolescents**, où ils peuvent rencontrer des professionnels de la psychiatrie.

Au-delà, les professionnels de l'ASE témoignent de relations aujourd'hui plus fluides avec les professionnels de la psychiatrie : même si le manque de moyens humains rend les liens fragiles, les uns et les autres connaissent mieux leurs contraintes respectives, notamment grâce aux **réunions de synthèse organisées par l'ASE**. Par ailleurs, les éducateurs et autres travailleurs sociaux, mais aussi les psychologues, présents dans les équipes de Protection de l'Enfance ou dans les CMP et CMPP, facilitent la communication orale inter-institutionnelle. Même si ces liens ne permettent pas toujours d'accélérer l'accès aux soins, ils permettent **de croiser les regards et les expertises**. En revanche, ce sont les **traces écrites des échanges ou des avis qui souvent faut encore défaut**, des écrits pourtant essentiels pour palier au turnover possible des professionnels, mais aussi pour aider le jeune patient à s'approprier le fil de son histoire de vie et ses différentes « séquences ».

Du côté du soin psychique, les acteurs sont multiples et leurs compétences propres ne sont pas toujours bien comprises par les familles ni même par les professionnels de la petite enfance, de l'éducation, de la protection de l'enfance, de l'insertion. CMP, CMPP, CATTP, hôpital de jour ont des spécificités qui ne sont pas toujours lisibles pour les non-soignants. Du côté des familles, les plus vulnérables socioéconomiquement restent celles le plus à risque de non recours ou retard de recours aux soins pour leur enfant, du fait d'une méconnaissance des signes de souffrance psychique, des ressources d'aide et de soins, mais aussi parfois de représentations négatives sur le soin psychique, ou encore pour des raisons d'éloignement géographique (en rural notamment). **Pourtant, les soignants convergent sur le constat que les enfants en souffrance psychique, de tous milieux, sont repérés de plus en plus tôt, souvent grâce à l'école**. Les soignants repèrent de manière récurrente des souffrances psychiques en lien avec des dynamiques familiales problématiques, la pression scolaire parfois, et enfin une explosion des troubles neuro-développementaux (TND). Chez les adolescents, l'anxiété, la dépression, les conduites à risques, dont les conduites addictives et les conduites suicidaires, sont en augmentation. **Du côté des parents, il apparait que le diagnostic de « TND »** est mieux accepté : la dimension organique voire génétique de ces troubles qui peut être vue comme une « fatalité », peut permettre d'éviter d'interroger le système familial et certaines pratiques parentales.

Le diagnostic reste crucial pour les parents et pour les professionnels non soignants : nommer donne le sentiment de comprendre, de pouvoir soigner de manière adaptée et

enfin de pouvoir envisager la « guérison » de l'enfant. **L'idée que les catégories nosographiques évoluent dans le temps, que le diagnostic peut être relativisé par la croissance de l'enfant et son évolution et qu'il est possible d'aider l'enfant à « aller mieux », même sans diagnostic, est encore iconoclaste** pour de nombreux parents et professionnels non soignants. Les parents se tournent ainsi de plus en plus vers les **tests neurologiques**, non remboursés par l'Assurance Maladie, onéreux, mais qui semblent apporter des réponses claires et sont souvent nécessaires pour les démarches de reconnaissance d'un handicap. Si les psychiatres reconnaissent l'intérêt des approches neurologiques, ils s'inquiètent cependant d'un **possible risque de perte du regard global sur l'enfant et sur le tissu relationnel et affectif dans lequel il grandit**. Par ailleurs, certains parents ou professionnels non soignants peuvent se représenter, par méconnaissance, le soin psychique comme entièrement structuré par la psychanalyse. Or il est important pour les soignants interviewés de souligner qu'il s'agit d'un faux débat : les tests neurologiques peuvent être utiles mais l'anamnèse reste une étape indispensable pour mettre en place un soin adapté. Enfin, le diagnostic n'est pas une **condition *sine qua non* pour démarrer un soin psychothérapeutique**, notamment chez le jeune enfant : il est donc important de rassurer les parents (et aussi parfois les autres professionnels gravitant autour de l'enfant) sur le fait qu'une prise en charge est possible, même sans diagnostic précis et que celui-ci sera affiné au cours des rencontres avec l'enfant, l'objectif restant que l'enfant aille mieux. Or, malgré une meilleure image des parents et professionnels non soignants sur le soin psychique, celui-ci reste encore peu lisible pour beaucoup et il arrive encore que certains parents aient le sentiment que pendant les séances, « il ne se passe rien ». Cette représentation peut engendrer une moindre confiance mais aussi des ruptures ou arrêts de soins, et *a minima*, des discours divergents autour du soin mis en place pour l'enfant. Il y a donc un **fort enjeu à expliquer aux parents**, mais aussi aux autres professionnels qui travaillent avec l'enfant, **ce que sont le diagnostic et le soin dans le domaine psychique**, afin de maintenir une confiance indispensable à la bonne articulation de chacun autour de l'enfant ou de l'adolescent en souffrance, dans la durée.

Ces explications et ce dialogue sont facilités, à une échelle locale, par des « écosystèmes favorables » : un début de culture commune entre professionnels d'institutions différentes qui ont des **opportunités de se rencontrer « en présentiel »**, autour de situations concrètes et plus largement aussi la présence de ressources diversifiées autour des enfants et des familles. Les rencontres multipartenariales qui ont lieu dans le cadre des **Contrats Locaux de Santé ou dans celui des Conseils Locaux de Santé Mentale sont jugés pertinents pour contribuer à créer une culture commune**, mais ces instances semblent moins opérantes pour soutenir des articulations locales concrètes, autour de situations individuelles. **La participation des professionnels du soin psychique à des équipes éducatives avec l'Éducation nationale ou à des réunions de synthèse avec l'ASE permettent de réellement travailler ensemble, autour de cas individuels**. Reste que ce temps **n'est pas coté comme du soin**, et qu'il peut sembler exister au détriment du soin, dans un contexte de files actives saturées : il est donc difficile de le valoriser auprès des institutions. Produire des traces écrites à l'adresse des partenaires non soignants requiert également du temps, difficile à valoriser, alors que pour les partenaires ces éléments sont des aides précieuses pour que la prise en charge globale soit la plus appropriée aux besoins de l'adolescent ou de l'enfant.

Enfin, même si **les parents** ne sont pas des co-thérapeutes et qu'ils sont parfois eux-mêmes pris dans des représentations ou une dynamique familiale complexes, **il est possible et souhaitable de construire avec eux une alliance pour aider au mieux l'enfant.**

Suite à ces constats, issus de l'enquête de terrain, 4 pistes de recommandations possibles émergent :

- **Maintenir et renforcer les opportunités d'échanges pluriprofessionnels** entre professionnels du soin psychique et autres professionnels, **à des échelles locales, autour de situations individuelles** et concrètes d'enfants ou adolescents en souffrance psychique ;
- **Renforcer les liens, écrits ou oraux, entre professionnels du soin psychique et professionnels orientateurs vers le soin psychique** (médecins généralistes, établissements scolaires, travailleurs sociaux, ...) ;
- **Renforcer la connaissance des professionnels hors soin psychique sur le parcours de soins psychiques, par des sensibilisations, voire des formations, pour faciliter leur compréhension du soin psychique** et aussi le dialogue, la concertation et la cohérence des parcours de soins et de suivi ;
- **Développer/faciliter la participation aux instances de rencontres pluriprofessionnelles qui peuvent permettre de faire progresser la culture commune sur les problématiques de santé mentale des enfants et adolescents**, sur ce qu'est le soin psychique, du diagnostic aux différentes prises en charge possibles, selon les besoins (CLSM, CLS, CPTS, mais aussi Réseaux locaux de professionnels).

Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Site de Lyon
9 quai Jean Moulin 69001 Lyon
Tél. 04 72 07 46 20

Site de Clermont-Ferrand
58 allée du Pont de la Sarre 63000 Clermont-Ferrand
Tél. 04 73 98 75 50

contact@ors-auvergne-rhone-alpes.org
www.ors-auvergne-rhone-alpes.org

CHS de la Drôme

53 avenue Victor Hugo 26 000 Valence
Tél. 04 75 44 19 17
chs.26@wanadoo.fr
www.chs-drome-sante.org

Cette étude a été réalisée grâce au soutien financier du département de l'Ardèche, du département de la Drôme et du Comité d'Hygiène Sociale de la Drôme. Nous remercions également les partenaires qui ont contribué à la réalisation de cette étude et notamment les membres du Réseau Enfant Sujet et l'Agence Régionale de Santé (délégation Drôme), ainsi que tous les membres du comité de suivi de l'étude et toutes les personnes ayant contribué à l'enquête qualitative.
La liste des membres du comité de suivi de cette étude est indiquée dans le rapport complet de l'étude.

Éclairage bibliographique sur les articulations des professionnels autour des enfants, adolescents et jeunes en souffrance psychique

1. Introduction

Face à la visibilité croissante, et peut-être à l'augmentation, de la souffrance psychique chez les enfants, les adolescents et les jeunes (Cf. données épidémiologiques), le rapport du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (1) souligne la convergence des experts en matière de bonnes pratiques dans l'accompagnement et la prise en charge des enfants en souffrance psychique :

> « Les recommandations des bonnes pratiques des autorités en termes de santé mentale soulignent régulièrement l'intérêt des approches croisées multimodales dans le soin et l'accompagnement des enfants et des familles. Elles sont confortées par la littérature scientifique y compris la plus récente. Les problématiques de santé mentale témoignent d'une complexité qui engage conjointement plusieurs niveaux d'articulation :
>
> - une pluralité d'intervenants : médecins, psychologues, psychothérapeutes, psychanalystes, orthophonistes, psychomotriciens, éducateurs, enseignants, travailleurs sociaux, etc. ;
> - une pluralité d'approches disciplinaires : médecine, psychologie, psychanalyse, sciences de l'éducation, sociologie, philosophie, etc. ;
> - une pluralité d'approches et d'orientations théoriques et praxéologiques.
>
> La prise en compte globale du soin des enfants et de l'accompagnement des familles implique donc la nécessité d'une pratique à plusieurs, d'un travail interprofessionnel et interdisciplinaire, afin de multiplier les regards, les discours et les modalités d'accueil au bénéfice de l'enfant et de sa famille. Cette « pluri-référentialité » se décline selon les spécialités de chacun, mais elle tient d'abord compte de la singularité de la situation de l'enfant, du contexte familial et social, des dimensions et des enjeux relationnels tissés dans la rencontre thérapeutique ou éducative. »

Sur le terrain cependant, l'articulation entre professionnels du soin psychique et professionnels d'autres champs (éducation, social, ...) demeure complexe à construire du fait de cultures, objectifs, contraintes parfois très différents et d'attentes des uns vis-à-vis des autres parfois décalées par rapport aux missions et moyens respectifs.

2. Enfants, adolescents et jeunes en souffrance psychique : de quoi parle-t-on ?

2.1. La santé mentale

Plusieurs définitions sont données par des organismes de références, qui se complètent et se prolongent les unes les autres, avec une convergence sur le fait que la bonne santé mentale, ne se résume pas à l'absence de pathologie.

L'OMS définit la santé mentale comme un « *état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté* ».

Santé Publique France distingue trois dimensions dans la santé mentale :

- La « santé mentale positive » qui recouvre le bien-être, l'épanouissement personnel, les ressources psychologiques et les capacités d'agir de l'individu dans ses rôles sociaux ;
- La « détresse psychologique réactionnelle » induite par les situations éprouvantes et difficultés existentielles (deuil, échec relationnel, scolaire, etc.), qui n'est pas forcément révélatrice d'un trouble mental ;
- Les « troubles psychiatriques » (ou troubles psychiques suivant les terminologies) de durée variable, plus ou moins sévères et/ou handicapants, qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées, et qui relèvent d'une prise en charge spécifique.

Enfin, l'organisme public d'information en santé mentale Psycom (2) précise que la santé mentale ne dépend pas que des individus, de leur tempérament ou de leur histoire personnelle. La santé mentale se consolide ou se détériore ainsi en fonction de nombreux facteurs qui peuvent être liés à la société et à l'environnement dans lesquels vivent les personnes. Les principaux facteurs qui influencent la santé mentale se déclinent ainsi sur deux dimensions :

- <u>Facteurs qui relèvent de l'individu</u>
  - Personnalité,
  - Patrimoine génétique**,**
  - Capacité à faire face aux émotions,
  - Estime de soi,
  - Événements marquants de notre existence comme les rencontres, les séparations, les deuils.

- Facteurs qui relèvent de la société
  - Conditions de travail, de logement, de sécurité,
  - Niveau de vie,
  - Liens de solidarité,
  - Accès à l'éducation,
  - Accès aux soins,
  - Culture dans laquelle évoluent les personnes,
  - Discriminations subies du fait de l'origine, la religion, le genre, l'orientation sexuelle, etc.

Psycom souligne également que les besoins en lien avec une bonne santé mentale varient selon les âges et qu'il est important de prendre en compte les spécificités des enfants, celles des adolescents et des jeunes et notamment :

- Chez les enfants : besoin de sécurité, enjeux d'identification et de gestion des émotions, enjeu du développement des compétences psychosociales, …
- Chez les adolescents et les jeunes : enjeux de l'autonomie, de la puberté et de la sexualité, de l'identité, de la formation et de l'insertion professionnelle, …

Dans la période récente, la crise sanitaire liée au Covid-19, avec les problématiques de risques de contamination et les confinements successifs qu'elle a engendrés, a largement pesé sur la santé mentale des individus. Les enfants, adolescents et jeunes ont été particulièrement touchés, avec des effets notamment visibles en matière de phobies scolaires (3).

Les déterminants de la santé mentale sont ainsi multiples, et lorsque celle-ci est dégradée, la question de la pathologie se pose, qui est souvent complexe à traiter.

2.2. Une classification des troubles psychiques qui fait débat

Les difficultés de santé mentale, la maladie mentale, si elles s'opposent à la « bonne santé mentale » sont cependant complexes à définir et des divergences ou des débats existent parmi les professionnels du soin psychique.

En premier lieu, on observe que deux guides différents mais reconnus, existent dans le monde, qui catégorisent les pathologies psychiatriques. Le premier, le Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux (plus communément appelé le DSM-Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders -actuellement la version V) est réalisé par l'association américaine de psychiatrie. Le second, la Classification Internationale des

Maladies (CIM version 10 actuellement utilisée[1]), est élaboré par l'OMS. Ces manuels définissent ce qui relève, ou non, de pathologies mentales et ils précisent aussi les traitements indiqués pour ces différents troubles. Ils s'appuient sur une approche par la preuve, en s'appuyant sur des signes objectivables de pathologie.

Le DSM fait l'objet de débats notamment du fait des liens entretenus par une partie des psychiatres de l'association avec l'industrie pharmaceutique (4). Le DSM est également critiqué par certains qui l'accusent de pathologiser toutes les formes de souffrance (5).

Ces deux classifications, CIM-10 et DSM, s'opposent par ailleurs en partie à certaines approches de la psychanalyse et la pédopsychiatrie qui lui préfèrent la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) (6). Celle-ci, d'inspiration psychanalytique et élaborée sous la direction du pédopsychiatre Roger Misès, est la première classification à prendre en compte spécifiquement les enfants et les adolescents. La version sortie en 2012, établit une correspondance terme à terme avec la CIM-10 ce qui tendrait à indiquer des convergences. La 6ème révision de cette classification est parue en mars 2020. Il existe aujourd'hui une controverse concernant la catégorie « autisme », classée dans les psychoses par la CFTMEA et dans les troubles psychiques par le DSM.
Enfin, la classification américaine spécifique aux enfants, Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (7), largement reconnue semble-t-il sur le plan international pour le diagnostic des troubles mentaux chez les nourrissons et les jeunes enfants n'est toutefois pas utilisée dans les bases médico-administratives en France.

Selon le choix des professionnels, la culture de ces professionnels et des établissements de soins, l'utilisation de l'une ou l'autre de ces classifications peut conduire à des diagnostics différents.
En France, c'est toutefois sur les catégories de la CIM-10 et du DSM que doivent s'appuyer les psychiatres dans le cadre du financement à l'activité et des soins remboursés par l'Assurance Maladie. Diagnostics et soins qui en France, en ce qui concerne le système hospitalier, sont compilés dans le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIMP-P).

[1] La CIM-11 est entrée en vigueur le 1er janvier 2022 pour analyser les données médicales au niveau mondial. Mais nous nous interrogeons sur son utilisation par les soignants de la psychiatrie et l'Assurance Maladie.

2.3. La souffrance psychique : une notion imprécise, des signes peu spécifiques et variés

Au-delà des débats de définitions concernant les pathologies mentales, un autre concept est souvent utilisé qui affine - ou complexifie- la lisibilité des états qui ne sont pas la « bonne santé mentale ». Ainsi, la notion de « souffrance psychique », renvoie à une douleur intime, intérieure, voire morale (souvent en opposition avec la douleur corporelle). Indiquant une altération de l'état de santé mentale, une détérioration du sentiment de bien-être, cette notion ne renvoie pas forcément à un trouble ou à une pathologie psychiatrique et elle reste mal définie, comme le souligne le Haut Conseil de la Santé Publique (8).

Selon son intensité et sa durée dans le temps, les experts en santé mentale distinguent la détresse psychologique ou le mal-être qui seraient des symptômes passagers, les troubles légers ou modérés (la plupart des troubles anxieux et dépressifs) et les troubles sévères (troubles psychotiques : schizophrénie et bipolarité qui débutent plutôt à partir de la fin de l'adolescence et chez le jeune adulte et les formes sévères des autres troubles et troubles du neurodéveloppement). Toutefois, comme le note le Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge dans son rapport de 2023 (1) au sujet de la souffrance psychique des enfants :

> « La réalité des expériences vécues par les enfants, les adolescents et les familles peut s'avérer très différente des appréciations classificatoires : certains troubles dits réactionnels ou déclenchés par des évènements de vie peuvent révéler leur sévérité au long des parcours de vie des sujets. À contrario, certaines pathologies dites sévères peuvent s'aménager, se stabiliser et se compenser. Dans d'autre cas encore, le comportement de l'enfant est jugé problématique par ses parents, ses enseignants ou son environnement, sans que la souffrance ne soit au premier plan du tableau clinique. »

Ainsi, pendant l'enfance, période de construction, rien n'est figé chez l'enfant et les symptômes (difficultés émotionnelles, relationnelles, comportementales…) qu'il peut développer sont parfois à considérer davantage comme un moyen de faire face aux évènements de l'existence que comme les signes d'une pathologie. C'est pourquoi les indices de souffrance psychique sont souvent peu spécifiques, prennent des formes variées et leur intensité ne préjuge pas automatiquement de leur gravité.

Des signes de souffrance psychique sont néanmoins repérables chez l'enfant et l'adolescent et, selon les âges, des expressions différentes peuvent être observées :

> « Le bébé peut présenter des troubles dans le registre de l'alimentation, du sommeil, de la motricité et du tonus. Sa capacité d'adaptation peut se retourner contre lui-même, comme chez le nourrisson trop calme qui très vite a compris que ses pleurs suscitent l'agressivité de ses parents et qui s'organise alors dans une attitude de retrait passif, réduisant ainsi ses capacités d'éveil.
> Chez le jeune enfant, en prise avec un bouillonnement de découvertes propres à son âge, les malaises peuvent prendre une expression motrice ou altèreront sa curiosité et son besoin de découvrir. Ce sera un enfant qui ne sait pas entrer dans le jeu ou une activité qui donne accès au registre symbolique.
> L'enfant en âge de latence (6-12 ans) rajoutera à ces signes les difficultés d'apprentissage à l'école et d'investissement cognitif. Par ailleurs, des difficultés d'apprentissages, les difficultés sensorielles ou motrices peuvent être une source d'affliction, l'enfant étant sans cesse en prise avec ses limites.
> Enfin, le comportement de l'enfant est aussi le révélateur des violences présentes dans son environnement. Sans pouvoir toujours en comprendre les raisons ou même sans nécessairement les identifier, l'enfant les rejouera avec l'entourage ou s'en protègera en se mettant en retrait ». (9)

Chez l'adolescent aux prises avec des transformations psychiques et physiques, certains auteurs soulignent qu'il est parfois difficile de distinguer une « crise adolescente » des signes d'un mal-être plus profond. Les troubles du sommeil, les plaintes somatiques, les troubles de l'alimentation, l'incapacité à se rendre sur son lieu de formation, les actes auto-agressifs (scarifications) restent à considérer comme des signes de souffrance psychique. Enfin, à la fin de l'adolescence, chez les jeunes adultes, la souffrance psychique peut accompagner ou signer l'entrée dans une pathologie psychiatrique (psychoses).

2.4. Données épidémiologiques : une augmentation de la souffrance psychique des enfants depuis la crise sanitaire du Covid

De nombreux travaux (10) rapportent une augmentation des symptômes anxieux et dépressifs, de la détresse psychologique et des idées suicidaires en France chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes depuis la crise sanitaire du Covid-19.

En France, les résultats de l'enquête EpiCov (11) réalisée par l'Inserm et la Drees auprès d'enfants âgés de 3 à 17 ans montrent que la « détresse psychologique » dont souffre une minorité grandissante d'enfants et d'adolescents a été aggravée par la crise sanitaire du Covid-19. Les différents volets de l'enquête mettent en évidence une dégradation de la santé mentale des plus jeunes lors du premier confinement : la part des grands adolescents (plus de 16 ans) et jeunes adultes présentant un syndrome dépressif aurait

ainsi doublé entre 2019 et mai 2020, passant de 10,1 % à 22 %. La détresse psychologique avait déjà été plus que multipliée par deux en l'espace de cinq ans, entre 2014 et 2019. Les idées et gestes suicidaires ont de même été plus fréquents chez les jeunes en 2020, concernant 5 % des 15-24 ans. Selon cette enquête, la situation s'est cependant améliorée à l'été 2021 sans toutefois retrouver les niveaux observés en 2019. Le 3ème volet de cette enquête réalisé en juillet 2021 estime la prévalence de difficultés psychosociales à 10 % pour les garçons et 7 % pour les filles (parmi les enfants et adolescents âgés de 3 à 17 ans). Cette enquête met également en lumière d'importantes disparités selon le sexe. Ainsi, les garçons présentent plus de problématiques externalisées (difficultés de comportement, hyperactivité, inattention) qui tendent à décroître avec l'âge alors que les filles présentent davantage de problématiques émotionnelles (anxiété, tristesse) qui tendent, à l'inverse, à croître avec l'âge. L'enquête montre également que près d'un jeune sur six âgé de 3 à 17 ans a eu besoin de soins entre mars 2020 et juillet 2021.

Santé Publique France (SPF) a déployé un dispositif de surveillance de la santé psychique des Français (12) qui permet également d'observer la souffrance psychique chez les enfants et les jeunes et qui converge sur le fait que la crise du Covid-19 a provoqué une augmentation des tableaux dépressifs chez les adolescents à partir de mi-septembre 2020 (troubles de l'humeur et idées suicidaires) par rapport à 2018-2019, avec une intensification de ces difficultés dès le début 2021 et une augmentation des passages aux urgences pour des gestes suicidaires depuis cette date. Ces évolutions concernent l'ensemble des 11-17 ans, tout en étant plus marquées chez les 11-14 ans.

Enfin, l'enquête ENABEE (13) réalisée en 2022 par Santé Publique France, en collaboration avec l'Éducation nationale a permis d'estimer la part des enfants en école élémentaire (âgés de 6 à 11 ans) présentant un trouble probable de santé mentale à 13 % dont 5,6 % auraient un trouble émotionnel probable, 6,6% un trouble oppositionnel probable et 3,2 % un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité probable.

Certaines catégories d'enfants et d'adolescents sont particulièrement concernées par des problématiques de santé mentale et de souffrance psychique, c'est particulièrement le cas des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) (14) (15). Le rapport de l'ONPE (16) consacré à la santé des enfants protégés s'appuie sur de nombreuses recherches internationales et françaises qui montrent que les problématiques de souffrance psychique et des pathologies avérées et sévères sont plus fréquentes chez les enfants relevant des services de Protection de l'enfance, en raison notamment d'une insécurité psychique précoce et plus globalement des difficultés et ruptures dans leur parcours de vie (en lien avec des maltraitances, violences, carences éducatives et ruptures de liens précoce). Une partie de ces enfants est ainsi concernée par des psycho-traumas complexes, liés à une exposition répétée et durable à des maltraitances. Les études épidémiologies internationales et nationales montrent une prévalence des troubles

psychiques chez les enfants confiés de 50 % soit 5 fois plus qu'en population générale (8 fois plus si l'on prend en compte les enfants placés reconnus en situation de handicap).

3. Les soins pour les enfants, adolescents et jeunes en souffrance psychique : pratiques de soins et enjeu d'articulation avec les partenaires

3.1. La pédopsychiatrie

La pédopsychiatrie est la branche de la psychiatrie qui s'applique aux enfants et aux adolescents. C'est une discipline plus récente que la psychiatrie générale dont on peut dater l'essor dans les années 1930 (le premier congrès de pédopsychiatrie a eu lieu à Paris en 1937). Elle est consacrée à l'évaluation et aux soins des troubles psychiques et relationnels de l'enfant et de l'adolescent en tenant compte de son développement biologique, psychologique et social. Nourrie de références théoriques multiples (psychanalyse, inconscient, transfert psychopathologie, psychodynamisme, anthropologie, sociologie, …), la pédopsychiatrie envisage la souffrance psychique de l'enfant dans une perspective globale et environnementale en mettant l'accent sur le développement psycho-affectif de l'enfant.

Les soins en pédopsychiatrie consistent essentiellement et en première intention en pratiques psychothérapeutiques. La médication, dans un nombre restreint et encadré d'indications, est également possible en seconde intention. Les soins psychothérapeutiques peuvent recouvrir, entre autres, la psychanalyse, les pratiques psychodynamiques, les thérapies cognitives et comportementales, les thérapies groupales et familiales. Au-delà de leurs spécificités, ces différentes approches thérapeutiques ont en commun de se fonder sur l'accueil particularisé de l'enfant, le travail d'écoute et de parole et la relation thérapeutique avec lui comme levier de soin. Ces soins font partie des soins de première intention.

La délicate question du diagnostic en pédopsychiatrie

D'après l'Académie Nationale de Médecine (17) « *le diagnostic est issu du recueil et de la hiérarchisation des symptômes et des signes cliniques, confirmé et précisé par les examens complémentaires* »

Toutefois, en psychiatrie, et plus encore pour les jeunes sujets, ce schéma n'est pas tout à fait opératoire. En effet, les diagnostics peuvent varier selon les époques, les cultures, l'appartenance des cliniciens à différentes écoles théoriques (orientation psychodynamique, orientation systémique [2]) et débats autour de la classification des troubles mentaux (cf. infra).

Par ailleurs, l'étiologie d'une pathologie psychiatrique est rarement claire, notamment en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, où nombre de pathologies demeurent d'étiologie inconnue ou complexe.

Enfin, l'enfant comme l'adolescent est un sujet en développement : divers éléments biologiques, cognitifs, psychoaffectifs interagissent dans son développement. De surcroît, le parent et l'entourage participent à la construction de l'enfant et de sa santé psychique Il semble donc qu'il soit, du point de vue des pédopsychiatres, souvent délicat de poser un diagnostic concernant un sujet en pleine transformation et en constante évolution. Certains auteurs considèrent ainsi qu'en pédopsychiatrie, le diagnostic est un « processus dynamique, modifiable et momentané (18) ».

Par ailleurs, certains professionnels semblent éviter ou retarder l'établissement d'un diagnostic pour ne pas enfermer le patient, enfant ou adolescent, dans une « case nosographique » qui pourrait entraver son insertion sociale, son parcours de vie. En effet, un « étiquetage » psychiatrique peut semble-t-il entraîner une forme de rejet dans certains environnements sociaux ou milieux professionnels, où des jugements négatifs, peuvent suivre l'enfant ou l'adolescent pendant longtemps. Cet étiquetage par le diagnostic pourrait aussi « enfermer » le regard d'autres médecins ou professionnels de champs différents quant aux possibilités, problématiques, besoins du patient, notamment lorsqu'il s'agit de jeunes enfants. Enfin, le diagnostic pose également la délicate question du pronostic.

Pour toutes ces raisons et en l'absence de consensus sur les diagnostics en psychiatrie, la majorité des cliniciens font des hypothèses diagnostiques : ils estiment qu'il est préférable de s'abstenir de poser un diagnostic trop rapidement : un « temps diagnostique », plus ou moins long, peut être nécessaire, pour ajuster au mieux la démarche thérapeutique. De plus, il semble que nombre de cliniciens perçoivent les grilles et autres outils

[2] Le clinicien d'orientation psychodynamique va être attentif au fonctionnement psychique de l'enfant (à son vécu psychique) à son éventuel trouble narcissique, au manque d'estime de soi, à une socialisation problématique. Le clinicien d'orientation systémique portera son attention sur les difficultés relationnelles intra et extra-familiales, sur la lecture que les membres de la famille réalisent du symptôme et des éventuels manques de cohérence entre le système scolaire et le système familial. Le clinicien d'orientation cognitivo-comportementale va chercher à modifier les processus de pensée et les comportements.

diagnostiques, d'évaluation, comme des outils de recherche, et non comme des outils thérapeutiques.

> « Cette manière de procéder encourage l'idée que chacun est original, que chaque plan thérapeutique est unique, que chaque relation thérapeutique est à inventer au coup par coup. De la sorte, une forme de standardisation des êtres humains est soigneusement évitée » (18).

Les mêmes auteurs précisent que de nombreuses thérapies soulignent le bien-fondé de respecter un temps de diagnostic afin d'étayer un traitement. Cependant, et même s'il reste délicat, le diagnostic obligerait à structurer et à justifier une approche thérapeutique. Il permettrait également de communiquer entre collègues sur la base d'un discours commun. Enfin, il serait utile dans la rencontre avec les parents pour aider ces derniers à maîtriser une problématique qui leur échappe, à éclairer la prise en charge proposée, ce qu'il est possible d'attendre du traitement thérapeutique.

Reste que l'absence de consensus sur la classification des troubles, sur leur étiologie, les différentes écoles et approches, la prudence des pédopsychiatres à poser un diagnostic pour toutes les raisons évoquées plus haut, peuvent rendre la compréhension des pratiques de soins en pédopsychiatrie difficile pour les non spécialistes, notamment pour les parents d'enfants ou d'adolescents en souffrance psychique.

L'articulation avec les partenaires extérieurs, vue par la pédopsychiatrie

Le partenariat autour des enfants, adolescents et jeunes en souffrance psychique, facilite l'émergence d'une vision partagée sur les difficultés de l'enfant et d'une cohérence entre les soins, la scolarité et les différentes interventions, accompagnements, dont bénéficie le jeune sujet. Ce partenariat est d'autant plus nécessaire que le jeune se trouve dans une situation problématique (troubles sévères, difficultés familiales, difficultés scolaires, …) et que la construction d'un accompagnement adapté et satisfaisant est complexe à réaliser.

Mais ce partenariat, souvent indispensable, ne va pas de soi. Des tensions, malentendus voire, des conflits entre la pédopsychiatrie et les autres acteurs intervenant auprès de l'enfant comme l'école, l'ASE, les professionnels du champ médicosocial, existent parfois, en lien notamment, selon les auteurs, avec des attentes mutuelles fortes mais parfois déçues :

> « Il est demandé au sanitaire de soigner le jeune de ses troubles psychiques dans un souhait illusoire de normalisation. L'ASE est sommée de trouver un lieu d'accueil contenant, tolérant et cadrant qui tienne dans le temps. Le médico-social est

> attendu pour inscrire l'adolescent dans une dynamique d'apprentissage et de formation. Et chacun se heurte de sa place à l'impossibilité de mettre en œuvre cet idéal attendu par les partenaires et projette sur l'autre les déceptions des solutions non trouvées » (19).

De même, le partenariat nécessite du temps pour connaître les missions et logiques de chaque institution, construire une vision partagée (mais non unique) des difficultés d'un sujet, une cohérence des interventions et un dispositif sur-mesure autour d'une situation individuelle :

> « Il faut prendre le temps de se parler, de se présenter pour se connaître et se reconnaître, c'est-à-dire définir ensemble la place et la fonction de chaque institution dans l'accompagnement ». (…) de comprendre le fonctionnement et le positionnement de chaque partenaire (…) de construire une vision commune, c'est-à-dire partagée et non unique du jeune accompagné. (…) Le partenariat n'est ainsi jamais donné d'emblée comme une évidence, il se construit à l'occasion d'un accompagnement singulier (…) et peut (permettre de faire) émerger une vision partagée, puis une culture commune qui pourra ensuite faire référence. »

3.2. La place des neurosciences

La montée en puissance des neurosciences dans les années 2000 a un peu modifié les termes du débat, ou des interrogations, sur la question du diagnostic et des prises en charge possibles.

Dans l'approche neurocognitive, les tests sont des outils privilégiés pour repérer et « objectiver » les dysfonctionnements ou fonctionnement inhabituels cérébraux, et évaluer les performances de l'enfant dans différents domaines (quotient intellectuel, capacité de l'attention, fonctions exécutives, mémoire, perception sociale des affects et émotions…) par rapport à une norme définie. Au-delà du bilan, le neuropsychologue peut indiquer et mettre en œuvre des stratégies pour entrainer le cerveau à se réadapter, ce que l'on appelle la remédiation ou restructuration cognitive. À l'issue du bilan, le neuropsychologue peut ainsi faire des préconisations à l'intention de thérapeutes et pédagogues : mise en place d'une rééducation orthophonique, de séances de remédiation cognitive, d'une psychothérapie pour travailler sur les difficultés psychoaffectives, d'aménagements et adaptations pédagogiques, etc.

Les avancées permises par les neurosciences dans la compréhension et le traitement de certains troubles mentaux, mais aussi l'engouement pour ces bilans soulèvent cependant des interrogations (20). Les psychothérapeutes d'orientation cognitive-comportementale, se félicitent d'un repérage de plus en plus systématique et précoce des troubles permettant de meilleures chances de réadaptation. À l'inverse, les thérapeutes d'inspiration psychodynamique ou systémiques sont eux, plus réservés. Ils se méfient d'un « étiquetage » de plus en plus systématique de l'enfant susceptible d'enfermer celui-ci dans un trouble. Ils craignent également que les facteurs sociaux, familiaux, psychoaffectifs ne soient négligés dans la compréhension des difficultés de l'enfant.

Ainsi, pour certains auteurs, les nouvelles perspectives issues des neurosciences, concernant le fonctionnement cérébral, ont changé la donne en ce qui concerne la façon de nommer certains troubles mentaux, aujourd'hui désignés sous le terme de « troubles neurodéveloppementaux ». Ces troubles seraient ainsi liés à une structuration atypique du cerveau, notamment pour l'hyperactivité, les troubles du spectre autistique et plus généralement les « dys ». Néanmoins les controverses demeurent vives pour certains auteurs (22). Ainsi, pour une partie des pédopsychiatres, ces classifications qui mettent en exergue une étiologie neurodéveloppementale de certains troubles, peuvent satisfaire les représentations ou attentes de certaines familles, en ce sens qu'elles sont déculpabilisantes…. Le problème viendrait ainsi de la structuration du cerveau, et il n'y aurait plus alors à questionner ou à remettre en cause, la dynamique familiale pour apporter une réponse aux difficultés de l'enfant… Ainsi, et même si les neurosciences éclairent aujourd'hui la compréhension et la prise en charge de certains troubles, en les mobilisant d'emblée de manière exclusive, il peut y avoir un risque d'éteindre toute démarche d'introspection sur la mécanique psychoaffective de la famille.

Enfin, le coût des bilans réalisés par les neuropsychologues libéraux peut souvent atteindre plusieurs centaines d'euros, sans qu'il y ait de possibilité de prise en charge par l'Assurance Maladie. Cette réalité pose deux questions spécifiques : celle du modèle économique de la réalisation des bilans ou tests, et aussi celle de l'accès des enfants appartenant à des familles modestes ou précaires à ces bilans, parfois pratiquement exigés dans certains territoires, par les MDPH, pour ouvrir un accès à différents droits ou dispositifs (par exemple pour avoir accès à un AESH – accompagnant d'élève en situation de handicap).

La place des bilans ou tests neuropsychologiques, en tant qu'outil parmi d'autres pour comprendre les difficultés d'un enfant ou en tant qu'outil indispensable (voire unique) pour poser un diagnostic et, ensuite ouvrir certains droits, est donc aujourd'hui au cœur des débats.

Néanmoins et au-delà des controverses, l'intérêt d'un regard pluridisciplinaire incluant différentes approches et pratiques de soins (approches psychothérapeutiques,

neurocognitives) est aujourd'hui de plus en plus souligné pour comprendre les difficultés d'un enfant.

4. Professionnels hors soin psychique : pratiques en santé mentale auprès des enfants, adolescents et jeunes en souffrance psychique, et articulation avec les professionnels du soin psychique

Les professionnels travaillant avec les enfants, les adolescents et les jeunes, sont parfois appelés « acteurs de première ligne » par les soignants du soin psychique. Ils seraient ainsi en mesure de repérer les signes de souffrance psychique et d'orienter si besoin vers une prise en charge. Selon leurs métiers, leur sensibilité, certains de ces professionnels ont développé une pratique d'écoute, de repérage de signes de souffrance psychique et, pour certains, une capacité d'orientation vers une prise en charge. Ce constat est cependant variable en fonction de la formation de ces professionnels (initiale et continue) et de leur expérience.

Il apparait cependant que ces professionnels expriment, quant à eux, plutôt le sentiment d'être démunis pour exercer leur métier auprès des enfants et jeunes lorsqu'ils sont en souffrance psychique, par manque de formation (sur les troubles, sur les soins psychiques qui peuvent être mis en place), mais aussi, souvent, faute d'une articulation satisfaisante avec les professionnels du soin psychique. Ces difficultés d'articulation tiendraient notamment aux différences de métiers, de culture (entre les soignants, les enseignants, les travailleurs sociaux, …) à des logiques, des contraintes différentes et aux difficultés d'accès aux soins psychique (en libéral et dans le public).

4.1. Les médecins généralistes, les pédiatres

Les difficultés des médecins généralistes et pédiatres à prendre en charge les jeunes patients en souffrance psychique

En France, quelques enquêtes et articles de revues professionnelles s'intéressent particulièrement au rôle et aux pratiques des médecins généralistes en santé mentale (21) (22). Ces écrits montrent que le médecin généraliste est souvent le premier professionnel consulté en cas de problème de santé et qu'il peut donc jouer un rôle essentiel dans le repérage, la « détection » des troubles de santé mentale. Toutefois, le repérage de la souffrance psychique, de troubles de santé mentale reste difficile en consultation de médecine générale : au-delà du manque de temps en consultation, il peut

être difficile pour ces praticiens de distinguer le « normal » du « pathologique » et les questionnaires standardisés d'aide au repérage des troubles sont rarement connus et utilisés par eux. Le manque de formation concernant la prescription de psychotropes est également souligné par certains auteurs. En parallèle, l'adressage des patients vers des soins spécialisés, si besoin, est également difficile, principalement du fait de la saturation des services de psychiatrie ambulatoire, publique ou privée, et des dépassements d'honoraires en libéral.

Face à ces difficultés, un guide de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (22) concernant la coordination entre les médecins généralistes et les acteurs de soins chez les adultes ayant des troubles psychiques énonce des pistes d'amélioration du partenariat. Il n'existe pas, cependant, de guide pour le partenariat autour de la prise en charge des enfants et adolescents concernés par des troubles psychiques. On note en revanche, que le sujet du risque suicidaire chez les adolescents et jeunes est plus fréquemment traité sous l'angle du partenariat entre différents types de professionnels.

Quelques articles de revues professionnelles (23) (24) abordent le rôle du médecin généraliste pour les adolescents ayant des troubles psychiques et les adolescents et jeunes suicidaires. Tout en valorisant le rôle primordial des médecins généralistes ces articles relèvent les difficultés qu'ont ces derniers à prendre en charge de manière spécifique les adolescents et jeunes en souffrance psychique. Les médecins généralistes pourraient en effet avoir des difficultés à distinguer, par exemple, une tristesse passagère d'un trouble dépressif, d'une souffrance psychique plus intense. De même, la prescription de la Ritaline peut être complexe pour les médecins généralistes car, si ce traitement peut répondre aux attentes des parents et des éducateurs pour atténuer les difficultés des enfants et rendre leur insertion sociale et scolaire plus simple, elle n'est cependant pas toujours adaptée aux besoins réels des enfants. Ces articles[3] pointent le manque de formation spécifique des médecins généralistes à la clinique adolescente, notamment en santé mentale, mais aussi la dimension chronophage que peut prendre une investigation plus poussée, alors que les consultations se font le plus souvent dans un temps très contraint.

Face à ces constats, différents outils et guides ont été élaborés pour aider les médecins généralistes à conduire une consultation avec un adolescent, repérer d'éventuelles difficultés de santé mentale, prendre en charge ceux qui peuvent présenter des signes de souffrance psychique et mieux savoir où les adresser. À titre d'exemple, le site internet « médecin-ado.org » (25) est destiné aux médecins généralistes, avec une attention particulière à la santé mentale. La HAS a également édité, en 2014, un guide portant sur

[3] La pilule de l'obéissance. Le Monde Diplomatique. Décembre 2019. https://www.monde-diplomatique.fr/2019/12/BRYGO/61087

les « manifestations dépressives à l'adolescence » (26) pour aider, notamment, les médecins généralistes à repérer les signes de dépression et de risque suicidaire, ce guide comportant également des recommandations pour mettre en place des soins de premier recours chez les adolescents.

Les pédiatres constituent également des ressources précieuses pour repérer des signes de souffrance psychique et pour orienter leurs patients vers des ressources de soins (27). Néanmoins, là aussi, il semble que les niveaux de formation aux spécificités des difficultés psychiques des enfants et adolescents puissent fortement varier d'un individu à l'autre. Même si les approches globales sont de plus en plus privilégiées, les pédiatres demeurent des somaticiens et le lien avec les professionnels de la psychiatrie ou de la pédopsychiatrie ne va pas de soi. La littérature montre que des unités hospitalières de pédiatrie peuvent accueillir, dans certains territoires, des adolescents qui montrent des signes de souffrance psychique, et ainsi leur offrir un temps et un lieu de répit (notamment dans des situations de crise, de relations conflictuelles avec les parents). Néanmoins, l'articulation entre pédiatres et psychiatres peut s'avérer complexe ou inexistante et certains auteurs (28) pointent la nécessité d'une interconnaissance et d'un dialogue renforcés entre ces deux corps professionnels, pour une meilleure prise en charge des enfants ou adolescents en souffrance psychique.

Des dispositifs de soins partagés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en expérimentation en France

Les dispositifs de soins collaboratifs développés notamment en Belgique (29) et au Canada (29) sont des ressources d'interface entre médecins généralistes et acteurs de la psychiatrie dans lesquels « les responsabilités de soins sont partagées et proportionnelles aux habiletés respectives des cliniciens et les besoins de soins (changeants) du patient [4] ». Ces dispositifs, dits aussi, de « soins partagés » ont pour objectifs d'améliorer la collaboration entre médecin généraliste et psychiatres par des échanges et des prises en charge conjointes, l'accès facilité à une consultation avec un psychiatre à la demande du médecin généraliste, la qualité des échanges d'information entre médecins généralistes et psychiatres. Ces dispositifs, pensés notamment pour faire face à la pénurie de psychiatres, ont pour objectif d'aider les médecins traitants à élargir la gamme de problèmes qu'ils peuvent prendre en charge, le psychiatre œuvrant comme un soutien à cette première ligne (en expertise) et prenant en charge les cas les plus complexes.

[4] Kates N, Gagné MA, Whyte JM. Les soins concertés en santé mentale au Canada : coup d'œil rétrospectif et regard vers l'avenir. Canadian Journal of Community Mental Health, sept 2008, vol. 27, n° 2, p. 5-9. Disponible : https://doi.org/10.7870/cjcmh-2008-0012

En France, une expérimentation de dispositif de « soins partagés » en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est en cours dans le département de l'Hérault (30) (31), porté par le Centre hospitalier de Montpellier et l'URPS Médecins d'Occitanie. Cette expérimentation vise une évaluation rapide des patients âgés de 6 à 18 ans présentant des signes de souffrance psychique ou de troubles psychopathologiques émotionnels, puis la mise en place d'un suivi partagé avec les médecins généralistes et pédiatres pendant la durée de la séquence de soins, ou l'orientation dans les meilleurs délais vers un suivi spécialisé, notamment en psychiatrie. Cette phase d'orientation, ou d'évaluation et d'orientation, ou de suivi partagé, est financée par un forfait à l'épisode de soins, déclenché pour une période de 1 an par patient. Ce dispositif permet également de financer des bilans de psychologue, sur prescription du psychiatre du DSPP (Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie) et aussi la prescription de séances de psychothérapies individuelles ou collectives, selon les mêmes modalités. Il s'agit enfin d'un dispositif « apprenant » pour les médecins généralistes, grâce aux échanges avec les psychiatres dans le cadre du suivi partagé, et par le biais de séances de formations menées sous formes de vidéos ou de groupes de travail en présentiel organisés et diffusés par le DSPP.

4.2. La PMI

Le rôle des services de Protection Maternelle et Infantile s'articule autour de la prévention et la Protection de l'Enfance (0-6 ans). Si les PMI peuvent en principe suivre l'ensemble des enfants, les familles vulnérables sont, dans les faits, très souvent, les usagers prioritaires de ces services. Dans une approche globale de la santé et du développement de l'enfant, les équipes pluridisciplinaires de PMI s'efforcent de suivre l'enfant dans sa globalité, sur le plan somatique, cognitif, psychologique, affectif et social. Les publications de professionnels exerçant en PMI sont néanmoins rares, et plus encore, concernant le rôle et les pratiques en matière de santé mentale. Un article d'un médecin de PMI (32) souligne cependant qu'en matière de santé mentale, l'observation des enfants est essentielle. L'importance de prendre du temps d'écoute et de soutenir la parole des familles et des enfants (les plus grands) est mise en avant. Il s'agit également de ne pas banaliser les situations complexes et d'être attentifs aux facteurs de risques dans le contexte familial (risque de maltraitances, violences intrafamiliales, précarité, ...), sans pour autant céder à la tentation prédictive.

En matière de soutien aux parents, différentes bonnes pratiques sont soulignées : aider ces derniers à répondre de manière adéquate aux besoins de l'enfant, valoriser leurs compétences parentales pour leur donner ou redonner confiance et les aider à découvrir les compétences de leur enfant et enfin les aider à la mise en place de solutions concrètes, au quotidien.

Les services de PMI vont contribuer, si besoin, à la mise en place de soins psychiques, notamment en faisant le lien avec les services de pédopsychiatrie. Dans ce domaine, les professionnels soulignent l'importance du lien et de relations de confiance entre l'équipe de PMI et l'équipe du CMP. Un lien qui permettra aux professionnels de la PMI d'effectuer, si besoin, une orientation personnalisée vers le CMP et ainsi de faciliter l'entrée dans une démarche de soins de l'enfant, les parents pouvant d'emblée montrer une forme de réticence ou de déni face à cette proposition. Dans ce domaine, les permanences d'un professionnel du CMP (souvent un infirmier) dans certaines PMI, et lorsqu'elles sont possibles, semblent très facilitantes pour que les familles entament des démarches d'entrée dans un soin psychique.
La présence de psychologues dans certaines équipes de PMI est aussi décrite comme une ressource précieuse. Le psychologue est ainsi amené à participer aux échanges au sein des équipes pluridisciplinaires pour apporter son éclairage sur les situations et à intervenir directement auprès des usagers en proposant notamment quelques entretiens à visée préventive (soutien psychologique et évaluation des difficultés de l'enfant, du parent).

Les difficultés de santé mentale de l'enfant peuvent néanmoins prendre leur source dans la période périnatale. Dans ce domaine, on soulignera que le CCOMS – Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale – est le partenaire français du projet PATH (33) (PerinAtal menTal Health), relatif à la promotion d'une meilleure compréhension et prise en charge de la santé mentale périnatale et qu'il vise à promouvoir la santé mentale au cours des 1000 premiers jours. Le CCOMS souligne ainsi, que :

> « Pendant la grossesse et après la naissance d'un enfant, la santé mentale des futurs et nouveaux parents peut être fragilisée. Environ 20 % des mères et 10 % des pères seraient concernés par une dépression durant cette période. Et environ 15 % des parents présenteraient des troubles anxieux. D'autres troubles peuvent se manifester pour la première fois ou bien s'accentuer durant cette période. Les parents peuvent avoir des difficultés à exprimer leur souffrance par crainte d'être incompris ou jugés négativement. Ils n'osent pas toujours solliciter l'aide ou les soins dont ils pourraient avoir besoin. En France, l'Enquête Nationale Périnatale 2021 a estimé la fréquence de la dépression maternelle à 16,7 % en post-partum. Par ailleurs, l'enquête du CIANE autour de la prévention de l'insécurité maternelle, soutenue par Santé Publique France et publiée en 2022, a rapporté qu'environ 50 % des femmes n'avaient reçu aucune information sur leur santé mentale après l'accouchement et moins de 40 % d'entre elles ont déclaré savoir qui contacter en cas de détresse psychique. […] La fréquence de ces troubles et leurs complications potentielles qui peuvent être sévères pour la femme, la famille et le développement de l'enfant, en font un enjeu majeur de santé publique. C'est pourquoi le soutien et

> l'accompagnement des parents et des enfants, par l'entourage et par les professionnels de la périnatalité, sont essentiels tout au long des 1000 premiers jours. »

Ce projet a abouti à des productions écrites qui visent à informer les parents, les professionnels de santé et employeurs, à propos des troubles psychiques périnatals, à des fins de prévention primaire et secondaire, ainsi la brochure « Santé mentale, grossesse et parentalité » (34) ou encore « santé mentale et enfance » (35).

Reste que la diffusion de ces brochures est elle-même soumise aux effets de réseaux locaux, de formations suivies par les uns et les autres, mais qu'il n'y a pas de circuit automatique qui permettrait de transmettre ces productions aux gynécologues obstétriciens, aux sages-femmes ou aux médecins généralistes, acteurs majeurs dans la période périnatale.

On notera également l'émergence récente des Maisons des 1000 Premiers Jours (36), à la suite des recommandations du rapport de 2020 remis par la commission Cyrulnik. Ces dispositifs ont été mis en place qui constituent un lieu pluriel où sont proposés plusieurs services aux (futurs) parents et un carrefour de rencontres pour les parents et les professionnels des 1000 premiers jours de la vie de l'enfant. Il s'agit ainsi de tiers-lieux qui offre aux parents et futurs parents, un panel de services rassemblé en un même endroit, pour palier le manque de lisibilité et de coordination dans l'offre de soins, d'accompagnement et de services aux familles. Dans un territoire, une Maison des 1000 premiers jours est ainsi la mise en œuvre concrète du principe fondateur de la politique des 1000 premiers jours : travailler ensemble par de-là les secteurs, afin d'offrir un accompagnement et des services répondant aux besoins de l'enfant et adaptés aux besoins des parents. À ce jour, les projets de « Maison des 1000 premiers jours » retenus en Auvergne-Rhône-Alpes se situent dans la Loire, le Puy-de-Dôme, l'Isère et le Rhône. Ce dispositif étant très récent, il ne semble pas avoir pu être évalué.

On repère en Drôme, la présence d'une clinique psychothérapique dédiée à la santé mentale des femmes, La Teppe, qui propose une prise en charge spécifique pour les troubles psychiques de grossesse, ainsi que des possibilités de suivi en post-natal. La clinique est membre du réseau Aurore (Association des Utilisateurs du Réseau Obstétrico-pédiatrique REgional) qui regroupe un ensemble d'établissements publics et privés en région ainsi que des professionnels de santé libéraux et certains services de PMI.

4.3. Les professionnels de l'accueil de la petite enfance : les crèches et assistantes maternelles

Les professionnels de la petite enfance sont en lien, parfois quotidiennement, avec les enfants en bas-âge et leurs parents. Ils peuvent ainsi observer les enfants et éventuellement effectuer un premier repérage de difficultés de développement ou de comportement des enfants accueillis et en faire part aux parents. Toutefois, selon leur niveau de qualification, leur niveau de formation en matière de santé mentale et leur métier (éducateur de jeunes enfants, puéricultrice, assistante maternelle en crèche ou à domicile), leur appréhension de la santé mentale des tout-petits est hétérogène.
Dans certaines crèches, la présence d'une psychologue permet de venir en soutien aux équipes sur ces questions, par la mise en place d'un groupe d'analyse de la pratique, au travers des réunions d'équipe. Les psychologues exerçant en crèche peuvent également réaliser un travail d'observation dans les groupes d'enfants et recevoir certaines familles en entretien, à leur demande.

Les assistantes maternelles exerçant à leur domicile sont, globalement, les moins formées dans ce domaine, bien que des améliorations soient constatées ces dernières années du fait d'un renforcement des formations initiales et continues notamment, dans la cadre des relais petite enfance (ex RAM).

Les recherches et documents sur les articulations entre professionnels des crèches ou assistantes maternelles et professionnels du soin psychique (37), semblent peu nombreux ou peu récents et montrent que les liens sont en général ténus. La présence de psychologues en crèches ou dans les Relais Petite Enfance, constituent néanmoins souvent une passerelle essentielle entre professionnels de l'accueil, parents et professionnels du soin psychique.

4.4. Les professionnels de l'Éducation nationale

L'école dont la principale mission est de transmettre et de faire acquérir connaissances et méthodes de travail (code de l'éducation Titre II : Objectifs et missions du service public de l'enseignement (Articles L121-1 à L124-20) scolarise des enfants, adolescents et jeunes qui peuvent se trouver, à un moment de leur parcours de vie, en souffrance psychique.

Les enseignants

Les publications relatives au rôle et aux pratiques des enseignants concernant la scolarisation des enfants ayant des troubles psychiques mettent en lumière le manque de formation de la très grande majorité des enseignants en matière de santé mentale pour repérer les enfants, adolescents et jeunes en souffrance psychique.

Même si la littérature montre que les enseignants sont les premiers prescripteurs de consultations chez le pédopsychiatre, leur perception des difficultés de santé mentale diffère de celle des cliniciens (38), qui sont, de ce fait, régulièrement aux prises avec des adressages non pertinents. En lien avec leurs missions, les enseignants perçoivent moins les troubles dits « discrets » ou « invisibles » du point de vue scolaire et les troubles en lien avec l'anxiété ou la dépression. Les troubles les mieux repérés sont de fait ceux qui sont « bruyants » et qui posent problème dans les apprentissages ou perturbent la classe. En effet, la souffrance des élèves peut se traduire par des comportements inadaptés (violences physiques, verbales, rejet de l'autre, refus d'apprentissage, …) qui mettent à mal les enseignants. Un écrit portant spécifiquement sur les jeunes en souffrance psychique (39) rapporte que les enseignants sont cependant plus attentifs aujourd'hui aux transformations « discrètes » chez les jeunes qui pourraient traduire une problématique de souffrance psychique, en particulier des modifications de la présentation de soi et de la tenue des corps.

Ces dernières années, l'Éducation nationale a particulièrement déployé des outils de repérage et d'orientation des enfants et des adolescents en souffrance psychique. Ainsi, deux guides, l'un à destination des infirmiers scolaires et assistants sociaux (40), l'autre à destination des enseignants (41) ont été édités, avec l'objectif affiché de renforcer le dialogue au sein des établissements et avec les jeunes, et d'inciter les professionnels à mettre en œuvre une réflexion pluridisciplinaire pour une meilleure appréciation des situations, de leur degré de gravité, d'urgence et de la nécessité ou non d'un recours au secteur sanitaire.

Les articles repérés (42) soulignent, par ailleurs, que les élèves présentant des troubles psychiques graves génèrent des difficultés, voire de la souffrance, chez les enseignants. Il s'agit souvent de situations épuisantes, voire culpabilisantes, pour ces derniers, qui peuvent avoir le sentiment d'être seuls et démunis pour y faire face. Par ailleurs, ces derniers n'ont pas toujours la volonté ou les ressources nécessaires (formation, conseils techniques) pour mettre en œuvre la différenciation pédagogique pour les élèves concernés par une souffrance psychique.
Une minorité d'enseignants ayant développé une pratique et une expertise pour favoriser la scolarisation d'enfants présentant des troubles psychiques graves ont publié sur le sujet. Dans un article de la revue Vie sociale et Traitement (43), un enseignant décrit sa pratique d'observation et de repérage de ce qui pose problème dans l'accès aux apprentissages chez ces enfants et ses efforts d'adaptation de l'environnement scolaire pour le rendre sécurisant pour ces enfants (espaces sécurisés, relations de confiance avec l'enseignant et les autres élèves) et d'adaptation des contenus pédagogiques. L'enseignant décrit une pratique en classe pour « absorber, contenir, assurer un cadre à la fois souple et rassurant, construire un collectif bienveillant », éviter les tensions pour

permettre les apprentissages. Toutefois, lorsque les difficultés psychiques de l'enfant sont très importantes, l'enseignant s'interroge sur le sens de cette scolarité : pour progresser au plan des apprentissages scolaires ces enfants auraient besoin d'une prise en charge pluridisciplinaire, telle qu'elle est proposée dans des établissements médico-sociaux, mais le manque de place ne permet toujours aux enfants concernés d'en bénéficier ou alors parfois tardivement (délais d'attente, parfois de plusieurs années parfois pour intégrer un IME).

La coopération des enseignants avec la pédopsychiatrie, notamment dans le cadre des équipes éducatives, qui vise à permettre aux partenaires et aux parents d'adhérer à un projet commun pour la réussite scolaire de l'enfant, n'est pas toujours aisée et peut être mal vécue par certains. En effet, les enseignants peuvent parfois avoir le sentiment d'un manque de reconnaissance de leur parole et d'une faible volonté, de la part des soignants, de créer un lien de confiance, pour ensuite travailler ensemble sur un pied d'égalité autour d'un enfant en difficultés psychiques. Certains écrits décrivent ainsi de grandes difficultés de coopération et des situations de clivages entre partenaires mais aussi avec les parents : « *beaucoup de situations difficiles deviennent invivables pour tous car le partenariat se transforme en huis clos malsain où les jugements des uns sur les autres deviennent des jeux de réconforts malsains* ».

Le médecin et l'infirmier scolaire

Les médecins scolaires, qui exercent sur des territoires très étendus et ont en charge de nombreux établissements scolaires de la maternelle au lycée, ne rencontrent qu'une minorité d'élèves en difficultés, à la demande des professionnels de l'établissement (infirmière scolaire, assistantes sociales, chef d'établissement). Pour ces professionnels, dont le temps est donc extrêmement contraint, se pose la difficulté d'évaluer si des soins spécialisés sont nécessaires et d'accompagner l'enfant et ses parents vers ces soins, si besoin (44). Le médecin scolaire peut enfin jouer un rôle de médiateur, pour l'enfant, l'adolescent et ses parents, vers le soin psychique, car l'acceptation de ces soins peut relever d'un cheminement complexe dans certaines familles.

Les infirmiers scolaires, en particulier dans les lycées où ils sont généralement présents en permanence, peuvent constituer pour certains élèves une ressource d'écoute soutenante, lorsqu'un lien de confiance est établi. Cette écoute relève alors autant de la prévention, que du repérage d'éventuelles difficultés plus aigües, qui peut permettre d'orienter le jeune (en lien ou non avec sa famille) vers d'autres ressources d'écoute psychologique ou de soin psychique : PAEJ, Maison des Adolescents, CMP.

Les assistantes sociales scolaires

Les assistantes sociales scolaires sont présentes dans les établissements du second degré dans lesquels elles assurent des permanences (variables selon les établissements, mais souvent, *a minima*, toutes les semaines). Elles reçoivent les élèves en entretien pour des difficultés personnelles, familiales et sociales, et reçoivent également les parents dans certaines situations. Les assistantes sociales sont formées à l'écoute et peuvent, si besoin, orienter des élèves en souffrance vers les CMP, CMPP, Maison des adolescents. Elles travaillent en équipe, notamment avec les infirmières scolaires et les psychologues de l'Éducation nationale. Elles sont également en lien avec de nombreux partenaires (hors établissements scolaires) qui interviennent sur des problématiques de l'enfance en souffrance, en danger ou en risque de danger.

La prévention en santé mentale à l'école : des programmes de prévention du harcèlement scolaire de renforcement des compétences psychosociales

Le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique au collège et au lycée relève également du déploiement de programmes de prévention qui, tout en ayant une dimension collective, doivent également permettre à chaque individu de renforcer ses compétences personnelles.

Ces programmes incluent pour la plupart une dimension d'articulation et de coopération entre adultes au sein d'un même établissement, mais aussi entre adultes et élèves. Deux grandes thématiques sous-tendent actuellement ces programmes :

- Le renforcement des compétences psychosociales ;
- La lutte contre le harcèlement scolaire.

Les compétences psychosociales (CPS) constituent un ensemble cohérent et interrelié de capacités psychologiques, cognitives, émotionnelles et sociales, impliquant des connaissances, des processus intrapsychiques et des comportements spécifiques, qui permettent d'augmenter l'autonomisation et le pouvoir d'agir, de maintenir un état de bien-être psychique, de favoriser un fonctionnement individuel optimal et de développer des interactions constructives. Ces compétences permettent ainsi de répondre aux difficultés de la vie quotidienne, d'être mieux outillé pour résoudre les problèmes, de s'adapter et de reconnaitre les pensées négatives et le stress. Elles sont également un levier de résilience, en renforçant la capacité à se développer en dépit de l'adversité, et l'amélioration de l'estime de soi. Enfin, elles ont une incidence sur les relations interpersonnelles en améliorant la capacité d'écoute des personnes, les compétences de coopération et donc une meilleure capacité à résoudre des conflits. Le renforcement des

CPS vise à réduire les facteurs de risques et les conduites à risques et à renforcer les facteurs de protection.
Les programmes de renforcement des compétences psychosociales développés en France ont souvent été adaptés de programmes nord-américains. En France, cette approche est développée depuis 2016 avec la mise en place du « Parcours éducatif de santé » par le Ministère de l'Éducation nationale, puis consolidée par la démarche « École promotrice de santé » impulsée en 2020 qui inclut, en principe, le développement des compétences psychosociales dans les enseignements, de la maternelle au lycée. Les CPS devraient irriguer l'ensemble des programme scolaires et de la pédagogie. Dans la réalité, les programmes de renforcement des CPS sont loin de couvrir l'ensemble des établissements scolaires et le niveau de formation des enseignants concernant cette approche est très hétérogène et personne-dépendant.
À titre d'exemple, un programme de renforcement des compétences psychosociales des élèves, « Agir à fond les CPS » (45), a été déployé dans plusieurs territoires de la région, tout au long de 3 années successives, du CM1 à la 6ème. Élaboré et mis en place par l'IREPS Auvergne-Rhône-Alpes et l'Association Addictions France, ce programme de déroule sur 7 séances annuelles, avec une alternance de séances co-animées par un intervenant extérieur et un enseignant, et de séances animées par l'enseignant seul (en école primaire). Chaque séance comprend différentes activités et temps de conscientisation qui permettent aux élèves de développer leur empathie pour les autres, leurs capacités de coopération, mais aussi leur estime de soi et leur esprit critique. Ce programme vise enfin à construire une culture commune en matière de CPS au sein des établissements scolaires, en proposant notamment des temps d'information aux personnels non enseignants (AESH, ATOS, personnels du périscolaire…), et également avec des partenaires hors établissements scolaires, qui travaillent également avec des enfants scolarisés en primaire ou au collège : centres sociaux, clubs de sport, … notamment.

On repère également différents programmes de lutte contre le harcèlement à l'école, et notamment le programme pHARe (46), qui relève d'un plan global de prévention et de traitement des situations de harcèlement. Mis en place depuis 2021, l'expérimentation a montré que l'ensemble de la communauté éducative se mobilise avec des effets très positifs sur le climat scolaire, la sécurisation du cadre éducatif et l'implication des élèves. À la rentrée 2022 il a été généralisé aux écoles et collèges puis aux lycées à la rentrée 2023.
Le programme repose sur :

- Une "équipe ressource" (5 professionnels par collège, 5 par circonscription du premier degré) chargée de mettre en œuvre le protocole de prise en charge des situations de harcèlement dans chaque circonscription du 1er degré et dans chaque établissement du 2nd degré. Elle suit à cette fin une formation académique de huit journées sur deux ans.

- Une "équipe programme**"** qui organise, dans chaque école, collège ou lycée, 10 heures d'apprentissage annuelles dont bénéficient tous les élèves du CP à la terminale, sur la prévention du harcèlement et le développement des compétences psychosociales.
- Des élèves « ambassadeurs » dans le 2d degré qui sont également formés pHARe.

Le programme prévoit, en outre, la participation des élèves à trois temps forts de prévention au cours de l'année scolaire et l'organisation d'ateliers de sensibilisation à l'attention des familles.

En lien avec le climat scolaire et le déploiement du programme pHARe, un poste "Inclusion et climat scolaire" a été créé à la DASEN de la Drôme et d'autres sont implantés sur différentes circonscriptions Ces personnes sont bien repérées sur le terrain et leur travail est salué par les acteurs locaux intervenant auprès d'enfants et d'adolescents.

Ces programmes de prévention primaire et secondaire qui, tous, veillent à améliorer, *in fine*, le bien-être mental des enfants et des jeunes, n'impliquent pas cependant une coopération spécifique avec des professionnels hors établissement intervenant dans le soin psychique. En revanche, le fait de sensibiliser les adultes des établissements scolaires à la nécessité de prendre en compte l'état émotionnel des enfants et des jeunes et à mieux repérer certains signes de mal-être, pourra peut-être, à moyen terme, si besoin, faciliter le dialogue avec les professionnels du soin psychique, voire améliorer les orientations et accompagnement des enfants et des familles vers le soin psychique, si une suspicion de souffrance psychique émergeait après le premier repérage d'un mal-être.

4.5. Professionnels de l'Aide sociale à l'Enfance (ou Protection de l'Enfance)

La souffrance psychique des enfants et adolescents confiés à l'ASE constituent un sujet largement documenté, cette souffrance étant très souvent en lien avec des parcours de vie où de multiples difficultés familiales, parentales, accompagnent des ruptures (de lieux de vie, de grappes familiales, d'établissements scolaires, …) et souvent différentes formes de maltraitances.
À ces difficultés s'ajoutent souvent divers obstacles dans l'accès aux soins psychiques : déménagements, changements de secteurs de psychiatrie, troubles du comportement bruyants, qui font que ces enfants et adolescents ont un parcours de soin bien souvent haché, avec des suivis aléatoires. Le cumul de ruptures favorise par ailleurs une perte d'information concernant la santé de l'enfant et son évolution, le suivi des traitements, particulièrement quand ils relèvent de traitements psychiatriques.

Cette problématique pour les enfants et adolescents suivis par l'ASE a été particulièrement analysée dans le cadre du rapport du défenseur des droits en 2021 « Santé mentale des enfants : le droit au bien-être » (47), dans lequel une vingtaine de recommandations sont formulées.

En revanche, il semble que peu d'articles ou d'études portent spécifiquement sur les pratiques des professionnels de la Protection de l'Enfance vis-à-vis des enfants, adolescents et jeunes en souffrance psychique, ou sur leurs relations avec les professionnels du soin psychique. Une étude (48), datant de 2012, souligne que les éducateurs des structures d'accueil de l'ASE ont une perception « restreinte » de la santé des enfants accueillis, au sens où ils se concentrent sur les affections somatiques et les troubles psychiques les plus graves. Par ailleurs, l'étude souligne que « les informations sur les antécédents de santé des enfants peuvent se perdre lors des transmissions de dossier d'un lieu à l'autre ou de professionnel à professionnel, ce qui brouille encore leur perception de la situation de la santé des enfants ».

Les guides de l'ANESM et de la HAS (48) (47), qui ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des enfants confiés à l'ASE, en matière de souffrance psychique, décrivent en creux le rôle que jouent, ou pourraient jouer ces professionnels : observer, repérer les signes de souffrance psychique (et aussi les signes de consommations problématiques de substances psychoactives) et les porter à la connaissance de professionnels de santé (du service ou de l'établissement de Protection de l'Enfance), récupérer les différents bilans et organiser des synthèses pluridisciplinaires (temps de bilans avec les partenaires en lien avec l'enfant), s'assurer de la mise en place des suivis. Et enfin, organiser le recueil des besoins liés à la santé du mineur ou du jeune majeur en amont de l'admission dans un établissement, compléter la connaissance des éléments de santé de l'enfant ou du jeune adulte lors de l'entretien d'admission, faciliter l'organisation des bilans médicaux et des dépistages dans les premiers temps de la mesure éducative. Reste que le lien aux professionnels du soin psychique n'est pas spécifié ou particulièrement analysé ici.

D'autres publications en revanche, pointent la difficile collaboration des professionnels de la Protection de l'Enfance avec les professionnels du soin psychique, difficultés qui seraient bien plus prégnantes qu'avec les « soignants somatiques ». Ces difficultés de collaboration sont décrites comme étant de plusieurs ordres (49) :

- Des difficultés d'accès aux soins psychiques pour les enfants, adolescents et jeunes par manque de places, de temps de consultation.
- Une « confrontation de paradigmes » : action éducative versus soin psychique. Selon les professionnels de l'ASE, la psychiatrie ou pédopsychiatrie tendrait à imposer à l'ASE sa perception de la situation ou son rythme d'action. Il y aurait alors une sorte de « *lutte des magistères* » entre ASE et professionnels du soin psychique.

- Des différences de territoires d'intervention : les soignants interviennent sur un certain territoire (secteur psychiatrique) tandis que les enfants peuvent changer de lieux de placement, ce qui peut contraindre les équipes éducatives ou les assistants familiaux à assurer de longs déplacements pour maintenir l'enfant auprès d'un soignant avec qui un lien s'est tissé. Inversement, des places dans des structures de soins spécialisées peuvent être inaccessibles pour l'enfant parce qu'elles obligent à changer l'enfant de lieu d'accueil et, parfois, à l'enlever à un précieux port d'attache. »

L'enjeu de la collaboration des services de Protection de l'Enfance et de la pédopsychiatrie est vécu comme une évidence par les professionnels de ces deux secteurs au regard de l'importance des difficultés de santé mentale des enfants protégés et de leurs difficultés d'accès à un suivi (notamment en lien avec de nombreuses ruptures de soins, liées aux placements, aux déménagements, ...). Ce partenariat vivement souhaité par tous, est pourtant difficile à mettre en œuvre sur le terrain, et il est plus ou moins développé selon les départements, comme le montrent les récents travaux et journées organisées par l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance en partenariat avec la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent.
L'enquête exploratoire réalisée en 2021 par l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) sur les partenariats existants localement pour répondre aux besoins en santé mentale des enfants protégés (16), montre que des collaborations entre les services d'Aide Sociale à l'Enfance et les services de pédopsychiatrie existent dans la majorité des départements. Ces partenariats sont variés au regard des objectifs poursuivis mais aussi du fait de leur caractère plus ou moins formalisé, et des liens professionnels se créent souvent, concrètement, autour de la situation d'un enfant particulier. Selon cette enquête,

> « Ce partenariat se justifierait avant tout dans le cadre de suivi de situations jugées complexes, d'enfants ou d'adolescents présentant des difficultés multiples. La nécessité de trouver des réponses médiales, psychologiques et éducatives à l'enfance et la coordination multi-institutionnelle sont indispensables : le travail en réseau est le seul soin possible pour ces enfants ».

Lors de la première journée nationale de rencontres entre les services de l'Aide Sociale à l'Enfance et les services de pédopsychiatrie en 2022 (58), les enjeux de collaboration entre professionnels de la Protection de l'Enfance et professionnels de pédopsychiatrie ont été abordés concernant la petite enfance et l'accueil précoce en Protection de l'Enfance. L'exemple de la Seine Maritime a été mis en exergue : on repère sur ce département, la mise en place d'une commission permettant de croiser les regards de l'ASE, de la pédopsychiatrie et des magistrats, ainsi que des formations partagées entre l'ASE et la pédopsychiatrie afin de mieux repérer et évaluer les évènements traumatiques dans le parcours de vie des enfants. Les expériences de partenariats entre les services de

Protection de l'Enfance et des pédopsychiatries présentées lors de cette journée ont également porté sur l'accueil d'adolescents en grande souffrance psychique avec, par exemple, le dispositif d'accueil familial thérapeutique et social développé en Savoie.

4.6. Les professionnels de la protection judiciaire de la jeunesse

La protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) est chargée de l'organisation de la justice des mineurs, en lien avec les autres directions du ministère de la Justice. Elle a aussi pour objectif l'insertion et l'éducation des mineurs en conflit avec la loi mais aussi la protection des mineurs en danger.

Les éducateurs de la PJJ apportent une aide éducative et favorisent la réinsertion sociale de jeunes qui ont eu des difficultés en lien avec des activités délinquantes. Reste que l'accès aux soins psychiques est globalement difficile pour ces adolescents dont les comportements provoquent des réponses judiciaires, mais qui peuvent être en parallèle en réelle souffrance psychique. Enfin, lorsque des soins ont pu commencer, les instabilités de lieu de vie, de situation au regard de la loi provoquent de nombreuses ruptures des parcours de soins.

Certains ouvrages analysent plus particulièrement les difficultés de la PJJ face à la souffrance psychique des jeunes et la complexité à travailler avec les acteurs du soin psychique. Un article publié dans la revue Rhizome en 2016 (50), décrit bien l'articulation délicate entre PJJ et acteurs du soin psychiatrique, tout particulièrement autour des « cas complexes », qui sont très souvent des cas où des « crises » impliquant différentes formes de violence sont présentes. L'article pointe ainsi les éléments-clefs de cette relation, qui doit être constamment travaillée :

La direction nationale de la PJJ a lancé en 2013 le projet « PJJ promotrice de santé » dont l'objectif est d'améliorer la santé globale des jeunes pris en charge en agissant sur l'ensemble des déterminants de santé accessibles pendant toute la durée de la prise en charge.

La santé des jeunes est en effet une priorité pour l'institution, elle est un des leviers de l'action éducative et est inscrite comme un facteur de réussite de la prise en charge. Ainsi, dans le projet de service de chaque établissement, des procédures de travail concernant la santé sont formalisées et inscrites dans la phase d'accueil, dès le début de la prise en charge. Lorsqu'un nouveau jeune est accueilli dans un établissement de placement, un premier entretien permet en principe, d'aborder avec lui et sa famille les besoins, concernant sa santé de manière globale. Ensuite, une rencontre avec l'infirmière départementale est systématiquement proposée, afin de contribuer à la réappropriation par l'adolescent des démarches de santé le concernant. Néanmoins, de manière générale, il apparait que le public adolescent suivi par la PJJ a beaucoup de difficultés à aller vers les

soins et à consulter. Lorsque certains jeunes souffrent de difficultés psychologiques, voir psychiatriques, il est difficile pour les psychologues de la PJJ d'arriver à les rencontrer. Les services de la PJJ et ceux des secteurs psychiatriques se connaissent plus ou moins, mais des difficultés importantes apparaissent lorsque les uns et les autres sont confrontés à des adolescents qui se situent aux limites des champs éducatifs et psychiatriques, c'est-à-dire considérés comme les plus difficiles. Ces cas complexes sont un motif d'épuisement et de malaise des professionnels car cela les confronte à un sentiment d'insécurité et d'impuissance. Bien souvent « les cas complexes » se situent à la frontière de l'ASE, de la PJJ et de la santé et le parcours institutionnel d'un certain nombre d'entre eux a commencé très tôt. Ces situations complexes obligent chaque institution à accepter les limites de son intervention et à travailler en réseau afin de ne pas réduire le parcours de ces mineurs à une succession de ruptures.

En outre, et en-deçà de problématiques psychiatriques avérées, la souffrance psychique, souvent présente, peut être délicate à repérer, à exprimer par le jeune lui-même. Enfin, du fait d'un renouvellement continu des professionnels travaillant en hébergement, on constate que les services de la PJJ ne connaissent pas suffisamment bien leurs interlocuteurs de la santé. Lorsqu'ils ne sont pas informés et formés sur les modes de prises en charge en psychiatrie et sur la façon de faire appel à ces services, ces professionnels expriment des attentes irréalistes sur la durée des prises en charge ou sur leur suite. Inversement, cela peut aussi les conduire à renoncer à faire appel aux services de soin lorsqu'ils estiment par avance qu'ils ne seront pas entendus. Enfin, les professionnels de la PJJ ne savent pas forcément vers quels services se tourner dans les moments de « crise » de l'adolescent et en cas de nécessité d'hospitalisation, ou lorsque le jeune refuse l'hospitalisation. Lorsqu'il est possible, (notamment selon la disponibilité et la stabilité des équipes d'éducateurs), un travail régulier des éducateurs avec le CMP du secteur permet d'apprendre à se connaître, à mieux s'articuler au bénéfice des jeunes qui nécessitent une double prise en charge. Reste que les équipes éducatives de la PJJ comme de l'ASE se retrouvent régulièrement confrontées au fait que les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie ne souhaitent pas diagnostiquer trop tôt ou mettre une étiquette sur un enfant mineur, et ils peuvent avoir du mal à entendre que les services de la PJJ soient en difficulté avec le comportement de certains adolescents. Un décalage temporel est donc perceptible entre les travailleurs sociaux et les services de soins. Bien souvent la demande formulée par les équipes arrive auprès des psys quand il est déjà presque trop tard, c'est-à-dire que les équipes sont déjà dans l'idée de se « *débarrasser* » du mineur. Les difficultés de prise en charge provoquées par le fonctionnement de certains mineurs qui peuvent parfois être très violents conduisent les équipes à des mouvements de rejet qui aboutissent à une exclusion définitive du mineur concerné pour faire cesser la difficulté ressentie par l'équipe. Face à ce phénomène, certains services de pédopsychiatrie ou de psychiatrie se mettent en retrait lorsqu'ils perçoivent que les services qu'ils ont en face vont lâcher. Aujourd'hui, de nombreux travaux démontrent que

ces prises en charges doivent être travaillées autrement. Les cadres doivent mettre en place une organisation de travail auprès des équipes souvent démunies face à ces situations-là. L'étayage des équipes sur ces questions est fondamental car ces dernières ne peuvent pas « tout » attendre des services de soins. Un véritable travail de fond est à réaliser quotidiennement par les cadres de la PJJ, notamment dans les établissements de placement afin que le projet éducatif prenne en compte ces violences et qu'elles fassent l'objet d'un traitement institutionnel. Cela suppose de considérer la crise du mineur et sa violence comme un évènement prévisible de la prise en charge, et non comme un événement entraînant la recherche de son exclusion. Cela suppose également de développer les études de cas et de développer des pratiques qui permettent d'anticiper les crises et accompagner cette violence. Ce n'est qu'à cette condition qu'un travail conjoint peut se mettre en place. Les services de soins attendent d'une prise en charge éducative qu'elle soit suffisamment contenante, et la prise en charge éducative doit pouvoir s'appuyer sur des soins au long cours au-delà des situations d'urgences et de crises générées par les comportements difficiles de l'adolescent.

4.7. Les éducateurs de la prévention spécialisée

La prévention spécialisée a pour mission « de prévenir et réduire les phénomènes de marginalisation et de décrochage social des jeunes d'un territoire prescrit et de renforcer les capacités éducatives de l'environnement familial et social de ces jeunes. Ses modalités d'intervention sont spécifiques : elle agit sur la base d'une implantation territorialisée et sans mandat nominatif (administratif ou judiciaire). Les équipes éducatives doivent donc être capables de susciter l'adhésion des jeunes à leurs propositions d'accompagnement. La première nécessité est ainsi de se faire connaître des jeunes et de l'ensemble des personnes vivant et des professionnels agissant sur ce territoire, pour y être acceptés, reconnus et légitimes à proposer des actions et accompagnements. Les équipes de prévention spécialisée agissent ainsi au cœur de partenariats institutionnels et opérationnels » (51).

Peu de publications ont été repérées qui décrivent les pratiques des éducateurs en prévention spécialisée (ou « *éducateurs de rue* ») en santé mentale. Un article publié dans la Revue de l'enfance et de l'adolescence (52) par un éducateur en prévention spécialisée met en lumière l'hétérogénéité des parcours et des formations de ces professionnels. Une majorité serait issue de l'animation socio-culturelle et serait peu préparée à une approche individuelle. Globalement, ces éducateurs ne sont pas formés en matière de santé mentale et auraient des difficultés à investir ce champ voire sont, pour certains, très réticents à l'égard des soins psychiques : *« C'était le cas de mon collègue Philippe, par exemple, réticent à ce lien avec les psys et aux interprétations psychanalytiques, considérant que cela ne servait pas à grand-chose la plupart du temps. Il était plus porté à construire et*

installer le mieux-être par l'activité ». En revanche, les éducateurs ayant le diplôme d'État d'éducateur spécialisé seraient, pour leur part, mieux armés pour accompagner les jeunes en souffrance psychique.
Toutefois, même pour ces éducateurs spécialisés, la collaboration avec la pédopsychiatrie est décrite comme étant parfois difficile, notamment lorsque le niveau d'interconnaissance des professionnels, sur leurs missions et de leur cadre d'intervention respectifs est faible et qu'il n'existe pas d'historique de collaboration entre ces derniers. Certains éducateurs peuvent alors ressentir « *un manque de considération du psychiatre pour l'éducateur de prévention spécialisée, sentiment que le psychiatre impose la primauté du soin sur toute démarche d'insertion* ». Selon cet auteur « *le défaut de certains soignants, psychiatres en particulier, est en effet d'occulter totalement la singularité et la globalité de la personne, et donc son estime de soi, pour se concentrer, très professionnellement […] sur la seule dimension pathologique* ».

Néanmoins, la présence de professionnels de différents champs dans les équipes des CMP et notamment de travailleurs sociaux qui partagent les mêmes référentiels que les éducateurs de prévention, et qui sont en contact quotidien avec des partenaires extérieurs du champ social et médico-social, facilite le partage de regards sur les cas individuels et le dialogue avec les soignants.

4.8. Les professionnels de l'animation socio-culturelle

Les professionnels de l'animation socio-culturelle travaillent en centre social, en MJC, dans des associations proposant des activités culturelles, sportives, de loisirs et parfois à l'école sur les temps périscolaires. Aucune publication de ces professionnels concernant leurs pratiques en lien avec des enjeux de santé mentale ou sur leur éventuelle collaboration avec les soignants spécialisés en santé mentale n'a été repérée.

À travers différentes études réalisées par l'ORS, on observe néanmoins que des collaborations, plus ou moins formalisées, entre la psychiatrie publique adulte et les centres sociaux peuvent exister, notamment afin de favoriser l'accueil d'adultes ayant des troubles psychiques et de leur permettre de rompre l'isolement, d'avoir une meilleure insertion sociale. De même, des liens entre centres sociaux et pédopsychiatrie peuvent au moins ponctuellement exister (53), sur certains territoires, concernant l'accueil de certains enfants en secteur loisir. Les exemples semblent rares néanmoins et en ce qui concerne les enfants, et c'est souvent la reconnaissance d'un handicap psychique, plus que le « simple » constat d'une souffrance psychique qui semble déclencher une mobilisation spécifique en interne, et des liens avec les institutions soignantes.

4.9. Les professionnels de l'insertion : les Missions locales

Les Missions locales ont pour vocation l'accompagnement du parcours d'insertion des jeunes de 16 à 25 ans. Nombre de ces jeunes sont dans des situations d'échec et parfois de précarité qui rendent fragile le passage vers l'âge adulte et l'autonomie. Difficultés scolaires, parcours d'étude non abouti, formations professionnelles qui restent à affiner sont souvent observées, avec en toile de fond, pour une partie de ces jeunes, une relative fragilité socio-économique. Cette fragilité se retrouve dans la santé des jeunes accompagnés, tant au plan somatique que psychique, ce qui a d'ailleurs motivé la mise en place de conseillers « référents santé » dans plusieurs missions locales. La souffrance psychique mais aussi les troubles psychiques voire le handicap psychique, sont ainsi des enjeux fréquemment rencontrés en Missions Locales.

Les conseillers des Missions locales expriment ainsi de manière récurrente (au travers de différentes enquêtes) le sentiment d'être confrontés très régulièrement et de manière croissante à des jeunes en situation de mal-être, de souffrance psychique, dont certains sont en crise suicidaire. L'une des étude repérées (54) indique que 26 % des jeunes accompagnés par les missions locales étaient en souffrance psychique, 7 % avaient un état dépressif avéré, 16 % de la population enquêtée déclarait avoir fait une tentative de suicide, ce taux montant à plus de 24 % parmi les jeunes sans diplôme.

D'autres études qualitatives (55) (56) menées par l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes auprès des conseillers et psychologues des Missions locales mettent en exergue le fait que les pratiques des conseillers sont très variables d'un professionnel à l'autre en fonction de leur expérience, de leur formation initiale, mais aussi de la présence, ou non, de permanences de psychologues dans les locaux et enfin des ressources de santé mentale présentes dans le territoire et connues du professionnel.

La capacité à évoquer avec les jeunes des problématiques de santé mentale, de souffrance psychique n'est ainsi pas la même selon les conseillers. Ceux ayant suivi des formations sur les premiers secours en santé mentale (PSSM) semblent se sentir plus à l'aise pour aborder avec les jeunes suivis des soucis qui peuvent renvoyer à l'anxiété, la dépression, et éventuellement à des idées suicidaires. Par ailleurs, les conseillers constatent que la qualité de leur relation avec les jeunes construit un contexte favorable à l'orientation, si celle-ci est nécessaire, vers un psychologue mais que l'orientation vers des soins psychiatriques est difficile, tant la psychiatrie fait encore peur à un certain nombre de jeunes qui craignent à la fois la stigmatisation sociale (la figure du « fou » renvoie au risque d'exclusion sociale), mais aussi le soin en lui-même.

La présence d'un psychologue dans certaines Missions locale (57) est en revanche perçue très positivement par les conseillers. En premier lieu du fait que les échanges entre conseillers et psychologues permettent aux premiers de monter en compétence et

d'améliorer leurs accompagnements en décryptant mieux le comportement des jeunes, mais aussi en ouvrant certaines possibilités de dialogue. Enfin, l'orientation du jeune vers le psychologue, pour un temps d'échange, au sein de la Mission locale, constitue une étape facilitante s'il y a nécessité d'orienter le jeune vers des soins psychiques. Le psychologue informe et fournit aux jeunes des explications sur le rôle des partenaires ou des professionnels (CMP, psychologues et psychiatres libéraux…), il peut également accompagner les jeunes dans l'acceptation des soins proposés et enfin il peut initier un soutien psychologique, en attendant une prise en charge à l'extérieur, si les délais sont jugés trop longs pour que la motivation du jeune à consulter se maintienne dans la durée.

ENQUÊTE QUALITATIVE

Professionnels hors soins psychiques

Au-delà des professionnels du soin psychique, un grand nombre d'acteurs sont en lien et peuvent accompagner des enfants, adolescents et jeunes en souffrance psychique. Il s'agit des professionnels de champs et de métiers divers : petite enfance, éducation, médico-social, soin somatiques, insertion pour les jeunes. Les entretiens menés avec ces professionnels ont permis de repérer quelles étaient leurs pratiques auprès des enfants, adolescents et jeunes en souffrance psychique et aussi comment ils peuvent s'articuler avec les professionnels du soin psychique, pour accompagner au mieux ces « enfants » en souffrance et leurs familles, pour les plus jeunes.

Nous aborderons dans un premier temps les professionnels en lien avec les enfants en souffrance psychique (de la petite enfance à l'entrée au collège), puis les professionnels travaillant avec des adolescents et des jeunes. Enfin, l'articulation, parfois particulièrement complexe des professionnels en lien avec les mineurs placés ou protégés par l'Aide Sociale à l'Enfance, fera l'objet d'un dernier chapitre.

1. Pratiques et articulation des professionnels autour des enfants en souffrance psychiques

1.1. Professionnels de la petite enfance : les crèches

> **Observation et repérage des signes de souffrance psychique en crèche, avec l'intervention ponctuelle de professionnels spécialisés**

L'observation des enfants fait partie intégrante des pratiques professionnelles des équipes de crèches. Les auxiliaires de puériculture et de crèches, les éducateurs de jeunes enfants, sont formés pour observer et repérer les éventuels signes de souffrance psychique chez les jeunes enfants.
Leur formation initiale et continue concernant le développement de l'enfant leur permet ainsi de repérer les différentes manifestations de souffrance (pleurs, difficultés de sommeil, troubles de l'alimentation, interactions avec les autres, ...), sans qu'il y ait forcément un caractère de gravité.
Par ailleurs, ces dernières années, un nombre croissant de professionnels de crèches ont été formés au repérage des troubles du neurodéveloppement et des troubles du spectre

autistique. Le fait qu'un enfant soit en retrait ou n'entre pas en relation est ainsi repéré comme un possible signe de souffrance psychique, de difficultés de développement.
Toutefois ces signes inquiètent les équipes dès lors qu'ils « *prennent toute la place* », présentent une certaine intensité, se maintiennent dans le temps et qu'ils impactent le développement de l'enfant, en entraînant un écart important par rapport aux attendus correspondant à son âge.

Les professionnels soulignent néanmoins l'importance d'être très prudent et de croiser les regards d'acteurs de diverses disciplines, ainsi que celui des parents, pour analyser les difficultés de l'enfant.
Lorsqu'une préoccupation émerge quant à un enfant, l'équipe de la crèche peut solliciter l'**intervention ponctuelle de professionnels spécialisés** (membres de l'équipe ou professionnels externes), psychologues, psychomotriciens, médecins, pour une observation approfondie de l'enfant, seul et dans un groupe, et pour apporter leur expertise dans l'analyse de difficultés rencontrées par l'enfant.
Il s'agit ainsi en premier lieu d'écarter les causes somatiques ou sensorielles qui pourraient être à l'origine d'un écart de développement. Pour ce faire, et en première instance, les professionnels de la crèche orientent les parents vers le **médecin traitant** de l'enfant qui pourra effectuer un bilan somatique et prescrire, si besoin, la réalisation d'examens complémentaires. Il s'agit à la fois pour les professionnels de ne pas inquiéter inutilement les parents mais également d'éviter une « sur-orientation » vers les soins psychiques.

Lorsqu'elle s'avère nécessaire, l'orientation vers un bilan ou des soins psychiques est une étape parfois longue, notamment parce que la reconnaissance des difficultés de l'enfant peut être douloureuse pour les parents et nécessiter du temps, ou encore en raison des représentations quelquefois très négatives des parents concernant la psychiatrie. Dans ce cas, les équipes de la crèche peuvent aussi orienter vers la **PMI, qui prendra alors le relais pour accompagner la famille dans la mise en place de la démarche de soins**.

Parfois, des partenariats avec des structures publiques de soin psychique

Localement, on repère des partenariats entre certaines crèches et structures de soins psychiques publiques ou associatives comme les CMP enfants et les CAMSP.

Des conventions entre des crèches et certains CMP, CAMSP permettent aux crèches de solliciter un temps d'observation spécialisée pour un enfant qui pose question. Le professionnel réalise sur place un temps d'observation de l'enfant dans son groupe. Les professionnels des crèches soulignent que ce type de partenariat facilite, si besoin, la mise en place de soins car un premier contact entre un soignant de la structure et les parents

peut être proposé à la crèche, à la suite de l'observation, ce qui rassure les parents et permet de lever certaines appréhensions.

À l'inverse, un CMP Enfant (ou adulte) peut solliciter une crèche pour accueillir un enfant si une problématique de santé mentale de la mère ou de l'enfant est repérée, et ce à des fins préventives, pour soutenir le développement de l'enfant, favoriser sa socialisation).

1.2. La PMI

Les services de protection maternelle et infantile des départements (PMI) organisent notamment des consultations et des actions médico-sociales de prévention et de suivi en faveur des enfants de moins de 6 ans et de leurs parents. Les équipes de PMI constituées principalement de médecins et d'infirmières de puériculture repèrent et peuvent réaliser les premiers tests notamment à l'occasion des consultations de PMI et des bilans de santé des 3-4 ans en école maternelle. Certaines PMI intègrent dans leur équipe un psychologue.

Psychologue en PMI

Le psychologue de PMI accompagne les professionnels du service dans l'analyse de situations au travers de leurs composantes psychiques et peut également proposer quelques entretiens pour évaluer les difficultés de l'enfant (et de sa famille), orienter si besoin vers des soins et apporter de l'écoute et du soutien psychologique pour l'enfant et ses parents présentant des difficultés mineures. Il reçoit l'enfant et sa famille sur orientation de l'équipe de PMI prioritairement mais également sur orientation d'un partenaire extérieur.

Dans certains territoires de Drôme et d'Ardèche où l'accès aux soins psychiques est très difficile du fait de la saturation des files actives des structures de soins publiques, mais aussi du coût et de la saturation des cabinets en libéral, la possibilité de soutien psychologique en PMI est semble-t-il très repérée par les partenaires extérieurs et notamment par les pédiatres, les médecins généralistes et par les psychologues scolaires notamment qui y orientent des enfants.
Face aux délais d'attente en CMP Enfants, certains psychologues de PMI peuvent constituer des sas d'attente de soins : ils proposent de poursuivre, pour certains enfants, au-delà des quelques entretiens initialement prévus, les entretiens d'écoute et de soutien psychologique jusqu'à la mise en place des soins en CMP Enfants. Cette possibilité permet à l'enfant d'être soutenu sur le plan psychologique dans l'attente d'une prise en charge.

Une articulation variable avec les professionnels du soin psychique

Les liens entre la PMI et les structures de soins psychiques publiques varient selon les territoires. Ces liens sont décrits comme faciles dans certains territoires, où les échanges sont possibles entre équipes. Ainsi, lorsque le médecin et le ou la psychologue ont la possibilité matérielle d'échanger avec les structures de soins psychiques sur des situations concrètes d'enfants, dans le cadre d'échanges bilatéraux ou lors des équipes éducatives organisées dans les écoles, les liens sont décrits comme fluides.
Dans d'autres territoires à l'inverse, les professionnels de PMI décrivent des liens distendus avec les professionnels du soin psychique et des possibilités d'échanges bilatéraux (ou dans le cadre de réunions pluriprofessionnelles) rares ou inexistants. Concrètement, cette absence de lien se manifeste par l'impossibilité ou la difficulté à échanger avec un membre de l'équipe soignante (notamment du CMP enfants) pour exposer la situation d'un enfant dont l'état de santé psychique les inquiète, ou encore l'absence de retour sur les enfants que la PMI a orienté vers la structure de soins (le plus souvent, le psychologue de PMI adresse un courrier d'orientation au pédopsychiatre, mais aucun retour ne lui est adressé pour lui indiquer si le patient a bien été reçu et quelle prise en charge lui est proposée). Certains professionnels de PMI regrettent également de ne pas être avertis en cas d'arrêt de soin s'il s'agit d'un suivi commun.

Les contraintes de moyens humains très fortes, tant du côté de la PMI que du côté des structures de soins psychiques, pèsent grandement sur la possibilité d'échanger et de se concerter autour de situations concrètes d'enfants en souffrance psychique. Si la présence d'un médecin au sein de la PMI facilite, semble-t-il, les liens avec les structures de soins psychiques et notamment les pédopsychiatres, l'absence de médecins de PMI, dans certains territoires, semble impacter négativement les possibilités d'articulation. Les postes non pourvus, les difficultés de recrutement créent des contraintes fortes sur les possibilités d'échanges entre structures différentes, mais à cela s'ajoute sans doute le fait que le dialogue est, de toutes façons, facilité lorsque des médecins sont en présence, de part et d'autre, qui peuvent *a minima* donner leur aval à ces échanges, s'ils ne peuvent y participer eux-mêmes.

Un partenariat de qualité entre PMI et écoles, mais également des contraintes repérées

Les professionnels de PMI décrivent une communication globalement aisée avec les écoles, et tout particulièrement les écoles maternelles, notamment entre professionnels ayant le même métier (entre médecins, ou entre psychologues des deux institutions). Là encore, les contraintes de moyens humains, et en particulier l'absence de médecin de PMI et de médecin scolaire dans un certain nombre de territoires sont un frein au travail

d'articulation et de dialogue autour de situations concrètes. Reste qu'au-delà de ce contexte très contraint, le dialogue entre professionnels de métiers différents demeure plus complexe à construire, pour des raisons qu'il faudrait sans doute explorer plus avant, mais qui d'ores et déjà interrogent les représentations des uns et des autres sur les professionnels de métiers différents, le sens du secret professionnel partagé entre professionnels de métiers différents et les conditions pour que le dialogue et la confiance puissent s'instaurer, même si les interlocuteurs ont des métiers différents.

1.3. Professionnels de l'éducation nationale : l'école primaire

Les enseignants en première ligne, mais pas toujours outillés face à la souffrance psychique des enfants

- Un risque de sous-repérage des signes non bruyants de souffrance psychique

Les enseignants d'école primaire sont en première ligne pour repérer des signes de souffrance psychique chez les enfants.
En maternelle, lorsque le jeune enfant verbalise parfois peu encore, les pleurs, les comportements violents envers les autres ou soi-même, mais aussi les attitudes de de retrait ou de fuite, les difficultés de l'enfant à entrer en lien avec les autres, peuvent alerter les enseignants sous l'angle d'une possible souffrance psychique chez l'enfant.
En élémentaire, à partir du cours préparatoire, les comportements difficiles (agitation verbale ou physique, agressivité, violence) et les difficultés d'apprentissages, sont les principaux signes de souffrance psychique repérés. À l'inverse, les formes de souffrance n'entrainant pas de difficultés de comportement de l'enfant en classe ou en matière d'apprentissage, sont susceptibles d'être sous repérées ou repérées tardivement. Alors que les élèves présentant des comportements gênants pour la classe vont attirer rapidement l'attention des enseignants, les enfants en retrait, passifs, isolés, qui ne « gênent » pas les autres, mais sont en souffrance psychique, peuvent passer inaperçus.

- Parfois une faible compréhension des soins psychiques et un risque de sur-orientation

Une partie des enseignants sont à la fois peu formés et outillés sur le repérage des signes de souffrance psychique mais ils ont souvent, également, semble-t-il une mauvaise connaissance et compréhension des objectifs et modalités du soin psychique (ce que l'on peut en attendre, la nécessité du temps long pour mettre en place un soin, la complexité à poser un diagnostic). Certains enseignants peuvent ainsi avoir des attentes de diagnostic et de résultats rapide, sur le modèle de la prise en charge des maladies somatiques.

Par ailleurs, les enseignants se voient parfois reprocher de conseiller directement aux parents de consulter en CMP, en CMPP, dès lors qu'ils constatent des difficultés de comportement ou d'apprentissage chez les enfants, sans solliciter au préalable l'avis et l'intervention de leurs collègues qui ont une expertise en la matière (notamment les psychologues scolaires, les psychologues et enseignants du RASED[5]).

Pour une partie des enseignants, les motifs et mécanismes d'orientation vers le soin psychique restent flous et, face à des difficultés de comportement de l'enfant, ils peuvent conseiller aux parents de solliciter des structures de soins, mais aussi des bilans, sans toujours en avoir discuté avec leurs collègues psychologues.

- Besoins et attentes des enseignants pour accueillir l'enfant en souffrance en classe

La tendance de certains enseignants à orienter directement les familles vers les structures de soins psychiques, ou encore vers la réalisation de bilans et de tests, témoigne d'un sentiment d'urgence à poser un diagnostic pour savoir quelle est la source de la souffrance de l'enfant, mais aussi pour faciliter la constitution d'un dossier de demande de reconnaissance du handicap (qui sera adressé à la Maison Départementale de l'Autonomie). En effet, la reconnaissance d'un handicap est un levier pour légitimer et faciliter la mise en place d'aménagements scolaires, mais aussi pour obtenir une aide humaine en classe : les accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH). Les AESH présents en classe aux côtés de l'enfant aident celui-ci à progresser dans les apprentissages et aussi à être bien accepté en classe par l'enseignant, ce dernier étant parfois mis à mal par les difficultés de comportement de l'enfant. Pour rappel, les dossiers de reconnaissance du handicap auprès de la MDA (ou MDPH)[6] sont complexes et longs à constituer, car ils nécessitent de réunir des éléments probants de diagnostic médical ou de bilans (dans un contexte de saturation des structures de soins psychiques, et du coût des bilans effectués en libéral…). Ainsi, certains élèves dont les difficultés ont parfois été repérées dès la maternelle peuvent, faute de bilans, de diagnostic et de reconnaissance de handicap, ne pas bénéficier d'aménagement en classe, qui seraient pourtant nécessaires pour permettre de faire progresser les apprentissages.

Par ailleurs, pour accueillir ces enfants en classe et, si besoin, mettre en place des adaptations pédagogiques, les enseignants expriment le besoin de comprendre quels sont les troubles, les difficultés de l'enfant, afin de mieux cibler les adaptations pertinentes. Par ailleurs, lorsque les difficultés de l'enfant sont reconnues

[5] Réseau d'aide aux enfants en difficultés (RASED)
[6] Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) en Ardèche, dans le département de la Drôme dénommée Maison départementale de l'Autonomie (MDA)

« médicalement », les enseignants seraient plus tolérants et sereins pour réaliser des aménagements. En effet, la reconnaissance « médicale » ou « officielle » des difficultés de l'enfant pourrait d'une certaine manière déculpabiliser les enseignants concernés et apaiser leurs craintes quant à ce qu'ils peuvent ressentir comme un échec de leur part, face à l'enfant. Le diagnostic, voire, la reconnaissance de handicap peuvent également encourager le recours des enseignants aux ressources humaines internes à l'Éducation nationale ou présentes sur le territoire, en matière d'aménagements pédagogiques. En effet, dans les écoles qui en sont pourvues, les enseignants peuvent faire appel aux psychologues scolaires, maitre G (aujourd'hui rares) et maitre E du RASED. Ils peuvent également solliciter les équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation (EMAS) portée par des associations intervenant dans le champ du handicap, qui peuvent les conseiller par rapport à leurs pratiques, face aux besoins spécifiques d'un enfant en situation de handicap, ou ayant des difficultés de comportement qui peuvent faire suspecter un handicap, même si celui-ci n'a pas fait l'objet d'une demande de reconnaissance par la MDPH.
Notons enfin que certains enseignants se mettent en lien avec les CMP ou les CMPP, lorsqu'une forme de partenariat existe au préalable, par exemple du fait de la participation des uns et des autres à des équipes éducatives pour être conseillés sur ce qu'il est possible de travailler en classe ou sur les aménagements pédagogiques pour l'enfant en souffrance psychique.

Toutefois, dans certains territoires, en particulier en rural, ces différentes ressources sont souvent éloignées géographiquement et les enseignants sont de fait plus isolés et parfois moins aidés ou outillés pour accueillir les enfants en souffrance psychique en classe (avec ou sans handicap reconnu). Certains enseignants peuvent de ce fait avoir le sentiment de « bricoler » pour réaliser des aménagements, ou pour adapter leur posture face aux besoins perçus chez l'enfant (par exemple, laisser crier l'enfant, ou encore aménager une cabane en classe pour permettre à l'enfant en crise de s'isoler).

Dans tous les cas, les enseignants sont souvent en demande d'échanges, de conseils et de soutien pour mieux comprendre le comportement et les besoins de l'enfant en souffrance psychique et être guidés sur l'attitude et les aménagements à mettre en place pour permettre à l'enfant de progresser dans ses apprentissages, en cohérence avec ce qui est travaillé avec les autres professionnels qui accompagnent l'enfant, hors de sa scolarité, et notamment les professionnels du soin psychique.

Face au risque de sentiment d'échec, de culpabilité, de découragement mais aussi d'isolement, chez les enseignants qui se trouvent seuls et peu outillés pour gérer des groupes classes où un ou plusieurs élèves présentent des formes de souffrance psychique avec parfois des difficultés de comportement ou d'apprentissage, la question du soutien se révèle donc essentielle. L'aide qui peut être apportée à ces enseignants au

sein de l'école (autres enseignants et directeurs), par des professionnels de santé scolaire et du RASED (lorsqu'ils sont présents dans le territoire) et enfin lorsque cela est possible par les structures de soins psychiques est essentiel. Au-delà, les équipes éducatives, lorsqu'elles peuvent réunir ces différents professionnels, permettent aux enseignants concernés d'exposer les difficultés de l'enfant mais aussi d'exprimer leurs propres difficultés face au comportement et aux difficultés de cet enfant. Le positionnement de bienveillance, de soutien de la part des autres professionnels à l'égard de l'enseignant lors des équipes éducatives, est aussi un levier d'étayage et d'aide très important.

On notera enfin que depuis 2017, les heures de formation continue des enseignants du premier degré (18h annuelles) qui pouvaient aborder un spectre assez large ont été recentrée sur les apprentissages fondamentaux (mathématiques et français) réduisant la possibilité institutionnelle de formation. Ainsi des formations à l'animation d'équipes éducatives à l'attention des directeurs d'école ne sont plus dispensées. Les compétences des enseignants s'acquièrent alors "*sur le tas*", au fur et à mesure des difficultés et des situations rencontrées.

- Compétences psycho-sociales : une approche étayante en émergence

De plus en plus d'enseignants se forment, semble-t-il, aux compétences psycho-sociales et accueillent ou mènent en classe des actions dans ce domaine, concernant notamment les émotions (reconnaître et verbaliser des émotions). Chez les enfants ayant bénéficié de ce type d'intervention, les psychologues scolaires repèrent des résultats positifs et particulièrement une plus grande facilité des enfants à exprimer leurs émotions, ce qui constitue un levier de prévention de la souffrance psychique.

Le RASED et les professionnels de santé scolaire : des ressources précieuses pour l'articulation avec le soin psychique

Les réseaux spécialisés d'aide aux élèves en difficultés (RASED) rassemblent des psychologues et des professeurs des écoles spécialisés (maitre E plutôt sur des difficultés d'apprentissage et maitre G, plus rares, centrés sur les difficultés de comportement) et peuvent intervenir auprès d'enfants en souffrance psychique. Dans leur pratique professionnelle, ces professionnels sont dans une recherche de cohérence et de complémentarité avec les professionnels du soin psychique, afin d'aider au mieux l'enfant. Les temps d'échange avec les professionnels du soin psychique, lorsque cela est possible (échanges téléphonique, participation aux équipes éducatives) permettent de croiser les regards sur les difficultés de l'enfant, de réfléchir aux adaptations et aux objectifs à atteindre avec l'enfant, en termes d'apprentissages scolaires, compte-tenu de ses besoins et de ses spécificités.

Les services de santé scolaires (médecin et infirmiers) peuvent également se mettre en contact avec les professionnels du soin psychique pour exposer les difficultés d'un enfant, lui permettre, dans certains cas, d'accéder à un rendez-vous plus rapide s'il présente des signes de souffrance importante. Ils ont également un rôle de relais entre les professionnels du soin psychique et l'équipe enseignante.

Ces professionnels spécialisés de l'Éducation nationale du premier degré, ont ainsi à la fois un rôle d'aide auprès des enfants en souffrance psychique (et de leurs parents), de conseil technique auprès des équipes enseignantes et d'articulation avec les professionnels du soin psychique.

Par ailleurs, si les enseignants sont très rarement en lien direct avec les soignants, ce lien est à l'inverse parfois régulier et décrit comme très fluide entre infirmiers scolaires ou professionnels des RASED et les équipes des CMP et CMPP.

Notons que, là encore, les échanges inter-institutions semblent souvent facilités entre professionnels ayant le même métier ou une formation proche : entre médecins (médecin scolaire et pédopsychiatre), entre psychologues (scolaire et de CMP ou de CMPP), entre maître G (ou E) et orthophoniste de CMP, CMPP. Le partage d'une formation, d'une culture, d'un langage commun facilite l'interconnaissance, les échanges et *in fine* la confiance.

Toutefois, cette volonté de collaboration, d'articulation entre professionnels d'institutions différents (échanges par courrier, téléphone, mail, participation à des équipes éducatives) se heurte aussi à des contraintes de moyens du côté de l'Éducation nationale et de la pédopsychiatrie publique, dans un contexte de démographie médicale déclinante, d'augmentation des besoins d'aide (en lien avec la dégradation de l'état de santé mentale des élèves) et de l'inclusion scolaire d'élèves en situation de handicap. Le RASED ne couvre qu'une partie des établissements scolaires, les maitre G sont de plus en plus rares (arrêt des formations), les secteurs d'intervention des infirmiers scolaires et plus encore des médecins scolaires sont très vastes (certains secteurs scolaires étant aujourd'hui sans médecin scolaire en Ardèche comme en Drôme).

1.4. Les professionnels des Programmes de Réussite Éducative (PRE)[7] et professionnels socio-éducatifs

L'Agence Nationale de la Cohésion des Territoires définit les PRE comme suit :

> Le dispositif Programme de réussite éducative (PRE) a été mis en place en France en 2005. Ce dispositif vise à remédier à un ensemble de difficultés rencontrées par des enfants et des jeunes, en leur proposant un suivi personnalisé à travers le parcours de réussite éducative (PRE). Les PRE répondent à plusieurs enjeux. Le premier consiste à recueillir la pleine adhésion des familles afin de faire bénéficier leur enfant de ce dispositif. Il importe, en effet, que la famille se mobilise pour accompagner son enfant dans ce projet. Le deuxième enjeu est de s'appuyer sur le droit commun existant et de le mobiliser. La bonne marche de ce dispositif nécessite de travailler étroitement en réseau avec les acteurs présents sur le territoire : enseignants, directeurs d'école, assistantes sociales, médecin scolaire, etc. Les PRE locaux sont majoritairement portés au niveau des communes, et sont d'une durée variable. En ce qui concerne les enfants et adolescents accompagnés par les PRE**,** la durée des parcours d'accompagnement varie en fonction de la complexité des difficultés rencontrées par l'enfant. L'accompagnement personnalisé s'étend entre sept et dix-huit mois pour deux-tiers des bénéficiaires.

Les PRE constituent des formes hybrides entre éducation spécialisée / éducation populaire, en proximité de l'Éducation nationale donc pas facile à classer et pas présents partout. Néanmoins, il existe plusieurs PRE en Drôme et en Ardèche, dans les territoires classés au titre de la politique de la ville, où la question de la souffrance psychique prend une place singulière. À titre d'exemple, au PRE de Valence la question du soin et plus largement de la santé est une dominante des accompagnements effectués et le lien avec les professionnels du soin une habitude. Les professionnels intervenant dans les PRE peuvent ainsi être des acteurs de l'articulation entre professionnels du soin psychique et hors soin psychique, notamment en orientant ou en facilitant l'orientation des enfants et des familles, au moins pour avis, vers les ressources de soin psychique (et notamment les CMP et CMPP).

Au-delà des PRE, il est important de souligner que tous les professionnels socio-éducatifs (y compris les professionnels du périscolaire, des centres sociaux) sont concernés par les enjeux de santé mentale des enfants et des adolescents qu'ils accueillent et ils sont, *de*

[7] Agence Nationale de la Cohésion des Territoires https://anct.gouv.fr/programmes-dispositifs/politique-de-la-ville/dispositifs/programme-de-reussite-educative

facto, des « acteurs cachés » de la santé mentale de ces publics, même s'ils travaillent très rarement en lien ou en articulation directe avec les professionnels du soin psychique.

1.5. Médecins généralistes

Des médecins généralistes (MG) souvent peu formés et outillés en santé mentale

La formation initiale des médecins généralistes en matière de santé mentale et sur les soins psychiques est très limitée et plus encore pour les enfants. Bien que l'offre de formation continue sur le sujet soit importante, elle est rarement utilisée par les médecins généralistes car le sujet est complexe et qu'ils manquent souvent de temps pour se former sur toutes les problématiques qu'ils abordent avec leurs patients. Les jeunes médecins choisissent souvent, en début de carrière, de se former sur des sujets « *concrets* », le plus souvent la prise en charge et le traitement de pathologies somatiques.

Dans leur pratique auprès des jeunes patients en souffrance psychique, ce sont les débuts de parcours, lorsque l'enfant n'est pas bilanté, diagnostiqué ou ne bénéficie pas encore d'un suivi psychique, qui sont les plus complexes pour les médecins généralistes.
Il est ainsi particulièrement délicat, pour les médecins traitants d'orienter leurs jeunes patients pour un bilan, un diagnostic ou une prise en charge, en premier lieu, souvent faute d'une bonne connaissance de l'offre en santé mentale en Ardèche ou en Drôme.

Par ailleurs, l'accès aux soins psychiques est particulièrement difficile dans certaines parties du territoire, faute de ressources suffisantes face à l'ampleur des besoins. Les délais d'attente pour la mise en place d'un suivi, dans certaines parties du territoire, sont ainsi parfois de plusieurs mois, voire d'une année, en lien avec la saturation des consultations en CMP, CMPP. De même, les délais d'attente pour la réalisation de bilans spécialisés en structure publique peuvent également être de plusieurs mois, du fait notamment de la saturation des centres de référence, … Et enfin le coût des bilans en libéral et la complexité de la mobilité en zones rurales pour les personnes non véhiculées, retardent la mise en place d'une prise en charge pour l'enfant en souffrance psychique.
Les professionnels rencontrés ont souligné que ces difficultés sont accrues lorsqu'il s'agit d'enfants de familles pauvres ou modestes, qui n'ont pas la possibilité de se déplacer facilement et de faire face au coût des bilans ou des consultations en libéral, et ce notamment dans des territoires ruraux où l'offre est éloignée.

Concernant les enfants pour lesquels il y a une suspicion de trouble neurodéveloppemental, les plateformes de coordination et d'orientation (PCO), connues

d'une partie des médecins généralistes, peuvent permettre la prise en charge financière de certains bilans.

Enfin, dernier obstacle, l'adressage de jeunes patients vers la pédopsychiatrie peut être très chronophage. Ainsi, avec certains CMP, il semble qu'un courrier d'adressage ne suffise pas : le médecin généraliste doit lui-même contacter par téléphone le pédopsychiatre pour exposer les difficultés de l'enfant, ce qui est particulièrement contraignant mais présente aussi l'intérêt, pour le médecin généraliste, de pouvoir échanger avec le médecin spécialisé sur la problématique et les besoins de l'enfant.

De nouvelles possibilités de prise en charge expérimentées dans certaines MSP

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) comme les CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) peuvent constituer des cadres facilitateurs pour instaurer de nouveaux partenariats entre professionnels de santé intervenant dans des champs différents, y compris dans le champ de la santé mentale. Ainsi, l'un des médecins généralistes interviewés, a développé dans le cadre d'une Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) un format de prise en charge pluridisciplinaire en santé mentale, pour des enfants ayant des difficultés légères à modérées. Suite à l'évaluation des difficultés de l'enfant par le médecin (qui peut s'étaler sur deux à trois consultations rapprochées dans le temps), le médecin généraliste peut proposer à l'enfant (et à ses parents) de bénéficier de consultations avec le psychologue, le psychomotricien et l'infirmière ASALEE de la MSP, ces différents professionnels étant en lien autour des patients qu'ils suivent en commun. Cette offre de prise en charge, dans un contexte de ressources psychiatriques en tension, peut ainsi constituer une réponse pour les enfants dont les difficultés sont faibles ou passagères, mais aussi un « sas » d'attente avant un éventuel relais au CMP. En effet, lorsque les besoins de l'enfant s'avèrent plus complexes, le recours à la pédopsychiatrie reste évidemment nécessaire.

Le médecin généraliste interviewé a ainsi exprimé le besoin d'avoir un partenariat renforcé avec les professionnels des soins psychiques mais aussi avec les professionnels hors soins psychique qui travaillent avec les enfants, et notamment l'Éducation nationale. Un partenariat plus développé permettrait aux professionnels de sortir de leur isolement respectif, d'affiner la compréhension des difficultés de l'enfant par des regards croisés et aussi donner à voir à la famille une prise en charge coordonnée. L'articulation des prises en charge et la cohérence des discours tenus sont en effet essentielles pour que les familles puissent comprendre et mieux adhérer et soutenir, à la maison, les prises en charge proposées. Ce médecin a, par ailleurs, souligné l'intérêt pour lui et pour la MSP de l'existence d'un réseau local de santé mentale, réunissant les différents acteurs de terrain,

y compris la pédopsychiatrie, pour exposer des cas concrets et monter en compétence dans la prise en charge des enfants en souffrance psychique.

Ce témoignage souligne à la fois le fait que les médecins généralistes sont peut-être trop rarement invités dans le cadre des équipes éducatives, mais que des passerelles peuvent aussi sans doute plus facilement se créer entre eux et la pédopsychiatrie publique, dans le cadre des MSP ou encore des CPTS.

Des médecins généralistes en attente d'une articulation accrue avec les pédopsychiatres

Les médecins généralistes interviewés expriment cependant aussi une attente d'un accès plus facile aux avis spécialisé de pédopsychiatre, pour les aider à évaluer, dans les cas qui leur semblent les plus complexes, les difficultés et besoins de l'enfant et ce afin de mettre en place, ou de réajuster, si besoin, un traitement médicamenteux. Ils sont également en demande d'échanges et de conseils sur les modalités de prise en charge des enfants en souffrance psychique et les possibilités de relais de prise en charge en CMP ou en CMPP si les difficultés de l'enfant semblent dépasser leurs compétences de médecin traitant.
Ainsi, l'un des médecins généralistes interviewés signalait que les échanges téléphoniques avec le pédopsychiatre lui permettaient à la fois de mieux évaluer mais aussi de mieux comprendre les difficultés de l'enfant, et enfin d'être conseillé voire, conforté, sur le format de prise en charge proposée pour l'enfant en médecine générale ou encore de passer plus facilement le relais au pédopsychiatre, lorsqu'une prise en charge en médecine générale ne suffit pas.

On soulignera que dans certains territoires, même si le pédopsychiatre est difficile à joindre (souvent du fait de la rareté de ces professionnels), le médecin généraliste a la possibilité d'échanger oralement avec l'infirmier du CMP Enfants, qui fera ensuite lui-même le lien avec le pédopsychiatre. Même si le contact n'est pas direct entre le médecin généraliste et le pédopsychiatre, le fait de pouvoir échanger avec des professionnels de l'équipe soignante du CMP constitue une articulation efficace et un atout pour une prise en charge adaptée de l'enfant.

Des attentes d'outils pour faciliter les échanges avec les acteurs du soin psychique

Les échanges oraux téléphoniques, lorsqu'ils sont possibles, constituent un mode d'échange efficace et apprécié des médecins généralistes, mais ces échanges sont souvent complexes à mettre en place et chronophages pour les uns et pour les autres.

Aussi, les médecins généralistes soulignent le besoin de pouvoir s'appuyer sur un outil de communication écrite qui facilite certains échanges d'informations avec les équipes soignantes des CMP, et notamment les pédopsychiatres, qui permettent d'optimiser le suivi des jeunes patients. Certains évoquent la possibilité d'avoir un logiciel commun ou une messagerie partagée sécurisée pour faciliter ces échanges d'informations. Notons que la messagerie sécurisée MonSISRA qu'une partie des médecins généralistes utilisent avec leurs confrères spécialistes, notamment hospitaliers, n'est en effet pas utilisée par les psychiatres en CMP.

Par ailleurs, d'autres médecins généralistes sont en attente d'un annuaire ou d'un « guide » pour les aider à mieux repérer l'offre en santé mentale disponible à proximité et pour solliciter les différentes ressources, selon les modalités adaptées et à bon escient. Certains de ces médecins ont cité en exemple l'annuaire des Hospices Civils de Lyon destiné aux médecins généralistes.

1.6. Les orthophonistes libéraux

Des attentes d'articulation renforcée autour des troubles de l'apprentissage et du comportement

Certains enfants ayant des troubles du comportement et de l'apprentissage ne peuvent bénéficier d'une rééducation orthophonique en CMP, car ces structures peinent à recruter et pouvoir ces postes[8]. De ce fait, ils bénéficient d'une double prise en charge en CMPP ou CMP et en orthophonie libérale.

Par ailleurs, une partie des enfants suivis en orthophonie, en libéral, sont en souffrance psychique et relèveraient d'une prise en charge pluridisciplinaire en CMPP ou CMP, mais ils sont confrontés à des délais d'attente très longs, du fait d'une saturation des files actives dans l'une ou l'autre de ces structures.

Face à ces enfants aux besoins complexes qui dépassent les difficultés langagières, les orthophonistes expriment une attente d'échanges avec la pédopsychiatrie en CMP ou CMPP, pour guider leur travail de rééducation en orthophonie et mieux adapter les prises en charge proposées. Et, au-delà des échanges d'informations pour mieux comprendre les besoins de l'enfant, certains orthophonistes libéraux sont en attentes d'être associés à la construction du soin, à l'image du travail pluridisciplinaire réalisé en CMP, CMPP. Dans un contexte de files actives très importantes dans les CMP et CMPP, avec des délais de

[8] La faible attractivité financière du métier d'orthophoniste en établissement de santé crée des difficultés de recrutement, dans un contexte de forte demande de la part des familles. Les orthophonistes préfèrent ainsi souvent s'installer en libéral.

prise en charge qui peuvent être de plusieurs mois, le recours à l'orthophonie en libéral est indispensable. Or, les articulations effectives entre CMP, CMPP et orthophonistes libéraux semblent rares.

Ainsi, les échanges et collaborations entre les orthophonistes libéraux et ces structures publiques ou associatives se heurtent en premier lieu à des difficultés organisationnelles pour communiquer : les agendas très contraints des uns et des autres rendent difficiles l'organisation de temps d'échanges téléphoniques. En outre, certains orthophonistes libéraux ont le sentiment d'être peu considérés du fait de leur choix d'exercer en libéral plutôt que de travailler comme salariés de structures publiques ou associatives, ce choix pouvant être interprété comme une volonté de prioriser la dimension « lucrative ». Ces orthophonistes ressentent ainsi une forme de préjugé voire de mise à l'écart, qui réduirait encore les possibilités de communiquer avec les CMP ou CMPP.

En revanche, la communication et les relations avec d'autres professionnels de santé libéraux qui prennent en charge des enfants, leur semble plus aisée et fluide. Les orthophonistes communiquent, par exemple, plus facilement à l'oral par téléphone, en dehors des horaires de consultations (alors que les structures publiques sont fermées) pour se concerter, élaborer ensemble autour de patients communs.

L'enjeu d'un lien renforcé entre orthophonistes et professionnels du soin psychique reste ainsi entier, qui mériterait d'être exploré plus avant, notamment au travers des opportunités que peuvent représenter les équipes éducatives ou encore les MSP et CPTS.

1.7. Les services de pédiatrie en centres hospitaliers MCO

Les services de pédiatrie en centres hospitaliers MCO constituent une possibilité de prise en charge, en hospitalisation, pour certains enfants en souffrance psychique : en cas de crise clastique, en crise suicidaire (ayant fait ou non une tentative de suicide) ou nécessitant un séjour de rupture de quelques jours avec leur milieu familial, ou encore ayant des troubles alimentaires inquiétants. Reste qu'en Ardèche et en Drôme, le nombre de lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie est limité à 10 lits pour les deux départements.

La souffrance psychique des enfants hospitalisés pour des problèmes de santé somatiques est également prise en compte et un suivi psychique peut être proposé durant l'hospitalisation en pédiatrie. Ainsi, le Pôle Mère Enfant du Centre hospitalier de Valence est particulièrement outillé sur la prise en charge en santé mentale des enfants et collabore étroitement avec les services de pédopsychiatrie du Centre hospitalier Drôme Vivarais (CHDV). Les psychologues du service de pédiatrie peuvent réaliser un suivi psychologique de l'enfant le temps de l'hospitalisation. Par ailleurs, un pédopsychiatre de liaison (qui dépend du CHDV) est présent au service des urgences et dans le service de

pédiatrie et en périnatalité. Enfin, le service de pédiatrie peut, à la demande du CMP Enfant, programmer des hospitalisations d'enfants suivis en CMP Enfants, pour observation.

Un travail de liaison en pédopsychiatrie est également réalisé dans le service de pédiatrie des Hôpitaux Nord Drôme (HDN), par l'équipe du CMP Musselon de Romans-sur-Isère, rattaché au pôle enfant/ados du centre hospitalier Drôme Vivarais. Une convention entre les deux établissements encadre cette collaboration qui se traduit concrètement par deux passages hebdomadaires, tout au long de l'année dans le service de pédiatrie : un passage infirmier et un passage médico infirmier (avec un pédopsychiatre). Le passage du mardi est un temps de rencontre clinique. Le passage du vendredi se décompose en trois moments : participation à la relève médicale avec évocation des situations cliniques tant d'un point de vue médical somatique que d'un point de vue psychiatrique, un temps de rencontre clinique, la participation au « staff ados hebdomadaire » (avec la présence de l'équipe du CMP, de l'équipe médicale de la pédiatrie, du service social des HDN, de l'éducatrice ados du service de pédiatrie, de la psychologue du service de pédiatrie). Environ 10 situations sont examinées par semaine, dans le cadre de ce travail de liaison, qui concernent majoritairement des adolescents entre 13 et 17 ans, dont la souffrance psychique se traduit souvent par des tentatives de suicide, des lésions auto infligées (type scarifications, passage à l'acte hétéro-agressif). L'équipe du CMP effectue un travail d'observation clinique avec restitution auprès de l'équipe médicale de pédiatrie qui gère le temps d'hospitalisation et les relations avec les parents, la famille ou les éducateurs. Une transmission écrite de chacun des comptes-rendus de consultation est réalisée dans un deuxième temps par l'équipe du CMP, via Mon Sisra, afin de nourrir les décisions thérapeutiques dans les dossiers patients des HDN. Enfin, des temps de coordination sont menés avec les équipes de pédopsychiatrie prenant en charge les adolescents en dehors du territoire romanais (Valence, CMP de Tournon/Tain, CMP de Saint-Vallier).

1.8. L'unité périnatalité Drôme Nord : consultations et soins des interactions précoces

L'équipe du CMP de Musselon peut recevoir ou rencontrer à la maternité du centre hospitalier Drôme Nord, des mères et des parents, de manière individuelle ou groupale en anté, pré et post-natal, sur demande effectuée au CMP, par les parents ou par les partenaires adresseurs.

1.9. Groupes de paroles pour enfants dont un parent est hospitalisé au CHDV

Le Centre hospitalier Drôme Vivarais propose des groupes de parole pour enfants (entre 4 et 13 ans) dont un parent est hospitalisé en psychiatrie. Ces groupes de parole hebdomadaires sont animés par deux professionnels du CHDV (infirmiers, assistantes sociales, pédopsychiatres).

2. Pratiques et articulation des professionnels autour des adolescents et jeunes en souffrance psychique

L'ensemble des professionnels travaillant en lien avec des adolescents et des jeunes partagent le constat d'une péjoration de l'état de santé mentale de ce public et l'augmentation de ses besoins d'écoute psychologique et de soins psychiques.

La bonne articulation des professionnels autour des adolescents et des jeunes en souffrance psychique en Drôme et en Ardèche est facilitée par l'existence de réseaux d'acteurs locaux autour de la santé mentale des jeunes. On repère ainsi le collectif Folie Douce dans la Vallée de la Drôme et le Diois, le réseau valentinois autour de la santé des jeunes ou encore le réseau santé des jeunes à Tournon en Ardèche, qui réunissent des acteurs de terrain de différents champs travaillant auprès de jeunes (psychiatrie et pédopsychiatrie, PAEJ, Éducation nationale, PAEJ, acteurs du champs socio-éducatif et social). Ces réseaux constituent une réelle plus-value pour l'interconnaissance des professionnels, de leurs missions spécifiques. Ils facilitent l'émergence d'une culture commune, de relations de confiance entre professionnels de champs différents et, *in fine*, l'accès à une prise en charge adaptée des adolescents et jeunes en souffrance psychique.

Un certain nombre de professionnels d'ores et déjà cités pour les enfants interviennent également auprès des adolescents et des jeunes en souffrance psychique. C'est notamment le cas des médecins généralistes, pour lesquels nous préciserons certains éléments spécifiques liés à leur pratique auprès d'adolescents. Puis, nous aborderons les pratiques en santé mentale de certains professionnels et structures qui sont spécifiquement en lien avec les adolescents et les jeunes et leur articulation avec les acteurs du soin psychique.

2.1. Les médecins généralistes : parfois isolés face aux jeunes en souffrance psychique

Dans leur pratique soignante avec des adolescents ou des jeunes, les médecins généralistes expriment les difficultés qu'ils ont parfois à distinguer ce qui relève « du normal et du pathologique » notamment face aux signes d'une « crise adolescente », qui peut parfois relever d'une souffrance psychique plus profonde voire de l'entrée dans une psychose. À ceci s'ajoute souvent la réticence, voire le refus des adolescents et jeunes de consulter un « psy » car ces professionnels sont souvent associés à la folie, et à la stigmatisation sociale qu'elle peut entrainer, ou encore parce qu'ils ont été suivis dans leur enfance et qu'ils ont le sentiment que cette prise en charge a été inutile ou pas vraiment aidante pour eux. Or, face aux réticences voire, au refus, du jeune d'entamer des soins psychiques, les médecins généralistes n'ont pas toujours la possibilité de se tourner vers un confrère spécialisé et se trouvent alors parfois seuls à assurer le suivi du jeune ou de l'adolescent en souffrance psychique, alors même qu'ils sont très peu formés à la clinique adolescente.

Outre le fait que les médecins généralistes ne savent pas toujours comment entrer effectivement en lien avec un CMP ou un CMPP, ils ne connaissent pas toujours les autres ressources existantes du territoire, en matière de soin ou d'accompagnement psychique, qui se trouvent parfois hors de leur commune.

2.2. Les collèges et lycées : le rôle essentiel des infirmiers scolaires

L'infirmier scolaire constitue souvent une ressource précieuse pour les jeunes en souffrance, qui ont besoin d'une écoute, mais tous les établissements ne sont pas également dotés, notamment dans les zones rurales.

Les infirmiers scolaires, dans les collèges et les lycées dans lesquels ils sont présents, peuvent constituer une ressource d'écoute pour les élèves en souffrance psychique et, si besoin, une ressource d'orientation vers une écoute psychologique voire, vers des soins psychiques. Dans les territoires où l'accès aux psychologues libéraux ou à des soins en CMP est très difficile, notamment du fait de la saturation des files actives, certains infirmiers scolaires ont mis en place des sortes de « sas » d'écoute dans l'attente d'une prise en charge du jeune : ils peuvent ainsi notamment proposer des entretiens réguliers (plusieurs fois par mois et parfois chaque semaine) afin d'étayer le jeune en souffrance psychique, dans l'attente d'une prise en charge. Les infirmiers scolaires notent, que depuis la crise sanitaire du Covid-19 et la péjoration de l'état de santé mentale des adolescents et jeunes, les besoins et demandes d'écoute sont en forte augmentation et se révèlent chronophages, rendant plus complexe la construction d'une première réponse à chacune des demandes exprimées.

En l'absence d'infirmiers scolaires ou s'il n'est présent que ponctuellement dans l'établissement (un même infirmier couvre souvent plusieurs collèges dans des territoires ruraux), les enseignants et les conseillers principaux d'éducation (CPE) se retrouvent en première ligne, mais ils sont souvent démunis et peu outillés pour écouter, accompagner, orienter les élèves en souffrance psychique, ou encore en crise suicidaire.

Dans la plupart des établissements, des formations au renforcement des compétences psychosociales, au repérage de la crise suicidaire, à la prévention et au repérage du harcèlement, sont proposées aux enseignants et autres professionnels, qui peuvent favoriser une meilleure disponibilité d'écoute face aux adolescents et aux jeunes, une meilleure capacité à repérer les signaux de souffrance psychique et d'alerte. Néanmoins, le besoin de relais en interne, vers des soins psychiques, en cas de besoin, reste complexe si l'infirmier est peu présent dans l'établissement.

Au-delà, les professionnels interviewés ont le sentiment d'une bonne articulation avec les professionnels du soin psychique pour aménager la scolarité d'élèves suivis en pédopsychiatrie. L'infirmière scolaire et le CPE sont semble-t-il souvent directement en lien avec les CMP et font le relais avec l'équipe enseignante et le chef d'établissement.

Le problème principal souligné par les interviewés réside dans la difficulté d'accès aux soins psychiques pour les adolescents repérés comme étant en souffrance psychique aigüe, dans un contexte de forte augmentation des besoins et de saturation des files actives. L'augmentation des crises suicidaires et des passages à l'acte est un point d'alerte sur lequel les professionnels des établissements scolaires ne se sentent pas toujours outillés en termes de soutien ou de prise de relais par les professionnels du soin psychique. Cette situation est source d'une forte inquiétude pour les professionnels et génère, pour eux aussi, une forme de souffrance.

2.3. La Mission Locale

La souffrance psychique des jeunes en insertion est une problématique bien repérée et prise en compte de longue date en Mission locale. En réponse à cette problématique, certains conseillers en insertion professionnelle se forment au renforcement des compétences psychosociales, au repérage de la crise suicidaire ou encore aux premiers secours en santé mentale (PSSM). La plupart des Missions Locales ont par ailleurs des conseillers qui sont « référents santé », et qui sont plus formés et informés sur les ressources d'aide existantes localement dans le champ de la santé mentale, les approches possibles à développer avec certains jeunes, au moins en première intention.

Sur certains territoires, les Missions Locales se sont dotées de psychologues. Ces derniers peuvent proposer une première écoute aux jeunes en souffrance psychique, qui leurs

sont orientés par des conseillers d'insertion. Cette écoute est basée sur quelques entretiens avec le jeune, qui peuvent constituer un premier soutien psychologique, parfois suffisant, ou qui peuvent ouvrir la voie à un suivi ou à des soins psychiques en CMP ou en ville, si besoin. Les psychologues de Missions Locales peuvent également conseiller et soutenir leurs collègues dans la compréhension de la problématique des jeunes qu'ils suivent.

Si la possibilité d'un soutien psychologique via quelques entretiens peut suffire pour apaiser des jeunes ayant des difficultés légères à modérées, elle permet aussi une première évaluation de la souffrance de l'adolescent ou du jeune, et faciliter l'orientation vers des soins psychiques pour ceux qui en auraient besoin. En effet, la présence d'un psychologue dans l'équipe peut permettre de dédramatiser ou déstigmatiser le soin psychique chez les jeunes et ainsi de lever les possibles réticences de certains d'entre eux face aux « psy ». Enfin, le fait d'avoir pu créer un début de lien de confiance avec l'adolescent ou le jeune, peut aussi faciliter la mobilisation de ce dernier pour se tourner vers un soin psychique.

Dans certains cas, pour des jeunes en souffrance psychique aigüe mais qui n'accèdent pas à des soins psychiques, du fait de l'éloignement des ressources, de réticences de la part du jeune, de craintes de la psychiatrie, certains psychologues de Mission locale peuvent proposer de poursuivre les entretiens d'écoute et de soutien psychologique dans l'attente d'une prise en charge médicale. Certains psychologues peuvent parfois se mettre en lien avec le médecin traitant du jeune pour la mise en place d'un traitement médicamenteux.

Restent que les liens entre Missions locales, même ayant un psychologue, et les CMP sont variables, mais souvent ténus. Les entretiens menés n'ont pas permis de repérer des partenariats effectifs entre CMP et Missions Locales. L'articulation se fait dans le discours que les psychologues tiennent aux jeunes concernant les soins qu'ils suivent ou pourraient suivre au CMP, ou plus rarement en ville.

Par ailleurs, la tranche d'âge des jeunes suivis en Missions Locales (16-25 ans) relève à la fois de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie adulte, multipliant ainsi la complexité des liens à tisser, dans un cadre de moyens qui restent contraints.

2.4. Les foyers de jeunes travailleurs (FJT)

D'après les professionnels interviewés, une majorité des salariés travaillant en FJT est peu formée et peu outillée en matière de santé mentale. Par ailleurs, une grande partie d'entre eux est issue de l'animation socioculturelle et plutôt centrée sur les approches collectives.

La santé mentale est toutefois particulièrement investie dans certains FJT, avec la présence de psychologues au sein de ces structures, qui ont une plus grande attention aux situations individuelles et aux problématiques de souffrance psychique chez les jeunes résidents. Ces professionnels sont particulièrement attentifs aux difficultés des jeunes en insertion et des jeunes migrants, un public particulièrement vulnérable sur le plan de la santé mentale et plus souvent touché par des problématiques d'isolement social, voire de parcours traumatiques. Les psychologues en FJT peuvent accueillir individuellement les jeunes et proposer quelques entretiens, pour étayer le jeune sur une période définie. Le psychologue peut également, si besoin, orienter le jeune vers un soin psychique. Cette orientation vers des soins psychiques est facilitée par la bonne connaissance qu'ont les psychologues des ressources de santé mentale en local et des missions des professionnels du soin psychique. Le soutien du psychologue peut également permettre de dédramatiser le recours aux soins psychique et ainsi favoriser la démarche de soin du jeune. Enfin, le psychologue peut apporter son soutien à l'équipe dans le repérage des signes de souffrance psychique chez des jeunes résidants et dans l'analyse des difficultés des jeunes.

Il semble enfin que certaines équipes de professionnels au sein des FJT se forment dans le champ de la prévention en santé mentale, par exemple aux premiers secours en santé mentale (PSSM).

Dans certains cas, des partenariats entre la psychiatrie publique et des FJT se construisent autour de l'enjeu de l'hébergement de certains jeunes. Il arrive en effet que la psychiatrie publique sollicite des FJT pour héberger des jeunes ayant des troubles psychiques chroniques, en garantissant le fait que les soins psychiques et l'étayage du jeune sera bien assuré par les équipes du CHS. En effet, les FJT, même avec l'appui d'un psychologue en interne, ne peuvent assurer l'accompagnement spécifique dont ont besoin les jeunes qui sont suivis en psychiatrie.

2.5. Les Points Accueil Écoute Jeunes

Les points accueil écoute Jeunes (PAEJ) sont des ressources d'écoute psychologique destinées aux 12-25 ans, généralement bien repérés là où ils sont implantés : les établissements scolaires, les éducateurs de prévention mais également, parfois les médecins généralistes et enfin les CMP orientent régulièrement des jeunes en souffrance psychique vers ces structures.

Les PAEJ peuvent être portés par différentes structures, selon les territoires, et notamment par les Maisons des Adolescents (MDA).

Les liens et l'articulation entre les PAEJ et les professionnels du soin psychique sont variables d'un territoire à l'autre, selon le niveau d'interconnaissance et de confiance entre professionnels. On observe que cette interconnaissance entre professionnels de structures différentes est facilitée lorsque les professionnels soignants interviennent dans plusieurs structures : dans ce cas, le dialogue est fluide entre Point Écoute et structures de psychiatrie. L'existence de réseaux locaux autour de la santé mentale, peuvent également faciliter les échanges et les partenariats entre structures.

Lorsqu'un lien existe entre psychiatrie publique et PAEJ, les orientations vers le soin psychique en cas de besoin, sont facilitées : selon l'évaluation des difficultés du jeune effectuée par le psychologue du PAEJ, un rendez-vous plus rapide en pédopsychiatrie peut être proposé. Les psychologues de PAEJ apprécient également d'avoir un retour lorsqu'ils ont envoyé un courrier d'adressage au CMP, afin de savoir si une prise en charge va effectivement être proposée, ou non, au jeune et d'ajuster alors leurs propres proposition ou d'autres orientations, éventuellement, aux jeunes accueillis.

2.6. Les éducateurs spécialisés : un projet expérimental dans la Drôme « Psy de rue »

La Sauvegarde 26 porte depuis deux ans un nouveau dispositif « Psy de rue », qui s'est déployé sur le territoire du Crestois-Pays de Saillans et plus récemment sur Montélimar. Un psychologue accompagne ainsi les éducateurs spécialisés dans les espaces extérieurs où ils vont à la rencontre des jeunes.

Les éducateurs qui repèrent parfois des points d'alerte chez certains jeunes, en matière de souffrance psychique, peuvent présenter leur collègue psychologue, au fil de leurs rencontres avec les jeunes, sur le terrain. Le psychologue peut avoir des échanges informels avec les jeunes, dans ces espaces extérieurs, mais aussi lors d'évènements spécifiques, ou encore, de manière plus « classique », au local de la Sauvegarde 26.

Ce dispositif prometteur, qui semble d'ores et déjà répondre aux besoins rencontrés chez les jeunes en difficultés d'insertion scolaire, professionnelle et sociale, fait l'objet d'une évaluation qui se terminera au premier semestre 2025.

3. Pratiques et articulation des professionnels autour des mineurs protégés par l'Aide Sociale à l'Enfance

Les enfants et jeunes mineurs placés et accompagnés par les services d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) présentent globalement un état de santé dégradé par rapport à l'ensemble des enfants et jeunes de la même classe d'âge, tout particulièrement en matière de santé mentale. La littérature montre ainsi une plus grande prévalence de la souffrance psychique, des retards de développement, d'addictions et de comportement suicidaires parmi ce public. Or, ces enfants, moins suivis sur le plan somatique, ont également plus difficilement accès aux soins psychiques, en raison notamment de ruptures dans le parcours de vie (déménagements et changement de secteurs pédopsychiatriques notamment, mais aussi problématique de l'autorité parentale et du consentement aux soins, …) qui engendrent souvent des ruptures de soins.

Différents acteurs interviennent autour des enfants en souffrance psychique suivis par l'ASE : Éducation nationale, médecin généraliste, orthophonistes et professionnels des soins psychiques, et bien sûr, équipes d'éducateurs spécialisés d'associations ayant conventionné avec les départements. La question des ressources humaines insuffisantes au regard de la masse des besoins est souvent pointée, qui concerne aussi bien les services de protection que les services de soins psychiques. Dans ce cadre fortement contraint, des articulations sont parfois possibles, mais toujours difficiles à construire et fragiles.

3.1. Les services départementaux de Protection de l'Enfance

Les services départementaux de Protection de l'Enfance et notamment les référents ASE sont en charge de l'évaluation des situations de danger et de risque de danger pour les mineurs, de la mise en place de mesures de protection (notamment des aides éducatives et des placements) et enfin du suivi des enfants protégés. Ces professionnels sont en lien, plus ou moins fluide, avec un grand nombre d'acteurs et notamment les acteurs éducatifs (Éducation nationale), les opérateurs de l'aide sociale à l'enfance et les acteurs sanitaires, notamment les professionnels du soin psychique. Reste que les besoins de ces publics très vulnérables sont importants, que les ressources humaines sont contraintes, et que l'insatisfaction autour des réponses qui peuvent être apportées est souvent au rendez-vous, de part et d'autre.

Face à ce constat, le département de l'Ardèche expérimente des postes d'infirmiers en charge de la santé des enfants placés (3 postes dans le département de l'Ardèche), afin d'améliorer le suivi de santé de ces enfants. Ces professionnels peuvent être des

interlocuteurs privilégiés pour les acteurs du champ sanitaire et notamment pour les professionnels du soin psychique.

D'une manière générale, les professionnels des services de Protection de l'Enfance rappellent l'importance de croiser les regards sur les difficultés de l'enfant, de travailler en concertation avec les différents professionnels intervenant autour de l'enfant et notamment les professionnels du soin psychique, à la fois pour apporter la réponse la plus pertinente aux besoins de l'enfant, mais aussi pour soutenir les familles d'accueil (lorsque l'enfant est placé) qui ne sont pas outillées ni formées en santé mentale. Face à des situations souvent complexes, il est essentiel que les familles d'accueil ne soient pas isolées.
Par ailleurs, la concertation interprofessionnelle, autour de prises en charge complémentaires (protection, éducation, soin) permet aussi de faire des propositions cohérentes à l'enfant et plus facilement lisible pour les parents.

Sur le terrain cependant, les liens entre les services départementaux de Protection de l'Enfance et les professionnels du soin psychique sont variables.
Les professionnels des services de Protection de l'Enfance ont, globalement, le sentiment que le dialogue est devenu plus facile avec les structures de soins psychiques. Aujourd'hui, les échanges semblent plus fluides que par le passé, lorsque nombre de pédopsychiatres pouvaient être très réticents à transmettre des informations sur la problématique de l'enfant et sur sa prise en charge. Les uns et les autres comprennent mieux leurs besoins respectifs et l'intérêt à travailler en cohérence.
Il semble néanmoins que certains CMP Enfants (notamment en Ardèche) n'ont pas de travailleur social dans leur équipe, ce qui peut constituer un manque pour établir un bon passage de relais entre l'équipe soignante et les services départementaux de Protection de l'Enfance.
Enfin, dans plusieurs territoires, les services départementaux de Protection de l'Enfance connaissent de fortes contraintes de moyens humains. Turnover et saturation des travailleurs sociaux accaparés par des missions d'évaluation réduisent le temps et les possibilités d'échange entre professionnels et sont défavorables aux articulations avec la pédopsychiatrie.

De même, l'articulation entre les services départementaux de Protection de l'Enfance et les services de santé scolaires n'est pas toujours aisée. Certains médecins scolaires peuvent avoir le sentiment de mal connaître les missions des acteurs de l'aide sociale à l'enfance et surtout, ils manquent de temps pour échanger, se concerter avec ces derniers autour de cas concrets.

3.2. Les opérateurs de l'Aide Sociale à l'Enfance : des liens plus fluides avec la psychiatrie publique

Les équipes des services et établissements de l'Aide Sociale à l'Enfance, le plus souvent des associations ayant conventionné avec le Conseil départemental pour la mise en œuvre des mesures éducatives en milieu ouvert et des placements, sont principalement constituées d'éducateurs spécialisés mais aussi de psychologues et dans certains cas d'infirmiers.

Les psychologues en service éducatif et établissement de placement peuvent recevoir en entretien les mineurs et jeunes majeurs protégés afin de leur apporter un soutien psychologique ponctuel, mais ils n'assurent pas de suivis psychologiques. Ils interviennent également en soutien auprès de l'équipe afin d'apporter leur compréhension et leur lecture de la problématique de l'enfant (et *in fine* de participer à mettre en œuvre un accompagnement au plus près des besoins de l'enfant). Dans certains services éducatifs, les psychologues peuvent également proposer des entretiens aux parents de l'enfant, à leur domicile. Cette proposition d'entretien est utilisée par certains parents. Toutefois, la crainte que des éléments puissent être communiqués par le psychologue aux éducateurs ou au juge, qui pourraient utiliser ces éléments pour retirer la garde des enfants aux parents, constitue souvent un frein puissant chez les parents.

Les psychologues peuvent également jouer un rôle de relais entre l'équipe éducative et les professionnels du soin psychique. Les liens tissés avec les structures de soins psychiques, peuvent parfois leur permettre d'obtenir, pour un enfant en grande souffrance, un rendez-vous avec un soignant plus rapidement. Notons toutefois que ces psychologues interviennent souvent à temps très partiel dans les services et établissements de placement, ce qui limite leur possibilité d'intervention.

Des postes d'infirmiers ont été créés récemment dans certains établissements de placement, afin d'améliorer le suivi de santé des enfants confiés : l'objectif est d'éviter les pertes d'informations et aussi d'éviter les ruptures de soins du fait des multiples déménagements et placements qui affectent souvent les enfants protégés. Les infirmiers reçoivent les enfants nouvellement arrivés en établissement pour effectuer un bilan de santé d'admission, reprendre l'historique des problèmes de santé rencontrés par l'enfant et les suivis mis en place. Une fois le bilan effectué, l'infirmier va prendre attache avec les professionnels de santé qui suivent déjà l'enfant et mettre en place les suivis de santé manquants. Dans les établissements de l'ASE où ils sont en place, la présence des infirmiers est décrite comme facilitant le dialogue et l'articulation avec les établissements de soins psychiques : avec les pédopsychiatres et les infirmiers de CMP Enfants ou encore avec la Maison des Adolescents.

Cette articulation semble ainsi plus facile que lorsque c'est l'équipe éducative qui sollicite les structures de soins. Il semble que les éducateurs ont souvent le sentiment d'être moins entendus lorsqu'ils s'adressent à la pédopsychiatrie pour des mineurs chez qui ils repèrent des signes de souffrance psychique. On retrouve ici l'idée que le dialogue est plus facile entre professionnels du soin, même de structures différentes et que le dialogue interprofessionnel est plus délicat à construire : langage commun, confiance nécessitent du temps… et des échanges. La présence d'un infirmier peut, de fait, lever ces obstacles et ainsi faire gagner du temps.

Reste que les services de l'ASE soulignent la nécessité de multiplier les regards extérieurs sur un enfant avec en particulier celui du pédopsychiatre, afin d'évaluer le plus finement possible les difficultés de l'enfant, son niveau de souffrance, mais le risque de danger au domicile parental. Pour ce faire, il est également important que l'équipe éducative puisse transmettre aux professionnels du soin psychique la survenue de certains évènements dans la vie de l'enfant, pour éclairer la compréhension des soignants face à tel ou tel aspect de la souffrance psychique de l'enfant, et à ce qu'il peut évoquer ou manifester en consultation.

Les professionnels de l'ASE interviewés, semblent globalement satisfaits des possibilités d'échange avec les professionnels de l'Éducation nationale mais aussi avec les professionnels du soin psychique qui prennent en charge les enfants protégés et placés. Ils apprécient notamment les possibilités d'échanges téléphoniques avec l'assistante sociale de certains CMP Enfant ou encore les échanges en présentiel lors de rencontres d'équipes éducatives dans les écoles primaires.

Il apparait que des liens partenariaux renforcés ont été construits entre la pédopsychiatrie et des équipes ASE sur plusieurs territoires. Ainsi, des équipes ASE ont la possibilité de demander à certains CMP Enfants de participer à des réunions de synthèse autour de mineurs placés. Ces réunions de synthèse sont parfois même systématiquement organisées, dans le cadre de nouvelles demandes de prise en charge. De même, le partenariat noué entre les acteurs de l'ASE, la Maison des adolescents (MDA) de la Drôme et la pédopsychiatrie, a permis de renforcer l'interconnaissance et la collaboration entre les équipes. Aujourd'hui, des éducateurs ASE effectuent des permanences à la Maison des Adolescents et, en cas de besoin, ils peuvent solliciter la tenue d'une réunion de synthèse autour de situations concrètes.
Ces réunions de synthèse autour de cas concrets constituent une réelle plus-value pour les équipes ASE : même si ces réunions n'aboutissent pas toujours à la mise en place d'un soin ou d'un premier rendez-vous en pédopsychiatrie, elles permettent aux professionnels de l'ASE de bénéficier du regard du pédopsychiatre, d'affiner leur compréhension des problématiques du mineur accompagné, et enfin d'ajuster leur positionnement professionnel ou l'accompagnement proposé à l'enfant.

Certains professionnels de l'ASE ont signalé lors des entretiens que la plupart des échanges avec la pédopsychiatre se font oralement, ce qui permet des échanges très fluides mais peut contribuer à morceler l'information sur les jeunes suivis, ce qui peut être défavorable à la cohérence des différentes prises en charge (le problème n'étant pas anodin, au regard du turnover qui peut exister dans certaines équipes de l'ASE). Ainsi, des informations écrites (rapports, synthèses ou « simples » courriers,) sur le suivi et les problématiques de chaque enfant, faciliteraient la cohérence et la continuité des différentes prises en charge dont ont besoin les enfants.

On notera que des rapports éducatifs sont rédigés et constitués à l'intention du juge, mais qu'aucun élément sur la santé de l'enfant n'y est mentionné, ce qui peut manquer pour une bonne compréhension de la situation et des besoins de l'enfant.

Enfin, le manque de trace écrite sur les problématiques et le suivi sur le plan psychique de l'enfant, peut manquer à celui-ci lorsqu'il aura grandi, et souhaitera se réapproprier son histoire, les évènements survenus et les suivis mis en place, notamment en ayant accès et en lisant leur dossier, à l'ASE. Le « morcellement » ressenti par certains jeunes adultes sur leur propre histoire de vie constituant en soi une souffrance et générant des questions qui peuvent entraver les projets de vie.

3.3. Mais, des divergences et des difficultés d'articulation repérées, autour des mineurs protégés

La difficile mise en place et continuité des soins psychiques pour les mineurs protégés

Des obstacles de différents ordres ne permettent pas toujours ou retardent la mise en place de soins psychiques pour les mineurs placés, qui sont particulièrement touchés par des problématiques de souffrance psychique, au regard de leur parcours personnel émaillé de ruptures.
En premier lieu, le consentement des parents qui ont conservé leur autorité parentale est nécessaire pour la mise en place des soins psychiques. Ce consentement aux soins est parfois difficile à obtenir, soit parce que l'enfant est nouvellement placé et qu'il faut du temps au parent en début de parcours de placement pour accepter la nécessité de soins et donner son accord, soit en raison du peu ou de liens difficiles entre le parent et l'institution. Certains professionnels de l'ASE peuvent avoir le sentiment d'une contradiction entre des mesures éducatives imposées aux parents mais des soins soumis à la libre adhésion. Ils constatent et soulignent par ailleurs que les obligations de soins ordonnées par le juge, ne sont pas toujours suivies d'effets : si les parents ne font pas la démarche, l'enfant reste sans soins.

En second lieu, les professionnels constatent qu'à la préadolescence, à l'adolescence, les mineurs qui ont pu être suivis en pédopsychiatrie dans leur enfance ou qui ont rencontré de nombreux psychologues dans leurs parcours de placement, sont réticents ou refusent les soins. Ils sont lassés de raconter leur histoire, de rencontrer psychologues et psychiatres.

Enfin, le problème majeur, selon les professionnels de l'ASE rencontrés, reste l'accès aux soins psychiques qui est très difficile. Les délais de prise en charge en pédopsychiatrie sont longs dans la plupart des territoires et de nombreux enfants suivis par l'ASE sont en attente de soins, parfois depuis plus d'un an en CMP Enfants et souvent depuis 4 à 6 mois en Maison des Adolescents. Pour les adolescents et les jeunes, des délais longs sont également constatés, souvent plus de six mois. Toutefois, pour les adolescents et les jeunes drômois (pour ceux qui dépendant du Centre hospitalier Drôme Vivarais pour la pédopsychiatrie), l'existence d'équipes mobiles, équipe mobile adolescents et équipe mobile premiers épisodes psychiatriques, qui peuvent se déplacer à la demande des professionnels de l'ASE sur les lieux de placement, constituent une vraie plus-value pour l'accès aux soins des mineurs et un soutien pour les professionnels éducatifs (aide à l'évaluation des situations, conseil sur les positionnement des professionnels éducatifs, adaptation de l'accompagnement éducatif).

La discontinuité des soins psychiques est par ailleurs une problématique courante pour les mineurs suivis par l'ASE : les changements parfois fréquents de services, de lieu de placement (en famille d'accueil, en foyer…) et donc aussi d'adresse, créent de la discontinuité dans les prises en charge. Les CMP étant sectorisés, en changeant d'adresse, l'enfant doit aussi parfois changer de CMP. Par ailleurs, les professionnels de l'ASE constatent qu'au retour de l'enfant à domicile, les parents et parfois l'adolescent lui-même ont tendance à faire table rase des suivis mis en place quand ce n'est pas la distance d'accès (et difficultés de mobilité) qui fait obstacle à la poursuite du suivi en pédopsychiatrie.

Enfin, au sujet des soins en pédopsychiatrie, les acteurs de l'ASE soulignent l'intérêt de développer des thérapies familiales pour les enfants et familles qui bénéficient de mesures éducatives au domicile des parents. En effet, ils constatent que les parents des enfants placés sont souvent concernés eux-mêmes par de la souffrance psychique mais qu'ils sont réticents à entamer un travail et une prise en charge psychique. Selon les professionnels, il peut s'agir de parents très isolés (sur le plan familial et amical), en souffrance psychique et qui ont construit un système de défense psychique pour ne pas s'effondrer et pour lesquels il est particulièrement douloureux et difficile d'entamer un travail psychique. La proposition d'entamer une thérapie familiale pourrait être saisie plus facilement, car perçue comme plus contenante, et pourrait permettre à ces parents d'entamer un suivi thérapeutique. La rencontre entre les professionnels de l'ASE et du centre de thérapie familiale Métaphore (porté par le CHDV) devrait faciliter l'orientation de familles bénéficiant de mesures éducatives à ce type de prise en charge.

Des divergences d'évaluation de la souffrance psychique de l'enfant et du danger et pas toujours de possibilité de partager les points de vue

Des divergences sur l'évaluation de la souffrance de l'enfant dans son milieu familial (sur l'évaluation du risque et du danger pour le mineur de rester au domicile) sont parfois rapportées, certains professionnels pouvant avoir le sentiment que la souffrance de l'enfant est parfois minimisée et que l'enfant n'est pas protégé suffisamment tôt.
Au-delà de la différence d'évaluation de la situation, ce qui est pointé comme problématique c'est l'absence de possibilité d'échange avec le travailleur social (du service de la Protection de l'Enfance) ou de possibilité d'organiser une réunion de synthèse avec les professionnels qui accompagnent l'enfant et notamment le service départemental de protection de l'enfant. Cette difficulté semble en partie liée à la saturation des services de Protection de l'Enfance et au manque d'interconnaissance des professionnels (turnover des professionnels dans les services de Protection de l'Enfance).

Par ailleurs, les services départementaux de Protection de l'Enfance peuvent parfois pointer chez certains opérateurs de l'ASE une intervention insuffisamment soutenue et un positionnement professionnel inadéquat pour évaluer la situation de danger pour l'enfant. Ils rappellent la nécessité que l'éducateur voit l'enfant seul et non pas uniquement en présence des parents. Ils soulignent également que certains enfants sont insécurisés dans les lieux de visite médiatisés : le médiateur est seul pour plusieurs familles et insuffisamment présent auprès de l'enfant pour le sécuriser lorsqu'il rencontre son ou ses parents (notamment dans des situations de violence intrafamiliale).

Articulation complexe des acteurs autour des mineurs en crise

Les situations d'enfants, d'adolescents en crise sont particulièrement difficiles à gérer pour les structures de placement et les familles d'accueil, notamment lorsqu'elles sont assorties de violence. Le maintien des enfants, des adolescents en crise, en cas de violence, est particulièrement complexe en collectif, à la fois pour les autres enfants et pour l'éducateur qui peut se trouver seul en journée dans les locaux. Les familles d'accueil sont également peu outillées pour accueillir des enfants en crise et violents.

Face à ce type de situation, considérant que les difficultés de l'enfant relèvent de soins psychiques et qu'ils ne peuvent plus l'accueillir dans l'établissement de placement, les professionnels de la Protection de l'Enfance font appel aux urgences ou aux professionnels du soin psychique pour que l'enfant soit hospitalisé (en psychiatrie ou en service de pédiatrie). Toutefois, le passage aux urgences ou une hospitalisation de courte durée (une semaine, 15 jours) ne permettent pas la mise en place ou le réajustement d'un

traitement médicamenteux et d'un suivi psychique. Suite à leur passage (aux urgences ou en service de pédiatrie), ils sont renvoyés dans leur lieu de placement, sans que des soins psychiques ne soient mis en place. L'insistance des professionnels de l'ASE, la répétition des crises permet pour certains enfants d'organiser une hospitalisation en psychiatrie et de trouver un lieu de vie adapté, mais ces situations sont très chronophages et, dans l'intervalle, elles mettent à mal les professionnels et les autres enfants accueillis dans le lieu de placement.
Plus globalement, les éducateurs peuvent avoir le sentiment que leur parole n'est pas entendue, reconnue lorsqu'ils repèrent des signes de souffrance psychique aigüe, le besoin de mettre en place en urgence des soins psychiques (et moins encore d'hospitaliser en psychiatrie un mineur protégé).

Les professionnels du soin psychique et des services hospitaliers de pédiatrie n'ont pas forcément le même regard sur ces situations, certains considérant qu'il s'agit d'une problématique éducative. Par ailleurs, ils craignent qu'aucune solution d'aval, suite à l'hospitalisation, ne soit organisée par les services de Protection de l'Enfance et que l'enfant reste hospitalisé dans leurs services faute de solution d'accueil adaptée. Ils rappellent à ce sujet que l'hôpital n'est pas un lieu de vie. Ils peuvent ainsi avoir le sentiment que l'on fait appel aux professionnels du soin psychique en urgence, sommés de trouver une solution, de mettre en place des soins dans l'urgence et que l'ASE se défausse de sa responsabilité.

Dans ce type de situation, à nouveau, l'interconnaissance, la confiance entre professionnels de différents champs, la connaissance de la manière de travailler de chacun, possible lorsque les professionnels travaillent ensemble sur le même territoire depuis de longues années, facilitent le dialogue et la collaboration autour de ces situations complexes. Elles permettent par exemple au professionnel de la Protection de l'Enfance de négocier une hospitalisation en psychiatrie auprès du pédopsychiatre, en lui assurant qu'une solution d'aval pour l'accueil du mineur est d'ores et déjà organisée et programmée.

Enfin, le constat du manque de solution d'accueil adapté pour les enfants de l'ASE en crise, notamment s'il y a violence, est partagé par tous (soignants et non soignants) : les familles d'accueil manquent et sont insuffisamment outillées pour accueillir ces enfants et aucune famille d'accueil thérapeutique n'est repérée dans les départements de la Drôme et de l'Ardèche. Par ailleurs, il n'existe pas dans ces départements de lieu d'accueil proposant un encadrement renforcé et un accompagnement thérapeutique spécifique pour des enfants en situation de crise.

Professionnels du soin psychique

1. Enfants, adolescents et jeunes : les problématiques les plus fréquemment rencontrées par les professionnels

1.1. Les acteurs du soin psychique, missions et spécificités

Les professionnels du soin psychique que nous avons interviewés exercent en structures de prise en charge ambulatoire : en CMP, CMPP, CATTP, hôpital de jour, Maison des Adolescents ou en tant que psychologue libéral.

Pour un non professionnel du soin psychique, les différences entre les prises en charge qui peuvent être effectuées par ces différents acteurs ne sont pas toujours claires. Aussi, il nous a semblé important de rappeler quelles sont leurs missions et spécificités[9] :

- **Les Centre médico-psychologiques** (CMP) sont des structures de soins ambulatoires qui dépendent des centres hospitaliers spécialisés (hôpitaux psychiatriques). Le CMP est un lieu de soin public, sectorisé (selon sectorisation hospitalière) proposant des consultations médico-psychologiques et sociales à toute personne en difficulté psychique. Il existe des CMP pour enfants et adolescents et des CMP pour adultes. Les personnes sont accompagnées par une équipe pluriprofessionnelle qui regroupe des soignantes et des soignants (psychiatres, psychologues, infirmières et infirmiers, orthophonistes, etc.), des professionnels du social (assistantes et assistants de service social, éducatrices et éducateurs, etc.). Si besoin, les personnes sont orientées vers des structures adaptées (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, hôpital de jour, unité d'hospitalisation psychiatrique). Chaque personne, en fonction de son lieu d'habitation, dépend d'un CMP particulier avec qui elle peut prendre contact directement. Les consultations en CMP sont gratuites ; elles sont entièrement financées par la sécurité sociale.

- **Les Centre médico-psycho-pédagogiques** (CMPP) (59) sont des structures associatives qui ne dépendent pas des centres hospitaliers. Le CMPP propose des consultations aux enfants et aux adolescents de 0 à 20 ans présentant notamment des difficultés psychiques, des troubles du comportement, des

[9] Dictionnaire des lieux de soins. Site de PsyCom. https://www.psycom.org/sorienter/le-dictionnaire-des-lieux/centre-medico-psychologique-cmp/

difficultés d'apprentissage. Une équipe pluridisciplinaire (pédopsychiatres, psychologues, psychomotriciennes et psychomotriciens, orthophonistes, éducatrices et éducateurs, assistantes et assistants de service social) assure le dépistage, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques et du comportement de l'enfant et de l'adolescent. Les familles et les jeunes peuvent prendre directement contact avec un CMPP afin de fixer un RDV. Les consultations en CMPP sont gratuites ; elles sont financées par la sécurité sociale.

- **Les Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel** (CATTP), structures de soins ambulatoires qui dépendent des centres hospitaliers spécialisés (hôpitaux psychiatriques). Le CATTP est un lieu de soin public proposant des actions thérapeutiques de soutien**.** Ces activités (musique, peinture, expression corporelle, groupes de parole, par exemple) s'adressent à des personnes (enfants et adultes) vivant à domicile, parfois isolées et souhaitant trouver un cadre plus structuré en journée. Elles visent à maintenir ou favoriser une existence autonome, favorisent les approches relationnelles, la communication et l'affirmation de soi**.** Les patientes et patients viennent selon des rythmes différents, une ou plusieurs fois par semaine. Les équipes travaillant en CATTP sont pluriprofessionnelles (psychologues, psychiatres, infirmières et infirmiers, éducateurs et éducatrices, assistantes et assistants de service social, ergothérapeutes, etc.). Pour aller au CATTP, la personne doit être adressée par sa ou son psychiatre.

- **Les hôpitaux de jour** accueillent, en journée, les enfants avec des troubles psychiques ou avec des troubles du neurodéveloppement. Les enfants ou adolescents sont accompagnés sur le plan médical, éducatif et pédagogique**.** L'enfant ou adolescent y reçoit des soins et des activités éducatives lui sont proposées. Dans certains hôpitaux de jour, la scolarisation est organisée par un enseignant mis à disposition par l'Éducation nationale. Les soins sont variés selon le projet de l'hôpital de jour et les besoins de chaque enfant en situation de handicap. L'équipe de l'hôpital de jour travaille généralement avec l'enfant sur l'estime de soi, l'ouverture aux autres, la capacité à apprendre et à gagner en autonomie. Parfois, cette structure permet aussi la poursuite du diagnostic de l'enfant. Les soins sont spécialisés et adaptés à chaque enfant. Les enfants sont par petits groupes, ce qui permet d'avoir un bon accompagnement et suivi des progrès de l'enfant. Pour aller en hôpital de jour, l'enfant ou l'adolescent doit être adressé par son ou sa psychiatre.

- **Les Maisons des adolescents** (MDA) sont des lieux d'accueil destinés aux jeunes de 11 à 25 ans qui se posent des questions relatives à l'adolescence (sexualité, puberté, consommation de toxiques, mal-être, etc.). Les jeunes sont accompagnés par des équipes pluridisciplinaires (médecin, psychologue, juriste, infirmière ou infirmier, éducateur ou éducatrice, etc.). Ils peuvent bénéficier d'entretiens individuels ou d'entretiens de groupes (groupes de paroles, groupes à médiation thérapeutique). Les familles des jeunes ainsi que les professionnelles et professionnels peuvent également être reçus dans les MDA. Les accueils et accompagnements sont anonymes, gratuits et sans rendez-vous**.** Les MDA sont des acteurs de prévention plus que de soin psychique, mais elles sont souvent en lien avec les professionnels des services publics psychiatriques.

1.2. Le repérage et l'orientation vers le soin psychique

La rencontre avec les professionnels du soin psychique, en ce qui concerne les enfants et les parents, dépend grandement des démarches entreprises ou non par les familles, mais aussi du territoire et de ses ressources effectives.

En premier lieu, les professionnels soulignent que le profil socio-économique des familles est déterminant. Le fait que les parents aient quelques notions sur ce qu'est le soin psychique, mais aussi sur les signes de souffrance psychique qui peuvent alerter chez un enfant ou un adolescent, sont des éléments qui facilitent une sollicitation des professionnels du soin psychique. À l'inverse, certaines familles ne se représentent pas le soin psychique, ou encore en ont une image négative et peuvent se montrer réticentes à se tourner vers ce type de ressources. Certaines familles se positionnent ainsi dans une méfiance vis-à-vis des institutions de soins, et vis-à-vis de la psychiatrie en particulier qui peut retarder fortement le recours aux soins.

Les familles les plus en précarité et celles qui sont les plus démunies en termes de littératie en santé sont cependant plus à risque de retard ou de renoncement aux soins, comme c'est le cas en matière d'accès aux soins d'une manière générale. Certains des professionnels interviewés estiment à 20 % la part d'enfants qui arrivent tardivement aux soins.

La présence ou la rareté de ressources du territoire en termes de soins psychiques pèse également sur les démarches de recours aux soins, notamment lorsque les familles sont confrontées à des difficultés de mobilité : pas de véhicules, pas de permis de conduire, … Dans certaines zones rurales, et peut-être plus particulièrement en Ardèche, d'après les professionnels rencontrés, les familles modestes ou précaires sont confrontées à la

« triple peine » : peu de connaissance des signes d'alerte, peu de connaissance des possibilités de soins et peu de moyens pour arriver jusqu'aux structures de soins.

Pourtant, et malgré ces difficultés, les professionnels convergent sur le constat d'enfants repérés de plus en plus tôt. L'entrée à l'école maternelle, et plus encore à l'école primaire, est un élément particulièrement déclencheur, même si les crèches et la PMI peuvent aussi repérer des signes de souffrance dès les premières années de vie. L'école cependant reste un lieu-clé où les comportements perturbateurs pour la classe sont, notamment, vite repérés. Ce sont ainsi souvent les enseignants qui repèrent une problématique, au travers de comportements bruyants, agités ou agressifs des enfants et qui conseillent aux parents de se tourner vers des professionnels médicaux, et notamment des professionnels du soin psychique.

Les médecins généralistes, lorsqu'ils sont le « médecin de famille » et qu'ils suivent l'enfant sur la durée peuvent également être à la fois des acteurs du repérage et de l'orientation vers des soins psychiques.

Reste que ce sont plus facilement les signes « positifs » ou du moins « bruyants » ou « dérangeants » qui constituent un levier de sollicitation des professionnels du soin psychique. Lorsque la souffrance psychique est plus silencieuse, discrète, qu'elle n'entraine pas de perturbations en classe ou dans la famille, elle est moins vite repérée et le recours aux soins peut être alors plus tardif.

1.3. Souffrance psychique des enfants et adolescents : souvent des enjeux de difficultés familiales et sociales

Trois grandes catégories de difficultés sont évoquées par les professionnels que nous avons interviewés, concernant les enfants, qui sont en lien avec de grands déterminants de la santé, et de la santé mentale.

En premier lieu, les fragilités sociales, la précarité, apparaissent comme une « toile de fond » dans nombre de situations qui arrivent jusqu'aux professionnels (parfois jusqu'à 50 % des files actives de certaines des structures interviewées). À la vulnérabilité socio-économique s'ajoute également souvent, pour les enfants qui arrivent jusqu'à ces structures, une vulnérabilité affective. Leurs parents sont eux-mêmes souvent en souffrance psychique, parfois relativement socialement isolés, notamment les mères qui élèvent seules leurs enfants.

Les enfants suivis par l'Aide Sociale à l'Enfance constituent sans doute la population la plus marquée par différentes formes de précarité, à la fois sociale et affective. Systématiquement évoqués dans les entretiens par les professionnels rencontrés, ces

enfants suivis par l'ASE présentent des difficultés particulières de prise en charge : le lien maintenu ou non avec leurs parents, les contraintes des familles d'accueil, le cas échéant, les déménagements qui impliquent des changements de secteurs psychiatriques sont autant de facteurs de risques de rupture dans le parcours de soin. Ces enfants sont unanimement décrits comme cumulant différentes fragilités, en lien avec des problématiques parentales et familiales fortes, des conditions de vie très contraintes, qui peuvent elles-mêmes se croiser avec les difficultés de moyens rencontrés par les associations qui les accompagnent au titre de la Protection de l'Enfance.

Plus largement, les professionnels interviewés évoquent des problématiques familiales, mais aussi éducatives et parentales, même sans précarité marquée. Ce constat souligne le rôle déterminant que peuvent jouer la famille et les parents dans la genèse de la souffrance psychique des enfants, mais aussi toute la difficulté à faire des parents des alliés du soin, lorsqu'ils sont eux-mêmes dans une souffrance qu'ils ignorent parfois.

Les problématiques de souffrance psychique en lien avec le cadre scolaire ou la pression scolaire sont également évoquées par la quasi-totalité des professionnels rencontrés. Si les périodes de vacances scolaires s'accompagnent d'une diminution des sollicitations, les situations restent relativement fréquentes. Les professionnels n'évoquent pas, en l'espèce, de lien particulier avec des vulnérabilités socio-économiques. En revanche, la « mécanique » des relations familiales apparait toujours comme importante dans la structuration de la souffrance psychique des enfants, avec des parents décrits comme pouvant être « surprotecteurs », éventuellement face à l'institution scolaire.

Enfin, tous les professionnels constatent une « *explosion* » des troubles du spectre autistique (TSA), sur un versant plutôt « léger ». Les enfants concernés par les troubles les plus sévères et les plus invalidant étant, parfois, pris en charge par d'autres acteurs, dans le champ spécifique du handicap (établissement ou service social ou médico-social de type Institut médico-éducatif (IME), Institut d'éducation motrice (IEM), Institut pour enfants et adolescents polyhandicapés (IEAP), notamment).

Chez les enfants, et sans doute particulièrement chez les jeunes enfants, l'étiologie des difficultés et les sources de la souffrance psychique sont complexes à comprendre, mais les déterminants de la santé mentale, au premier rang desquels le « système familial », sont toujours essentiels à prendre en compte. Si les familles repèrent spontanément des manifestations de souffrance et sollicitent les soignants, et notamment les CMP et CMPP, les « orientateurs » sont souvent l'école (école maternelle et primaire), mais aussi les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance et, pour les enfants plus âgés ou adolescents, lorsque les manifestations de la souffrance sont liées à des formes de délinquance, les professionnels de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Les médecins généralistes peuvent aussi être orientateurs vers le soin psychique.

1.4. Les adolescents et jeunes : souffrance psychique accentuées et enjeux d'étiquetage

Les professionnels ont unanimement souligné que la souffrance des adolescents et jeunes avait largement été aggravée par la crise sanitaire du Covid-19. Les phénomènes de repli sur soi, d'angoisse, d'anxiété, les phobies scolaires ont été intensifiés et multipliés, à la fois par la crise elle-même (crainte des contaminations, …) et par les confinements successifs.

Par ailleurs, et par rapport à ce qui était observé pendant l'enfance, les professionnels décrivent des signes de souffrance psychique plus accentués avec, pour une partie des adolescents et jeunes pris en charge, des conduites à risques. Les difficultés repérées, d'apparition récente ou déjà ancrées dans un historique ancien, deviennent plus visibles, pour la famille, mais aussi pour les divers professionnels qui sont en contact avec ces jeunes.

Les problématiques d'angoisse et d'anxiété, avec ou sans phobies sont particulièrement repérées, qui se manifestent par des signes de dépression ou encore des troubles du comportement alimentaire, notamment chez les filles.

Cette souffrance est parfois complexifiée par des consommations de substances psychoactives chez les jeunes, dont, *a minima*, le cannabis. Même si l'objectif du jeune est souvent de trouver un levier de détente et d'apaisement au travers de ces consommations, les effets peuvent être fortement délétères et provoquer ou favoriser, dans certains cas, des bouffées délirantes.

Les conduites suicidaires et tentatives de suicide deviennent également récurrentes parmi les formes de souffrance psychique repérées à l'adolescence qui arrivent jusqu'aux soignants. C'est le plus souvent après une crise suicidaire que les adolescents sont orientés vers les structures de soins.

Les professionnels sont encore confrontés, pour cette tranche d'âge, à des jeunes en sur-difficultés, notamment suivis par l'ASE ou la PJJ. Aux multiples difficultés qui étaient souvent déjà repérées dans l'enfance (notamment concernant les fragilités sociales et familiales) s'ajoutent parfois des comportements violents, qui complexifient à la fois les parcours d'accompagnement et de prise en charge soignante. En effet, les jeunes au comportement violent sont plus difficiles à gérer par les différentes structures et des stratégies d'évitement sont parfois repérées, souvent avec la justification de moyens humains insuffisants pour prendre le jeune en charge.

Enfin, certains des adolescents présentent des troubles plus sévères, notamment pour ceux qui sont concernés par des formes d'autisme.

Si les établissements scolaires (et notamment les collèges) restent d'importants orientateurs vers les structures de soins, les parents deviennent plus directement demandeurs lorsque leurs enfants atteignent l'adolescence, alors qu'ils se trouvent dépassés par des signes qui ne peuvent plus être « édulcorables » ou imputables à la « jeunesse » de l'enfant. Les problématiques en lien avec la scolarité (résultats scolaires mais surtout problèmes de discipline et de comportement) semblent être de fréquents déclencheurs d'une demande d'aide au plan du soin psychique. Que les difficultés se situent au niveau des résultats scolaires ou du comportement de l'adolescent, les parents perçoivent que leur enfant ne répond pas aux attentes de l'institution. Certains des parents sollicitent les soignants, sur la base d'une hypothèse concernant un trouble neurologique développemental dont serait affecté leur enfant. Certains d'entre eux évoquent directement un possible trouble du spectre autistique, un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Enfin, la possibilité que l'enfant soit un « HPI » (haut potentiel intellectuel) est parfois interrogée par les parents : cette étiquette, qui serait à la fois explicative et valorisante (pour l'enfant et pour ses parents) semble de plus en plus recherchée par les parents.

De la même manière, les professionnels interviewés constatent que parents et professeurs ont tendance à manifester une meilleure tolérance aux difficultés de comportement lorsqu'on évoque un possible trouble neurodéveloppemental. Un TND est plus facilement accepté comme une sorte de « fatalité » qui appelle une démarche d'acceptation, d'accompagnement et d'inclusion. À l'inverse, la maladie psychique reste un étiquetage très problématique pour les parents. Comme pour l'ensemble de la société, la « folie » reste souvent effrayante et socialement stigmatisante.

Reste que lorsque la souffrance psychique de l'adolescent ou du jeune s'exprime au travers de comportements violents, parents comme éducateurs peuvent se sentir dépassés. Dans ces situations, les professionnels constatent de fortes attentes des parents pour réduire les problèmes, ou du moins les symptômes, notamment par des médicaments, alors que pour les soignants ces médicaments ne sont pas toujours nécessaires.

À l'inverse, certains parents sont méfiants vis-à-vis des médicaments tels que les neuroleptiques et expriment une attente de traitement, mais sur le versant des « *médecines naturelles* » : l'homéopathie et autres médecines *« douces* » étant privilégiées par certains parents. Ces attentes sont peut-être particulièrement marquées en Drôme et Ardèche, départements plus largement identifiés comme propices aux médecines alternatives et plus facilement réfractaires aux traitements allopathiques ou à la vaccination. Certains pédopsychiatres s'interrogent sur le sens que revêtent ces

traitement « alternatifs » pour les parents, en termes d'étiquetage du problème de leur enfant : les médecines « douces » indiqueraient-elles que, finalement, la difficulté de l'enfant est « légère » ?

Dans tous les cas, les enjeux d'étiquetage deviennent peut-être plus importants pour les parents lorsque leur enfant atteint l'adolescence, alors que les questions de parcours scolaire et d'inclusion sociale deviennent plus prégnantes. Or, cet étiquetage est directement lié à la façon dont le problème est nommé, ou non, par les professionnels : c'est tout l'enjeu du diagnostic.

2. Le diagnostic : enjeu majeur et étape-clé du parcours de soin

2.1. Nommer pour comprendre… ?

Tous les professionnels interviewés convergent sur le fait que les attentes des parents mais aussi des enseignants, et plus globalement des professionnels qui accompagnent les enfants (éducateurs spécialisés, …) sont très fortes, vis-à-vis du diagnostic. Le diagnostic est souvent vu, par ces derniers, comme l'étape indispensable et fondatrice pour trouver des solutions, mettre en place une prise en charge adaptée à l'enfant.

Le diagnostic répond aussi à une attente fondamentale (et légitime), notamment chez les parents, qui est de comprendre le problème qui concerne l'enfant ou l'adolescent. « *Qu'est-ce qu'il a ?* » apparait comme l'une des premières questions posées aux soignants. Et la réponse qui sera apportée à cette question, notamment si un trouble est suspecté, peut engendrer un déni ou au contraire permettre une forme d'apaisement chez les parents et la possible mise en route d'une attitude tolérante. En tout état de cause, si l'enfant ou l'adolescent a un problème reconnu par le corps médical, alors c'est qu'il ne « *fait pas exprès* » : il faut l'aider, le soigner autant que possible, mais aussi essayer de s'adapter, en tant qu'adulte, qu'éducateur, ….

Les soignants interviewés constatent que si les parents veulent comprendre « *ce qu'a* » leur enfant, il ne s'agit pas forcément de comprendre « pourquoi il souffre ? ». Les parents s'attendent souvent à ce qu'une cause complètement intérieure à l'enfant (l'hérédité), ou une sorte de fatalité expliquent les signes inquiétants, les difficultés de comportements. Il semblerait que peu d'entre eux envisagent spontanément que ces signes inquiétants renvoient à une souffrance générée par le système familial, à leur propre souffrance d'adultes et comment celle-ci pèse sur leur enfant.

Plusieurs soignants interviewés ont souligné que, dans les représentations de nombreux parents et également enseignants, il est indispensable de poser un diagnostic pour faire

démarrer un soin. Pour eux, le diagnostic permet à la fois de nommer le problème de l'enfant, et il est la pierre angulaire sur laquelle reposera le soin adapté qui sera mis en place. Selon le modèle de la médecine somatique, tel qu'il est perçu par de nombreux parents, il n'est pas possible de déterminer un traitement approprié sans poser un diagnostic.

Les parents sont donc en attente que le problème de l'enfant soit identifié et donc nommé… Mais il y a malgré tout chez eux, une inquiétude sous-jacente que le problème, une fois nommé, n'entraine une forme de stigmatisation de l'enfant (« la folie » reste un repoussoir puissant) ou d'eux-mêmes (l'image du « mauvais parent » étant également redoutée). Enfin, l'éventuel deuil de « l'enfant normal », lorsqu'un trouble ou un handicap peut réduire les chances de bonne insertion scolaire et sociale de l'enfant, reste un parcours douloureux pour les parents, malgré leur attente de diagnostic. Il y a ainsi des diagnostics plus facilement ou plus rapidement acceptés que d'autres par les parents.

Les professionnels rencontrés convergent sur le fait qu'il est plus facile pour les parents d'accepter les difficultés de leur enfant lorsque que celles-ci sont décrites comme étant imputables à un trouble neurodéveloppemental. Les TND renverraient à la fois à une sorte de fatalité génétique qu'il était impossible de prévenir ou de contrôler et permettrait aux parents d'éviter des interrogations ou une introspection sur les dynamiques parentales, familiales et éducatives qui ont pu créer des déterminants défavorables à la santé mentale de leur enfant. Les soignants rencontrés témoignent ainsi de la meilleure acceptabilité d'un TND pour les parents, au moins tant que la difficulté en question ne pose pas le risque d'une déscolarisation de l'enfant.

Les professionnels ont également rappelé que l'étiquette « HPI » (Haut Potentiel Intellectuel) semble aujourd'hui très recherchée par certains parents qui souvent, demandent que l'enfant passe certains tests pour pouvoir vérifier cette hypothèse. Rappelons que la dénomination « HPI » ne correspond à aucune classification nosographique psychiatrique, même si certaines recherches mettent en avant un lien possible entre un quotient intellectuel élevé (tel que défini par l'OMS, soit supérieur à 130) et certaines difficultés psychiques ou neurodéveloppementales [10] [11]. Ainsi, parce qu'elle évoque la « surdouance », la dénomination « HPI » est de plus en plus recherchée ou mise en avant par les parents, les problèmes de comportement inadapté ou de résultats

[10] Inserm. Salle de Presse. Novembre 2022. « La définition de l'OMS, généralement retenue dans la littérature scientifique, précise que le HPI correspond à un quotient intellectuel (QI) d'au moins 130 ».

[11] Valdenaire L. Haut potentiel intellectuel et troubles neurodéveloppementaux : une revue de la littérature. Thèse de médecine. 2019. 70p. Disponible : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02100254v1

scolaires médiocres de l'enfant signant alors une forme de supériorité en termes de capacités intellectuelles. L'enfant serait problématique parce qu'il serait très intelligent, ce qui nécessiterait une adaptation des adultes et institutions qui travaillent avec l'enfant.

Les parents sont ainsi dans une attente forte de diagnostic mais n'envisagent pas toujours que le diagnostic puisse les surprendre défavorablement, recouvrir des difficultés qui dépassent la personne de l'enfant, et entrainer des conséquences qu'ils n'envisageaient pas.

2.2. Qui pose le diagnostic ? Une complexification croissante…

Poser un diagnostic est une démarche qui s'est complexifié, d'après les professionnels interviewés et ce, pour plusieurs raisons.

Si les enseignants et autres professionnels autour de l'enfant sont en attente d'un diagnostic pour pouvoir mettre en place des actions « réparatrices » ou des adaptations, le diagnostic s'avère indispensable lorsque la problématique de l'enfant peut relever d'un handicap et que celui-ci doit être reconnu par les Maisons Départementales de l'Autonomie, pour ouvrir un certain nombre de droits pour l'enfant. Ainsi, il n'y a pas de reconnaissance possible du handicap par la MDPH sans diagnostic.

Or, pour que le diagnostic permette la reconnaissance d'un handicap, la réalisation de tests neuropsychologiques est semble-t-il devenue presque incontournable. Ces tests ne sont pas, *de facto*, obligatoires et le diagnostic du psychiatre, après examen clinique, reste, au plan légal, suffisant. Dans les faits, les MDPH demandent un dossier médical très argumenté et la demande de tests standardisés est devenue monnaie courante. Cela est d'autant plus vrai que la recherche d'éventuels troubles neurodéveloppementaux semble devenue un passage obligé. On notera que cette situation n'a rien de spécifique à la Drôme ou à l'Ardèche : les mêmes constats sont faits dans tous les départements de la région. Même si le diagnostic reste une prérogative médicale, un courrier « simple » d'un pédopsychiatre ou psychiatre, non accompagné de résultats de test neuropsychologiques ne suffit donc pas toujours à permettre une reconnaissance de handicap par la MDPH. Les tests standardisés deviennent ainsi de plus en plus l'accompagnement ou la « justification » du diagnostic médical. Certains des psychiatres interviewés parlent d'une « *inflation de tests* », qui correspondrait à une volonté d'objectiver au maximum les difficultés de l'enfant, mais qui parfois impliquent d'enfermer ces dernier dans une catégorie « nosographique », alors qu'il est encore jeune et que les symptômes peuvent varier dans le temps. Les psychiatres indiquent par ailleurs qu'au-delà de la vision un peu mécaniste des problèmes de l'enfant qui peut être induite par les tests, ceux-ci ne leurs sont pas forcément utiles : l'examen du jeune patient, parfois lors de plusieurs temps de rencontre, leur suffit souvent à identifier certains troubles. Mais leur jugement n'est

semble-t-il plus considéré comme suffisant, comme il pouvait l'être, il y a encore une quinzaine d'années. Une partie des psychiatres en ont pris leur parti : certains intègrent de manière pragmatique les résultats de ces tests et établissent un diagnostic en utilisant une catégorie précise, afin que la reconnaissance par la MDPH puisse avoir lieu. Si la réalité des difficultés de l'enfant est plus complexe et que les catégories nosographiques sont difficiles à appliquer, notamment pour les jeunes enfants, le diagnostic facilitera l'ouverture de droits pour l'enfant et ses parents et pourra donner accès à l'Allocation Enfant Handicapé, mais aussi l'accès à une aide en classe par une AESH (Accompagnant des élèves en situation de handicap) ou encore des adaptations pédagogiques en classe.

Ainsi, même si la famille s'adresse en première intention à un professionnel du soin psychique, en CMP ou CMPP, il est fréquent que le montage du dossier de demande de reconnaissance du handicap nécessite la réalisation de tests neuropsychologiques. Or, ces tests ne sont pas, la plupart du temps, réalisés en CMP ou en CMPP : ce sont des neuropsychologues libéraux qui les réalisent. Les neuropsychologues, tout comme les psychologues libéraux, ne sont pas reconnus comme des professionnels de santé en France. De ce fait, leurs actes ne font l'objet d'aucun remboursement par l'Assurance Maladie. Les tests sont donc, sauf exception, entièrement à la charge des parents et leur montant semble se situer fréquemment dans une fourchette allant de 300 à 500 euros, ce qui crée un frein économique puissant pour les familles modestes ou précaires. Par ailleurs, pour les familles modestes des zones rurales, se rendre jusque chez un neuropsychologue constitue un déplacement supplémentaire, avec un coût et une complexité logistique propre.

Au-delà des différentes contraintes décrites, notamment en termes d'ouverture de droits, les professionnels du soin psychique interviewés constatent que les tests neuropsychologiques ont le vent en poupe et que la recherche d'éventuels troubles neurodéveloppementaux est presque devenue un passage obligé de la phase diagnostique, au détriment, peut-être, d'autres investigations. Cette tendance, qui semble très prégnante aujourd'hui, donne un rôle crucial aux tests neuropsychologiques mais en contrepartie, elle minimiserait l'importance du diagnostic clinique effectué par les psychiatres, qui peut mobiliser d'autres approches et temporalités.

Cette complexité croissante autour du diagnostic est reconnue et regrettée par la majorité des professionnels soignants interviewés et certains s'interrogent sur les moyens aujourd'hui mobilisés sur cette étape, en termes économiques et de ressources humaines, peut-être au détriment du soin. Par ailleurs, les attentes de la MDPH/MDA en termes de résultats de tests pour la reconnaissance d'un handicap chez l'enfant ou l'adolescent risquent de transformer les médecins en « *distributeurs de certificats* », puisque ce sont bien eux qui posent, *in fine*, le diagnostic, mais après que les batteries de tests soient éventuellement effectuées. Néanmoins, et au-delà des enjeux, importants, de l'accès à certains droits au travers de la reconnaissance d'un éventuel handicap, les

diagnostics basés sur des tests ne facilitent pas ou n'éclairent pas toujours les approches soignantes à mobiliser et comment les articuler avec les autres pans de la vie de l'enfant ou de l'adolescent.

2.3. Fragilité et relativité du diagnostic

L'évolution des classifications et la place de l'anamnèse

Les professionnels du soin psychique interviewés ont souligné le fait que les classifications des troubles psychiques évoluent selon les époques. À la croisée d'avancées scientifiques mais aussi d'évolutions sociétales, les difficultés observées sont analysées et nommées différemment, avec un impact de ces analyses sur les prises en charge. Si les enfants ou adolescents présentant des difficultés massives de comportement pouvaient être étiquetés comme « *fous* », ou « *retardés* », « *arriérés* » voire « *délinquants* », il n'en allait pas de même pour ceux dont le comportement était dérangeant ou inadapté, à l'école ou dans la famille. Ainsi, des enfants qui pouvaient autrefois être qualifiés de « *fainéants* » ou de « *difficiles* » et chez lesquels les difficultés observées étaient attribuées à leur personnalité ou à une forme de fatalité ont, au fil des années, été considérés différemment, sous l'angle de troubles possibles, d'une éventuelle souffrance psychique, qui pouvait nécessiter une prise en charge médicale. Au cours du temps, le regard médical a entrainé une bascule du « jugement » vers l'analyse avec des catégories d'analyse, qui ont-elles-même évolué au fil des années, avec des ajouts, des transformations : DSM-5TR, CIM-10, CIM-11, … portent en elles des débats, des consensus, des désaccords, des influences, mais aussi l'idée qu'elles sont susceptibles d'évoluer, à la lumière de nouvelles découvertes, de nouvelles mises en perspectives. Un diagnostic n'est pas une vérité neutre, indiscutable ou figée dans le temps.

Certains des professionnels interviewés ont ainsi rappelé des terminologies et des catégories qui, dans certains cas, n'ont plus cours aujourd'hui : si les psychoses infantiles sont toujours reconnues, on ne parle plus guère semble-t-il de « dysharmonies psychiques » ou de « *dysharmonies évolutives* ». En revanche, le terme de « *psychopathologie du développement* » est toujours en vigueur. Reste que les grandes nouveautés, en termes de classification viennent en grande partie, semble-t-il, des neurosciences. Les TND (Troubles du Neurodéveloppement), TDAH (troubles du développement avec ou sans hyperactivité), TED (troubles envahissants du développement) et TSA (troubles du spectre autistique) renvoient à des fonctionnements particuliers du cerveau, qui entrainent parfois des difficultés légères ou majeures (tout particulièrement les « autismes sévères ») et dont l'étiologie reste mal connue. Des effets d'hérédité semblent repérés dans certains cas, des hypothèses d'expositions environnementales sont aussi évoqués. Dans tous les cas, les troubles du

neurodéveloppement seraient liés à un fonctionnement particulier du cerveau et non à des problématiques relationnelles et affectives, ancrées dans les relations et l'histoire familiale.

Les professionnels interviewés reconnaissent l'intérêt de l'apport des neurosciences, qui permettent de mieux connaitre le fonctionnement du cerveau humain, dans sa dimension « biologique » ou organique. Cependant, plusieurs ont exprimé la crainte qu'il y ait des attentes que le soin psychique ne finisse par basculer dans le « tout neurologique », avec un déclassement du diagnostic clinique et une culture du test, qui finirait par « standardiser » à la fois les prises en charge et le regard porté sur les enfants et les jeunes. Le « tout neurologique » pourrait entrainer une perte du regard global sur l'enfant et sur les interactions et liens affectifs dans lesquels il baigne au sein de sa famille, et peut-être aussi des prises en charge moins ajustées et compréhensives parce que très standardisées et ignorantes à la fois de l'environnement social et affectif de l'enfant, mais aussi des diverses ressources d'accompagnement dont il peut avoir besoin.

Les professionnels interviewés convergent ainsi sur le fait que l'articulation de différents acteurs autour de l'enfant (y compris les parents, lorsqu'ils sont présents) ne peut se faire sans un travail d'anamnèse et sans prise en compte du contexte global dans lequel vit l'enfant. Cette articulation n'est possible que si le « système » dans lequel vit l'enfant, mais aussi son histoire de vie, sont interrogés, afin de comprendre le rôle que peut jouer chacun dans l'amélioration de la santé mentale de l'enfant et dans la réduction de sa souffrance psychique.

Neurosciences ou psychanalyse ? Un faux débat ?

Ce point fait débat en France, et il a également été discuté lors d'un temps de rencontre collectif avec des psychiatres du réseau Enfant Sujet, à partir des réflexions sur l'importance de la phase diagnostique pour les parents et éducateurs. Le débat porte sur l'éventuel rééquilibrage des catégories d'analyses mobilisées, qui auraient pu, à une époque récente être très orientées vers la psychanalyse. Ce point est contestable selon plusieurs des praticiens interviewés, qui soulignent que la psychanalyse (et ses différents courants) est l'une des perspectives qui peuvent être mobilisées pour analyser la situation d'un enfant et les signes de sa souffrance psychique, mais qu'elle n'a jamais constitué un cadre exclusif pour examiner et comprendre les difficultés des patients. Différentes approches peuvent être mobilisées, parmi lesquelles la psychanalyse. D'autres praticiens évoquent néanmoins le possible piège du « *tout psychanalytique* » qui a pu avoir cours à certains endroits et à certaines époques, avec des explications qui pouvaient sembler sibyllines aux parents comme aux autres professionnels gravitant autour de l'enfant

(enseignants notamment) et des prises en charges qui pouvaient apparaitre comme mystérieuses ou, pire, culpabilisantes pour les parents.

À l'inverse, les neurosciences mettraient l'accent sur les particularités du cerveau qui engendreraient certains troubles (déficits, hyperactivité, troubles du spectre autistique, …), sans se préoccuper de l'histoire de vie des enfants et adolescents, des liens familiaux dans lesquels ils vivent, et notamment du lien aux parents, parfois problématique. Les tests neuropsychologiques pourraient se transformer en une sorte « *d'anti-anamnèse* », et l'environnement de l'enfant, les liens affectifs dans lesquels il évolue, son parcours de vie auraient perdu en importance. D'après plusieurs des professionnels interviewés, cette approche correspondrait mieux aux attentes spontanées des parents, pour deux raisons. La première est qu'elle éloigne le spectre de la « folie », toujours effrayante et stigmatisante pour les parents et plus généralement dans la société. Ensuite, un diagnostic de TND ne remet pas en cause les parents et serait de ce point de vue déculpabilisant. Le problème de l'enfant viendrait d'une configuration « malheureuse » du cerveau (à la croisée de la génétique et d'une forme de fatalité) et il ne s'agirait donc pas d'une souffrance psychique en lien avec les comportements des parents ou avec le cadre familial. Par ailleurs, le problème étant qualifié et quantifié par des tests, le diagnostic serait « clair » et permettrait de mettre en place des actions concrètes, ou du moins qui pourraient éventuellement apparaitre comme plus concrètes que les psychothérapies. Même si l'éventuel travail de deuil de « l'enfant normal » demeure douloureux, il serait peut-être moins dur en cas de problème neurologique.

Quand poser le diagnostic ? Enjeu d'accès aux droits mais aussi risque de stigmatisation

Par ailleurs, les praticiens interviewés ont insisté sur le fait que chez les jeunes enfants, les facteurs de confusion sont importants. Il est ainsi prudent de ne pas figer l'enfant dans une catégorie, alors qu'en grandissant et selon les évolutions de son environnement, certains des symptômes ou signes qui pouvaient inquiéter vont s'atténuer ou disparaitre. Le diagnostic rapide est peut-être un fantasme alimenté par l'essor des tests neuropsychologiques, mais il n'est pas toujours possible ou fondé, tant les signes repérés peuvent fortement évoluer dans les premières années de vie de l'enfant.

Enfin l'étiquetage associé à un diagnostic qui peut apparaitre comme « définitif » pour les parents et les éducateurs (enseignants notamment) peut enfermer l'enfant dans une catégorie, le stigmatiser sur le long terme et ce, même si au fil du temps et de l'évolution de l'enfant, le diagnostic initialement posé peut varier. Au-delà de la possible stigmatisation sociale, l'étiquetage de l'enfant peut éventuellement susciter une forme de rejet dans certaines institutions et entrainer des stratégies d'évitement ou d'exclusion.

Que ce soit à l'école, au collège, en structures de loisirs, en ce qui concerne les modes de garde ou encore dans les établissements médico-sociaux (IME, ITEP, …) certaines étiquettes « *font peur* » car elles impliquent des moyens humains importants ou des compétences spécifiques que les professionnels n'ont pas toujours.

Par ailleurs, si le diagnostic est indispensable dans le cas d'une démarche de reconnaissance du handicap pour permettre l'accès à certains droits et allocations il peut donc aussi, y compris lorsque le handicap est reconnu, jouer défavorablement pour l'enfant en matière d'inclusion scolaire, sociale, ou médico-sociale, ou d'accès aux ressources de loisirs.

Les psychiatres rencontrés expriment ainsi leur compréhension du besoin de diagnostic des parents, pour répondre à leurs inquiétudes, interrogations et faciliter certaines démarches. Cependant, ils soulignent aussi la nécessité de « nommer » avec prudence car le diagnostic peut aussi avoir des effets contre-productifs pour l'enfant. Dans tous les cas, il est important d'expliquer aux familles et, le cas échéant, aux éducateurs, qu'un diagnostic posé, notamment chez un jeune enfant, peut évoluer : cette précaution peut faciliter l'articulation de tous en matière d'accompagnement de l'enfant, dans la durée, et éviter les phénomènes de rejet ou d'ostracisation de l'enfant ou d'enfermement dans une catégorie, ou à l'inverse de rupture de soins.

3. Du diagnostic au soin psychique : les supports d'articulation autour du jeune patient

3.1. Le diagnostic et le soin : une articulation à construire ou à déconstruire ?

Pour les parents et les éducateurs, il semble que le diagnostic soit le préalable indispensable pour mettre en place un soin. On ne peut soigner et bien soigner que si l'on sait quel est le problème à traiter. Ce modèle qui semble évident aux béotiens et fondé sur la médecine somatique n'est cependant pas si raisonnable qu'il y parait (y compris en matière de santé somatique). Pourtant, parents et éducateurs sont semble-t-il souvent dans ce schéma de pensée. Les professionnels interviewés observent ainsi que si une étiquette « claire » n'est pas posée sur les symptômes et sur le problème de l'enfant, la prise en charge proposée peut alors manquer de légitimité pour les parents et éducateurs, qui n'ont souvent pas de connaissances sur ce qu'est le soin psychique.

Ainsi, le soin risque de manquer de crédibilité, voire d'être disqualifié s'il n'est pas associé à un diagnostic qui semble « clair » pour les parents et pour autres professionnels

gravitant autour de l'enfant, enseignants mais aussi médecins généralistes. Or, cette disqualification peut entrainer, plus ou moins rapidement, une perte de confiance chez les parents et favoriser l'abandon du soin psychique de l'enfant.

Cette difficulté est liée à la fois à une méconnaissance du soin psychique, mais aussi à une compréhension difficile de la complexité des situations de souffrances psychiques, qui ne peuvent pas toujours se résumer ou être désignées par un terme de diagnostic.

Or, les professionnels interviewés ont souligné que, contrairement à la croyance et attente de nombreux parents et éducateurs, il est en réalité possible de mettre en place un soin psychique, même en l'absence de diagnostic. Il ne s'agit pas de dévaloriser l'intérêt ou l'importance du diagnostic, mais d'expliquer aux parents que face à des symptômes de souffrance psychique parfois complexes à analyser, il est malgré tout « *possible d'aider l'enfant* ». Il est important de rassurer les parents en leur signifiant « *qu'on voit bien le même enfant* », que les difficultés sont bien constatées, aussi par les soignants, et que la prise en charge pourra apporter un bénéfice à l'enfant.

Ainsi, afin que la prise en charge puisse se mettre en route et se poursuivre, avec la confiance des parents, il est important que ces derniers comprennent que même si un diagnostic avec un étiquetage « clair » n'est pas posé, un travail thérapeutique peut être commencé. Cette explication est essentielle pour que les parents soient dans une posture d'alliés du soin, autant que faire se peut. Mais, elle n'est pas suffisante : des explications sur la prise en charge elle-même améliorent l'articulation des adultes autour de l'enfant et réduisent le risque de discours méfiants, dissonants, voire d'une rupture de soins.

3.2. La prise en charge de la souffrance psychique n'est pas une activité *« ésotérique »*

L'un des professionnels interviewés a résumé le sentiment général en déclarant que pour une partie des parents, mais aussi des enseignants, autres éducateurs et même de certains médecins généralistes, la prise en charge psychique reste difficile à comprendre, voire « *ésotérique* » pour beaucoup.

Même si la compréhension et la « culture » du soin psychique semblent avoir globalement progressé chez les professionnels (et notamment les enseignants et autres professionnels accompagnant des enfants), les psychiatres rencontrés ont souvent entendu des remarques de type « *au CMP, ils ne font pas de bilans* », « *il ne se passe rien* ». Pour ces personnes, et notamment pour les parents qui n'ont pas de connaissances sur ce qu'est le soin psychique, il est important d'expliquer, dans les grandes lignes, comment fonctionne la prise en charge. C'est tout l'enjeu du « *comment rendre visible le travail invisible quand on prend un enfant en charge* ? ». Il s'agit de pouvoir décortiquer

minimalement le processus de ce qui se passe pour l'enfant, à travers le soin, de mettre à jour les « évidences invisibles » sur la souffrance de l'enfant, et comment le soin se met en place, par les mots, les récits, les représentations.

Le dialogue, le jeu, le dessin, ne sont ainsi pas toujours des outils connus, reconnus ou compris par les parents et par les professionnels non soignants. Il est sans doute complexe d'expliquer finement à des publics non spécialistes ce qui se joue pour l'enfant à travers un échange verbal, un jeu ou un dessin, mais il est important que l'adhésion et la confiance des parents et autres professionnels soit facilitée par des explications qui puissent défaire l'image d'un soin « flou » ou pire, d'un soin « vide ». Si spontanément certains parents peuvent penser que les échanges entre l'enfant, l'adolescent et le soignant sont anodins ou triviaux et que cela ne peut aider le patient, ils pourront être tentés d'interrompre le soin ou *a minima* de tenir des discours dévalorisants sur le soin. La compréhension « *qu'il se passe quelque chose* » de l'ordre du soin est indispensable pour qu'une articulation puisse se mettre en place, dans les discours et dans les faits, entre adultes, autour de l'enfant.

3.3. Les approches soignantes : les articulations entre soignants sont parfois complexes

La prise en charge de la souffrance psychique peut relever d'approches différentes. Quelquefois tous les acteurs gravitant autour de l'enfant s'articulent autour d'une même approche mais dans certains cas, les enfants et les parents sont confrontés à différentes possibilités simultanément, qui ne facilitent pas leur compréhension ni leur confiance et leur adhésion aux soins proposés en CMP ou CMPP.

Deux grandes difficultés sont repérées par les professionnels rencontrés. En premier lieu, la diversité des approches mobilisables recouvre des réalités très différentes et renvoie à des représentations ou croyances chez les parents qui doivent aussi être prises en compte. Certains des professionnels interviewés ont ainsi évoqué « *la jungle des approches possibles* » où règnent à la fois un certain foisonnement mais aussi le risque de mettre toutes les approches au même niveau, quel que soit le problème observé chez l'enfant ou l'adolescent. Parmi ces approches, on retrouve les deux courants cités plus haut, ou du moins les « courants » qui sont perçus comme tels par les parents et non professionnels du soin psychique. Il y aurait ainsi d'un côté les tenants du « *tout psychanalytique* » qui vont notamment se centrer sur la relation parent-enfant et l'historique de cette relation, éventuellement en faisant fi des connaissances scientifiques actuelles, et les partisans du « *tout neurologique* », adeptes notamment des thérapies comportementales ayant pour objectif de rééduquer le cerveau en quelque sorte, qui seraient notamment proposées par certains soignants pour prendre en charge les troubles du spectre autistique. Or, les

approches comportementales, plutôt « curatives » qui visent à la disparition des symptômes peuvent laisser de côté la compréhension du système affectif dans lequel évolue l'enfant, et les démarches de prévention (primaire ou secondaire) qui peuvent être mises en œuvre.

Dans la réalité, les soignants sont rarement exclusivement pour ou contre l'une ou l'autre approche, même si l'une ou l'autre peut être dominante dans la pratique. Plusieurs ont ainsi souligné que le « *cas par cas reste important* ». Pourtant, certains soignants observent qu'il peut, malgré tout, y avoir des crispations sur certaines approches et que cela peut empêcher toute ouverture sur une vision plus large des difficultés de l'enfant. Certains des interviewés ont ainsi souligné que, quelle que soit la pratique dominante du soignant, il est pertinent de faire preuve de prudence et de se dire que « *d'autres que nous peuvent mieux réussir* », avec d'autres approches.

Enfin, plusieurs des professionnels interviewés ont observé que dans la Drôme comme en Ardèche, le recours à des praticiens « *alternatifs* » qui mobilisent des « médecines douces » est régulièrement repéré chez certains parents. Les professionnels sont plutôt dans une bonne acceptation de ces approches dont ils considèrent qu'elles peuvent apporter un certain niveau d'écoute et de soulagement à certains patients ou parents et, qu'à ce titre, elles peuvent être bénéfiques. Ces approches « douces » particulièrement valorisées en Drôme et Ardèche, correspondent à une attente forte d'une partie de la population et il pourrait être difficile pour les professionnels du soin psychique de faire montre d'une opposition frontale vis-à-vis d'elles. Cependant, dans certains cas, les familles se tournent vers ces thérapies « alternatives » au détriment du soin psychique, parfois incontournable. Le non-recours aux soins ou le retard de recours aux soins psychiques reste un danger identifié, même si les « praticiens alternatifs » du territoire sont décrits comme prudents et réorientant facilement vers les médecins lorsqu'ils observent des signes inquiétants, qui vont peut-être au-delà du mal-être.

Dans tous les cas, ces débats peuvent rester obscurs pour les non-soignants et non-initiés, et il est donc important que les familles et les patients comprennent, dans les grandes lignes, en quoi consiste la ou les approches soignantes suivies.

3.4. Les attentes des parents et partenaires face au soin psychique : la guérison en question

Les parents et autres professionnels qui peuvent intervenir auprès de l'enfant attendent souvent spontanément que l'enfant soit « guéri » au sens où il pourrait avoir une inclusion sociale et scolaire « normale », ce qui implique que les symptômes pour lesquels il a été orienté vers le soin soient le plus possible réduits. Les soignants interviewés soulignent qu'il est difficile pour les parents d'envisager, de comprendre et d'accepter que la

« guérison » n'est pas toujours un objectif atteignable. Cette difficulté est d'autant plus forte que les parents ne comprennent pas le soin qui est mis en place. Certains parents peuvent ainsi avoir la tentation d'arrêter les soins s'ils estiment qu'il n'y a pas de progrès ou d'évolution chez l'enfant, parce qu'il ne se « *passe rien* » pendant les séances et que celles-ci ne servent donc à « *rien* ».

Les soignants interviewés convergent sur le fait qu'il est parfois difficile d'expliquer aux parents que la « guérison » en tant que disparition totale des symptômes ou difficultés de l'enfant n'est pas, dans certains cas, accessible, mais qu'il est en revanche possible de faire en sorte que « *l'enfant aille mieux* ». Là encore, il est important d'accompagner les parents (et les enseignants, éducateurs spécialisés ou autres professionnels intervenant auprès des enfants) sur la compréhension et l'appropriation de ces améliorations, qui ne sont pas toujours facilement visibles. L'explication de l'approche soignante peut aussi permettre aux parents de mieux se saisir du travail qui est fait par les soignants, au regard des besoins de l'enfant, et quelles sont les étapes et objectifs qui sont envisagés dans le parcours de soins, en termes de résultats.

4. Les « écosystèmes » défavorables à une bonne articulation autour de l'enfant ou de l'adolescent

4.1. La relative rareté ou saturation de ressources de soins et du médico-social réduit les possibilités d'articulations entre acteurs

Les professionnels ont rappelé que selon la gravité des symptômes et problématiques de l'enfant ou de l'adolescent, les ressources de soin mobilisées sont différentes et adaptées aux besoins du patient. Les cas les plus sévères sont pris en charge, parfois sur de longues durées, en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) ou en hôpital de jour (HDJ). La ressource la plus communément utilisée est le centre médico-psychologique du secteur (CMP), parfois doté d'équipes mobiles, comme c'est le cas en Drôme, mais pas en Ardèche apparemment. Les Centres Médico-Psycho Pédagogiques (CMPP) dont les missions sont historiquement un peu différentes de celles des CMP et qui ne sont pas rattachés à des hôpitaux, reçoivent généralement des patients ayant des troubles un peu moins sévères, mais les approches thérapeutiques sont souvent similaires. Il n'est pas certain, par ailleurs, que les parents fassent bien la différence entre CMP et CMPP, qui comprennent tous deux des équipes multidisciplinaires et dont les approches soignantes peuvent donc être très proches.

En situation d'urgence, notamment pour les adolescents et jeunes en situation de crise clastique, ou de tentative de suicide, ce sont souvent les services de pédiatrie qui sont sollicités. Mal adaptés aux adolescents et jeunes car ces services sont surtout utilisés pour des enfants ayant des problèmes somatiques, ils constituent une solution de repli, dans un contexte de très faible nombre de lits en psychiatrie pour cette tranche d'âge (10 lits de psychiatrie pour tout le département de la Drôme et de l'Ardèche).

Mais la diversité des ressources n'empêche pas leur saturation : les demandes de prise en charge sont nombreuses et les moyens humains très contraints. Les délais d'attente pour un premier rendez-vous en CMP ou CMPP sont parfois de plusieurs mois et les partenaires s'en plaignent souvent. Dans ce contexte, le déploiement d'Infirmiers de Pratiques Avancées en psychiatrie (IPA) pourrait améliorer les capacités de prises en charge, mais ces professionnels restent encore rares sur les deux départements.

Les ressources d'écoute, de prévention en santé mentale, animées par des professionnels du soin psychique sont, elles aussi, rares et inégalement réparties. Si Valence, Roman, Aubenas et Annonay notamment sont dotées de PAEJ ou d'antennes des Maisons des Adolescents, on repère qu'il n'y a pas d'antenne de la Maison des Adolescents à Montélimar, par exemple ou encore aucun Point Accueil Écoute Jeunes dans ou à proximité de le Communauté de Communes de Porte de DromArdèche. Enfin, dans les territoires ruraux, la rareté de l'offre en matière d'antennes de CMP, CMPP, équipes mobiles et enfin en termes de professionnels du soin psychique dans le secteur public ou libéral (notamment de médecins mais aussi de psychologues) est soulignée et les possibilités d'une prise en charge préventive ou soignante s'en trouvent amenuisées pour les familles qui sont peu ou pas véhiculées.

À cette relative rareté s'ajoutent les difficultés rencontrées chez les partenaires non soignants qui ont parfois également du mal à recruter et à stabiliser leurs équipes. Ceci est particulièrement vrai pour les médecins scolaires, mais concerne aussi les travailleurs sociaux, y compris les éducateurs spécialisés et les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Le nombre de places ou de personnels en établissements pour enfants en situation de handicap est également parfois en-dessous des besoins : tous les enfants identifiés, ayant une reconnaissance par la MDPH/MDA n'ont pas de place effective au sein des ITEP ou IME dont ils relèvent géographiquement… Dans l'attente d'une place, ils sont parfois maintenus à l'école, dans des conditions parfois difficiles, ou parfois tout simplement chez eux, avec leur mère le plus souvent, et sans les dispositifs de soins, mais aussi de stimulation dont ils auraient besoin. De même, le manque de lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie ou de places en ambulatoire fait que certains enfants ou adolescents sont maintenus en IME ou en ITEP, alors que leur besoin premier est un soin psychique. Mais il arrive aussi que certains enfants soient maintenus, tant bien que mal à l'école,

faute de place en IME ou en ITEP. Enfin, faute de familles d'accueil en nombre suffisant et suffisamment formées, voire suffisamment accompagnées, certains enfants ou adolescents se trouvent à l'hôpital, alors qu'à leur besoin de soin s'ajoute le besoin d'un lieu de vie que les parents, parfois défaillants, ne sont pas en mesure de garantir. Plusieurs des professionnels soignants rencontrés ont ainsi souligné que ces situations où l'enfant ou l'adolescent « *n'est pas au bon endroit* », en termes de prises en charge soignante ou en termes de lieu de vie, sont parfois aigües, et sont de ce fait très défavorables à une bonne articulation de tous, et *in fine* à une bonne réponse aux besoins de l'enfant, de l'adolescent ou du jeune.

Plusieurs des professionnels interviewés ont tenu à souligner que dans ce contexte de forte demande de soins et de fortes contraintes en ressources humaines, l'articulation des différents acteurs est souvent difficile à construire parce que soumise à la rareté des personnels, des places et que ce phénomène est encore accentué dans les territoires ruraux. L'articulation entre professionnels différents nécessite des rencontres en présentiel et du temps de dialogue, un temps qu'il peut être difficile de trouver lorsque la pénurie de soignants et plus généralement de professionnels est forte, que les files actives sont saturées, et que les places manquent en médico-social ou à l'hôpital.

4.2. Les incompréhensions, craintes et manques qui favorisent l'errance dans les parcours de soins

Les articulations sont complexes à construire lorsque les orientations ou prises de relais se font dans des contextes de communication insuffisante ou tronquée, mais aussi sur la base d'informations erronées ou de représentations décalées par rapport à la réalité.

Les professionnels interviewés ont rappelé à ce titre que les orientations des enfants ou des adolescents vers le soin psychique, sont globalement de plus en plus ajustées, notamment du fait que les personnels de l'Éducation Nationale connaissent de mieux en mieux le travail qui est fait en ambulatoire, en matière de soin psychique. Néanmoins, les soignants interviewés repèrent encore régulièrement des situations d'enfants ou d'adolescents qui relèvent avant tout d'un accompagnement éducatif ou dont les parents auraient besoin d'un accompagnement à la parentalité, plutôt que d'un soin psychique.

Les problématiques éducatives et de parentalité sont ainsi quelquefois un ressort d'orientation vers le soin psychique, à la fois parce qu'elles sont parfois délicates à percevoir par les professionnels qui orientent, mais aussi peut-être du fait que les ressources clairement étiquetées comme apportant une aide éducative ou à la parentalité sont à la fois rares sur certains territoires et mal identifiées par les professionnels orientateurs. Ce « décalage » vient aussi du fait que les parents concernés ont sans doute parfois eux-mêmes des difficultés à repérer que le « problème » vient d'eux ou du moins

des relations qu'ils ont mis en place avec leurs enfants : il est peut-être problématique de les orienter directement vers une aide s'ils sont dans une forme de déni.

Il semble, par ailleurs, que certains professionnels qui travaillent au quotidien avec des enfants ou adolescents, mais aussi des médecins généralistes, aient des suspicions concernant des maltraitances que pourraient subir les enfants ou adolescents qu'ils suivent, qui génèrent une souffrance psychique chez ces derniers. Néanmoins, la crainte d'intervenir de manière intempestive, à tort, et de stigmatiser un enfant ou une famille, peut générer des freins et l'orientation vers le soin psychique peut alors apparaitre comme une première étape… Ou comme une manière de « transférer » le problème à d'autres, qui auraient de meilleurs moyens pour analyser la situation et les besoins de l'enfant.

Il semble qu'il arrive aussi que des situations de maltraitances soient plus clairement repérées, mais que les professionnels ne les dénoncent pas par crainte de représailles de la part des familles. Là encore, le soin psychique constitue peut-être pour ces professionnels, une manière à la fois d'alerter et de se protéger, en mettant d'autres professionnels (du soin psychique en l'occurrence) dans la connaissance de la situation. Ces cas ne sont pas majoritaires, mais ils témoignent de la difficulté de certains professionnels travaillant avec des enfants à alerter et solliciter les bonnes ressources, peut-être faute d'aide et d'étayage en local ou de connaissance des ressources d'aide existantes. Un possible ressenti d'isolement chez les professionnels de certains territoires, peut faire que ces derniers hésitent ou tardent à dire, voire à dénoncer certaines situations où les parents ont des comportements problématiques. On peut faire l'hypothèse que dans certains cas, les professionnels préfèrent « mal orienter » plutôt que de ne pas orienter du tout, tout en se protégeant de parents qui peuvent avoir des attitudes menaçantes ou ambiguës.

Enfin, les parents s'adressent souvent spontanément à leur médecin généraliste, en cas d'inquiétudes ou de signaux d'alerte concernant leurs enfants ou adolescents. Les médecins généralistes peuvent alors prescrire des médicaments pour apporter un premier niveau de réponse. Mais, chez certains médecins généralistes, il semble qu'il puisse parfois y avoir un manque de connaissance et de confiance dans le soin psychique et notamment dans les psychothérapies. Cette méconnaissance peut contribuer à retarder parfois l'orientation vers un soin psychique. Inversement, lorsque des jeunes sont bien pris en charge en termes de soins psychiques, ils peuvent également parfois avoir besoin d'un suivi en ville, à la fois au plan somatique mais aussi pour le renouvellement d'ordonnances, suite à une prescription par un psychiatre. Cette articulation, entre professionnels du soin psychique et médecins généralistes, est ainsi essentielle pour un bon suivi global et une bonne cohérence du parcours de soin des jeunes patients. Cependant, dans certains territoires, le départ et le non-remplacement

de médecins généralistes font que le suivi en ville des jeunes patients est fragilisé et que le renouvellement d'ordonnances est concrètement difficile à mettre en place.

Ainsi, « l'écosystème » des ressources effectivement en présence au sein d'un territoire, la qualité de l'interconnaissance et des liens de confiance, les habitudes de partenariat et de partage autour de situations complexes, et la présence d'une culture partagée sur ce qu'est le soin psychique sont des conditions facilitant la bonne articulation des différents partenaires autour des enfants, adolescents ou jeunes en souffrance psychique. À l'inverse, les ressources humaines en tension ou en pénurie, le sentiment d'isolement professionnel et la méconnaissance du travail fait par les uns et les autres favorisent les retards d'orientation, les non-orientations vers le soin psychique, mais aussi les orientations « décalées ». L'orientation vers le soin psychique peut ainsi masquer un sentiment d'alerte chez les professionnels qui va au-delà de la souffrance psychique de l'enfant, notamment en cas de suspicion de maltraitances. Au-delà des soignants et des personnels éducatifs, les liens tissés localement avec les professionnels du secteur social peuvent ainsi apporter un étayage et des réponses indispensables dans certains cas.

5. Partenariat local et communication au cœur des articulations réussies

Au-delà des conditions et déterminants favorables ou défavorables à l'articulation de différents professionnels, en cohérence avec les besoins de l'enfant ou l'adolescent, on repère des outils très concrets qui sont perçus comme aidant concrètement à construire ces articulations entre soin psychique et autres accompagnements. Les rencontres et échanges multipartenariaux sur des situations individuelles, et les traces et échanges écrits sont les principaux outils repérés et utilisés par les professionnels interviewés.

5.1. Les temps d'échange sur des situations individuelles, à des échelles locales

De l'avis de tous les professionnels interviewés, les partenariats opérationnels et utiles se construisent autour de situations concrètes et individuelles, à des échelles locales : communes ou agglomérations, plus rarement au-delà.

Ces partenariats se nourrissent d'échanges concrets, bilatéraux ou multilatéraux et pluriprofessionnels. Deux formats d'échange ont particulièrement été cités par les interviewés :

- Les équipes éducatives mises en place dans les établissements de l'Éducation nationale, sur des situations d'enfants qui ont des difficultés qui peuvent nécessiter l'avis et l'implication de plusieurs partenaires, dont les professionnels du soin psychique, et où les parents sont également invités ;
- Les réunions de synthèse, qui ont notamment lieu entre professionnels du soin psychique et professionnels des services de Protection de l'Enfance ou de l'Éducation nationale.

Ces formats, bien connus et investis par les professionnels du soin psychique, concernent toujours un enfant, un adolescent ou un jeune en particulier. Le problème est traité en concertation et avec le souci d'un certain niveau de partage d'informations, qui permet à chacun de comprendre qui fait quoi, par rapport à l'enfant. Au-delà, ces échanges, lorsqu'ils s'inscrivent dans une certaine régularité, autour de situations concrètes, constituent d'excellentes opportunités pour améliorer la connaissance des possibilités et limites de chacun mais aussi des opportunités de construire une culture commune, autour de l'analyse des besoins et difficultés de l'enfant mais aussi des types de prises en charge qui peuvent être les plus favorables pour l'enfant ou l'adolescent.

Ces formats d'échanges sont donc très largement appréciés par les professionnels du soin psychique, et certains regrettent qu'ils ne soient pas ou rarement répliqués avec d'autres partenaires, qui sont plus rarement rencontrés, selon les territoires, comme les Missions locales, mais aussi les CSAPA ou les Consultations Jeunes Consommateurs, dans le champ des addictions.

Si quelques-uns des professionnels du soin psychique interviewés ont salué le dialogue et les échanges qui peuvent avoir lieu dans le cadre de certains groupes de travail au sein des Conseil Locaux de Santé Mentale, ces instances sont toutefois globalement moins repérées, car peu orientées vers la résolution de situations individuelles.

Les rencontres multipartenariales, dans le domaine de la santé mentale, qui peuvent avoir lieu dans le cadre des Contrats Locaux de Santé (CLS), Des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) ou des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) sont décrits comme pertinents pour développer une culture commune, mais ils semblent peu ou moins directement pertinents pour travailler les articulations entre professionnels divers, autour de situations de souffrance psychique chez des enfants ou jeunes.

Les soignants interviewés sont quasiment unanimes pour saluer ces formats de rencontres et d'échanges, locaux et sur des situations individuelles, qui sont les plus opérationnels pour mettre en place des articulations pluriprofessionnelles concrètes, et

certains regrettent de ne pas pouvoir y consacrer davantage de temps, alors même que les résultats obtenus sont très satisfaisants.

C'est une véritable et forte contrainte qui a été mise en lumière par plusieurs soignants : les temps d'échanges avec d'autres professionnels ne sont pas des temps de soin. Ces temps ne sont donc pas « *cotés* » comme des actes de soin, et il peut donc être considéré par les institutions de tutelle qu'ils coûtent cher. Dans un contexte de pénurie de médecins psychiatres, de temps d'attente parfois important pour accéder à un soin en CMP ou en CMPP, et d'une certaine saturation des files actives, le temps qui n'est pas dédié au soin est difficile à valoriser, même si les échanges avec d'autres partenaires permettent concrètement d'optimiser les alliances et les relais qui peuvent se mettre en place, pour à la fois soigner un enfant ou un jeune et l'accompagner dans les autres pans de son existence, et notamment en matière de scolarité. Plusieurs des professionnels soignants interviewés ont ainsi exprimé le souhait que des temps d'échange, à la fois utiles et souvent indispensables pour mettre en place des prises en charge cohérentes, soient mieux valorisés et intégrés par les institutions de soins.

Enfin, certains des professionnels du soin psychique interviewés ont pointé le fait qu'ils pouvaient eux-mêmes être dans une certaine souffrance face à un système de contraintes et à un manque de moyens qui pèse, parfois lourdement, sur leur pratique. L'un de ces soignants a ainsi résumé son ressenti : « *on est impuissants et épuisés* ». Alors que les demandes de soins ne cessent d'augmenter, que certains patients sont dans des situations très complexes, qui nécessitent des relais, et que les ressources humaines sont en forte tension, le risque de découragement voire d'épuisement professionnel peut exister, qui est défavorable au partenariat et aux échanges avec des professionnels non soignants et, *in fine*, a une bonne articulation de tous autour des besoins de l'enfant ou de l'adolescent.

5.2. Les écrits pour tisser des liens, articuler des prises en charge différentes

Si les rencontres concrètes avec d'autres partenaires de champs différents semblent être des accélérateurs majeurs d'articulations « vertueuses » pour une prise en charge facilitée et cohérente des patients, il reste que les moyens de bien communiquer, hors temps d'échanges dédiés, entre professionnels soignants et non soignants sont essentiels tout au long du parcours de prise en charge du jeune patient.

Les professionnels interviewés ont été nombreux à évoquer les demandes de « retours écrits » qui leurs sont faits par les orientateurs ou les professionnels qui les sollicitent pour avis, et notamment par les médecins généralistes et les professionnels des

établissements scolaires. Ce constat que l'ORS observe dans de nombreux autres territoires de la région, renvoie à deux demandes sous-jacentes des « orientateurs » :

- Est-ce que le jeune est bien pris en charge en termes de soins psychiques (est-ce qu'il est donc sorti d'une forme d'errance qui pourrait aggraver sa souffrance) ?
- Est-ce qu'il y a des choses à ne pas faire ou à faire, pour être en cohérence avec les besoins de l'enfant ou du jeune en souffrance psychique, et avec les soins psychiques entrepris ?

Ces attentes semblent plus ou moins bien entendues par les soignants, et dans certains cas, elles soulèvent plutôt des inquiétudes concernant la préservation de l'intimité et du libre-arbitre des patients et de leurs familles, et plus largement autour du secret professionnel. Les soins de santé mentale étant encore entourés de représentations négatives et la maladie mentale étant encore souvent stigmatisée, le fait de donner certaines informations à des tiers « orientateurs », y compris des soignants comme les médecins généralistes, ne va pas de soi. Il existe une crainte sur le risque que ces informations, personnelles et sensibles, sur les patients ne soient pas bien utilisées par ceux qui les demandent, même malgré eux, et qu'elles contribuent à aggraver une mécanique d'étiquetage défavorable au patient, ou éventuellement à nourrir des systèmes familiaux ou des environnements « toxiques » ou défaillants.

En parallèle, certains professionnels du soin psychique admettent que, pour certains médecins généralistes, ou professionnels des établissements scolaires, mieux connaitre l'existence d'une prise en charge soignante au plan psychique, peut effectivement faciliter les prises en charge mise en place par ces professionnels, et créer une véritable opportunité de cohérence et d'articulation autour de l'enfant.

Mais, transmission d'information ne vaut pas concertation et la concertation prend du temps… La communication écrite, portant sur des cas individuels, entre professionnels qui ne se connaissent pas, ne travaillent pas régulièrement ensemble, ne sont pas certains de partager une culture commune reste délicate… Il faudrait idéalement avoir « *le temps de se parler* » et c'est là l'habituelle pierre d'achoppement de certaines tentatives d'articulation et de retours écrits. D'autant plus que faire un retour écrit demande également du temps, même si le nombre d'informations transmises est modeste.

Concernant l'écueil du temps, certains des professionnels ont évoqué la possibilité d'utiliser des outils numériques, pour partager certaines informations plus rapidement, efficacement et de manière sécurisée, comme par exemple la plateforme MonSisra, déjà utilisée par quelques-uns des interviewés. Même si l'outil ne supprime pas le risque de stigmatisation que peut faire courir la transmission de certaines informations, il peut toutefois, dans un cadre pré-construit, où une confiance et une base de culture commune peuvent exister, notamment dans les CLS, CLSM, mais aussi dans le cadre des

Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), faciliter des articulations effectives et bénéfiques autour des enfants ou des adolescents.

Si tous conviennent que l'interconnaissance et la confiance restent des conditions chronophages mais importantes pour transmettre des informations sensibles, plusieurs interviewés rappellent qu'il est également possible de faire un retour « simple » (notamment au médecin généraliste). Indiquer au médecin généraliste qui demande un retour que « telle personne a bien été vue dans nos services », sans donner plus de détails peut suffire. Il s'agit ainsi de rassurer le médecin généraliste, qui saura qu'il n'est pas seul à suivre un patient qui suscite des inquiétudes et face auquel il peut se sentir à la fois démuni et responsable en cas de passage à l'acte (notamment en cas de tentative de suicide).

5.3. La trace écrite pour faciliter l'articulation du patient avec sa propre histoire

Un point a été soulevé par certains professionnels soignants interviewés qui met en exergue une autre fonction des traces écrites. Ainsi, les informations consignées par les soignants, tout au long de la prise en charge du jeune patient, deviennent parfois les pièces d'une possible « archéologie » personnelle, qui permet au jeune patient, voire à l'ancien patient devenu adulte, de connaitre ou du moins de remettre en perspective les différentes étapes de son enfance ou adolescence, tout particulièrement lorsque celle-ci a été morcelée par des placements successifs en différentes familles d'accueil, foyers et autres prises en charge par les services de Protection de l'Enfance.

Lorsque les familles sont défaillantes et ne sont pas en capacité de produire un récit qui contribue à aider l'enfant ou l'adolescent à comprendre son parcours de vie, avec aussi les étapes de souffrance psychique et de soin, les soignants peuvent jouer dans une certaine mesure ce rôle et « *tenir le fil de l'histoire de l'enfant* ». Du fait du travail réalisé avec l'enfant ou l'adolescent dans le cadre du soin psychique et grâce aux écrits qui conservent la trace des différentes étapes de la vie du jeune patient, ce dernier peut avoir une vision plus claire et chronologiquement exacte de son parcours, impossible parfois pour lui à construire autrement, faute d'une structure familiale stable en capacité de produire un récit. Les professionnels des CMP, CMPP ou CATTP peuvent ainsi avoir le sentiment de devenir des sortes de « référents » pour l'enfant ou l'adolescent, en capacité de porter le récit du parcours de vie (et de soins) de l'enfant.

Ces traces et cette mémoire qui peuvent être portées par les professionnels du soin psychique, peuvent aider les jeunes patients à comprendre leur propre histoire, à s'articuler avec elle. Au-delà, cette possible mise en perspective de son parcours de vie peut contribuer au soin, voire à l'alliance thérapeutique des patients avec les soignants.

L'enjeu de la narration, du récit de vie, dans ses grandes étapes, lorsque les professionnels se multiplient autour de l'enfant et que la famille est défaillante est très important pour ces jeunes patients, pendant les soins mais également lorsque l'étape de soin est terminée, pour remettre en perspective à la fois le soin et son sens dans une chronologie parfois complexe. La narration est facilitée par les traces écrites, qui impliquent cependant toujours un travail et un temps conséquents.

6. État des lieux des partenariats effectifs, avec des professionnels du soin ou hors soin

Les professionnels du soin psychique sont, dans le cadre du suivi de leurs patients ou de sollicitations pour avis, en contact avec des acteurs différents dans le champ du soin, ou avec des acteurs d'autres domaines. La nature du contact peut varier d'un professionnel à un autre, selon les situations, et selon les ressources en présence sur le territoire d'exercice. Globalement, les grandes aires urbaines, qui concentrent des ressources et des dispositifs de rencontres et de partenariat (CLS, CLSM notamment) facilitent l'interconnaissance et la progression d'une culture commune. À l'inverse, et classiquement, les territoires ruraux où les ressources sont moins importantes sont peut-être moins propices pour nouer des partenariats aussi diversifiés, même si des instances comme les équipes éducatives, au sein des établissements scolaires, existent partout et constituent un format plébiscité pour travailler en partenariat et en cohérence autour de situations individuelles, à des échelles locales.

En tout état de cause, des récurrences sont repérées et une certaine « cartographie » des contacts ou partenariats se dessine au travers des entretiens effectués.

Liens avec d'autres professionnels du soin somatique ou psychique

Les soignants des territoires qui peuvent chercher à se mettre en contact avec les psychiatres des CMP et CMPP sont avant tout les **médecins généralistes**, qui font partie des principaux orientateurs vers le soin psychique, et sont parfois en attente d'un avis ou du moins d'un retour après une orientation. Les contacts sont variables, mais lorsqu'un lien est tissé, il apparait que cela peut faciliter le soin psychique, *a minima* pour le renouvellement d'ordonnances, mais aussi pour partager une vision plus globale des patients et de leurs besoins, y compris au plan somatique. Ce lien est décrit comme étant peut-être plus facile dans les territoires ruraux où, face à la rareté des ressources, les

forces en présence ressentent peut-être une plus grande nécessité de travailler ensemble, pour faciliter le parcours de soin et le suivi des patients.

Les professionnels interviewés ont déclaré avoir peu ou pas de liens avec les **psychiatres libéraux** présents sur le territoire. Outre le fait que ceux-ci sont rares en Ardèche et en Drôme, ils ont leurs propres patients qui font rarement des allers-retours entre structures associatives ou service public et soins en libéral.

En revanche, plusieurs des soignants interviewés ont souligné qu'ils avaient le sentiment que le passage de relai entre **services de pédopsychiatrie et services de psychiatrie adulte** se fait plus facilement aujourd'hui. Le lien est variable selon les territoires, mais le « tuilage » qui peut se faire pour un jeune patient, après ses 18 ans, est peut-être plus fluide qu'il ne l'était il y a encore quelques années. D'une manière générale, les interviewés décrivent des liens qui vont en se renforçant entre professionnels de la psychiatrie des services publics ou à mission de service public : les professionnels se connaissent, se consultent et parfois s'entraident sur certains suivis : le réseau Enfant Sujet en est la preuve vivante. Dans tous les cas, des besoins « *d'articulation en interne* » des services de soins en pédopsychiatrie et psychiatrie générale existent, avec des besoins convergents sur le sujet du temps passé hors soin, pour participer à des instances multipartenariales autour de cas concrets et individuels.

Reste que si le travail réalisé en CMP ou en CMPP est décrit comme proche, avec des patients de profils similaires, la situation est un peu différente dans les CATTP et dans les hôpitaux de jour. La souffrance psychique des jeunes patients y est peut-être plus marquée, certainement en lien avec une grande défavorisation sociale, affective et familiale. Ainsi, dans certains hôpitaux de jour, les jeunes suivis par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance peuvent représenter jusqu'à 80 % de la file active. Face à des situations à la fois très complexes et douloureuses, les besoins de travail en articulation sont très importants et particulièrement tournés vers les professionnels de l'ASE.

L'articulation des professionnels du soin psychique avec les **hôpitaux de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO)** reste en revanche complexe. Certains enfants ou adolescents auraient besoin d'un temps d'hospitalisation en pédopsychiatrie, mais il n'y a que 10 lits, dans cette spécialité, pour les deux départements, un nombre très en-deçà des besoins et parfois encore réduit par des « *bed blokers* », assignés à l'hôpital, faute de famille ou de famille d'accueil qui puissent les prendre en charge. De ce fait, lorsque l'hospitalisation devient urgente ou incontournable, en cas de crise clastique, de conflit important avec la famille ou la famille d'accueil, les professionnels du soin psychique en ambulatoire se tournent vers les hôpitaux MCO, et notamment vers les services de pédiatrie, qui peuvent parfois accueillir les enfants ou jeunes quelques jours. Ces services, qui accueillent beaucoup de jeunes enfants qui ont des problématiques somatiques ne correspondent pas vraiment aux besoins des enfants ou jeunes en souffrance psychique,

mais ils constituent un peu une « bouée de secours », dans un contexte de déficit de ressources d'hospitalisation en pédopsychiatrie.

En cas de tentative de suicide, avec donc un risque vital, les liens peuvent être complexes entre professionnels du soin psychique et soignants des hôpitaux MCO. Dans l'un ou l'autre département, il semble qu'il n'y ait pas de lien structurel ou formel entre les services de pédopsychiatrie et les services d'urgences MCO, où arrivent nombre de tentatives de suicide (l'urgence étant de mettre la personne hors de danger au plan somatique). Or, les tentatives de suicide peuvent prendre des formes différentes et les jeunes patients présenter des signes plus ou moins visibles ou inquiétants pour les professionnels des urgences MCO. Faute de formation des urgentistes et plus largement des soignants en MCO à la crise suicidaire, certaines situations inquiétantes sont mal repérées, et le danger du risque de récidive persiste voire s'aggrave. La question des tentatives de suicide et de la crise suicidaire sont véritablement un sujet sur lesquels les articulations entre différents soignants sont indispensables. En principe, le déploiement du dispositif VigilanS[12], devrait faciliter ces articulations, mais ce n'est pas toujours le cas sur le terrain. Certains des professionnels interviewés espèrent que le recrutement d'IPA par les hôpitaux psychiatriques, permettra peut-être de travailler plus étroitement avec les hôpitaux MCO, notamment avec les services d'urgence et que cela pourra contribuer à un meilleur repérage, puis une orientation adaptée des situations à risques.

Des liens se nouent parfois avec les **psychologues libéraux**. Ceci est d'abord dû au fait que certains d'entre eux ont des pratiques mixtes et travaillent une partie de leur temps dans des structures de type CMP ou CMPP : l'interconnaissance se fait ainsi naturellement. Le fait que les **neuropsychologues** soient régulièrement sollicités pour réaliser des tests, peut aussi créer un peu d'interconnaissance, à la longue, sans aller jusqu'à un partenariat, les prises en charge n'étant pas partagées.

Les partenariats avec les **dispositifs d'écoute existant sur les deux départements (Maison des Adolescents, Points Accueil Écoute Jeunes (Drôme), et dans une certaine mesure l'Espace Info Jeunes (Ardèche)** sont décrits comme plutôt actifs, faciles à nouer et ce d'autant plus que certains soignants des structures de soins interviennent dans ces dispositifs. Ces ressources d'écoute peuvent orienter les adolescents et jeunes vers le soin, mais aussi prendre en charge des adolescents ou jeunes qui ne relèvent pas,

[12] VigilanS a pour objectif général de contribuer à faire baisser le nombre de suicides et le nombre de récidives de tentative de suicide. Ce dispositif consiste en un **système de recontact et d'alerte** en organisant autour de la personne ayant fait une tentative de suicide un réseau de professionnels de santé qui garderont le contact avec elle. https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/promotion-et-prevention/la-prevention-du-suicide/article/le-dispositif-de-recontact-vigilans

en première instance, de soins psychiques. Ce travail de prévention aide la fois à tisser des liens avec les structures de soin, mais aussi pour les jeunes concernés à créer de possibles passerelles vers le soin.

Comme souligné plus haut, les départements de la Drôme et de l'Ardèche présentent la forte particularité de compter un nombre de **« praticiens alternatifs »** important, au point de faire de certains territoires des exceptions culturelles, comme pourrait l'être une partie de la vallée de la Drôme citée par certains interviewés avec une pointe d'humour : le « *Crestdiestan* ». Les points de vue des professionnels interviewés diffèrent sur ces praticiens, et on repère peu de liens formels ou de liens explicitement tissés avec eux, au travers des entretiens réalisés. Pourtant, et dans un souci de cohérence des discours, à la fois pour les jeunes patients et pour leurs familles, certains professionnels du soin psychique accueillent l'information d'un *« suivi alternatif »* effectué en amont ou en parallèle du soin psychique, sans exprimer de point de vue négatif et sans essayer de dissuader les familles et patients concernés de persévérer. Les *« praticiens alternatifs »* peuvent ainsi être considérés comme des ressources d'écoute complémentaires pour les patients, mais aussi des portes d'entrée vers le soin psychique. Il semble, en effet, que plusieurs de ces praticiens aient le souci de « passer le relai » aux psychiatres lorsqu'ils repèrent qu'ils ne sont pas en mesure d'aider les personnes, ou qu'ils craignent un passage à l'acte.

Les liens avec les **Services d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile** (SESSAD) sont décrits comme extrêmement variables d'un territoire à l'autre, parfois sur fond de désaccord concernant les méthodes de diagnostic et de prise en charge, certains SESSAD étant plus orientés sur les approches neurologiques que sur les psychothérapies, et dans certains cas, les professionnels du soin psychique ont parfois même le sentiment d'être confrontés à une forme de « *psychiatrie bashing* ». Dans d'autres cas, pourtant, des complémentarités sont observées, autour d'un même jeune patient, bénéficiant d'un double suivi, en SESSAD et en CMP ou en CMPP.

Les doubles suivis peuvent d'ailleurs, d'une manière générale, constituer des opportunités de collaborations ou du moins d'articulations entre professionnels du soin rattachés à différentes structures, par exemple pour des enfants suivis à la fois en CMP ou CMPP et en orthophonie libérale. Les professionnels se connaissent à l'échelle de petits territoires, peuvent se croiser dans certaines instances, et occasionnellement s'orienter mutuellement des patients. Mais les doubles suivis se heurtent aussi, parfois, à des obstacles : des questions, des oppositions, voire des exclusions. D'après certains professionnels, les enfants suivis en CMP ou en CMPP peuvent aussi avoir besoin d'un suivi en orthophonie. Néanmoins, le suivi en orthophonie peut être remis en question, notamment s'il s'agit d'une rééducation logico-mathématique, qui dans certains cas ne relèverait pas réellement d'un besoin de soin mais de méthodes d'apprentissage… Cette légitimité ou nécessité, parfois contestées des doubles suivis, semble particulièrement se

manifester avec certains dispositifs de prise en charge des enfants atteints de troubles du spectre autistique. Ainsi, certaines **Unités d'Enseignement Maternelle Autisme** (UEMA) [13] refusent parfois les doubles suivis parallèles UEMA/CMP, qui apparaissent parfois pourtant nécessaires aux professionnels du soin psychique. La vraie-fausse guerre entre approches « neuro » et « psychanalytique » qui recouvre en réalité une multiplicité d'approches soignantes possibles, peut être à l'origine d'incompréhensions ou et de réticences à travailler ensemble, entre professionnels différents, autour du même enfant. Ces difficultés se retrouvent semble-t-il avec d'autres acteurs du champ de l'autisme, champ où la « guerre » serait peut-être toujours d'actualité. D'après certains des professionnels interviewés, les approches divergent parfois fortement entre les pratiques de soin des CMP et CMPP et ce qui est promu par **certaines associations** comme Planète Autisme, entre autres. Ces exemples rappellent que les articulations entre professionnels, y compris entre professionnels du soin, ne peuvent se mettre en place s'il n'y a pas un minimum de culture commune et de convergence sur les objectifs et pratiques du soin. À ce titre, il semble qu'il n'y ait pas de difficultés particulières avec les Centres d'Évaluation et de Diagnostic de l'Autisme (CEDA) : les diagnostics sont posés ou confirmés, mais cela ne freine pas le parcours de soins du jeune patient qui est pris en charge en CMP ou CMPP. Par ailleurs, le diagnostic du CEDA permet une reconnaissance du handicap par la Maison départementale de l'Autonomie/du Handicap, mais il ne facilite pas particulièrement l'entrée dans les soins en pédopsychiatrie.

Enfin, les professionnels interviewés ne sont pas à proprement parler en lien avec les **Plateformes de Coordination et d'Orientation** (PCO)[14], mais celles-ci permettent un premier niveau d'examen des demandes et évitent, notamment, la médicalisation de certaines situations qui relèvent parfois surtout d'une prise en charge sociale ou éducative. Les PCO, parce qu'elles évitent des sur-orientations vers les soins psychiques

---

[13] UEMA Les unités d'enseignement maternelle autisme (UEMA) sont des unités d'enseignement rattachées à des établissements médicaux sociaux implantées dans des écoles maternelles pour proposer un cadre de scolarisation adapté à des élèves avec des troubles du spectre de l'autisme et pour lesquels la maison départementale des personnes handicapées a notifié ce besoin. Ces unités scolarisent 7 enfants de 3 à 6 ans. L'enseignant coordonnateur du dispositif est un enseignant titulaire du CAPPEI. https://eduscol.education.fr/3634/ueea-uema-dispositifs-integres

[14] Les Plateformes de Coordination et d'Orientation s'adressent aux jeunes enfants de 0 à 6 ans pour lesquels l'entourage et / ou le médecin constate des écarts inhabituels de développement. Ces écarts peuvent être les signes d'un possible trouble du neurodéveloppement (TND) comme un trouble du spectre de l'autisme (TSA), un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyper activité (TDAH), un trouble DYS (dyslexie, dyspraxie, dysorthographie, dysphasie), un trouble du développement intellectuel. Sur prescription, c'est le médecin qui adresse l'enfant à la PCO. https://handicap.gouv.fr/engagement-2

peuvent contribuer à désengorger les listes d'attente des CMP et CMPP, et indirectement libérer du temps pour le partenariat.

Avec d'autres professionnels hors champ du soin psychique, médical

C'est surtout avec certains de ces professionnels, hors soin psychique ou médical, que les articulations peuvent être les plus fortes et les plus opérationnelles, autour des enfants et adolescents en souffrance psychique.

Le premier partenaire des professionnels interviewés est sans conteste **l'Éducation nationale**. On notera à cet égard que les professionnels ont peu évoqué les établissements scolaires privés, si ce n'est certains établissements en Drôme proposant des pédagogies « alternatives », avec lesquels les liens sont ténus, sur fond de possibles divergences quant à certaines approches éducatives qui s'articuleraient ou non (les avis divergent) avec le soin psychique.

Les professionnels interviewés convergent sur le constat que les relations sont de plus en plus faciles avec les établissements scolaires, et notamment avec les écoles et les collèges, en particulier grâce aux **infirmières scolaires**, qui constituent un relai précieux entre soignants, enseignants et direction des établissements, à la fois pour expliquer aux soignants la situation de l'enfant et ses possibles difficultés au regard des attendus scolaires, mais aussi pour relayer le point de vue des soignants auprès des professionnels concernés par l'enfant, dans l'établissement. Au-delà, les interviewés l'ont redit, les **équipes éducatives** sont devenues des instances essentielles de partenariat et d'articulation entre professionnels du soin psychique, professionnels de l'éducation, mais aussi parents et autres acteurs qui peuvent accompagner l'enfant.

En revanche, les professionnels interviewés signalent leur besoin d'être davantage en lien avec les **acteurs du périscolaire** et particulièrement les professionnels en charge des cantines scolaires, notamment pour mieux accompagner les adolescents concernés par des troubles du comportement alimentaire (TCA).

Les centres médico sociaux (CMS) du département de la Drôme et de l'Ardèche constituent également un partenaire de premier plan pour les professionnels du soin psychique. Les **travailleurs sociaux** notamment, sont des acteurs précieux pour favoriser une prise en charge globale et cohérente d'enfants et de jeunes en souffrance psychique, au sein de familles parfois vulnérables et qui ont-elles-même besoin d'aide à différents niveaux. L'articulation avec les professionnels du soin psychique peut se heurter aux difficultés de manque de moyens humains, mais les professionnels interviewés n'ont pas évoqué d'obstacles de fond dans les liens qui peuvent se tisser, autour des enfants ou adolescents en souffrance psychique.

Les enfants et adolescents qui vivent (ou ont vécu) dans des familles concernées par de grandes fragilités affectives et sociales et qui sont accompagnés par les professionnels de **l'Aide Sociale à l'Enfance**, nécessitent souvent des suivis multiples : social, éducatif et aussi souvent en matière de soins psychiques. Les adolescents qui présentent des risques de basculement dans la délinquance sont suivis par les services de **Protection Judiciaire de la Jeunesse** (PJJ), et peuvent aussi avoir besoin d'un soin psychique en parallèle. Le travail des professionnels de l'ASE et de la PJJ est salué, mais le manque de moyens humains et le turnover existant dans ces institutions rendent les articulations concrètement difficiles à établir. La complexité de l'accompagnement de ces enfants ou adolescents, alors même que leurs familles sont souvent très fragiles ou défaillantes, que les familles d'accueil sont également parfois dépassées, et que les jeunes enchainent parfois les déménagements et séjours dans différentes familles, foyers et différents territoires ajoute encore aux difficultés d'articulation.

Les interviewés perçoivent une possible souffrance des professionnels de l'ASE comme des professionnels de la PJJ, liée à la fois aux situations très douloureuses qu'ils doivent accompagner mais aussi au manque de moyens humains dont ils pâtissent. Dans ce cadre très contraint, les professionnels de l'ASE et de la PJJ semblent ainsi avoir très peu de disponibilité pour être en lien avec les professionnels du soin psychique : les échanges oraux sont possibles mais pas toujours aussi fréquents qu'on pourrait le souhaiter, les échanges écrits sont encore plus ténus, et les opportunités de rencontre en présentiel manquent. De ce fait, la transmission d'informations sur les enfants et jeunes suivis est souvent insuffisante, et les soignants déplorent parfois que certains des enfants qu'ils prennent en charge arrêtent soudainement le soin, alors que leurs besoins de soins n'ont pas diminué. Changement de famille d'accueil, de foyer, … Les raisons de ces arrêts de soin peuvent être multiples (notamment si l'enfant ou le jeune change de secteur psychiatrique ou que la famille ne peut plus l'emmener jusqu'aux lieux de soin), mais les soignants non informés s'inquiètent des dégâts que peuvent engendrer ces ruptures de soin, et ils peuvent avoir le sentiment que le soin est un peu instrumentalisé pour réduire des symptômes, mais qu'il n'est pas suffisamment envisagé comme un processus qui se met en place dans la durée. On demande ainsi parfois aux soignants d'intervenir en « urgence », ou en « priorité », pour aider un enfant aux difficultés multiples et en souffrance, mais lorsque le soin est mis en place, l'enfant peut « *disparaitre* » sans qu'aucune explication ne soit donnée et sans qu'un passage de relai avec d'autres prises en charge de soins psychiques ne puissent être mis en place. Le constat des soignants interviewés rejoint les observations qui sont faites partout en région (Cf Diagnostics locaux de santé de l'ORS, notamment) : les difficultés de moyens humains rendent difficile la construction de partenariat, même si les bonnes volontés sont présentes.

Enfin, les professionnels interviewés ont souligné que les jeunes mineurs isolés arrivés en France dans des conditions souvent très difficiles, sont souvent dans une grande détresse

psychique, et que certains ont un besoin urgent de soins. Or, la complexité de leur situation administrative fait qu'il est aujourd'hui très compliqué de faire accepter leur dossier pour bénéficier d'une prise en charge en matière de soins psychiques : les liens avec **les préfectures** restent ténus et les articulations complexes à élaborer autour de ces situations à la fois très spécifiques et complexes d'enfants et d'adolescents dont les droits en France sont fragiles.

7. Familles des enfants et adolescents en souffrance psychique : une alliance est souhaitable lorsqu'elle est possible

Les professionnels interviewés ont souligné que la place des parents, dans la prise en charge de l'enfant, de l'adolescent, ou du jeune adulte en souffrance psychique est à la fois importante et complexe.

L'enfant ou l'adolescent en souffrance psychique vit dans une famille, avec des parents, dans des liens affectifs. Il n'est pas possible de faire abstraction de cet environnement, ce milieu de vie qui conditionne l'accès aux soins du patient, et ce d'autant plus que l'enfant est jeune et qu'il dépend de la décision et de la disponibilité de ses parents pour venir jusqu'aux lieux de soin. Par ailleurs, même si la dynamique familiale, les relations entre les parents et leurs enfants peuvent être en lien avec la souffrance de ces derniers, il peut être possible, pour les soignants, d'éclairer et d'accompagner les parents sur certains changements à apporter, certaines approches à privilégier dans leur rapport avec leur enfant. Les professionnels ont par ailleurs souligné que les parents sont invités aux équipes éducatives, instances de concertation et d'articulation saluées par les soignants qui y sont aussi régulièrement invités.

Les soignants ont cependant rappelé que les parents ne sont pas « *des co-thérapeutes* » : il arrive que certains soient dans un lien « *toxique* » avec leur enfant et le soin doit alors se faire malgré eux, plutôt qu'avec eux. D'une manière générale, une alliance thérapeutique avec les parents est ainsi complexe à construire. Dans certains cas, les parents se sentent stigmatisés par les problèmes de leur enfant et peuvent éprouver un sentiment de gêne voire de honte à recourir aux soins psychiques pour leur enfant. Ces parents auront alors tendance à retarder le recours aux soins, voire à préférer recourir à d'autres types de soins ou de prises en charge, qui n'évoqueraient pas des difficultés psychiques chez l'enfant. À l'inverse, en cas de crise clastique, notamment chez des adolescents, certains parents débordés par la situation pourraient exprimer le souhait

d'une hospitalisation de leur enfant, alors que celle-ci n'est pas forcément pertinente ou aidante pour ce dernier.

La complexité est majorée lorsque l'enfant ou le jeune vit en famille d'accueil. Selon les situations, les enfants peuvent vivre pendant des périodes courtes ou longues en familles d'accueil, en changer plusieurs fois au cours de leur enfance et adolescence. Ces familles peuvent être aidantes par rapport au parcours de soin, ou avoir simplement des attentes de facilitation de leur travail (notamment lorsque les enfants ou jeunes présentent de grandes difficultés de comportement, avec des formes de violences verbales ou physiques), et leur posture et attentes face au soin psychique peuvent donc grandement varier. Enfin, pour certaines familles d'accueil, la poursuite de leur travail (de l'accueil de l'enfant placé) est conditionnée à la disparition des symptômes si ces derniers sont considérés comme incompatibles avec la vie de famille, et le sens du soin pour l'enfant accueilli, en souffrance psychique, peut alors se perdre.

Les professionnels interviewés observent néanmoins que lorsque cela est possible, l'articulation entre eux-mêmes et les parents ou familles d'accueil, au niveau du discours comme de la continuité des soins, est contenante pour les enfants et facilite leur disponibilité pour bénéficier des soins psychiques.

Reste que, lorsque le maintien dans la famille apparait comme néfaste pour l'enfant, la question du lien doit être interrogée et sur ce point, professionnels du soin psychique et de la Protection de l'Enfance peuvent assez fortement diverger. La nécessité du maintien du lien entre enfants et parents, est un point de débat à partir duquel des discours et des recommandations différentes peuvent être émis.

Conclusions et recommandations

Cette étude a permis de faire émerger de grands constats sur les enjeux et attentes d'articulation entre professionnels du soin psychique et professionnels hors soin psychique, autour des enfants et adolescents en souffrance. Ces constats convergent sur un point majeur : la volonté partagée de travailler plus étroitement ensemble, et le manque de temps et de moyens humains pour y parvenir de manière satisfaisante.

Professionnels hors soin psychique

1/ Une forte attente et volonté de travailler en cohérence avec les professionnels du soin psychique

Ces professionnels ont exprimé un fort besoin, dans le cadre de leurs missions et pour accompagner au mieux les enfants avec lesquels ils travaillent, de développer les liens et le partenariat avec les professionnels du soin psychique. Ce besoin se décline en deux axes :

- Avoir plus facilement accès à des avis spécialisés lorsque des situations d'enfants ou adolescents qu'ils accompagnent suscitent des inquiétudes en matière de santé mentale et de souffrance psychique, qui dépassent leurs compétences ;
- Avoir concrètement davantage d'opportunités d'échanges avec les professionnels du soin psychique sur des situations individuelles d'enfants et d'adolescents en souffrance psychique et sur la manière d'affiner l'accompagnement de ces enfants ou adolescents, en tenant compte de leurs besoins et suivis en matière de santé psychique.

L'objectif pour ces professionnels est de faire en sorte que les différentes aides dont peut avoir besoin l'enfant ou l'adolescent, en termes de soins psychiques, de scolarité, d'aide sociale, puissent entrer en cohérence, dans le cadre de son parcours de vie.

2/ Mais des contraintes de moyens humains, pour tous, qui limitent possibilités d'échanger et de travailler avec les professionnels du soin psychique

- La saturation perçue des structures de soins ambulatoires (délais d'attente parfois très longs pour accéder à une prise en charge en ambulatoire) et les demandes

nombreuses de prise en charge, semblent laisser peu de temps aux soignants pour participer à des temps d'échange ;

- Du côté des médecins scolaires, leur rareté et l'ampleur de leurs territoires d'exercice font qu'ils sont peu mobilisables. En revanche, les infirmières scolaires, plus nombreuses, sont souvent la clé d'une bonne articulation entre professionnels des établissements scolaires et professionnels du soin psychique.

Les difficultés de moyens humains et donc de temps disponible pour réfléchir et travailler ensemble autour de situations individuelles constituent le frein majeur à des collaborations concrètes, sur des situations d'enfants en souffrance psychique qui ont besoin de différents types d'accompagnement en parallèle.

3/ Des difficultés majorées dans le cas des enfants suivis par les services d'Aide Sociale à L'Enfance

Ces difficultés sont majorées dans le cas des enfants suivis par les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance, alors que la famille est parfois très fragile, voire absente.

- Les enfants, adolescents et familles suivis par l'ASE présentent des difficultés et des fragilités souvent très importantes. Les parcours de vie et les parcours de soin de ces enfants sont parfois faits de ruptures (placements, déménagements, …), qui entrainent aussi des retards de recours aux soins ou des ruptures de soins.
- Les difficultés de moyens (saturation et aussi turnover) sont décrites comme particulièrement fortes du côté des professionnels des services de Protection de l'Enfance, ce qui entrave leur possibilité et disponibilités pour développer des partenariats avec les soignants.

4/ Dans un contexte de moyens contraints, des « sas » d'attente de soins existent sur les territoires qui permettent un premier niveau de réponse, avant un accès effectif au soin psychique

Les psychologues qui interviennent en PMI, dans les PAEJ ou encore dans les Missions locales apportent un premier niveau d'analyse, une écoute, aux enfants ou adolescents en souffrance psychique (et aussi à leurs parents), qui peut prévenir l'aggravation de certaines problématiques, les soutenir dans l'attente d'un soin psychique, ou encore faciliter l'orientation vers un soin, notamment en déstigmatisant ce dernier. Ces professionnels, facilitent une articulation entre l'écoute et le soin. Ils peuvent constituer des « sas » pour les enfants et surtout les adolescents et jeunes avant que ces derniers soient prêts à accéder aux soins, ou n'aient une place dans les files actives des structures de soins.

Professionnels du soin psychique

1/ La notion de diagnostic en matière de soins psychiques reste complexe à comprendre pour les familles et pour les professionnels non soignants

La méconnaissance de ce qu'est un diagnostic en matière de santé psychique est en partie alimentée par la confusion avec les diagnostics somatiques ou les incompréhensions en ce qui concerne les bilans neuropsychologiques, pour les familles comme pour les professionnels hors soin psychique. Par ailleurs, l'importance du diagnostic pour ouvrir certains droits, notamment dans le champ du handicap (AESH à l'école, …), peut entrainer de fortes attentes chez les parents et les personnels éducatifs. Faute de diagnostic, parents et éducateurs peuvent penser que l'enfant ne pourra être pris en charge de manière adaptée en termes de soins psychiques. Il faut également informer les parents et autres éducateurs que la surmédicalisation est un risque possible et que toutes les souffrances morales ne relèvent pas d'un soin psychique ou d'un traitement médicamenteux.

Il est enfin important d'expliquer que le diagnostic doit tenir compte des évolutions et de l'environnement de l'enfant, notamment chez les jeunes enfants. Un diagnostic n'est pas forcément figé pour toujours. Dans tous les cas, il est possible d'aider l'enfant pour qu'il aille mieux, même s'il faut un peu de temps pour poser le diagnostic.

2/ La lisibilité des pratiques soignantes est parfois faible pour les familles et pour les professionnels non soignants, et peut créer une perte de confiance, des dissonances dans les discours, voire des ruptures de soins

Les parents, professionnels de l'éducation ou encore certains médecins généralistes peuvent avoir le sentiment « *qu'il ne se passe rien* » dans le soin psychique, faute de comprendre ce qui se joue pendant les séances de soin. L'incompréhension et le fait que des résultats peuvent être longs à obtenir ou discrets, peuvent décourager les familles et autres professionnels. Il reste important d'expliquer aux parents, familles, au moins dans les grandes lignes, en quoi consiste le soin et quels résultats peuvent être repérés, qui ne sont pas forcément spectaculaires ou rapides. Enfin, selon les situations, la guérison n'est pas toujours un objectif atteignable.

3/ La communication orale, écrite et les temps de rencontres pluriprofessionnels pour échanger sur des situations individuelles d'enfants ou d'adolescents en souffrance psychique, sont essentiels pour articuler toutes les prises en charge dont peuvent avoir besoin ces derniers, y compris en matière de soin psychique.

Les instances d'échanges et de concertation pluriprofessionnels, autour de situations concrètes, comme les équipes éducatives organisées par les établissements scolaires, constituent un modèle efficient pour que chaque professionnel explique ce qu'il peut faire (ou non), pour partager les regards et avis sur les besoins de l'enfant et mettre en place une stratégie concertée, où les complémentarités peuvent être identifiées et s'ajuster aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent. Au-delà, ces échanges permettent de tisser, à des échelles locales, une culture commune.

D'une manière générale, il semble ainsi que les rapports et articulations avec les professionnels de l'Éducation nationale soient de plus en plus fluides et qu'une culture partagée émerge qui facilite les échanges et la concertation sur les suivis et types d'accompagnement dont a besoin l'enfant ou l'adolescent.

4/ Les échanges et le partenariat sont freinés par le manque de moyens humains

Les besoins de soins d'enfants ou d'adolescents qui présentent une souffrance psychique, notamment dans des contextes familiaux fragiles ou défaillants, sont parfois très complexes à prendre en charge et mobilisent fortement les professionnels du soin psychique, mais aussi les professionnels du social, de l'Aide Sociale à l'Enfance, notamment. Or, les tensions en termes de moyens humains (manque de médecins, manque ou turnover des travailleurs sociaux, d'éducateurs spécialisés, …) constituent des contraintes fortes pour mettre en place des échanges, repérer les « bons » interlocuteurs et pouvoir se concerter.

5/ Le manque de moyens humains peut entrainer des réponses décalées par rapport aux besoins des enfants et des adolescents

Le manque de lits en pédopsychiatrie, le manque de médecins ou de travailleurs sociaux créent des tensions, notamment pour la prise en charge de situations complexes (familles défaillantes, familles d'accueil dépassées, …), et plus encore lorsque l'enfant ou l'adolescent a un comportement violent. Des stratégies d'évitement sont ainsi repérées

dans certaines structures ou chez certains professionnels qui entrainent des réponses « décalées » par rapport aux besoins réels de prise en charge de l'enfant ou de l'adolescent.

L'enfant ou l'adolescent est alors « bien » pris en charge, mais pas forcément au bon endroit… Et les réponses mises en œuvre face à sa souffrance psychique ne sont pas bien adaptées.

6/ Les professionnels et structures spécialisées dans une écoute étayante pour les enfants et surtout les adolescents en souffrance psychique, et notamment les Point Accueil Écoute Jeunes et les Maison des Adolescents constituent des ressources déjà bien articulées avec les ressources de soin psychique.

L'appui et l'écoute apportés par ces professionnels peut suffire pour dénouer certaines souffrances, mais ces structures peuvent aussi constituer des passerelles vers le soin. Les liens entre ces structures plutôt tournées vers la prévention et les CMP et CMPP sont globalement aisés, et permettent, en cas de besoin, de faciliter la mise en place d'un parcours de soins.

Pistes de recommandations pour faciliter les articulations entre professionnels soignants et non soignants, autour des enfants et jeunes en souffrance psychique

Cette étude permet de faire émerger **4 grandes pistes** pour :

- Réduire les risques de dissonance entre les différents acteurs qui accompagnent, suivent ou soignent les enfants et adolescents en souffrance psychique ;
- Favoriser les articulations entre différents acteurs, du soin et hors soin.

Plusieurs de ces pistes sont déjà à l'œuvre, portées par différentes instances et ressources (CMP, CMPP, équipes éducatives, rencontres locales, groupes de travail au sein des CLSM, sensibilisations faites dans le cadre des CLSM, PTSM, …). Il s'agit le plus souvent de les renforcer ou de les affiner.

1/ Maintenir et renforcer les opportunités d'échanges pluriprofessionnels entre professionnels du soin psychique et autres professionnels, à des échelles locales, autour de situations individuelles d'enfants ou adolescents en souffrance psychique

- Pour mieux comprendre les besoins de l'enfant/de l'adolescent, son environnement et les possibilités ou contraintes à prendre en compte ;
- Pour que chaque professionnel puisse faire part de ce qu'il peut faire, des limites de son action ;
- Pour favoriser la concertation, la cohérence et la continuité des parcours de soin, de scolarité, d'insertion sociale ou professionnelle.

Les équipes éducatives, les réunions de synthèse sont les formats qui semblent les plus opérationnels/efficients pour construire des articulations autour des patients, en cohérence avec le soin mis en place.

2/ Renforcer les liens, écrits ou oraux, entre professionnels du soin psychique et professionnels orientateurs vers le soin psychique (médecins généralistes, établissements scolaires, travailleurs sociaux, …)

- Pour que les orientateurs ne se sentent pas « seuls » face aux signes inquiétants de souffrance chez l'enfant ou l'adolescent ;
- Pour faciliter la cohérence des prises en charge (notamment somatique et psychique, avec les MG) et la continuité des parcours de soin.

Les retours écrits (mails ou papier) aux médecins généralistes (notamment) pour confirmer que le patient a été vu par les professionnels du soin psychique apparaissent comme un moyen efficace de répondre aux demandes/besoins des « orientateurs ».

Le partage d'informations « sensibles », de manière sécurisée, entre professionnels (dans le cadre du secret professionnel partagé) par le biais des plateforme numériques comme MonSisra pourrait être pertinent à développer.

3/ Renforcer la connaissance des professionnels hors soin psychique sur le parcours de soins psychiques, par des sensibilisations, voire des formations, pour faciliter la compréhension des non-soignants, le dialogue, la concertation et la cohérence des parcours de soins et de suivi

- **Le diagnostic** : comment il peut être posé (la place de l'examen clinique, la place des tests neuropsychologiques, …), quand il peut être posé (il faut parfois un temps long pour poser un diagnostic, notamment concernant les plus jeunes enfants, et de la prudence face à un risque possible « d'étiquetage » négatif ou définitif), les droits qu'il ouvre, comment il peut être expliqué aux parents ;
- **La prise en charge/les soins psychiques** : qu'est-ce qu'une psychothérapie et quelles sont les différentes approches possibles, à quoi sert un traitement médicamenteux et dans quel cas, comment les neurosciences peuvent être complémentaires du travail fait par les psychiatres ;
- **Quels sont les objectifs d'une prise en charge en matière de soins psychiques** : la « guérison » n'est pas forcément rapide, et pas toujours envisageable, mais il est possible d'aider le patient à aller mieux.

Des sensibilisations ponctuelles et spécifiques, ou des documents numériques peuvent permettre de diffuser ces informations, aux professionnels hors soin psychique.

4/Développer/faciliter la participation aux instances de rencontres pluriprofessionnelles qui peuvent permettre de faire progresser la culture commune sur les problématiques de santé mentale des enfants et adolescents, sur ce qu'est le soin psychique, du diagnostic aux différentes prises en charge possible, selon les besoins

- CLSM, CLS, CPTS
- Réseaux locaux de professionnels

Des rencontres ponctuelles, pluriprofessionnelles, dans le cadre de groupes de travail existant à des échelles locales, notamment au sein de réseaux professionnels, de réseaux de santé mentale, ou au sein des CPTS, CLSM, CLS, peuvent permettre de transmettre des informations/favoriser une culture commune sur ce qu'est le soin psychique (≠ problématiques de santé mentale, déstigmatisation de la santé mentale, approches thérapeutiques différentes et complémentarité possible des approches neurodéveloppementales, …).

ANNEXES

1. Bibliographie

1. Conseil de l'enfance et de l'adolescence. Quand les enfants vont mal : comment les aider ?. Paris : Haut Conseil de la famille de l'enfance et de l'âge; 2023 p. 172. Disponible: https://www.hcfea.fr/IMG/pdf/hcfea_sme_rapport_13032023.pdf

2. Psycom - Santé Mentale Info; 2023. Disponible: https://www.psycom.org/

3. Organisation mondiale de la santé. De nouvelles données de l'OMS et de l'enquête HBSC mettent en lumière les effets de la pandémie de Covid-19 sur les enfants et les adolescents; 28 juin 2023. Disponible: https://www.who.int/europe/fr/news/item/28-06-2023-new-who-hbsc-data-shed-light-on-covid-19-pandemic-s-effects-on-children-and-adolescents

4. Cosgrove L, Krimsky S, Vijayaraghavan M, Schneider L. Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry. Psychother Psychosom. 2006;75(3):154-60. Disponible: https://www.karger.com/Article/FullText/91772

5. Cabut S. Psychiatrie : DSM-5, le manuel qui rend fou. Le Monde. 13 mai 2013 Disponible: https://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/05/13/dsm-5-le-manuel-qui-rend-fou_3176452_1650684.html

6. Misès R, Botbol M, Bursztejn C, Golse B, Portelli C. Catégories de la CFTMEA. Dans: Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent - R2020. Rennes : Presses de l'EHESP; 2020. p. 33-80. (Hors collection). Disponible: https://www.cairn.info/classification-francaise-des-troubles-mentaux-de-l--9782810908011-p-33.htm

7. Zeanah CH, Carter AS, Cohen J, Egger H, Gleason MM, Keren M, et al. The Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood DC:0–5: Selective reviews from a new nosology for early childhood psychopathology. Infant Ment Health J. 2016;37(5):471-5.

8. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Rennes : Ed. ENSP; 2000. 116 p. (Avis et rapports). Disponible: https://www.hcsp.fr/docspdf/hcsp/hc000987.pdf

9. Bullens Q, Debluts D, Dubois F, Dupont J, Ferrard N, Fraiteur J, et al. Points de repère pour prévenir la maltraitance. Bruxelles : Ministère de la Communauté

française; 2008 p. 115. (Temps d'arrêt / Lectures).
Disponible: https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/73826/1/TA_Guide_WEB.pdf

10. Gindt M, Fernandez A, Battista M, Askenazy F. Conséquences psychiatriques de la pandémie de la Covid 19 chez l'enfant et l'adolescent. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. mai 2021;69(3):115-20.
Disponible: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961721000015

11. Hazo JB, Costemalle V, Rouquette A, Bajos N. Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020 : résultats issus de la 2e vague de l'enquête EpiCov. Études et résultats. oct 2021;(1210):1-8.
Disponible: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/ER1210.pdf

12. Vandentorren S, Khirredine I, Estevez M, De Stefano C, Rezzoug D, Oppenchaim N, et al. Premiers résultats des facteurs associés à la résilience et à la santé mentale des enfants et des adolescents (9-18 ans) lors du premier confinement lié à la Covid-19 en France. Bull Épidémiologique Hebd Covid-19. 20 mai 2021;(8):2-17.
Disponible: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/Cov_8/pdf/2021_Cov_8.pdf

13. Santé publique France. Enabee : étude nationale sur le bien-être des enfants; 20 juin 2023.
Disponible: https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enabee-etude-nationale-sur-le-bien-etre-des-enfants

14. Bourgeaux I, Guye O, Fontaine-Gavino K, Jacob I, Fiasson D, Robin P, et al. La santé des enfants accueillis au titre de la protection de l'enfance. Lyon : CREAI Rhône-Alpes, ORS Rhône-Alpes, IREPS Rhône-Alpes, Département de la Haute-Savoie; 2012 p. 135. Disponible: https://ancreai.org/wp-content/uploads/2018/02/RAPPORTS-003-ETUDE-La-sante%CC%81-des-enfants-accueillis-au-titre-de-la-protection-de-l%E2%80%99enfance-2012.pdf

15. Even M, Sutter-Dallay AL. La santé mentale des enfants placés. Une revue de la littérature. L'Encéphale. sept 2019;45(4):340-4.
Disponible: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700619301733

16. Observatoire national de la protection de l'enfance. La santé des enfants protégés : seizième rapport au Gouvernement et au Parlement. Paris : La Documentation française; 2022 p. 76.
Disponible: https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/ragp_2022_v5_0.pdf

17. Godeau P, Couturier D, Ambroise-Thomas P, Aurengo A, Bousser MG, Dubois F, et al. Le diagnostic en médecine : histoire, mise en œuvre présente, perspectives. Bull Académie Natl Médecine. oct 2006;190(7):1533-49.
Disponible: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001407919332121

18. de Becker E, François A, Kinoo P, Malchair A. La question du diagnostic en psychiatrie infanto-juvénile. Psychiatr Enfant. Paris cedex 14 : Presses Universitaires

de France; 2015;58(2):571-94.
Disponible: https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2015-2-page-571.htm

19. Bernheim B. Le soin à travers le travail de partenariat : point de vue d'une pédopsychiatre en hôpital de jour pour adolescents. Empan. Toulouse : Érès; 2017;(108):56-62.
Disponible: https://www.cairn.info/revue-empan-2017-4-page-56.htm

20. Olano M. Neuropsychologie. Faut-il tester les enfants ? Sci Hum. 2022;(343):18-21.
Disponible: https://www.scienceshumaines.com/neuropsychologie-faut-il-tester-les-enfants_fr_44101.html

21. Patermoster M, Matulonga Diakiese B. Santé mentale en Île-de-France : rôle clé des médecins généralistes dans le repérage et la prise en charge des patients. Paris : ORS Île-de-France; 2020 p. 20. (Focus Santé Île-de-France).
Disponible: https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2020/santeMentaleMG/ORS_MG_et_trouble_de_sante___mentale_vd.pdf

22. Dayan J. Limites des apports des neurosciences à la compréhension du bébé. Spirale 2019/3 (N° 91)2019/3 (N° 91), pages 70 à 79. Éditions Érès.

23 Haute Autorité de Santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux : états des lieux, repères et outils pour une amélioration; 9 oct 2018.
Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration

23. Rossi L, Robillard P, Guedeney A. Adolescents et jeunes adultes suicidaires : rôle du médecin généraliste. Accompagner par la thérapie, soigner par les antidépresseurs. Rev Prat Médecine Générale. 2022;36(1067):247-9.

24. Souweine G, Vaschalde I, Cezanne-Bert G, Henriette S. Psychiatrie et médecine générale à la moulinette du terrain : positions respectives et attentes réciproques. Inf Psychiatr. 2021;97(8):671-6.

25. Association CROCUS. Un adolescent peut en cacher un autre; 2017.
Disponible: https://www.medecin-ado.org/

26. Haute Autorité de Santé. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours; 15 déc 2014.
Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours

27. Leblanc A, Duverger P. Collaboration entre pédiatres et psychiatres d'enfants en hôpital général. Enfances Psy. 2006;(30):79-91.
Disponible: https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2006-1-page-79.htm

28. Picherot G. Le pédiatre et la psychiatrie de liaison. Perspect Psy. 2005;44(2):111-6.
Disponible: https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2005-2-page-111.htm

29. Bordeleau L, Leblanc J. La collaboration interprofessionnelle comme modalité pour résoudre les impasses thérapeutiques en pédopsychiatrie : une revue de littérature. Santé Mentale Au Québec. 2017;42(2):229-43.
Disponible: http://id.erudit.org/iderudit/1041925ar

30. CHU de Montpellier. Le Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Hérault - DSPPea34.
Disponible: https://www.chu-montpellier.fr/fr/dsppea34

31. Arrêté n° 2021- 2021-4782 relatif au projet expérimental Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Hérault. Agence Régionale de Santé Occitanie; 2021.
Disponible: https://www.occitanie.ars.sante.fr/media/83983/download?inline

32. Gautier-Coiffard Y, Mayer C. Avec la pmi accompagner le développement de l'enfant dans son environnement. Contraste. 2017;(46):207-32.
Disponible: https://www.cairn.info/revue-contraste-2017-2-page-207.htm

33. PATH. PerinAtal menTal Health; 2021.
Disponible: https://path-perinatal.eu/fr/a-propos/

34. Léone N, Loubières C. Santé mentale, grossesse et parentalité. Psycom; 2023.
Disponible: https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2023/09/PSYCOM_Brochures-A5_SM_Grossesse_Parentalite_WEB.pdf

35. Loubières C. Santé mentale et enfance. Psycom; 2020.
Disponible: https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2023/09/PSYCOM_Brochures-A5_SM_Enfance_WEB.pdf

36. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Les Maisons des 1000 premiers jours; 24 nov 2021.
Disponible: https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/1000jours/article/les-maisons-des-1000-premiers-jours

37. Binet É, Weigel B, Le Nestour A. Aménagement des processus défensifs et mobilisation des affects en crèche : étude clinique et analyse psychodynamique. Psychiatr Enfant. 2007;50(1):205-57.
Disponible: https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2007-1-page-205.htm

38. Abella A, Gex-Fabry M, Manzano J. Enseignants et cliniciens face aux difficultés des enfants en âge scolaire : une étude longitudinale prospective. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. févr 2001;49(1):9-18.
Disponible: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961701800490

39. Brochard A. « Qu'est-ce qu'on va devenir ? » : Négociations des parcours de vie de jeunes confrontés à des troubles psychiques au moment du passage à l'âge adulte [Thèse Soiologie]. Rennes : Université de Rennes 1; 2021.
Disponible: https://theses.hal.science/tel-03618785

40. Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent : guide de repérage. Paris : Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Fédération française de psychiatrie, Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse; 2013 p. 32. (Santé mentale).
Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Souffrance_psy_Enfant_ado_2014.pdf

41. Vademecum « Repérer et orienter les élèves en situation de souffrance psychique ». Paris : Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse; 2019 p. 60.
Disponible: http://clsm-ccoms.org/wp-content/uploads/2019/05/Vademecum_repere-orienter-eleve-souffrance-psychique_WEB.pdf

42. Raguideau M. Enfants en souffrance, enseignants en difficulté. Enfances Psy. 2012;(54):82-91.
Disponible: https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2012-1-page-82.htm

43. Herbulot A. La scolarisation d'un enfant présentant des troubles psychiques graves du point de vue d'un enseignant non spécialisé. VST - Vie Soc Trait. 2022;(156):15-9.
Disponible: https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2022-4-page-15.htm

44. Ménigoz A. Comment accompagner les adolescents vers les soins psychiques ? Rôle du médecin scolaire. Enfances Psy. 2006;(30):92-100.
Disponible: https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2006-1-page-92.htm

45. IREPS Auvergne-Rhône-Alpes. Agir à fond les CPS !; 2019.
Disponible: https://ireps-ara.org/bdd_progs_ireps/action.asp?action=12&id=656

46. Ministère de l'Éducation nationale de la Jeunesse et des Sports. pHARe : un programme de lutte contre le harcèlement à l'école; janv 2024.
Disponible: https://www.education.gouv.fr/non-au-harcelement/phare-un-programme-de-lutte-contre-le-harcelement-l-ecole-323435

47. Haute Autorité de Santé. Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives; 16 mars 2018.
Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835427/fr/prendre-en-compte-la-

sante-des-mineurs/jeunes-majeurs-dans-le-cadre-des-etablissements/services-de-la-protection-de-l-enfance-et/ou-mettant-en-oeuvre-des-mesures-educatives

48. L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : protection de l'enfance. Saint-Denis la Plaine : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux; 2017. 84 p.
Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_socialisation.pdf

49. Euillet S, Halifax J, Moisset P, Séverac N. L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin. Paris : Université Paris Ouest Nanterre la Défense, Association pour la professionnalisation la recherche l'accompagnement et le développement en intervention sociale (Picardie), Défenseur des Droits, Fonds CMU; 2016 p. 201.
Disponible:
https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=18498

50. Serra M. La prise en charge des cas complexes par la protection judiciaire de la jeunesse. Rhizome. Presses de Rhizome; 2016;(59):47-52.
Disponible: https://www.cairn.info/revue-rhizome-2016-1-page-47.htm

51. Comité National des Acteurs de la Prévention Spécialisée. La Prévention spécialisée, une mission primordiale; 2022.
Disponible: http://cnlapsweb.formasoft-pro.com/

52. d'Hautefeuille J. En quête de « raison sociale », le soin dans la balance. Regard et positionnements d'un éducateur de prévention spécialisée. Rev Enfance Adolesc. 2015;(92):93-106.
Disponible: https://www.cairn.info/revue-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2015-2-page-93.htm

53. Medina P, Rossello N, Saux R. Diagnostic local de santé. Annemasse - Les Voirons Agglomération. Lyon : ORS Auvergne-Rhône-Alpes; 2022 p. 100. (Diagnostic local de santé).
Disponible: http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/DLS%20Annemasse%20Agglo.pdf

54. Franceinfo. Les 16-25 ans reçus dans les Missions locales présentent un risque de suicide 4 fois plus élevé que les jeunes actifs; 2 août 2010.
Disponible: https://www.francetvinfo.fr/france/les-16-25-ans-recus-dans-les-missions-locales-presentent-un-risque-de-suicide-4-fois-plus-eleve-que-les-jeunes-actifs_234595.html

55. Medina P, Guye O. Pratiques de santé des jeunes suivis par les missions locales en Isère. Lyon : ORS Rhône-Alpes; 2006 p. 85.
Disponible: http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ML%2038.pdf

56. Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes. Bulletin. janv 2023;(9):1-34. Disponible: http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Bull9_2023.pdf

57. Lazarus A, Strohl H. Une souffrance qu'on ne peut plus cacher : rapport du groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale ». Paris : La Documentation française; 1995 p. 65. Disponible: https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/954050300.pdf

58. Première rencontre Ase-Pédopsychiatrie; 23 septembre 2022; Paris. Paris : ONPE, SFPEADA; 2022. 40p. Disponible: https://onpe.gouv.fr/system/files/publication/actes_journee_ase-pedopsychiatrie_-_230922.pdf

59. Fédération des centres médico-psycho-pédagogiques (FDCMPP). Missions socles des centres médico-psycho-pédagogiques. Paris : FDCMPP; 2022 p. 42. Disponible: https://www.fdcmpp.fr/IMG/pdf/fdcmpp_-_missions_socle_des_cmpp_au_11.02.2022.pdf

2. Guides d'entretien

Etude qualitative sur

les articulations possibles entre acteurs (soignants et non soignants)

autour de la souffrance psychique

des enfants et adolescents en Drôme-Ardèche

CHS / Réseau Enfant Sujet / ORS

Guide professionnels hors soin psychique

Juillet 2023

Ce document constitue un support pour orienter l'entretien et obtenir les informations telles que définies dans les objectifs de l'étude. Il ne s'agit en aucun cas d'un questionnaire, et sera, en situation réelle d'entretien, adapté aux personnes interviewées (rythme et forme de verbalisation des individus, ordre des thématiques abordées,...).

Ce guide se compose de différentes questions qui correspondent aux différents objectifs d'exploration de l'étude.

Des « questions-relances » sont également indiquées, qui seront éventuellement proposées aux interviewés afin de les amener à enrichir ou à compléter leur réponse, si cela s'avère nécessaire.

Introduction

- **Présentation de l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes**
- **Présentation des objectifs de l'étude**

L'objectif principal de cette étude est de repérer et d'analyser **les interfaces et articulations entre les discours et pratiques des professionnels du champ thérapeutique psychique** (secteur hospitalier, associatif, médico-social, libéral) **et les discours et pratiques d'acteurs travaillant auprès des enfants, adolescents et jeunes dans les champs éducatifs, sociaux et de loisirs** (éducation, formation, secteur périscolaire, structures de loisirs, missions locales, CPEF, et même médecins généralistes…).

Cet objectif se décline en 3 objectifs spécifiques :

1/ Porter un éclairage bibliographique sur les discours et pratiques d'aide repérées en cas de souffrance psychique, par les professionnels travaillant avec les enfants, adolescents et jeunes dans des champs autres que le soin : enseignants, professionnels des centres de loisirs, éducateurs divers, médecins généralistes.

2/ Mener une exploration qualitative de terrain auprès de professionnels du soin psychique travaillant en Drôme et en Ardèche avec des enfants, adolescents et jeunes

3/ Mener une exploration qualitative de terrain, auprès de professionnels travaillant en Drôme et Ardèche, avec des enfants, adolescents et jeunes dans des champs autres que le soin, afin d'explorer concrètement les pratiques existantes sur le territoire de la Drôme et de l'Ardèche

➢ **Présentation des objectifs de l'entretien**

Explorer les pratiques vécues et observées en matière d'accompagnement ou prise en charge d'enfants ou de jeunes en situation de souffrance psychique, en articulation ou non avec d'autres professionnels (soignants et non soignants dans le champ psychique)

Le nom des personnes interviewées apparaitra dans le rapport mais l'anonymat des réponses de chacun est garanti : pas de possibilités d'identifier « qui dit quoi » sauf demande expresse de l'interviewé dans ce sens.

Éléments signalétiques sur l'interviewé

- Nom :
- Structure :
- Métier / Fonction dans la structure :
- Age et profil des enfants/adolescents/enfants/jeunes suivis/accompagnés

1/ Les enfants/adolescents/jeunes en souffrance psychique : caractéristiques, problématiques

1.1 Comment se manifeste la souffrance psychique des enfants/jeunes avec lesquels vous travaillez ?

- Qu'est-ce que la souffrance psychique ? Comment peut-on la définir ?
- A quels signes, signaux d'alerte, repérez-vous une souffrance psychique chez les enfants/jeunes que vous côtoyez dans le cadre professionnel ?
    - Repérez-vous différents types de souffrances psychiques chez les enfants/jeunes que vous côtoyez et si oui lesquels ?

- Qu'est-ce qui est le plus facile et le plus difficile, pour vous/les professionnels de votre structure/établissement, dans le repérage de la souffrance psychique chez les enfants/jeunes, pour qui et pourquoi ?
- Comment les enfants/jeunes en souffrance psychique peuvent-ils exprimer cette souffrance / faire entendre cette souffrance ?
    - Dans quel cadre, environnement et circonstances ?
    - A quelles personnes peuvent-ils exprimer/confier cette souffrance ?

1.2 Quelles sont les différentes problématiques de souffrance psychique des enfants/jeunes que vous côtoyez

- Quels sont aujourd'hui les grandes problématiques de souffrance psychique que vous observez chez les enfants/jeunes que vous suivez/accompagnez ?
    - Y a-t-il eu une évolution de ces problématiques sur les 10 dernières années et si oui laquelle ?
- Y a-t-il des enfants/jeunes, au sein de votre structure, particulièrement concernés par un risque de souffrance psychique et si oui lesquels et pourquoi ?
- D'après vos constats, quelles peuvent être les conséquences de cette psychique dans le développement, le parcours de vie de l'enfant/du jeune ? Et sur ses parents ?

2/ Les pratiques de suivi/d'accompagnement/ prise en charge des enfants/jeunes en souffrance psychique

---

2.1 Quelles sont les cultures/pratiques de prévention de la souffrance psychique des enfants/jeunes existantes au sein de votre structure ?

- La formation des professionnels ? Si oui laquelle et pourquoi ?
- Des programmes d'éducation pour la santé/prévention ? Si oui lesquels et pourquoi ?
- Autres ?

2.2 Quels sont vos/les pratiques habituelles des professionnels de la structure face à des enfants/jeunes en souffrance psychique ?

- Face à une souffrance psychique repérée chez un enfant/un jeune qui fréquente votre structure, quelles sont les réactions et pratiques habituelles des professionnels et pourquoi ?
    - Y a-t-il des différences de réactions, pratiques entre les professionnels de votre structure, si oui, lesquelles et pourquoi ?
    - Qui doit dire et « faire quoi » face à une souffrance psychique suspectée/observée, dans la structure et en dehors ? comment et pourquoi ?
- Face à une souffrance psychique repérée chez un enfant/un jeune dans votre structure, y a-t-il des protocoles, approches, ou une « culture » particulièrers ?
- Quels sont les différents types de prises en charge de cette souffrance qui peuvent être mis en place autour de ces enfants/jeunes, comment et pourquoi ?
    - En interne, au sein de votre structure ? Avec qui et sur quelle durée ?
    - En externe, avec des professionnels partenaires ? Avec qui et sur quelle durée ?
    - Avec des professionnels de santé ? Des professionnels du soin psychique ? Comment ?

2.3 L'orientation, l'accueil /inclusion dans un soin psychique de ces enfants/jeunes

- Quels sont les motifs /raisons pour lesquels des enfants/jeunes en souffrance psychique sont orientés vers un soin psychique ?
    - Qu'est-ce qui fait qu'un soin semble indispensable pour un enfant/jeune et pourquoi ?
- Comment ces enfants/jeunes arrivent-ils concrètement jusqu'au soin ? Par qui et comment sont-ils orientés ou accompagnés vers le soin psychique ?
- Dans quels cas avez-vous le sentiment que les enfants/jeunes sont orientés au bon moment/à bon escient, ou au contraire « sur-orientés », mal orientés ou orientés trop tard vers le soin ? Pourquoi ?
- Après quels processus éventuels et sur quels critères avez-vous le sentiment que ces enfants/jeunes sont acceptés, ou non acceptés dans un soin psychique ? Pourquoi ?

2.4 Le diagnostic… Ou l'absence de diagnostic

- D'après-vous, est-il important, indispensable de poser un diagnostic pour soigner/prendre en charge ces enfants/jeunes et pourquoi ?
- D'après-vous, comment et par qui le diagnostic peut-il être posé, selon le type de souffrance repéré et pourquoi ?

- Quels sont les différents enjeux que vous repérez autour du diagnostic, pour l'enfant/le jeune, sa famille, d'autres partenaires et enfin pour les professionnels du soin psychique autour de l'enfant/du jeune et pourquoi ?
    - Peut-il y avoir, à cette étape des convergences ou divergences notables avec les différents acteurs autour du jeune, pourquoi ? Si oui, lesquelles ?
- Comment cette étape peut-elle impacter le parcours de l'enfant/du jeune ?
    - Quel peut être l'impact du diagnostic ou de l'absence de diagnostic pour l'enfant/le jeune et pourquoi ?
    - Quel peut être l'impact du diagnostic ou de l'absence de diagnostic pour les professionnels, la famille autour de l'enfant/du jeune et pourquoi ?

2.5 La mise en place d'un soin : les conditions favorables

- D'après vous, y-a-t-il des prérequis ou des éléments indispensables ou favorables, à la mise en place d'un soin psychique avec le jeune et avec la famille du jeune pourquoi ? Si oui, lesquels ?
- D'après vous, quels sont les environnements les plus favorables à la mise en place d'un soin et pourquoi ?
    - En général, et par rapport aux différents accompagnements autour de l'enfant/du jeune ?
- D'après vous, quels sont les environnements les plus défavorables à la mise en place d'un soin et pourquoi ?
    - En général, et par rapport aux différents accompagnements mis en place pour l'enfant/le jeune ? Pourquoi ?
- D'après vous, quels sont les éléments, dans l'environnement de l'enfant/du jeune qui facilitent la mise en place d'un soin, la poursuite du soin au long cours si besoin, ou au contraire qui l'entravent et pourquoi ?
    - La famille de l'enfant/du jeune ? Comment et pourquoi ?
    - D'autres professionnels travaillant auprès de l'enfant/du jeune ? Comment et pourquoi ?
    - Les postures ou attentes des professionnels du soin psychique ? Comment et pourquoi ?

3/ Les articulations ou non-articulations autour de l'enfant/ado/jeune en souffrance psychique, entre professionnels

3.1 Y a-t-il des alliances ou partenariats avec d'autres professionnels/la famille de l'enfant/du jeune, qui sont particulièrement bénéfiques pour l'enfant/le jeune en souffrance psychique et pourquoi ? Si oui lesquels et comment se construisent-ils ?

- Autour de quelles approches ?
- Avec quels objectifs ?
- Avec quelles pratiques concrètes ?
- Pour quels résultats chez l'enfant/le jeune, en termes d'apaisement de la souffrance psychique, de bien-être, d'insertion scolaire, d'insertion sociale ?
- A l'inverse y a-t-il des configurations marquées par une absence de partenariats ou des divergences entre professionnels/avec la famille qui peuvent être défavorables à l'enfant/au jeune en souffrance psychique et pourquoi ?
    - Si oui lesquels et comment et pourquoi ces divergences se mettent en place et empêchent le partenariat ?

3.2 Les articulations ou non-articulations autour de l'enfant/jeune, avec des professionnels du soin psychique

- D'après vous quels sont les autres leviers ou freins à un bon partenariat/alliance entre professionnels, et avec les professionnels du soin psychique, autour de l'enfant/du jeune en souffrance psychique ?
    - Contraintes organisationnelles propres à l'institution, si oui lesquelles ?
    - Cultures institutionnelles et si oui, lesquelles ?
    - Enjeux par rapport aux attentes ou craintes des familles, si oui, comment et pourquoi ?
- D'après vous, vous quels sont les autres leviers ou freins à un bon partenariat/alliance des professionnels (du soin, et hors soin) avec les familles, autour de l'enfant/le jeune en souffrance psychique

4/ Au bilan : quelles sont les articulations entre professionnels différents, qui sont favorables aux enfants/jeunes en souffrance psychique qui ont ou pourraient avoir un soin psychique, et les non-articulations défavorables à ces enfants/ jeunes ?

4.1 D'après-vous quelles sont les articulations positives entre différents professionnels, avec les professionnels du soin psychique, et aussi avec les familles autour des enfants/jeunes en souffrance psychique que vous côtoyez ? Pourquoi ?

- Avec les parents ?
- Avec les professionnels de l'éducation ?
- Avec d'autres professionnels hors soin psychique ?
- Avec des professionnels du soin psychique ?

4.2 Quels sont les convergences de discours et de pratiques et articulations entre ces différents acteurs, ou certains d'entre eux, qui semblent se renforcer avec le temps et pourquoi ? Avec quels acteurs en particulier ?

- Autour de quelles approches ?
- Autour de quelles pratiques ?
- Avec quelles conséquences pour les enfants/jeunes ?

4.3 Quelles sont les divergences ou non articulations entre ces différents acteurs qui semblent se maintenir, s'intensifier, se réduire avec le temps et pourquoi ?

- Autour de quels discours ?
- Autour de quelles pratiques ?
- Avec quelles conséquences pour les enfants/jeunes ?

5/ Perspectives et attentes d'amélioration des articulations avec d'autres professionnels et notamment les professionnels du soin psychique

---

5.1 D'après-vous qu'est-ce qui pourrait améliorer les convergences et articulations entre les différents acteurs, au bénéfice des enfants/jeunes en souffrance psychique et pourquoi ?

- Avoir davantage d'échanges / d'espaces et de temps d'échanges et si oui, lesquels ?
  - CLSM, équipes éducatives, autres… ?
- Développer des éléments de culture commune/des formations et si oui lesquels prioritairement ?
- Développer /échanger sur les pratiques, objectifs et contraintes respectives aux différents professionnels présents autour de l'enfant/du jeune, et les points communs/différences ?
- Autres ?

5.2 Avez-vous d'autres attentes particulières à exprimer ou des propositions à faire

- Prévenir la souffrance psychique des enfants/jeunes et améliorer leur bien-être ?
- Pour améliorer ou renforcer les convergences entre différents acteurs (ou, *a minima*, réduire les divergences ?) autour du soin psychique dont certains enfants / jeunes ont besoin ?
- Favoriser l'inclusion sociale, scolaire des enfants en souffrance psychique, qui ont besoin d'aménagements dans le cadre de leur prise en charge ?

Fin de l'entretien

Remerciements

Les résultats de l'étude seront accessibles au premier semestre 2024

sur le site de l'ORS

Étude qualitative sur

les articulations possibles entre acteurs (soignants et non soignants)

autour de la souffrance psychique

des enfants et adolescents en Drôme-Ardèche

CHS / Réseau Enfant Sujet / ORS

Guide professionnels du soin psychique

Juillet 2023

Ce document constitue un support pour orienter l'entretien et obtenir les informations telles que définies dans les objectifs de l'étude. Il ne s'agit en aucun cas d'un questionnaire, et sera, en situation réelle d'entretien, adapté aux personnes interviewées (rythme et forme de verbalisation des individus, ordre des thématiques abordées,...).

Ce guide se compose de différentes questions qui correspondent aux différents objectifs d'exploration de l'étude...

Des « questions-relances » sont également indiquées qui seront éventuellement proposées aux interviewés afin de les amener à enrichir ou à compléter leur réponse, si cela s'avère nécessaire.

Introduction

- **Présentation de l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes**
- **Présentation des objectifs de l'étude**

L'objectif principal de cette étude est de repérer et d'analyser **les interfaces et articulations entre les discours et pratiques des professionnels du champ thérapeutique psychique** (secteur hospitalier, associatif, médico-social, libéral) **et les discours et pratiques d'acteurs travaillant auprès des enfants, adolescents et jeunes dans les champs éducatifs, sociaux et de loisirs** (éducation, formation, secteur périscolaire, structures de loisirs, missions locales, CPEF, et même médecins généralistes…).

Cet objectif se décline en 3 objectifs spécifiques :

1/ Porter un éclairage bibliographique sur les discours et pratiques d'aide repérées en cas de souffrance psychique, par les professionnels travaillant avec les enfants, adolescents et jeunes dans des champs autres que le soin : enseignants, professionnels des centres de loisirs, éducateurs divers, médecins généralistes.

2/ Mener une exploration qualitative de terrain auprès de professionnels du soin psychique travaillant en Drôme et en Ardèche avec des enfants, adolescents et jeunes

3/ Mener une exploration qualitative de terrain, auprès de professionnels travaillant en Drôme et Ardèche, avec des enfants, adolescents et jeunes dans des champs autres que le soin, afin d'explorer concrètement les pratiques existantes sur le territoire de la Drôme et de l'Ardèche

➢ **Présentation des objectifs de l'entretien**

Explorer les pratiques vécues et observées en matière d'accompagnement ou prise en charge d'enfants ou jeunes en situation de souffrance psychique, en articulation ou non avec d'autres professionnels (soignants et non soignants dans le champ psychique)

Le nom des personnes interviewées apparaitra dans le rapport mais l'anonymat des réponses de chacun est garanti : pas de possibilités d'identifier « qui dit quoi » sauf demande expresse de l'interviewé dans ce sens.

Éléments signalétiques sur l'interviewé

- Nom :
- Structure :
- Métier / Fonction dans la structure :
- Age et profil des enfants/adolescents/jeunes suivis/soignés

1/ Les enfants/adolescents/jeunes en souffrance psychique : caractéristiques, problématiques, approches soignantes

1.1 Problématiques de souffrance psychiques des jeunes et réponses soignantes

- Quels sont aujourd'hui les grandes problématiques de souffrance psychique que vous observez chez les enfants/jeunes que vous suivez/soignez ?
    - Avec quoi sont-elles en lien ? Quelles sont les possibles causes repérées ?
    - Quel rôle joue la famille par rapport à ces souffrances/leur prise en compte
    - Quel rôle joue l'école/ collège/lycée /établissement de formation par rapport à ces souffrances/leur prise en compte

- Y a-t-il eu une évolution de ces problématiques sur les 10 dernières années et si oui laquelle ?
- Y a-t-il eu une évolution sur les 10 dernières années, des différentes approches soignantes face à ces souffrances psychiques et si oui, lesquelles ?

1.2 Les différentes approches soignantes possibles sont-elles convergentes ? Divergentes ? Dans quelle mesure et pourquoi ?

- Sur quoi se fondent ces éventuelles convergences ou divergences ?
- Quelles sont les conséquences de ces convergences ou divergences pour les enfants/jeunes, pour leurs familles et les autres professionnels qui accompagnent l'enfant/le jeune ? Pourquoi ?
- Quelles sont les conséquences de ces convergences ou divergences pour les familles ? Pourquoi ?
- Quelles sont les conséquences de ces convergences ou divergences pour les autres professionnels qui entourent l'enfant/le jeune, sa famille ? Pourquoi ?

1.3 Vous-même, dans quel type d'approche, de type de réponse vous inscrivez-vous et pourquoi ?

2/ L'entrée dans le soin des enfants/jeunes en souffrance psychique

2.1 L'accueil /inclusion dans un soin/prise en charge n de ces enfants/jeunes

- Comment ces enfants/jeunes arrivent-ils jusqu'à vous ? Par qui et comment sont-ils repérés comme étant en souffrance psychique, puis orientés ou accompagnés vers le soin ?
    - Quels sont les motifs /raisons pour lesquels ces jeunes sont orientés vers le soin ?
    - Quels sont les signes de souffrance psychique bien repérés/mal repérés par la famille, par les autres professionnels autour de l'enfant/jeune ?
- Dans quels cas avez-vous le sentiment que les jeunes sont orientés au bon moment/à bon escient, ou au contraire « sur-orientés », mal orientés ou orientés trop tard vers le soin ? Par qui ? Pourquoi ?
- Après quels processus éventuels et sur quels critères acceptez-vous ou non d'inclure ces différents profils d'enfants/de jeunes dans une prise en charge/ un soin ? Pourquoi ?

2.2 Le diagnostic… Ou l'absence de diagnostic

- Quels sont les différents enjeux que vous repérez autour du diagnostic, pour l'enfant/le jeune, sa famille, d'autres professionnels qui travaillent en lien avec le jeune et pourquoi ?
    - Peut-il y avoir, à cette étape des convergences ou divergences notables avec les différents acteurs, dont la famille, autour du jeune, pourquoi ? Si oui, lesquelles ?
    - Quelles peuvent être les conséquences de ces convergences/divergences pour les enfants/jeunes et leurs familles, sur les autres professionnels qui accompagnent l'enfant/le jeune ?
- Est-il important, indispensable de poser un diagnostic pour soigner/prendre en charge ces enfants/jeunes et pourquoi ?
    - À quel moment est-ce possible ou souhaitable ?
    - Comment expliquez-vous aux parents, aux autres professionnels le décalage possible entre mise en place d'une prise en charge et diagnostic et comment réagissent-ils ?
- Comment et par qui le diagnostic peut-il être posé, selon le type de souffrance repéré et pourquoi ?

3/ Les pratiques de soin psychique, dans un environnement donné

3.1 La mise en place d'un soin psychique

- Y-a-t-il des prérequis ou des éléments indispensables ou favorables, à la mise en place d'un soin, avec l'enfant/le jeune lui-même et avec la famille ce celui-ci, avec les professionnels travaillant avec l'enfant/le jeune, pourquoi ? Si oui, lesquels ?
- Quels sont les conditions/environnements les plus favorables ou défavorables à la mise en place d'un soin psychique et pourquoi ?
    - Notamment en ce qui concerne les différents acteurs qui peuvent graviter autour de l'enfant/du jeune en souffrance psychique ?

3.2 Quels sont les éléments, dans l'environnement de l'enfant/du jeune qui facilitent la poursuite du soin psychique, la mise en place d'un soin au long cours si besoin, ou au contraire qui l'entravent et pourquoi ?

- Dans la famille de l'enfant/du jeune ? Comment et pourquoi ?
- D'autres professionnels travaillant auprès de l'enfant/du jeune ? Comment et pourquoi ?

4/ Les articulations ou non-articulations autour de l'enfant/jeune, avec des /d'autres professionnels du soin (médecins traitants, orthophonistes, ergothérapeutes …) et d'autres professionnels du soin psychique

---

4.1 Y a-t-il des alliances ou partenariats avec d'autres professionnels du soin, et particulièrement du soin psychique qui sont particulièrement bénéfiques pour le déroulement du soin ? Si oui lesquels et comment se construisent-ils ?

- Autour de quelles approches/ « fondamentaux » ?
- Avec quels objectifs ?
- Avec quelles pratiques concrètes ?

4.2 Quels sont les bénéfices de ces alliances/partenariats pour l'enfant/le jeune et, sa famille ? Pourquoi ?

- Quelles sont les contraintes éventuelles pour vous, liées à ces partenariats ? Pourquoi ?

4.3 A l'inverse y a-t-il des configurations marquées par une absence de partenariats ou des divergences avec d'autres professionnels du soin, et particulièrement du soin psychique, qui peuvent être défavorables au déroulement du soin ? Si oui lesquels, comment et pourquoi ces divergences surviennent et empêchent le partenariat ?

- Sur quelles approches/ « fondamentaux » ?
- Sur quels objectifs ?

- Avec quelles pratiques concrètes ?

4.4 Quels sont les conséquences de cette absence de partenariat (voire de ces tensions) pour l'enfant/le jeune, sa famille ? Pourquoi ?

4.5 Quels sont les conséquences de cette absence de partenariat (voire de ces tensions) pour les autres professionnels travaillant avec l'enfant/le jeune, sa famille ? Pourquoi ?

5/ Les articulations/non-articulations autour de l'enfant/jeune, avec les professionnels hors soin psychique, qui interviennent auprès de l'enfant/du jeune, de sa famille ?

5.1 Y a-t-il des alliances ou partenariats avec d'autres professionnels hors soin psychique, qui sont particulièrement bénéfiques pour le déroulement du soin ? Si oui lesquels et comment se construisent-ils ?

- Autour de quels « fondamentaux » ?
- Avec quels objectifs ?
- Avec quelles pratiques concrètes ?

5.2 Quels sont les bénéfices de ces alliances/partenariats pour l'enfant/le jeune, sa famille, les professionnels du soin, et du soin psychique travaillant avec l'enfant/le jeune, sa famille ? Pourquoi ?

5.3 A l'inverse y a-t-il des configurations marquées par une absence de partenariats ou des divergences avec les professionnels hors soin psychique qui peuvent être défavorables au déroulement du soin ? Si oui lesquels, comment et pourquoi ces divergences surviennent et empêchent le partenariat ?

- Sur quelles approches / « fondamentaux » ?
- Sur quels objectifs ?
- Avec quelles pratiques concrètes ?

5.4 Quels sont les conséquences de cette absence de partenariat (voire de ces tensions) pour l'enfant/le jeune, sa famille, les autres professionnels du soin travaillant avec l'enfant/le jeune, sa famille ? Pourquoi ?

5.5 Quels sont les convergences et articulations qui semblent se renforcer avec le temps et pourquoi ?

- Avec quels acteurs/partenaires et avec quelles conséquences pour les jeunes ?

5.6 Quelles sont les divergences ou non articulations qui semblent s'intensifier avec le temps et pourquoi ?

- Avec acteurs/partenaires et avec quelles conséquences pour les jeunes ?

6/ Au bilan, quelles sont les meilleures configurations, articulations de professionnels pour aider les enfants/jeunes en souffrances psychiques ? Pourquoi ?

6.1 Les meilleures articulations entre professionnels du soin psychique et les familles des enfants/jeunes en souffrance psychique ?

- Comment se construisent ces articulations ? Quelles sont les conditions ou processus nécessaires à mettre en œuvre ?

6.2 Les meilleures articulations entre professionnels du soin psychique et autres professionnels ?

- Comment se construisent ces articulations ? Quelles sont les conditions ou processus nécessaires à mettre en œuvre ?

5/ Perspectives et attentes d'amélioration des articulations avec autres professionnels de l'éducation, de l'insertion, du soin, du soin psychique, avec la famille, de l'enfant/jeune en souffrance psychique

---

5.1 D'après-vous qu'est-ce qui pourrait améliorer les convergences et articulations entre les différents acteurs autour du jeune en souffrance psychique et pourquoi ?

- Avoir davantage d'échanges / d'espaces et de temps d'échanges et si oui, lesquels ? Comment ?
    - CLSM, équipes éducatives, autres… ?
- Développer des éléments de culture commune et si oui lesquels prioritairement ? Comment ?
    - Formations en présentiel ?
    - Rencontres ?
    - Supports divers (internet, autres, …) ?
- Développer /échanger sur les pratiques respectives des différents professionnels et leurs points communs/différences ?
- Développer /échanger sur les pratiques des différents professionnels avec les familles ?
- Développer /échanger sur les pratiques des différents professionnels avec les enfants/jeunes concernés ?

5.2 Avez-vous d'autres attentes particulières à exprimer ou des propositions à faire

- Prévenir la souffrance psychique des enfants/jeunes et améliorer leur bien-être ?
- Pour améliorer ou renforcer les convergences entre différents acteurs (ou, *a minima*, réduire les divergences ?) autour du soin psychique dont certains enfants / jeunes ont besoin ?
- Favoriser l'inclusion sociale, scolaire des enfants en souffrance psychique, qui ont besoin d'aménagements dans le cadre de leur prise en charge ?

Fin de l'entretien

Remerciements

Les résultats de l'étude seront accessibles au premier semestre 2024

sur le site de l'ORS

Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes

Site de Lyon
9 quai Jean Moulin 69001 LYON
Tél. 04 72 07 46 20

Site de Clermont-Ferrand
58 allée du Pont de la Sarre 63000 CLERMONT-FERRAND
Tél. 04 73 98 75 50

contact@ors-auvergne-rhone-alpes.org
www.ors-auvergne-rhone-alpes.org

Comité d'Hygiène Sociale de la Drôme

53 avenue Victor Hugo 26000 VALENCE
Tél. 04 75 44 19 17

chs.26@wanadoo.fr
www.chs-drome-sante.org

Observatoire Régional de la Santé