

ENQUETE DE TERRAIN SUR LE FONCTIONNEMENT DES DISPOSITIFS

Compte tenu des chiffres très importants d'adolescents de plus en plus jeunes, en grande souffrance (15% des 11 - 18 ans soit 900 000 ados), nous avons décidé d'interroger le fonctionnement de nos institutions et l'état de nos pratiques professionnelles pour comprendre pourquoi le repérage n'est pas fait dans les temps, pourquoi les institutions ne réagissent pas dans des délais rapides, quelles sont les difficultés et les manques pour une prise en charge coordonnée des jeunes.

LES CONSTATS SUIVANTS résultent de toutes les visites de structures destinées aux adolescents, de rencontres collectives et d'auditions individuelles réalisées durant une année auprès des professionnels de la santé, du social, de l'éducation nationale, de la justice ...

I) MANQUE D'INFORMATION DES ADOLESCENTS EN SOUFFRANCE ET INSUFFISANCE DE REACTIVITE OU D'ADEQUATION DES DISPOSITIFS

Préalable : les ados se parlent beaucoup entre amis, s'adressent beaucoup aux radios jeunes et communiquent beaucoup entre eux via les blogs ...

- **Information** : les jeunes sont mal informés sur les lieux où ils peuvent être accueillis et sur les numéros de téléphone des différentes lignes d'écoute
- **Les lignes d'écoute** : Fil santé jeunes est le seul n° national gratuit mais il est payant à partir d'un portable. D'autres lignes d'écoute existent localement mais elles ne sont pas gratuites ni facilement accessibles. Plusieurs lignes sont spécialisées (suicide, drogue, violence ...)
- **Les MDA** sont en nombre insuffisant (seulement 18 sur tout le territoire) et toutes ne répondent pas au point majeur du cahier des charges (large plages horaires d'accessibilité directe aux ados)
- **Les PAEJ** ne sont pas toujours faciles d'accès surtout en zone rurale.
- **Les Centres médico-psychologiques (CMP)**, pilier d'entrée du secteur de pédopsychiatrie) ont des listes d'attente de 3 mois à 1 an.
- **La crise grave** (TS, scarifications ...) est le seul moyen de faire prendre en charge rapidement un adolescent

II) MANQUE D'INFORMATION ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PARENTS

- Des parents très souvent démunis face aux manifestations de la souffrance de leurs enfants
- Peu informés : ils ont du mal à trouver des lieux pour les aider à prendre en charge leurs enfants. Rien n'est prévu dans les politiques publiques pour aider les parents sauf dans les MDA : **manque une ligne nationale d'écoute pour les parents**
- En cas de crise : l'hospitalisation de leur enfant peut être faite loin de leur domicile (parfois dans un département voisin)

III) DES PROFESSIONNELS AU CONTACT DES ADOS INEGALEMENT FORMES AU REPERAGE ET TRAVAILLANT PEU EN RESEAUX

1. **Enseignants** : pas de formation obligatoire à l'IUFM sur la psychologie de l'enfant et de l'ado. Convention 2007 pour former des enseignants à la santé en milieu scolaire
2. **Infirmières scolaires** : (6800 à la rentrée 2007) : leur rôle est très important mais leur nombre est insuffisant malgré les efforts de l'Education nationale : 300 infirmières par an sur 5 ans. Par contre il y en a dans tous les établissements de ZEP.
3. **Assistants sociales** : (2680 rentrée 2007) en nombre insuffisant
4. **Conseillers pédagogiques d'éducation (CPE)** : les CPE sont de véritables personnes ressources et les mieux formés à la psychologie de l'enfant (15 heures durant leurs études)
5. **Médecins scolaires** : (2000 à la rentrée 2007) : en nombre insuffisant. Pourtant ils vont devoir réaliser le nouvel entretien de santé en classe de 5^{ème} (très important pour le dépistage de la souffrance psychique)
6. **Médecins généralistes (MG)** : 83% des ados ont rencontré un MG dans l'année qui sont peu formés durant leurs études à la psychologie de l'enfant. Depuis 2004 ils doivent faire des stages obligatoires en pédiatrie et en psychiatrie et la formation continue obligatoire leur propose de nombreuses formations sur ces thèmes.
Deux problèmes : le temps nécessaire à la consultation d'un ado pour créer le contact et la difficulté d'orientation des ados en souffrance vers des CMP engorgés

7. **Magistrats** : n'ont pas de formation sur la psychologie de l'enfant durant leurs études ce qui pose un problème dans la mesure où les juges aux affaires familiales et les juges des enfants prennent des décisions importantes sur la vie des enfants. Depuis 2007 les nouveaux élèves magistrats recevront une formation à la psychologie de l'enfant.

Constats :

- Une insuffisance de formation à la psycho de l'enfant et de l'adolescent de beaucoup de professionnels au contact des ados
- une culture de travail en réseaux pluridisciplinaires ponctuelle et fragile

IV) DES INSTITUTIONS MEDICALES, PSYCHIATRIQUES ET SOCIALES DEBORDEES OU INADAPTEES

1. Une augmentation de plus de 70% des demandes de soins en 15 ans

Constats :

- 800 postes de psychiatres et 15 000 postes d'IDE psy non pourvus en psychiatrie publique alors que la France a la 2^{ème} densité de psychiatres d'Europe (13 000)
- Les psychiatres s'installent beaucoup en libéral et surtout dans les villes et dans le sud ce qui pose de graves problèmes dans les zones rurales et dans les DOM TOM

2. Les Centres médico-psychologiques (CMP), voie d'entrée dans le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, sont en crise grave

Délais de RDV très longs (de 3 mois à 1 an suivant les endroits).

Inadaptation de certaines CMP aux modes de vie des adolescents

3. 16 départements manquent de lits d'hospitalisation à temps complet en pédopsychiatrie :

- Le dispositif paie les conséquences de la fermeture drastique des lits de pédopsychiatrie décidée il y a 20 ans : on est passé de 5380 lits (en 1986) à 1604 lits (en 2000) lits.

Les directives récentes de création de lits permettent de comptabiliser 1860 lits en 2005. (seulement 56 lits ont été ouverts en 5 ans !). Aucun chiffre plus récent n'a pu être obtenu.

- Le découpage en territoires de santé masque les insuffisances réelles en lits d'hospitalisation (voir carte de France dans le rapport)

- Les structures alternatives qui devaient être créées pour compenser la suppression des lits l'ont été de façon insuffisante : hôpital de jour, CMP, CMPP, CATTP, unités de soins étudés ...

- Conséquences graves :

. on est obligé d'attendre la crise pour obtenir l'hospitalisation d'un adolescent
. des enfants de moins de 16 ans sont hospitalisés dans des services adultes
. des enfants sont hospitalisés dans des départements voisins

- Problème : l'hospitalisation des 16 à 18 ans car les circulaires administratives sont floues sur la prise en charge des 16-18 ans entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte

4. L'urgence est le principal mode d'accès au dispositif de prise en charge

L'accueil en urgence est assuré par

- les urgences pédiatriques → 16 ans
- les urgences adultes : mais toutes n'ont pas un accueil spécifique ado

Problème : tous les ados ne sont pas forcément vus par un psychiatre (une évaluation prend environ 1h30). Il est indispensable pour pallier au manque de psychiatre de former à la pédopsychiatrie les urgentistes, les pédiatres et les internistes

5. Le dispositif de prise en charge dans des structures alternatives et de suivi en post hospitalisation est insuffisant ou inadapté

- Les hôpitaux de jour reçoivent surtout des pathologies psychiatriques graves : manque de places pour certains troubles (phobies scolaires, troubles du comportement...)
- Les unités de soins étudés manquent énormément
- Les internats scolaires manquent également
- Les CATTP offrent des prises en charge limitées : ateliers ...
- Les accueils familiaux thérapeutiques manquent de familles formées
- Etc...

Le manque de structures adaptées de suivi entraîne une discontinuité dans le suivi des soins

6. Les adolescents « incasables » montrent les limites de tous les dispositifs et la nécessité de travailler en partenariats pluridisciplinaires

V) DES INITIATIVES INNOVANTES MONTRENT LA VOIE A UN RENOUVELLEMENT DES PRATIQUES :

1. Les maisons des adolescents sont des lieux novateurs adaptés aux modes de vie des adolescents

- Elles permettent une approche adaptée aux modes de vie des adolescents lorsqu'elles respectent le cahier des charges
- Elles permettent de dynamiser le travail en partenariat de toutes les institutions et de garantir la continuité du soin
- Elles facilitent l'accès à l'hospitalisation en étant adossées à une structure hospitalière comprenant des lits spécifiques pour adolescents
- Elles peuvent être un lieu de formation et de mise en commun de savoirs croisés des différents professionnels de l'enfance

L'objectif de 1 MDA par département en réseau est à atteindre pour créer un maillage sur l'ensemble du territoire avec les PAEJ et toutes les institutions concernées

2. Des équipes mobiles et des permanences hors les murs pour aller vers les adolescents et s'adapter à leurs besoins :

- Elles développent une approche novatrice pour aller vers les adolescents qui ne forment pas de demande explicite de soins et les amener vers les structures de droit commun
- Elles permettent de traiter des problèmes émergents et d'éviter d'attendre « la crise » génératrice d'hospitalisation
- Elles constituent le lien entre ceux qui repèrent des ados en souffrance (parents, enseignants, magistrats ...), les ados eux-mêmes et les services de santé
- Elles permettent la constitution d'un réseau pluridisciplinaire