

<p style="text-align: center;"><b>AUDITION DE LA DEFENSEURE DES ENFANTS PAR LA COMMISSION PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE</b></p>
--

Monsieur le Président,  
Mesdames et messieurs

Tout d'abord, je voudrais excuser l'absence de Madame Dominique Versini, qui est la Défenseure des enfants depuis 2006 et qui, retenue par d'autres obligations, regrette de ne pas pouvoir être parmi vous. Elle m'a chargé de la représenter, ce dont je vais essayer de m'acquitter sans abuser pour autant de votre patience.

Le dernier rapport annuel de la Défenseure des enfants intitulé « Adolescents en souffrance : plaider pour une véritable prise en charge » a été remis au Président de la République le 20 novembre dernier, à l'occasion de la journée internationale des droits de l'enfant. Nous avons été particulièrement heureux du très bon accueil que le Président de la République et les différents ministres concernés ont fait à notre rapport, et ce thème douloureux a été largement repris par les médias.

Les adolescents de plus en plus jeunes, en grande souffrance peuvent être estimés à environ 15% des 11 - 18 ans soit 900 000 ados. Il peut s'agir d'adolescents qui vivaient dans des contextes familiaux sans problème majeur, dont les parents sentant que leur enfant n'allait pas très bien, ont cherché de l'aide auprès du monde scolaire non formé à ces problématiques, dans des centres de santé mentale saturés où on leur a donné des rendez-vous trop lointains ou directement auprès de psychiatres qui disaient qu'il fallait attendre que le jeune « ait une demande de soins »... et puis, un jour, il y a eu un passage à l'acte... irréversible. « Nous étions des parents abandonnés... », m'ont-ils confiés.

Il peut s'agir aussi d'enfants que les circonstances familiales ont amenés à vivre des ruptures répétées de liens affectifs, des placements multiples de foyers en familles d'accueil... puis, sont allés de troubles du

comportement en tentatives de suicide ou actes de délinquance. Ces enfants marqués par le destin rejoignent la cohorte des « *incasables* » que les différentes institutions se renvoient de l'une à l'autre. Leur circuit tourne en boucle : de la pédopsychiatrie où leur comportement est difficile à gérer vers la psychiatrie adulte où ils n'ont pas leur place à côté de patients adultes aux pathologies lourdes...des institutions de la protection de l'enfance aux institutions relevant de la Justice... Enfin vient le temps où les enfants deviennent majeurs et où les institutions, qui n'ont pas pu ou pas su réparer ces blessures trop profondes, les laissent partir vers un destin d'adulte, qui trop souvent, pardonnez moi l'expression, est celui « d'handicapés de la vie »...

La position de neutralité par rapport aux instances publiques et le statut indépendant de la Défenseure des enfants lui permettent d'être directement à l'écoute des enfants et adolescents notamment ceux qui se sont souvent heurtés à une multiplicité d'interlocuteurs sans réponse adéquate. Ce statut lui permet également de rencontrer en toute liberté professionnels et parents, de comprendre certains dysfonctionnements et ainsi d'élaborer des propositions novatrices à l'adresse des pouvoirs publics.

C'est forte de cette capacité que pour comprendre pourquoi le repérage est souvent beaucoup trop tardif, pourquoi les parents sont si désemparés, pourquoi les institutions ne réagissent pas à temps, quelles sont les difficultés et les manques...**que tout au long de l'année dernière la Défenseure des enfants a organisé avec son équipe une grande consultation auprès de toutes les catégories de professionnels concernés.**

Nous avons rencontré un peu partout en France, des enseignants, des infirmières scolaires, des conseillers principaux d'éducation, des directeurs de collèges et de lycées, des médecins généralistes, des

médecins des urgences, des pédopsychiatres, des services de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse, des policiers et des gendarmes, des magistrats de la jeunesse, des équipes de maisons d'adolescents, de points accueil écoute jeunes, de service d'écoute téléphonique... Nous sommes allés également dans des établissements de détention pour mineurs (entre éducatif fermé et quartier mineur d'une maison d'arrêt). Nous avons écouté leurs inquiétudes « *nous voyons de nouvelles formes de souffrances psychiques chez des adolescents de plus en plus jeunes, des scarifications, une alcoolisation jusqu'au coma, des tentatives de suicide...* », nous ont-ils dit. Nous avons aussi entendu leurs interrogations « *que veulent-ils nous dire en se mettant ainsi en danger sous nos yeux ?* ».

Nos 14 tables-rondes menées dans 13 départements, nos 22 enquêtes locales, l'audition de 30 personnalités et la mise en place de 2 groupes de travail consacrés aux établissements d'enseignement du secondaire et aux services médicaux et psychiatriques nous ont ainsi permis de faire 4 constats et de percevoir une nouvelle voie de progression:

- Le premier constat est celui du manque d'information des jeunes.

Les ados se parlent beaucoup entre eux ou s'envoient des SMS. Ils s'adressent beaucoup aux radios jeunes et communiquent beaucoup par internet, via les blogs. Pourtant, ils sont mal informés sur les lieux où ils peuvent être accueillis ou sur les numéros de téléphone des lignes d'écoute existantes.

**Fil santé jeunes** est le seul numéro d'appel national gratuit, il est payant à partir d'un portable alors qu'il est peu vraisemblable que des ados puissent utiliser la ligne fixe familiale pour parler de leurs problèmes.

Malgré quelques ouvertures récentes, notamment à Tulle, au Puy-en-Velay, à Créteil, à Metz et à Dijon les **Maisons des Adolescents (MDA)** sont en nombre insuffisant, j'y reviendrai.

Les **Points d'Accueil et d'Ecoute Jeunes (PAEJ)**, qui étaient au nombre de 265 en 2005, sont souvent adossés à des structures associatives, ce qui les rend vulnérables financièrement et humainement, et leur mission n'est pas de faire du suivi psychologique.

Les **Centres médico-psychologiques (CMP)**, ont en général des listes d'attente de 3 mois à 1 an, etc.

Bien entendu, cette segmentation engendre aussi sur le terrain une insuffisante complémentarité et une insuffisante différenciation des structures, ainsi qu'une inégalité de couverture territoriale, notamment entre centres urbains, communes périurbaines et communes rurales.

- Le second constat est celui du manque d'informations et d'accompagnement des parents

Les parents sont très souvent démunis face aux manifestations de la souffrance de leurs enfants, qu'ils imputent à tort à de mauvaises méthodes d'éducation ou à leurs propres échecs et interrogations devant la vie. Peu informés sur les crises d'adolescence, ils ont aussi du mal à trouver des lieux pour les aider à prendre en charge leurs enfants. A peu près rien n'est prévu dans les politiques publiques pour aider les parents sauf dans les MDA **et il leur manque leur propre ligne nationale d'écoute.**

- Le troisième constat est celui de l'insuffisante formation des professionnels et de l'insuffisance du travail en réseau

**Les enseignants n'ont pas reçu** de formation obligatoire sur la psychologie de l'enfant et de l'ado, tout du moins jusqu'à la convention de 2007 pour former des enseignants à la santé en milieu scolaire dont l'application est lente.

Les **infirmières scolaires les assistantes sociales et les médecins scolaires** peuvent jouer un rôle très important mais leur nombre est insuffisant pour couvrir les besoins, alors-même que la loi du 5 mars 2007 a prévu un entretien de santé en classe de 5<sup>ème</sup>, soit au début de l'adolescence, âge essentiel pour le dépistage de la souffrance psychique.

**Les Conseillers principaux d'éducation (CPE) :** sont certes les mieux formés à la psychologie de l'enfant avec 15 heures de formation durant leurs études, mais ils sont le plus souvent mobilisés par des problèmes de discipline et d'orientation scolaire, ce qui diminue leur disponibilité.

**Les médecins généralistes, qui sont les seuls à être rencontrés par une majorité d'adolescents** ont été peu formés durant leurs études à la psychologie de l'enfant. Ce n'est que depuis 2004 qu'ils doivent faire des stages obligatoires en pédiatrie et en psychiatrie et que la formation continue leur propose de nombreuses formations sur ces thèmes.

Enfin, les **magistrats** n'ont pas non plus 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 reçoivent cependant une formation à la psychologie de l'enfant tandis qu'une autre loi du 5 mars 2007, adoptée après l'affaire d'Outreau, a rendu obligatoire la formation continue.

**Cette absence ou cette insuffisance de formation à la psychologie de l'enfant et de l'adolescent est donc une constante, à laquelle s'ajoute l'absence de toute culture de travail en réseaux pluridisciplinaires.**

- Le quatrième constat est celui d'institutions médicales, psychiatriques et sociales tantôt débordées tantôt inadaptées

Des centaines de postes en psychiatrie ne sont pas pourvus, notamment dans les zones rurales et en Outre-mer, alors-même que l'augmentation des demandes de soins en 15 ans dépasse les 70%.

Les Centres médico-psychologiques ont des délais de rendez-vous beaucoup longs, de plusieurs mois et des horaires inadaptés de certains CMP aux disponibilités des adolescents (fermeture à 17h ou 17h30 en semaine et le week-end).

**Plusieurs départements manquent ou sont même totalement dépourvus de lits d'hospitalisation à temps complet en**

**pédopsychiatrie, avec comme** conséquence que des enfants de moins de 16 ans sont hospitalisés dans des services adultes, que des enfants sont hospitalisés dans des départements voisins, et surtout que l'urgence ou la crise suicidaire représentent malheureusement les principaux modes d'accès au dispositif de prise en charge.

Il est donc indispensable, pour pallier le manque de psychiatres, de former à la pédopsychiatrie les urgentistes, les pédiatres et les internes, car le manque de structures adaptées montre les limites de tous les dispositifs et la nécessité de travailler en partenariats pluridisciplinaires.

### **La nécessité de changer de mode d'approche et d'aller au devant des adolescents**

Mais au-delà de ces constats nous avons relevé que la prise en charge des adolescents en difficulté ou en souffrance est difficile pour les institutions prises individuellement. La diversité des problèmes qu'ils rencontrent : social, familial, scolaire, sanitaire, judiciaire...fait qu'« ils échappent au champ d'une seule organisation ou profession ».

Ces besoins de prise en charge d'adolescents en souffrance psychique visible ou masquée conduisent à la création d'actions nouvelles réellement décloisonnées avec des équipes pluridisciplinaires composées de psychologues, d'infirmières, de psychiatres, de travailleurs sociaux, d'éducateurs. De plus, pour répondre aux besoins des adolescents et de leurs parents ces services de pédopsychiatrie travaillent en réseau avec de nombreux partenaires dont les établissements scolaires (il apparaît en effet important de conserver le plus possible le lien de l'enfant avec l'école), les autorités départementales (qui ont pour mission la protection des enfants), les communes, avec la justice et, pour les plus âgés, avec les services pour l'emploi et l'insertion.

Inspirées par les anciennes pratiques de la visite à domicile et par les méthodes du « SAMU social » (institution hors les murs pour personnes sans abri), des équipes ont inventé des solutions nouvelles favorisant la mobilité. Ces équipes se déplacent et assurent dans les établissements scolaires ou autres lieux que fréquentent les enfants des consultations,

des permanences, des rencontres. Ces structures développent une approche novatrice pour aller vers les adolescents ne formulant pas de demande explicite de soins et pour les amener vers les structures de droit commun. Elles augmentent ainsi considérablement l'accessibilité des soins, tout particulièrement en milieu rural, et permettent ainsi bien souvent de traiter des problèmes à temps pour éviter la crise et l'hospitalisation. Elles constituent aussi le lien entre ceux qui repèrent des ados en souffrance et les services de santé et elles permettent donc la constitution d'un réseau pluridisciplinaire. Une des équipes les plus remarquables nous a paru être celle du Professeur Sylvie Tordjmann à Rennes, qui comprend à la fois des psychiatres, des psychologues, des infirmiers, des éducateurs et des travailleurs sociaux. D'ailleurs, nous valoriserons cette structure à l'occasion d'un forum « Parole aux Jeunes » sur la santé qui doit se tenir à Rennes au début de l'année 2009.

Cette évolution est indispensable car il s'agit de s'adapter à la massification de la souffrance psychique d'adolescents qui ne savent pas exprimer clairement une demande de soins. Il s'agit également de répondre aux inquiétudes des parents et des enseignants ou des conseillers principaux d'éducation qui repèrent une souffrance et sont confrontés à un adolescent qui ne veut pas entendre parler de soins ou pour lequel aucune consultation n'est possible dans le système traditionnel de soins lequel est embolisé.

### **L'impérieux besoin de véritables stratégies locales et nationales**

C'est donc à la définition et la mise en œuvre de véritables **stratégies locales et nationales** destinée à prévenir, repérer et prendre en charge le plus tôt possible les adolescents en souffrance que nous avons appelé.

Cette stratégie suppose en tout premier lieu d'**aller au devant des adolescents** pour les aider le plus en amont en développant sur l'ensemble du territoire les **maisons des adolescents** Conformément à leur cahier des charges les adolescents peuvent s'y rendre librement, facilement et gratuitement (l'autorisation des parents n'est pas nécessaire) pour exposer leurs difficultés de vie et trouver une réponse adaptée à leurs problèmes somatiques ou psychiques. Elles ont vocation

à dynamiser le travail en partenariat de toutes les institutions intervenants dans la vie des jeunes, l'univers scolaire, mais aussi, les éducateurs, l'aide sociale à l'enfance, les magistrats, la brigade des mineurs, les foyers 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. Un accueil et un suivi des parents doit pouvoir également être organisés. Les parents sont très demandeurs d'aide dans l'approche de leur enfant en souffrance. Elles peuvent aussi être un lieu de formation et de mise en commun de savoirs croisés des différents professionnels de l'enfance.

Doivent également être développées et progressivement généralisées **les équipes mobiles et les permanences hors les murs** pour aller vers les adolescents qui ne formulent pas de demande explicite de soins et les amener vers les structures de droit commun. Ces équipes 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 enfin la constitution d'un réseau pluridisciplinaire.

Dès lors, l'objectif d'une Maison des Adolescents par département permettrait de créer un maillage sur l'ensemble du territoire et de travailler en réseau avec toutes les autres institutions concernées. Actuellement, il n'en existe qu'une vingtaine dans toute la France, sans compter de nombreux projets en cours de réalisation. Un travail est cependant nécessaire autour de l'application du cahier des charges, notamment en termes de public accueilli, de la place des parents et des réseaux de partenariats.

Une des dernières MDA a été inaugurée cette année à Tulle par Dominique Versini et le président du conseil général de la Corrèze, dont chacun connaît le nom. Elle compte 6 permanents : un directeur, un pédopsychiatre, un psychologue, une infirmière, une éducatrice spécialisée et une secrétaire. Elle offre un espace de 370 M2, plus avec une antenne à Brive-la-Gaillarde. Deux salles y sont aménagées pour des

ateliers facilitant l'expression du mal-être et des inquiétudes inhérentes à l'adolescence, mais aussi des soins tels que la relaxation, le massage ou l'orthophonie et enfin de la médiation ou des groupes de parole. A chaque fois, l'objectif est le même : « remettre en selle » tout adolescent qui, à un moment donné, a perdu pied ou a perdu toute confiance en lui, en ses parents et en la société en général.

**A travers cet exemple, on voit bien que la forme juridiques et l'organisation de chaque MDA importent finalement moins que le respect des 3 piliers que sont l'anonymat, la confidentialité et la gratuité, sans lesquelles la confiance ne peut s'établir durablement avec les jeunes, le tout dans un lieu spécifique et ouvert.** Toutefois, la pérennité du financement des MDA est évidemment un atout essentiel pour espérer mener une action en profondeur et obtenir des résultats. Dès lors, plus les collectivités locales s'impliqueront dans le cofinancement, mieux ce sera par rapport à cet objectif.

L'accès gratuit 24h sur 24 à un **service d'écoute et aide téléphonique national (Fil Santé Jeunes)** à partir des téléphones mobiles est également une nécessité pour parfaire cette main tendue aux adolescents en souffrance.

C'est par le développement de tous ces dispositifs adossés à un renforcement des moyens de repérage, d'information des parents, de formation obligatoire de l'ensemble des professionnels au contact avec les adolescents sur la psychologie de l'adolescent et la reconnaissance des signes d'alerte, de consultations **médico-psychologiques**, d'hospitalisation en pédopsychiatrie, de foyers **permettant de conjuguer soins et études**, de prévention et de lutte contre les différentes formes d'addiction (alcool, cannabis...), d'**accueil spécifique** dans les urgences hospitalières, et **recherches-actions-formations** associant les chercheurs et les acteurs de terrain afin de mieux connaître les problèmes des adolescents et d'avoir des statistiques cohérentes que sera garantie une véritable continuité et complémentarité de la prise en charge des

adolescents en souffrance. C'est notre conviction clairement établie maintenant à l'issue de ce travail d'enquête très approfondie d'une année.

**En conclusion, nous nous réjouissons donc de constater que le plan santé jeunes de la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports annoncé le 27 février 2008 a repris à son compte une grande partie des recommandations qui figuraient dans notre rapport 2007 sur la souffrance psychique, et en particulier la création de 75 MDA par département pour arriver à 1 MDA par département.**

En contrepartie, le ministère de la santé souhaite évaluer le service rendu par les MDA, ce qui pourrait remettre en cause le financement par l'Etat. Il conviendra à ce propos d'être très attentifs notamment à deux aspects : **la pluridisciplinarité**, afin de ne pas trop se polariser sur la psychiatrie, ainsi que **l'amplitude des horaires d'ouverture par rapport aux horaires scolaires**. Un autre point important à considérer est l'accueil des parents désemparés à la MDA.

Parmi les autres préconisations de la Défenseure des enfants reprises dans le Plan Santé Jeunes figurent notamment **l'expérimentation de la gratuité de la ligne « Fil Santé Jeunes » depuis les téléphones portables, le développement des formations au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire ou sur la souffrance psychique des jeunes, et les campagnes d'information et de prévention de la consommation intensive et banalisée de l'alcool et du cannabis.**

**Mais, nous déplorons cependant que ce plan ne concerne que les adolescents de plus de 16 ans alors-même que l'apparition des signes alarmants de souffrance est de plus en plus précoce et que l'âge du collège, de 11 à 15 ans, devrait impérativement être également pris en compte. De même, le renforcement des services de pédopsychiatrie, nécessaire au repérage et à la prise en charge en temps réel des ados et à la continuité des soins, reste très insuffisant. Enfin et peut-être surtout, ce plan ne prévoit pas de dispositif pour soutenir les parents confrontés à la souffrance de leurs enfants.**

C'est bien par le développement de réseaux interdisciplinaires et le partage des informations que les ados seront mieux informés et mieux pris en charge, ainsi que leurs familles. L'éducation nationale marque à ce propos depuis quelque temps une volonté de travailler avec le monde de la santé autour de la souffrance de l'adolescent. **Dans ce contexte, il nous paraît tout à fait évident que les collectivités locales peuvent et doivent jouer un rôle essentiel, grâce à leurs moyens au service de l'enfance et grâce à leur connaissance du terrain et donc des problèmes qui se posent réellement au plan local.**