



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Médecin de l'Éducation Nationale
Promotion 2007

Etude Professionnelle

***Repérer, dépister et prendre en charge la
souffrance psychique chez les adolescents
en milieu scolaire***

MORISSET Christine

INTRODUCTION

Un principal de collège constate, qu'en cas de troubles de comportement ou des signes de mal être observés chez certains de leurs élèves, des enseignants conseillent parfois aux parents, de « montrer » leur enfant à un « psy ». Inquiet de ce qu'il considère comme une dérive, ce principal demande au médecin de son secteur de proposer un plan d'action pour palier à cette situation...

En effet, tout médecin de l'Education Nationale peut être amené dans son quotidien, à réfléchir sur les modalités d'intervention d'une équipe pluri professionnelle autour d'adolescent montrant des signes de mal être.

Mais au-delà de la prise en charge des jeunes en difficulté, il est de notre responsabilité à l'Education Nationale, de ne pas méconnaître les besoins de tous élèves en termes de bien être, en favorisant la promotion de la santé mentale au sein des établissements scolaires.

Ainsi, les principaux enjeux d'une telle démarche éducative de promotion de la santé, prenant appui sur des représentations de l'adolescence par nos confrères psychiatres, pourront se décliner dans les domaines d'action suivants :

- La création d'un climat scolaire favorable
- Le renforcement de la participation active de toute la communauté scolaire à toutes les étapes
- L'acquisition d'aptitudes individuelles
- La réorientation du partenariat intra et inter institutionnel.

Enfin, au moment où les politiques élaborent un Plan Santé Jeunes, osons penser que la médecine scolaire, plus qu'aucune autre discipline médicale, a un rôle spécifique et primordial à jouer dans la promotion de la santé des jeunes...

Tel est le sens de ce plan d'action qui propose des pistes de réflexion, appelées à être prolongées...

SOMMAIRE du PLAN D' ACTIONS

I CONTRIBUER À FAIRE DE L'ECOLE UN LIEU DE VIE ET DE COMMUNICATION

I.1 Mettre en place un climat scolaire favorable à la promotion de la santé mentale

- a) Respecter les deux paramètres du climat scolaire : climat institutionnel et climat relationnel
- b) Adolescents, parents, équipe éducative, tous co-acteurs du climat scolaire
- c) Jouer sur le terrain du sport et de la culture libérer la créativité de tous : réhabiliter le jeu

I.2 Repères pour adolescents en manque de repères

- a) Rôle spécifique de chacun des professionnels de l'institution.
- b) Education à la santé et promotion de la santé mentale en milieu scolaire
- c) Coordination des adultes en vue de l'élaboration d'une réponse cohérente

II REPERER ET DEPISTER LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE :

La diversité des signes appelle des approches différenciées et des prises en charge multiples :

II.1 Repérer les signes de souffrance psychique

- a) Formaliser et construire une culture commune au sujet des adolescents en difficulté :
- b) La place des parents
- c) Dispositifs et moyens éducation nationale pour trouver des solutions intra scolaires

II.2 Dépister et prendre en charge les signes de souffrances psychiques

- a) Médecin de l'Education Nationale : Evaluation clinique
- b) Pour des échanges co-élaboratifs entre professionnels éducatifs et professionnels de santé
- c) Accès aux soins en santé mentale

PLAN D' ACTIONS

I CONTRIBUER A FAIRE DE L'ECOLE UN LIEU DE VIE ET DE COMMUNICATION (2) (4) (5)

I.1 Mettre en place un climat scolaire favorable à la promotion de la santé mentale

a) Respecter les deux paramètres du climat scolaire : climat institutionnel et climat relationnel [1]

Eduquer, c'est transmettre les valeurs du groupe, mais c'est aussi apprendre au jeune à prendre de la distance vis-à-vis du groupe pour s'ouvrir à l'altérité, c'est donc transmettre des savoir-faire sociaux. La légitimité et l'efficacité d'une action éducative, qu'elle soit individuelle ou collective, ne pourra être effective que si elle est entreprise dans un « climat relationnel », un style de management créateur de sens, attentif, mobilisateur, participatif et dans un « climat institutionnel », authentiquement engagé au service des valeurs et des objectifs de l'institution.

b) Adolescents, parents, équipe éducative, tous co-acteurs du climat scolaire [2]

Une analyse des attentes et des déceptions de chacun permet de mieux comprendre les sources de stress sur un plan individuel, et les difficultés relationnelles sur un plan collectif, mais surtout de mieux cerner les objectifs à promouvoir en vue de l'amélioration du climat scolaire.

- Face à un adolescent, pas motivé, entrant difficilement dans la peau d'élève, montrant un besoin d'immédiateté dans ses apprentissages, et qui demande avant tout une reconnaissance de sa singularité,

L'objectif sera de l'aider à trouver les moyens de ne pas se comporter en « consommateur » mais en utilisateur avisé de l'institution scolaire, en vue de réaliser son projet personnel.

- Face aux parents, loin de démissionner, qui ont tendance à s'intéresser plus aux notes et aux devoirs qu'au déroulement de la journée, délaissant alors le rôle social de l'Ecole au profit de la réussite scolaire ;

L'objectif sera de favoriser leur participation aux différentes instances (conseil d'administration, conseils de classe, CESC ...) pour que parents et enseignants deviennent des réels co-éducateurs.

- Face aux enseignants qui connaissent que leur propre modèle de réussite, et qui privilégient alors l'enseignement d'un savoir sur la pédagogie, celle qui met l'élève en situation d'apprendre ;

L'objectif sera de libérer et de porter tous projets créatifs permettant aux enseignants de partager la passion de leur discipline, ce qui revient à ne pas négliger la part affective inhérente à tout apprentissage.

c) Jouer sur le terrain du sport et de la culture libérer la créativité de tous : réhabiliter le jeu. [3] [5]

Multiplier les opportunités pour permettre à tout jeune de mettre en avant ce que l'il a de meilleur et d'unique, lui offrir des possibilités de se mettre en mouvement ; car un adolescent qui va mal, se replie sur lui-même.

- Le sport ; essayer de toucher l'ensemble des collégiens, car à cet âge, le « mouvement » est valorisé, et le sport peut être un lieu de prise de liberté et d'autonomie par rapport à sa famille.
 - Suivre les jeunes inaptes à l'éducation physique et sportive, car l'inaptitude à l'EPS est parfois un bon indicateur du mal être des jeunes ; par exemple, les modifications du corps à cet âge, le rapport inégalitaire entre garçons et filles au développement des aptitudes physiques, devraient être régulièrement parlés, ceci afin de ne pas entretenir une culpabilité chez les filles.
 - Offrir différentes modalités d'engagement dans l'activité physique qui permettent par moment d'être soi, et par moment de s'ouvrir aux autres ; promouvoir la pratique au sein de l'Association Sportive, utiliser les dispositifs « Ecole ouverte » offrant des pratiques para-sportives (hip-hop, skate, roller...)
 - Favoriser la pratique de sport conviviale par l'organisation de rencontres sportives inter classes (valoriser les prises d'initiative de jeunes par l'accompagnement de leurs projets)

- La culture : le film « L'esquive » est un véritable plaidoyer pour le droit à l'amour et à la culture. Le cinéaste Adellatif Kechiche réussit un audacieux pari de choisir la banlieue comme théâtre de jeu, des jeunes de la cité comme comédiens ; espérons que de nombreuses initiatives culturelles verront jour dans nos collèges, comme par exemple, la mise en place de théâtre interactif sur la violence verbale, sur la prise de toxiques...

- Le jeu : le collège devrait réhabiliter le jeu ; Jouer, d'une certaine façon, c'est travailler ; le jeu offre des possibilités de libérer ce qui n'est pas inexprimable par les apprentissages ou l'intellectualisation. Le jeune inhibé, en incapacité réflexive sur lui, se saisira plus facilement de cette nouvelle interface avec l'adulte. Rétablir la place du jeu, c'est mettre un espace, une scène intermédiaire où l'on peut ne pas s'engager complètement, mais où l'on crée à plusieurs.

I.2 Repères pour adolescents en manque de repères (1)

a) Rôle spécifique de chacun des professionnels de l'institution.

L'équipe doit être prête à entendre, que derrière des conduites d'échec et de mise en échec, il y a un jeune qui souffre, et que l'action éducative vise à créer un espace où le jeune peut prendre de la distance avec la pesanteur du groupe et du vécu familial, un espace où il s'ouvre à d'autres modalités de relation à autrui ; mais il est primordial que chacun œuvre uniquement dans le champ de ses compétences professionnelles.

- Enseignants :
 - Favoriser les moments de parole ; c'est lui faire prendre conscience de ce qui va bien, c'est l'aider à reprendre confiance en lui et à surpasser son sentiment d'être « incompetent » vécu sur le mode de la culpabilité. Choisir d'imposer le silence, c'est prendre le risque de la survenue ultérieure de situations explosives.
 - « Accuser réception de ce qui est adressé à l'adulte de première ligne », tel est le défi de l'enseignant; ce dernier peut se soucier d'un jeune et se sentir démuni pour l'aider ; il est difficile d'entendre derrière des troubles de comportement, un état de souffrance. Face à cela ; ne rien garder pour soi, partager son ressenti...

- Conseiller Pédagogique d'Education : « multi et pluri coordinateur » [6]
 - Veille au « bon vivre ensemble », en appliquant des principes de neutralité, de laïcité, de socialisation (information, dialogue, échange), en organisant une animation communautaire.
 - Assure le suivi pédagogique, par la collecte des informations (absences, conseils de classe, exclusions...).
 - Accompagne l'élève dans sa scolarité en le plaçant au centre du système : entretien, écoute, contrat de suivi et d'objectifs, aide personnalisée en vue de la réalisation de son projet personnel.
 - Pilote un travail en réseau : la famille, le personnel intra institutionnel, les institutions parallèles, les réseaux de structures d'accueil et de prises en charge, les réseaux éducatifs (aide aux devoirs).

- Equipe Médico Sociale: offre un lieu d'écoute et de parole différencié pour tous

L'assistante sociale, le médecin de l'éducation nationale, l'infirmière offriront au jeune en difficulté un lieu d'accueil et d'écoute personnalisés. De même, ce seront les premiers interlocuteurs en intra institutionnel, les conseillers techniques de l'équipe pédagogique en difficulté face à des situations problématiques. L'intervention vise avant tout, une meilleure inscription dans le réel et recherche et consiste à ouvrir des possibles.

Une certaine disponibilité, est requise pour appréhender la souffrance psychique; Elle sous-tend de faire une juste place au temps, en instaurant un temps d'écoute pour initier un accompagnement engagé, sans être encombré de soi et des pressions de l'institution à un retour à la « norme ».

b) Education à la santé et promotion de la santé mentale en milieu scolaire [4] [7] (2) (3)

- Les objectifs : Une société à « haut seuil d'exigences »

L'adolescent se construit sous la prégnance du discours sociétal, qui exprime la nécessité, pour le jeune, de satisfaire à de hautes exigences avant d'être reconnu comme un sujet « autonome » ; Il doit montrer de réelles compétences psychosociales, il doit posséder un capital de confiance en soi suffisant pour se sentir compétent pour entretenir des liens positifs avec son environnement et un capital d'aptitude à faire des choix pour soi-même et à se projeter dans l'avenir.

- Faire vivre les instances éducation nationale comme le CESC [3]

L'éducation pour la santé occupe une place " singulière " et complémentaire des différentes politiques éducatives. Elle permet d'interroger les conditions du " vivre ensemble ". Ses fondements éthiques, son approche méthodique offrent un cadre structurant à la promotion de la santé mentale ; elle nous oblige à prendre en compte la valeur absolue de chacun pris comme être singulier (avec son savoir faire et son savoir être), la nécessaire solidarité entre les humains pour construire ensemble un monde habitable.

C'est une démarche collective de projet, partant d'un état des lieux, d'une étude des besoins et des demandes, qui oblige surtout à réfléchir ensemble, adultes et jeunes sur des « pistes de travail »... Dans le cadre du projet d'établissement, nous devons établir un tableau de bord qui est à évaluer tous les trois ans, faisant état d'indicateurs fiables montrant l'impact de tel ou tel dispositif (rapports d'incidents, passage à l'infirmerie, répertorier les inaptitudes à l'EPS, bilan des exclusions provisoires ou définitives, absentéisme ...)

c) Coordination des adultes en vue de l'élaboration d'une réponse cohérente [7]

- Ce qu'il faudrait éviter ;

Ne pas fonctionner comme une institution totipotente, censée être un tout et donner réponse à tout ; une demande de soin, faite par un enseignant intolérant au comportement d'un élève, a peu de chance d'aboutir à l'effet escompté, celui d'une normalisation comportementale.

Se refuser de figer l'adolescent à partir de ses comportements, dans une « étiquette diagnostique », à laquelle il risque de s'identifier ; cas social, jeune en danger, délinquant, jeune affecté d'une pathologie psychiatrique.

- Ce qu'il faudrait privilégier ;

La réponse apportée sera perçue légitime que si le professionnel s'engage sans dépasser les limites de ses compétences ; ainsi, enseignants, CPE, équipe médicosociale n'ont pas d'autre solution que de travailler ensemble tout en offrant un cadre adapté où l'adolescent reste l'interlocuteur central ; agir ensemble pour rester professionnel et éviter la banalisation ou la dramatisation d'une situation.

En effet, l'intérêt de croiser les discours de vécus différents de la situation problématique, est non seulement de mieux comprendre ce qui est en jeu, mais aussi de rechercher dans un premier temps des réponses intra institutionnelles cohérentes.

Proposer à l'adolescent des lieux tiers au lieu premier où s'est exprimée la problématique, afin que le jeune puisse éventuellement « se dire » autrement et mieux exprimer ses difficultés.

Et ainsi tout mettre en œuvre pour que l'institution scolaire « réceptionne » ce qui lui est « adressé »

II REPERAGE ET DEPISTAGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE : [7] (1) (3)

La diversité des signes appelle des approches différenciées et des prises en charge multiples :

II.1 Repérer les signes de souffrance psychique [8] [9]

a) Formaliser et construire une culture commune au sujet des adolescents en difficulté :

L'intérêt d'œuvrer pour un climat scolaire « sain » va bien au-delà du soutien des jeunes dans leurs efforts d'émancipation et leur accès à l'autonomie. Tous les dispositifs mis en place à cet effet, auront permis aux différents partenaires de mieux se connaître, de mieux communiquer, de mieux travailler en inter relation, et surtout de développer un état de veille. Il sera alors plus aisé de repérer des états de souffrance psychique qui signent d'une certaine manière un arrêt du processus dynamique de l'adolescence, empêchant à terme la réalisation de cette tâche maturative et entraînant des séquelles développementales (conduites de dépendance malheureuse et/ou coupable vis-à-vis de la famille ou de la société, restriction des intérêts, appauvrissement de la vie relationnelle, enfermement dans une identité négative, intolérance à la frustration, à l'attente, au compromis); C'est le cumul de ces particularités touchant la vie psychique, la vie relationnelle, la vie familiale, la scolarité, la vie comportementale, le corps et leur caractère persistant, organisant de façon prédictive la destinée du jeune lui fermant des potentialités évolutives, qui devront initier un accompagnement engagé de l'équipe éducative.

Par contre, certains signes exigent d'emblée l'intervention du MEN, car ils appellent une réponse immédiate relevant de la consultation urgente en psychiatrie, voire des urgences hospitalières : la perception d'un risque suicidaire, toutes les tentatives de suicide, les modifications brutales et inhabituelles de l'apparence, du comportement, des conduites et du discours.

b) La place des parents : (2) (4)

- Informer régulièrement les parents du suivi de la scolarité du jeune, de son comportement, de son investissement dans les disciplines, de ses qualités relationnelles, de son projet personnel futur : rechercher leur participation active et co construire une alliance sur le projet éducatif.
- Rechercher des facteurs de vulnérabilité par le professionnel le plus à même d'en accueillir le récit ; précarité socioéconomique, tensions graves et fragilité dans les liens familiaux, traumatismes actuels ou antérieurs (décès, maltraitance, ruptures, maladie organique...), carences affectives, éducatives, manifestations psychopathologiques d'un ou des deux parents ... Pas de voyeurisme, mais une volonté de rechercher de l'information dans le discours des parents, pour mieux comprendre le jeune et mieux percevoir l'environnement dans lequel il évolue, tout en étant attentif aux inquiétudes parentales.

- Se familiariser aux différentes cultures et à l'inter culturalité (faire appel au besoin à des médiateurs culturels), restituer une place à des parents déqualifiés par leurs enfants et qui sont, eux aussi, submergés par la culpabilité de ne pas pouvoir accompagner leurs enfants vers l'autonomie.

c) Dispositifs et moyens éducation nationale pour trouver des solutions intra scolaires [3] [7] (2)

La commission éducative rassemble tous les acteurs connaissant le jeune; la présence et la participation des parents aux échanges seront vivement sollicitées ; à ce stade, il s'agit de recueillir une information globale reposant sur l'observation direct du jeune, sur la prise en compte de l'interaction et de l'inter relation du jeune avec son milieu environnemental : l'objectif est de croiser nos regards, de co construire une alliance de travail avec la famille, de réduire les incertitudes sur l'opportunité d'engager tel projet avec telle personne ; seule l'information utile au projet éducatif du jeune sera échangée, par respect de son histoire personnelle et familiale. A l'issu de cette réunion, une ou plusieurs pistes sont envisagées, à titre d'exemples non exhaustifs :

- Aménagement interne de la scolarité, PPS, et/ou travail de réorientation (COP et équipe pédagogique)
- Proposition d'activité sur temps scolaire (ou périscolaire), d'une prise de responsabilité (vie scolaire)
- Proposition d'un lieu tiers pour un entretien individuel ; CPE, COP, assistante sociale, infirmière, MEN (II.2.a)

L'échange de paroles et cette concertation rend chacun des acteurs plus « audacieux » pour entreprendre...

Le Médecin de l'Education Nationale peut promouvoir l'intervention indirecte de professionnels spécialisés en milieu scolaire, plutôt que le développement, in situ, de permanences d'écoute ; ainsi les intervenants extérieurs aident les personnels de l'établissement à définir eux-mêmes les réponses internes à apporter [13]

II.2 Dépister et prendre en charge les signes de souffrances psychiques (5) (6) (7)

a) Médecin de l'Education Nationale : Evaluation clinique : [9] [10] [11]

- Objectif de l'évaluation médicale :

Différencier le symptôme « organisateur » du symptôme « pathologique ». L'adolescence est une période de fragilité liée à l'élaboration de l'autonomie (processus de séparation et d'individuation). Dans bien des cas, l'acte posé par l'adolescent apparaît comme réactionnel à l'environnement, « organisateur » en ce qu'il est une tentative d'affirmation et de différenciation. Il n'en

reste pas moins que les jeunes posent aussi des actes de destructivité qui sont effectivement « pathologiques », reconnaissables avec le temps et par leur répétition.

- En pratique :

Dans la majorité des cas, le MEN sera amené à rencontrer le jeune qui lui aura été adressé par un membre de la communauté éducative : il sera alors indispensable à l'adolescent de percevoir le sens de la démarche proposée, en lui expliquant clairement ce qu'il peut réellement attendre du MEN, de l'étendue de ses missions. Pour cela il est important que le contenu standard de l'entretien médical soit connu de tous. (Annexe II)

Dans un deuxième temps, le MEN prendra contact avec les parents, pour leur fixer autant que possible un rendez vous, toujours dans le souci de mieux comprendre la problématique en jeu, et de les associer, surtout si le MEN énonce une nécessité de consultation spécialisée

b) pour des échanges co-élaboratifs entre professionnels éducatifs et professionnels de santé : [7]

Il est fondamental que les professionnels communiquent selon un mode co-élaboratif ; l'adulte devrait s'interdire de « parler sur l'adolescent » mais plutôt prendre le risque de « s'exposer » en faisant récit de la situation, telle que lui-même l'a vécue; il ne s'agit plus de chercher des explications, et encore moins des justifications. Exposer son ressenti et ses interprétations devant d'autres professionnels, permet de prendre de la distance, mais aussi d'exercer à plusieurs notre discernement. Cela ne peut s'établir que dans un climat de confiance et de respect mutuels. Ce mode d'échange signe un accompagnement engagé de tout l'adulte auprès de jeune.

Mais pour cela, la permanence et la cohésion des équipes, seraient un minimum requis ; construire une interconnaissance dans un climat de confiance prend du temps ! Cela faciliterait également le repérage de chaque professionnel par les élèves et par nos réseaux de partenaires extérieurs.

c) accès aux soins en santé mentale : l'intersecteur de psychiatrie [12] [13] [15] [16]

La prise en compte du « mal être » des adolescents, par des approches différenciées au sein de l'établissement, devrait réguler les demandes de soins en santé mentale.

- Principe : [7] [14]

Tout trouble observé, qui perdure et continue à avoir un retentissement fonctionnel sur le jeune, au-delà de l'accompagnement intra institutionnelle, légitime une consultation spécialisée.

Le cheminement parcouru au collège, aussi complexe, conflictuel, infructueux qu'il ait apparu, aidera d'une manière ou d'une autre, le spécialiste à évaluer le besoin du jeune et/ou à cerner la demande de la famille, de l'établissement ; à ce niveau, la demande ne sera plus une demande

« standardisée » en vue d'un « changement de comportement » mais elle signera d'avantage un constat que les interventions engagées se sont avérées insuffisantes pour améliorer, contenir les troubles observés.

Le thérapeute apportera un regard neuf sur la situation, il prendra le relais d'un accompagnement d'une demande personnalisée de donner sens à la souffrance exprimée à partir d'une histoire unique ; sa rencontre avec l'adolescent, n'appelle pas de résolution, mais une attention, l'anticipation du plaisir du travail de penser.

Toute la difficulté pour le MEN, est de corréler le processus d'élaboration de la demande de soin et le degré de sa coordination avec les acteurs de la santé mentale ; le décalage entre les problèmes de santé mentale des jeunes et l'offre de soins psychiatriques, surtout en situation d'urgence, n'ira pas en s'amenuisant... [18]

Aux niveaux des principes, ce cadre à co-construire avec les usagers, les intervenants et les thérapeutes consiste à promouvoir un partenariat à demande réciproque, afin de ne plus traiter la souffrance psychique selon une logique de risque (celui de rater son insertion sociale scolaire pour l'utilisateur et celui de se percevoir dépassé dans sa compétence pour l'intervenant) mais selon une logique de prévention et de soins en partenariat.

- Diversité des pratiques et des dispositifs : le CMP, « pivot » du dispositif de soins du secteur.

Les démarches actuelles ont en commun de rechercher des avancées dans la proximité, c'est-à-dire de réintroduire une prise en compte des questions de santé mentale au plus près de la vie des personnes (cadre et contexte d'émergence).

Pour les adolescents en particulier, plusieurs modes d'intervention ont été investis : culturels (supports d'expression, travail avec références culturelles des personnes, espaces intermédiaires de médiation), sociaux (ajustement des modalités d'accueil et d'aide) ou proprement soignants (adaptation des lieux : unités d'hospitalisation pour adolescents, projet d'une Maison des Adolescents par département et aussi des pratiques : le psychodrame)

La possibilité d'opérer de tels ajustements avec des personnes des soins de « première ligne » et des institutions suppose un « travail de proximité » qui conduit de fait à amortir l'urgence.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

- CESC Comité d'Education à la Santé et la Citoyenneté
- CMP Centre Médico Psychologique
- CPE Conseiller Pédagogique d'Education
- COP Conseiller d'Orientation - Psychologue
- EPS Education Physique et Sportive
- MDA Maison des Adolescents
- MEN Médecin de l'Education Nationale

LISTES DES ANNEXES

- ANNEXE I Paroles de psychiatres
- ANNEXE II Propositions d'entretiens menés par le Médecin de l'Education Nationale
- ANNEXE III Grille d'analyse des symptômes
- ANNEXE IV Glossaire de la grille des symptômes
- ANNEXE V TSTS-CAFARD ; tests des idées suicidaires
- ANNEXE VI ADRS ; Adolescent Depression Rate Scale
- ANNEXE VII Questionnaire ADOSPA ; dépistage un usage nocif des substances psycho actives
- ANNEXE VIII Bibliographie
- ANNEXE IX Circulaires Education Nationale et inter ministérielles

Annexe I : PAROLES de PSYCHIATRES...

- **Pas de norme en santé mentale ;**

« Sans cesse en mouvement, le jeu psychique est fait de souplesse, d'adaptabilité, de compromis qui permettent l'anticipation, la projection dans l'avenir, la négociation interne...

On pense, on rêve, on élabore, on s'échappe, on se trompe, on repart, on improvise et on commence à avoir une idée de ce que l'on est...Mais le trouble vient figer les choses, les rigidifier. On dit alors que le jeu psychique se retrouve dans une impasse, comme si le sujet, ayant perdu sa capacité d'adaptation, se cognait toujours au même mur, réagissant à chaque fois d'une seule et même façon, par un même symptôme, une même attitude, sans jamais réussir à trouver d'autres moyens de faire face aux différentes situations qui se présentent à lui.

...Le psychiatre n'est pas celui qui met de l'ordre dans le psychisme : il aide chaque patient à apprivoiser son propre son désordre qui fait toute sa richesse et sa singularité » Pr Marcel RUFO [17]

- **La prévention, une affaire de la société toute entière...**

« Dans la période de flottement du passage entre le confort de l'enfance et la recherche d'une voie adulte, l'adolescent va être en recherche de lui-même, ce qui va le rendre particulièrement dépendant de son environnement. Et, plus on est en insécurité intérieure, plus on sera dépendant de l'environnement. Dans ce contexte, la prévention est fondamentale, et c'est le devoir basique des adultes que de se soucier - au sens profond - de l'attention portée à l'enfant et à son devenir...

...Ce qui fait de tout adulte un éducateur en puissance pour un jeune, c'est l'attente qu'a cet enfant, ou cet adolescent, de chercher à se nourrir de ce qui lui manque. Qu'on le veuille ou non, cette attente fait d'un adulte un modèle potentiel, pourvu d'une fonction éducative...

... Le grand problème de la prévention, ce sont les adultes et quel message nous voulons faire passer... Il faut que les adultes arrivent à dire pourquoi ils considèrent que la vie vaut la peine d'être vécue...

... Le grand problème de la prévention, c'est de permettre à un enfant de se nourrir de ce dont il a besoin tout simplement, c'est-à-dire de développer ses potentialités physiques, intellectuelles, affectives, relationnelles... » - Pr Philippe JEAMMET [3]

- **Partager sa souffrance psychique ;**

« Dire sa souffrance psychique, pour celui qui souffre, n'est pas plus facile que de la définir. Les aspects qualitatifs et subjectifs de la souffrance nécessitent des périphrases, des analogies ou des métaphores pour être exprimés...Lorsque les raisons sont intimes, secrètes ou inconscientes, il est encore plus difficile d'en faire un récit transmissible à un tiers... Exprimer sa souffrance passe exclusivement par la parole ; c'est toujours sa propre histoire que l'on raconte...

La souffrance psychique a besoin de s'exprimer par la parole à quelqu'un susceptible de l'entendre...

Vouloir soulager la souffrance de l'autre suppose de comprendre ce qu'elle est...

La souffrance psychique, contrairement à la douleur physique qui est localisée dans une partie du corps, est un événement qui nous transforme et qui peut être soulagé que par un phénomène de mutation...

Comprendre la souffrance de l'autre, l'apaiser par une présence et une capacité à l'écouter, c'est une aide qui a toute sa valeur et permet à celui qui souffre d'évoluer... » - Pr Edouard ZARIFIAN [19]

- **Ni diagnostic, ni pronostic, mais la nécessaire empathie pour interpréter...**

« Le diagnostic peut s'imposer comme dans le cas d'une anorexie, mais à quoi me sert-il si j'ignore tout sur la trajectoire de chacun ? La théorie, les caractéristiques de chaque trouble, les causes inconscientes qui les sous-tendent ne suffisent pas à soigner. Ainsi, on ne peut pas mener un combat général contre telle ou telle pathologie ; on accompagne autant de combats singuliers...

A la première rencontre, je suis dans l'instant, à l'écoute, en empathie, en essayant de repérer ce que ce patient, ses mots, ses attitudes évoquent en moi ; la consultation apparaît ainsi comme la rencontre de deux consciences, l'une qui se dit tandis que l'autre l'examine, tout en s'intéressant à ce qui retentit dans sa propre conscience.

La maladie mentale, quelle qu'elle soit, ne doit jamais empêcher de considérer le sujet et de chercher à entrer en relation avec lui.

L'empathie, cette faculté de se mettre à la place d'autrui, ne serait-ce que l'espace d'un instant, est un chemin de crête complexe ; il ne faut pas s'approprier l'histoire de l'adolescent, ne pas se projeter en lui, mais en même temps, on est là pour comprendre.

L'interprétation n'a jamais valeur de diagnostic ; certaines interprétations, présentées non comme des affirmations indiscutables mais comme des hypothèses, des propositions, servent de repérages, aident à débusquer des points particuliers, parfois anecdotiques, proposent des pistes au patient pour qu'il puisse interroger le sens de ses conduites. L'interprétation est une tentative de compréhension du vécu du sujet et, à ce titre, peut favoriser une prise de conscience qui demandera à être élaborée au cours d'un travail psychothérapeutique ».- Pr Marcel RUFO

• La nécessité de travailler en réseau : adresser plutôt qu'orienter

« La psychiatrie a tout à gagner à être transversale, c'est-à-dire à accepter de s'ouvrir à d'autres spécialités qui n'ont apparemment rien à voir, mais qui sont autant de possibilités de contact. L'hétérogénéité des soins m'apparaît comme un principe non discutable ; le trouble psychique, toujours complexe, reste à bien des égards mystérieux. Accepter que la « guérison » nous échappe parfois, qu'elle tient à une conjonction de facteurs, de traitements, d'activités, de rencontres...Le troubles psychiques devrait au moins nous apprendre l'humilité.

Pour relancer le jeu psychique, on a besoin de supports culturels qui sont autant de possibilités d'ouverture et de rencontre, avec soi-même et avec les autres : théâtres, musique, de séances sur Internet, de cuisine, de radio, de danse... de tout ce qui fait la vie, en somme, et plus particulièrement la vie des adolescents » - Marcel RUFO.

« Quand un professionnel ne sait pas prendre une situation par le bon bout, il est confronté à un risque : l'isolement. Et, en refusant de raconter à tout autre professionnel le cas qu'il est censé suivre, il va entrer dans une logique de " patate chaude " : ce n'est pas pour moi, c'est pour un autre service..., avec à la clé une absence totale de cohérence. Ce qui reste alors constant, c'est un sentiment de frustration. Pour pallier cela, nous avons créé, il y a cinq ans, une sorte de " rendez-vous " sous forme de réunions afin de traiter des situations concrètes » - Dr Pilar GIRAUX.

• L'adolescence

« L'adolescence est par nature l'âge des contraires et des réalités doubles puisque la métamorphose pubertaire laisse croire que ce que l'on voit correspond à ce que l'on pense ou ressent. C'est aussi un temps d'opposition : contredire, contester, heurter l'opinion des adultes, permet à l'adolescent de se distinguer au sens propre et au figuré. Dans le même temps, la crainte de l'isolement et de la différence l'amène à se fondre dans le groupe des pairs pour être conforme à ses « semblables », tandis que le deuil douloureux des assurances du passé le conduit à des régressions infantiles régulières. Ces allées et venues incessantes d'une position à l'autre, ces conjugaisons simultanées d'affirmations et de négations, ce choc des contraires lui-même destiné à choquer, ne sont pas synonymes d'incohérence, de vacuité ou de perte dès lors que les adultes maintiennent des références, des repères et des limites stables et tolérables » - Xavier POMMERAU.

« L'anxiété décrit une relation au futur, une incapacité à contrôler l'avenir, à anticiper ce qui va arriver. Ne dénions pas aux adolescents la possibilité d'être anxieux ! »- Alain BRACONNIER

« Durant cette période où la confiance en soi n'est toujours pas de mise et où le groupe joue un rôle de soutien essentiel, avoir le sentiment que l'on est perçu comme « pas terrible » peut devenir vite insupportable »- Dr Catherine DOLTO.

« Les adolescents interrogent fortement notre acceptation du vieillissement et la place que nous sommes prêts à leur laisser. Leurs crises nous posent directement la question de notre capacité à être secoués et dérangés par l'autre, et à accueillir le nouveau et la surprise. Notre intérêt pour l'avenir de notre société ne se mesure-t-il pas, entre autres, à la considération que nous portons à notre jeunesse ? » - Pr. Patrice HUERRE.

• Parents – Scolarité

« Les premiers représentent l'ancrage dans le passé, l'historicité, les racines ; la seconde, base du jeu cognitif, intellectuel et même psychologique est tournée vers l'avenir, tel que l'on se rêve. Les deux ensemble permettent à l'adolescent de se tenir à peu près droit dans un présent fournie à de fortes turbulences

Les parents, alliés et supporters ; L'adolescence est bien un processus d'autonomisation qui consiste en grande partie à se détacher de ses parents pour pouvoir investir d'autres objets d'attachement. Néanmoins, les parents restent plus que jamais des figures majeures, à la fois points de repère et points d'appui, et continuent à servir d'étayage, même si les relations changent et obligent à des réajustements permanents, souvent sources de tension. Plus que jamais l'adolescent a besoin d'eux, de leur bienveillance, de leur affection...et de leur fermeté. Parce qu'ils sont essentiels pour lui, ils sont essentiels pour le psychiatre. Il a besoin de leur adhésion à la prise en charge dont ils doivent toujours être partie prenante.

L'alliance thérapeutique comprend l'adolescent, l'équipe soignante et les parents, tous étant d'accord sur la prise en charge, son déroulement et ses enjeux, réunis dans une même volonté de mutualiser leurs compétences respectives, chacun restant à sa place et avec les responsabilités qui lui incombent. » - Pr Marcel RUFO

Annexe II : Proposition d'ENTRETIENS menés par le M.E.N

Premier temps : INTERROGATOIRE du jeune (qui sera suivi d'un ex. clinique)

- Etat civil
- Situation familiale: Parents, fratrie
- Antécédents personnels
Carnet de santé ; suivi des vaccinations, courbe poids-taille-IMC
Hospitalisation, passage aux urgences
Maladie chronique, traumatismes, décès, vécu de l'émigration
- Scolarité (renseignements également accessibles par le CPE)
 1. Emploi du temps ; disciplines favorites, disciplines à problème
 2. Tâche scolaire ; résultats, efficacité, perfectionnisme, difficulté à se concentrer
 3. Bulletin scolaire : annotations des professeurs, exclusions provisoires ou définitives
 4. Projet futur ; orientation scolaire ou projet professionnel.
- Espace intermédiaire ; apprécier ce qui amène les jeunes à sortir, à entrer en mouvement
 1. Pratique sportive
Cadre de la pratique ; en club ou sport « de rue » (foot, skate, rollers, footing, vélo....)
Accès à l'autonomie ; indépendance par rapport au milieu familial
Plaisir à pratiquer ; niveau de pratique ; finalité accordée prioritairement au sport
Décrochage, abandon de sport pratiqué dans l'enfance;
Accompagnement parental (pratique sportive des parents) ; réseau amical
 2. Déambule dans la rue / déplacement motorisé
Seul ou avec des copains
Prise de risques
 3. Loisirs passifs ; télévision ; ordinateur
Appareils dans la chambre ? Temps passé devant un écran ? Addiction Internet
Emissions regardées ? Jeux vidéo pratiqués, en réseau ? Blog ?
- Espace plus intime
 1. Existence d'un groupe d'amis à qui il peut se confier
L'absence de lien horizontal peut être source de souffrance
 2. Apprécier la problématique « sensation d'être ou ne pas être dans le moule »
Convictions religieuses affichées, inter culturalité, niveau socio économique...
Etat vestimentaire ; marques, extravagances
Utilisation du portable, MSN ; symptôme de bouc émissaire, exclusion par les pairs ?
 3. Domaine de la sexualité :
Question par rapport à une éventuelle agression sexuelle : « Est-ce qu'il y a eu des choses difficiles ? »
Apprécier conduites de prévention
 4. Hygiène de vie et comportements nuisibles pour la santé
 - Sommeil, rythmes et habitudes alimentaires,
 - Prise de médicaments ; hypnotiques, anxiolytiques ? plaintes somatiques ?
 - Alcool, tabac, haschich... (consommation festive ou solitaire ?)...
 5. Questions « existentielles » :
 - climat familial ; qualité relationnelle, pression de l'environnement,
 - état d'anxiété (capacité à anticiper) non explicable, situation source de stress,
 - confiance en soi, estime de soi, image de soi, dévalorisation, culpabilité, irritabilité
 - humeur, souffrance morale, idées suicidaires, tristesse, pensées négatives
 - fatigue et ralentissement général, hypoactivité, perte d'intérêt
 - rupture de comportement : agitation, violence verbale, indifférence apparente

... « QU'EST-CE QUE JE PEUX FAIRE POUR TOI ? »

Deuxième temps : RENCONTRE avec les parents

- Interrogatoire « symétrique » avec les parents pour apprécier si les réponses sont en phase (respecter la confidentialité des paroles du jeune); sinon, il faudra aider le jeune pour qu'il intègre ses parents dans l'alliance thérapeutique.
- C'est dans le cadre de cette alliance que sera déterminé le projet de soin...
- Apprécier leur difficulté, leur souffrance existentielle les empêchant d'être au niveau de la fonction parentale.
- Être à leur écoute, pour savoir ce qu'ils ont compris ou analysé du comportement de leur enfant.

Annexe III : Grille d'analyse des Symptômes

(D'après grille du service Universitaire de Psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescent Pr. Marcelli et Gervais)

	Symptômes : Préciser durée (+ de 3 mois/- de 3 mois)	Jamais	parfois	souvent	toujours
Sommeil	-Pb d'endormissement majeurs, insomnie -réveils nocturnes, cauchemars -hypersomnies, somnolence diurne -autres				
Alimentation	-conduites anorexiques -conduites boulimiques, hyperphagies -vomissements, contrôle du poids				
Psychosomatiques	-maux de tête, céphalées, migraines -maux de ventre -spasmophilie, tétanie -fatigue importante -énurésie, encoprésie -autres :				
Affectifs	-excitation, turbulence -tristesse, dépression, crises de larmes -angoisses, peurs excessives -isolement, mutisme, repliement -vécu négatif (dysmorphophobies) -autres				
Scolaires	-troubles des apprentissages (TSA) -troubles adaptation scolaire : mutisme désinvestissement hyperinvestissement difficultés attention/concentration instabilité inhibition - absentéisme - retards fréquents -fléchissement scolaire -refus, rupture, phobie scolaire -échec scolaire>>2 ans -autres				
Comportement	-instabilité, bagarre, violence -vol, recel -inhibitions -crises explosives -conduites à risques, accidents, sports violents -fugues -exhibitionnisme, masturbation - Conduites sexuelles à risques -Scarifications, piercing multiples -autres				
Consommation de produits	-tabac -alcool : consommation régulière, ivresses -médicaments psychotropes -haschisch (shit, herbe) -autres :				
Suicide	-idées de mort, idées suicidaires -discours suicidaires -tentatives de suicide effectuées				
Symptômes psy	-hallucinations -idées délirantes/persécutives -culpabilité -dévalorisation -autres				

Annexe IV : Glossaire de la grille

Sommeil

- problème d'endormissement : met plus d'une ½ heure pour s'endormir, rallume la lumière, traîne le soir
- insomnies : ne s'endort pas avant minuit ou 1h du matin, ou se réveille le matin très tôt, sans pouvoir se rendormir
- réveils nocturnes : se réveille la nuit plusieurs fois avec parfois ou souvent des conduites particulières : fume, boit
- cauchemars : rêves avec angoisse (ou réveil prolongé)
- hypersomnies : dort plus de 10 à 12 h par 24h
- sommolences diurnes : fait la sieste ou des quasi-siestes, est dans un état de somnolence proche du sommeil

Alimentation

- conduites anorexiques : réduit notablement son alimentation, fait régulièrement attention à certains aliments(féculent, graisse, sucre), régime non surveillé par médecin
- conduites boulimiques, hyperphagie : absorbe de grandes quantités de nourriture avec sensation de perte de contrôle de soi
- vomissements : provoqués ou spontanés après un épisode boulimique, après une hyperphagie
- contrôle de poids : idée obsédante du poids avec vérifications régulières, prise d'anorexigène, de laxatif

Psychosomatiques

- maux de tête, céphalées : a régulièrement mal à la tête
- migraines : mal de tête intense, souvent unilatéral, avec éventuellement malaise, état nauséux, vomissements
- spasmophilie (tétanie) : difficultés respiratoires, pâleur du teint avec éventuellement contraction des extrémités, sudation voire palpitations cardiaques (doit être confirmée par Dg médical)
- fatigue importante ; se dit fatigué toute la journée ou une grande partie de la journée
- autres : douleurs somatiques diverses, crainte de la maladie, onychophagie, plaintes asthmatiformes, etc...

Affectifs

- excitation : se sent tendu, nerveux, crie facilement, a du mal à se contrôler
- turbulence : a besoin de bouger, d'attirer l'attention, de faire le pitre, conduite provocatrice avec les adultes
- triste : se sent triste, s'ennuie constamment, ne sait pas quoi faire
- dépressif : sentiment de faute, de culpabilité, impression de ne pas y arriver. Vécu de souffrance psychique supérieure à la tristesse
- crises de larmes : pleure sans raison apparente ou pour un rien, en particulier le soir, seul(e). A constamment envie de pleurer
- angoisse : impression de catastrophe, crainte de « craquer » et de ne pas tenir le coup
- peurs excessives : peur des examens, peur de perdre ses parents, ses frères et sœurs, ses copains, peur de sortir, ce qui limite la vie sociale(on ne parle pas encore ici de phobie scolaire)
- isolement : pas de copains ou arrêt des relations avec les pairs, reste seul(e) chez lui(elle)presque toujours
- repliement : changement net dans les attitudes, isolé(e) dans la classe, pas d'ami(e), reste souvent seul(e)y compris en famille, reste dans sa chambre
- vécu négatif : sentiment d'être nul, de ne pas y arriver, vécu dysmorphophobique global ou localisé

Scolaires

- troubles des apprentissages : à repérer : dyslexies, dyspraxies, dyscalculies, THADA ? etc..
- troubles adaptation scolaire : mutisme, désinvestissement/hyperinvestissement, attention/concentration, instabilité, inhibition
- absentéisme : absence du collège ou du lycée avec ou sans autorisation, pendant un cours, une demi-journée, une journée
- retards fréquents : arrive après le début des cours
- fléchissement scolaire : baisse des résultats scolaires
- refus scolaire : refuse la poursuite de la scolarité sans volonté de s'engager dans des formations équivalentes (apprentissage)
- rupture scolaire : en situation d'exclusion, arrêt brutal de la scolarité
- phobie scolaire : angoisse irréprouvable dans la classe ou l'établissement scolaire obligeant l'élève à quitter ceux-ci
- échec scolaire : retard supérieur à 2 ans par rapport à la norme, avec résultats insuffisants

Comportement

- instabilité : difficulté ou incapacité à se tenir à une activité (intellectuelle, ludique, sportive), difficulté de concentration
- bagarre : s'emporte facilement, altercations avec échanges de coups
- violence : destructive ou dangereuse à l'égard des personnes et/ou des objets. Occasionne des blessures aux pairs
- vol : vole ses parents, ses amis, les enseignants, les commerçants
- recel : trafic d'objets volés (K7, CD, Vêtements, alcool, tabac, etc...)
- conduite à risques : prise de risques importante avec des engins à moteur sur la voie publique, pratique de jeux dangereux
- accidents : entorses, fractures, contusions avec plaies, accidents de sport et de la circulation
- sports violents : pratique d'un sport de combat (boxe, karaté) en dehors des cours ou compétitions officielles
- fugue : disparition prolongée avec au moins une nuit à l'extérieur du lieu de vie habituel, à l'insu des adultes responsables
- autres : vandalisme, racket, tapage non autorisé, conduites sexuelles particulières, exhibitionnisme, masturbation, scarifications, piercing multiples

Consommation de produits

- tabac : noter si occasionnel/ - de 5 cigarettes par jour/ + de 5 et – de 15 cigarettes par jour/+ de 15 cigarettes par jour
- alcool/haschisch : noter si une fois par mois/ 1 à 2 fois par semaine/3 à 4 fois par semaine/ts les jours ou presque/ivresse cannabique ou alcoolique plusieurs fois par semaine
- médicaments : prise de médicaments psychotropes, en particulier somnifères et tranquillisants (benzodiazépines) avec ou sans prescription médicale (préciser le nom du médicament)
- autres : solvants volatils, héroïne, codéine, crack, cocaïne, LSD, amphétamines, ecstasy

Suicide

- idées de mort : pense régulièrement à la mort, le plus souvent la sienne, pense à mourir sans définir les moyens d'y parvenir
- discours suicidaires : pense à se tuer, évoque les moyens d'y arriver
- tentatives de suicide effectuées

Symptômes psychiatriques

- hallucinations
- idées délirantes
- idées de persécution
- culpabilité
- dévalorisation

Annexe V : TSTS-CAFARD (test des conduites suicidaires)

(Recommandé par le groupe de travail de la HAS)

Il s'agit d'un guide d'interrogatoire composé de 4 questions complétées de 5 items clés. Ce test a été expérimenté auprès de 38 généralistes tirés au sort dans un but de dépistage. Facile d'utilisation, il permet d'orienter un grand nombre de consultations sur des préoccupations éloignées du motif initial et dépister des antécédents suicidaires chez 13 % des adolescents testés dont les 2/3 avaient pourtant déjà été vus par le généraliste.

- La première partie du test consiste en des questions d'ouverture :

Traumatologie : « As-tu déjà eu des blessures ou un accident même très anodin cette année ? »

Sommeil : « As-tu des difficultés à t'endormir le soir ? »

Tabac : « As-tu déjà fumé ? Même si tu as arrêté ? »

Stress scolaire ou familial : 2 investigations en une formulation « Es-tu stressé ou tendu par le travail scolaire, ou par la vie en famille, ou les deux ? »

- À chaque réponse positive obtenue, il est alors proposé une question complémentaire introduisant un niveau de gravité à partir de 5 mots clés :

Difficultés de sommeil @**Cauchemars** : « Fais-tu souvent des cauchemars ? »

Antécédents traumatiques @**Agression** : « As-tu été victime d'une agression physique ? »

A déjà fumé du tabac @**Fumeur** : « Fumes-tu tous les jours au moins 5 cigarettes ? »

Travail scolaire avec stress @**Absentéisme** : « Es-tu souvent absent ou en retard à l'école ? »

Une vie de famille tendue @**Ressenti désagréable** familial : « Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ? »

La fréquence d'antécédents d'idées ou de tentatives de suicide chez les adolescents âgés de 14 à 17 ans qui ne sont pas concernés par l'ensemble de situations évoquées par les questions d'ouverture est très faible (< 8 %) ; elle s'élève de façon significative et atteint la moitié des adolescentes filles concernées par deux situations d'ouverture ou une situation d'ouverture avec sa clé. Parmi les jeunes répondant par l'affirmative à 3 questions clés du TSTS-CAFARD, 1 sur 2 a déjà fait une TS et plus de 3 sur 4 ont déjà eu des idées suicidaires.

Annexe VI : ADRS Adolescent Depression Rating Scale

(Recommandé par le groupe de travail de la HAS)

Dr Revah-Lévy, Falissard 2004

Anne.revah-levy@ch-argenteuil.fr

<http://www.biomedcentral.com>

L'ADRS est un nouvel instrument. Cet outil de mesure de l'intensité dépressive est destiné spécifiquement aux adolescents de 13 à 20 ans. Il a été développé à partir de la singularité des expressions de la dépression chez l'adolescent. Lors d'une phase qualitative approfondie des psychiatres d'adolescents et des patients ont été interviewés afin de décrire l'expérience dépressive de l'adolescent. À partir de cette phase, la construction de l'outil, c'est-à-dire la rédaction des items, s'est faite avec un groupe de cliniciens experts jusqu'à obtention d'un consensus sur la formulation et les nuances d'intensité. L'ADRS existe dans une version destinée au patient de 10 items en oui/non, et une version destinée au clinicien de 10 items en 6 niveaux d'intensité (0 à 6). À l'issue de l'étude de validation en France, Belgique et Suisse, sur un échantillon de 409 adolescents, nous retiendrons les deux facteurs de l'ADRS, qui explore d'une part un facteur émotionnel à travers l'irritabilité, l'envahissement par le vécu dépressif, la perception de soi, les idées de mort, le sommeil, ainsi que la perception empathique du clinicien, et d'autre part un facteur tourné vers l'investissement du monde extérieur à partir de l'investissement de la scolarité, des activités non scolaires, des relations, et le ralentissement psychique. La validité interne est élevée (> 0,8, pour les deux versions), la validité discriminante est également bonne.

Cet outil dimensionnel prometteur, facile d'utilisation, est destiné au repérage de l'expérience dépressive et à la mesure d'intensité de la dépression auprès d'adolescents pour lesquels jusqu'ici il n'existait aucun instrument spécifique ;

- ⇒ L'échelle ADRS (questionnaire en 10 questions) utilisable pour une auto administration auprès de jeunes âgés de 13 à 20 ans, explore les symptômes du champ de la dépression : état émotionnel, manifestations non émotionnelles et fonctionnement social, exprimés selon les verbatim de patients. Le score d'ADRS, compris entre [0-10], permet l'identification d'un risque de dépression, modéré pour une valeur >4 et < 8, ou important pour un score >8. L'ADRS est ici utilisée comme une variable qualitative, décrivant un risque de dépression au seuil >4.

« Je coche « vrai » si la phrase correspond à ce que je vis, ou « faux » si elle ne correspond pas. »

1. Je n'ai pas d'énergie pour l'école, pour le travail
2. J'ai du mal à réfléchir
3. Je sens que la tristesse, le cafard me débordent en ce moment
4. Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien ne m'amuse
5. Ce que je fais ne sert à rien
6. Au fond, quand c'est comme ça, j'ai envie de mourir
7. Je ne supporte pas grand chose
8. Je me sens découragé(e)
9. Je dors très mal
10. A l'école, au boulot, je n'y arrive pas

Annexe VII : Questionnaire ADOSPA

Repérer en quelques questions un usage nocif de substances psycho actives chez l'adolescent.

(Recommandé par le groupe de travail de la HAS)

1. Etes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (**A**uto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé(e) ?
2. Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous **D**étendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?
3. Avez-vous **O**ublié des choses que vous deviez faire (ou fait des choses que vous n'auriez pas faites) quand vous utilisez de l'alcool ou d'autres drogues ?
4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes **S**eul(e) ?
5. Avez-vous déjà eu des **P**roblèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?
6. Vos **A**mis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?

C'est un questionnaire conçu pour le dépistage précoce des usages à risque nocif de l'alcool et d'autres substances addictives comme le cannabis ou le tabac par exemple. Il a été validé en langue anglaise et est largement utilisé dans les études récentes aux États-Unis. Les questions sont à choix fermé simple binaire (oui/non). Une étude de validation en langue française a été réalisée en 2002. La durée de passation de ce questionnaire est de moins de 5 minutes. Le score seuil conseillé est de 2 car c'est avec ce paramétrage que l'on obtient le meilleur couple sensibilité/spécificité ; Deux réponses affirmatives indiquent un usage nocif de substances psychoactives.

Cet outil a été révisé pour la dernière fois le 07/07/2006

Annexe VIII : BIBLIOGRAPHIE

- [1] Actes des rencontres interacadémiques 2004
« Climat scolaire : Prévention des souffrances psychiques et des conduites addictives »
<http://www.ascomed.com>
- [2] Revue Neuropsychiatrie Enfance Adolescence 2001 n° 49 p 552-5
Editions scientifiques et médicales Elsevier
« Crise et pédopsychiatrie ; Le stress à l'école : une perspective psychosociale »
D. Lassare, Professeur de psychologie sociale
Laboratoire de psychologie appliquée « stress et société », université de Reims
- [3] INPES Les journées annuelles de la prévention – 29 et 30 mars 2006
« Promouvoir la santé des enfants et des jeunes »
www.inpes.sante.fr
- [4] Actes de la 7^{ème} Journée nationale de Médecine et de Santé de l'Adolescent – 2 et 3 décembre 2005
« ADOLESCENCE ET PREVENTION : Utopie ou Réalité »
<http://www.med.univ-angers.fr/discipline/pedopsy/journees-adolescent/accueil Actes.htm>
- [5] XXVIII Colloque du S.N.A.M.S.P.E.N - 18 et 19 Octobre 2007
« Les conduites des adolescents du normal au pathologique »
snamspen@free.fr
- [6] site des Conseillers Pédagogiques d'Education
<http://cpe.paris.iufm.fr>
- [7] Réseau Ville Hôpital dans le département du Val d'Oise
Colloque « Répondre à la souffrance psychique des jeunes » du 08/12/2006
News Letter N°1, mars 2007.
http://www.rvh-synergie.org/souffrance_psychique_des_jeunes_adolescence.htm
- [8] « La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes »
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
Haut Comité de la Santé Publique – Février 2000
<http://hcsp.ensp.fr/hcspl/docspdf/hcsp/hc000987.pdf>
- [9] « Référentiel d'observation, à l'usage des médecins, pour le repérage précoce des manifestations de souffrance psychique et des troubles du développement chez l'enfant et de l'adolescent »
ENSP, collège de travail de pédopsychiatrie de la Fédération Française de Psychiatrie
novembre 2005
- [10] « Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires »
Haute Autorité de Santé
Service des recommandations professionnelles - Septembre 2005
<http://www.has-santé.fr>
- [11] « Adolescence et santé mentale »
D.Doumont – F.Renard
Série de dossiers documentaires – Décembre 2007
UCL-RESO Unité d'Education pour la Santé – Université Catholique de Louvain
<http://www.md.ucl.ac.be>

Etude réalisée dans le cadre de la formation à l'ENSP – Dr. Christine Morisset – décembre 2007

- [12] PLAN D' ACTIONS PSYCHIATRIE & SANTE MENTALE (15-09-2003)
Pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale
Philippe CLERY-MELIN, Viviane KOVESS, Jean-Charles PASCAL
<http://www.ascomed.com>
- [13] Revue RHIZOME Octobre 2001
www.ch-le-vinatier.fr/orspere
Sur le terrain des pratiques ; p 13-15
« Unité d'Accueil Thérapeutique des Adolescents » UATA
Service de Psychiatrie Infanto Juvénile du Nord des Hauts de Seine
Michèle Zann, Pédopsychiatre, Jeanne Gaillard éducatrice spécialisée
- [14] Revue RHIZOME Septembre 2000
« La demande de l'adolescent »
Marie Gilloots, Pédopsychiatre
- [15] Revue Santé de l'homme
www.inpes.sante.fr
« Soins et culture »
N° 382 : « Espace santé jeunes de Nanterre : une structure de prévention et d'accueil pour les 12-25 ans »
- [16] Maison des Adolescents : www.mda.aphp.fr
- [17] « La vie en désordre : Voyage en adolescence » essai – Edition Anne Carrière (octobre 2007)
Professeur Marcel Rufo
- [18] « Adolescents en souffrance : Plaidoyer pour une véritable prise en charge »
Dominique Versini, Défenseure des enfants.
Novembre 2007
www.defenseuredesenfants.fr
- [19] « le goût de vivre, retrouver la parole perdue » - Edition Odile Jacob (mars 2005)
Pr. Edouard Zarifian

Annexe IX : CIRCULAIRES EDUCATION NATIONALE et INTER MINISTERIELLES

(1) Politique de santé en faveur des élèves

Circulaire n°2002-098 du 25-04-2002

1. Une politique éducative de santé associant étroitement les familles
2. Politique de santé mobilisant l'ensemble de la communauté éducative
3. Une politique de santé s'appuyant sur des partenariats

(2) Protection du milieu scolaire

Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC)

Circulaire n°2006-197 du 30-11-2006

- ⇒ Rappel que l'acquisition des compétences sociales et civiques constitue un pilier du Socle commun de connaissances et de compétences défini dans le décret n°2006-830 du 11 juillet 2006 : le CESC doit favoriser la mise en cohérence de tous les dispositifs y concourant.

(3) La santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation

Circulaire n°2003-210 du 1-12-2003

1. Repérer et suivre les problèmes de santé des élèves
2. Mieux connaître, mieux repérer et prendre en compte les signes de souffrances psychiques des enfants et des adolescents
3. Assurer tout au long de la scolarité la continuité des actions d'éducation à la santé

(4) Le rôle et la place des parents à l'école

Circulaire n°2006-137 du 25-8-2006

- ⇒ Rappel que « les parents d'élèves sont membres de la communauté éducative, qu'ils participent par leurs représentants aux conseils d'école, aux conseils d'administration des établissements scolaires et aux conseils de classe », conformément à l'article L III-4 du code de l'éducation
1. Droit d'information et d'expression
 2. Droit de réunion
 3. Droit de participation

(5) Orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves

Circulaire n°2001-012 du 12-01-01

1. Favoriser l'équilibre et le bien être physique, mental et social des élèves, l'épanouissement de leur personnalité afin de contribuer à la réalisation de leur projet personnel et professionnel
2. Détecter précocement les difficultés susceptibles d'entraver la scolarité
3. Agir en appui de l'équipe éducative, pour une meilleure prise en charge des élèves
4. Accueillir et accompagner tous les élèves, leur faciliter l'accès aux soins
5. Développer une dynamique d'éducation à la santé et à la sexualité et de prévention des conduites à risque
6. Contribuer à faire de l'école un lieu de vie et de communication
7. Favoriser la scolarisation des élèves à besoins spécifiques (Handicap, maladies chroniques, maltraitance, souffrance psychique...)
8. Observation et veille épidémiologique
9. Action de formation de l'ensemble des personnels de l'Education nationale dans une démarche de santé publique et communautaire.

(6) Mise en œuvre d'un dispositif de partenariat entre équipes éducatives et de santé mentale pour améliorer le repérage et la prise en charge des signes de souffrances psychiques des enfants et des adolescents

Circulaire interministérielle DGS/SD6, DHOS/O 2/DESCO n°2005-471 du 18 octobre 2005. Bulletin officiel Santé Protection sociale Solidarités, 15 décembre 2005, n°2005/11.

- ⇒ Il s'appuie sur le rapport d'enquête sur les collaborations entre les CMP(P) et les établissements scolaires (INSERM unité 669 Juin 2005)
- ⇒ L'objectif de la présente circulaire est d'améliorer le repérage et la prise en charge des signes de souffrances psychiques des élèves, en fondant plus justement un recours aux soins spécialisés, à partir de deux leviers complémentaires :
 1. Le déploiement le plus large possible sur le territoire national d'un dispositif de collaboration entre les établissements scolaires et les professionnels de soins spécialisés
 2. l'élaboration et la diffusion d'outils de repérage précoce des troubles du développement et des manifestations de souffrances psychiques des enfants et des adolescents

(7) Prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté

Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n°2002-282 du 3 mai 2002

- ⇒ La circulaire définit les orientations prenant en compte la nécessité, reconnue par tous les professionnels, d'une élaboration pluridisciplinaire et partenariale, des réponses aux besoins d'éducation et de santé mentale de ces mineurs.