

Histoire d’une relation difficile

Les institutions accueillant des enfants et adolescents sont empruntes du sceau de la (socio) pédagogique. Il est significatif que l’on parle d’approche éducative, et non pas par exemple d’approche thérapeutique. Les spécialistes de la pédagogie sont nombreux à aborder la psychiatrie pour enfants et adolescents avec passablement de distance, de scepticisme et une impression d’étrangeté, ce qui d’ailleurs est tout à fait réciproque, bien que tous soient actifs dans un domaine similaire.

Il est moins connu que l’éducation sociale et la psychiatrie pour enfants et adolescents furent, à leurs débuts, étroitement liées. Les origines aussi bien de l’aide résidentielle à l’enfance et à la jeunesse que de la pédopsychiatrie résidentielle remontent au 19^e siècle, du temps des institutions pour enfants et jeunes nécessiteux. Mais par la suite, la psychiatrie s’est efforcée de se faire reconnaître comme une profession médicale, donc relevant des sciences naturelles, créant ainsi une distance par rapport à la pédagogie basée, elle, sur les sciences humaines, situation qui perdure jusqu’à nos jours. D’autre part, le fait que la psychiatrie se soit transformée, contrairement à l’éducation sociale, en une profession académique, donc universitaire, a contribué à la distanciation entre les deux disciplines. Celles-ci ont par conséquent développé des bases théoriques tout à fait différentes ainsi que des terminologies spécifiques non congruentes entre elles. Durant la deuxième moitié du 20^e siècle, la psychiatrie pour enfants et adolescents s’est établie en tant que discipline médicale spécialisée indépendante. La Suisse a joué un rôle de pionnière en introduisant, dès 1953, le titre de médecin spécialiste en psychiatrie pour enfants et adolescents. Aujourd’hui, les deux professions sont financées, en Suisse, par le biais de différents systèmes de prestations: la psychiatrie pour enfants et adolescents est rattachée au régime de la santé, tandis que l’éducation sociale fait partie du domaine de l’aide à l’enfance et à la jeunesse, qui est d’essence fédéraliste.

La distance croissante entre les deux disciplines a rapidement conduit à une séparation «territoriale», à savoir en *cliniques* de psychiatrie pour enfants et adolescents, d’une part, et en *institutions* de l’aide à l’enfance et à la jeunesse, d’autre part. Ainsi, les institutions ayant évolué séparément ont fini par développer des cultures et logiques professionnelles divergentes. Tandis que l’éducation sociale pratique, depuis les années 1970, un travail constant centré sur le lien et la relation ainsi que sur la structuration du quotidien, la pédopsychiatrie, quant à elle, s’oriente en premier lieu selon la logique médicale qui se fonde sur le diagnostic et la thérapie. Pendant de nombreuses années, on a pu postuler, en se référant à un bestseller de vulgarisation scientifique, que l’éducation sociale vient de Vénus et la pédopsychiatrie de Mars.

Les professions génériques *travail social* et *psychiatrie* se trouvaient et se trouvent toujours dans un face-à-face, telles des disciplines quasi étrangères l’une pour l’autre. Depuis un certain temps, des essais sont tentés pour réunir les deux domaines sur le plan théorique et pratique. Ainsi par exemple, le courant de la *psychiatrie*

Chances et risques des diagnostics psychiatriques dans les institutions socio pédagogiques pour enfants et adolescents

Malgré l’absence de données empiriques fiables qui décrivent la situation globale des enfants et des jeunes placés dans des institutions résidentielles sur l’ensemble de la Suisse, on trouve çà et là des indices sur les contextes à l’origine des placements (p. ex. Voll et al. 2008; Gündler 2011). Il devient ainsi possible de dire quels enfants et quels jeunes vivent en institution¹. Cela permet entre autres de comprendre que les enfants et adolescents placés hors de leurs familles sont souvent issus de milieux en difficulté, qu’ils ont parfois vécu plusieurs ruptures relationnelles et/ou qu’ils ont grandi dans un milieu conflictuel. Les parents n’avaient le plus souvent pas suffisamment de ressources pour assurer l’éducation et l’encadrement de leurs enfants, étant eux-mêmes pris dans des situations de vie problématiques (par exemple chômage, dépendance, divorce). Selon une lecture d’éducation sociale, le motif qui préside à un placement extrafamilial (comportement déviant, inadaptation, échec scolaire, délinquance) se conçoit le plus souvent comme le symptôme d’une situation globale complexe.

D’autre part, il existe des études concernant la santé psychique où les difficultés psychiques des enfants et adolescents vivant en institution (p. ex. Schmid 2007/Schmid 2011). Ces travaux montrent qu’un nombre disproportionné d’enfants et de jeunes vivant en institution ont vécu un ou plusieurs événements traumatiques, que dans une grande majorité des cas leurs problèmes psychiques sont à attribuer, sur le plan clinique, à la catégorie des troubles comportementaux légers voire graves, et que la fréquence selon laquelle des troubles où une maladie doit leur être diagnostiquée selon des critères psychiatriques est supérieure à la moyenne.

En réunissant les éléments relevant de l’éducation sociale et de la psychiatrie, il apparaît clairement que les diagnostics psychiatriques font souvent suite à des conditions de vie difficiles. Cela n’a en soi rien d’inédit.

On doit cependant se poser la question de savoir quelles sont les chances mais aussi les risques qu’encourt la pratique socio-éducative du fait que les enfants et adolescents vivant en institution résidentielle sont de plus en plus souvent évalués du point de vue de leurs difficultés psychiques et de leurs comportements particuliers, respectivement de leurs maladies (psychiatriques) et sont diagnostiqués comme tels.

sociale a essayé, dans les années 1970, d’expliquer les maladies psychiques avant tout en référence à des théories sociales, et de les traiter en conséquence. Or, depuis le changement de millénaire, la psychiatrie sociale s’est retrouvée mise sous pression notamment par des approches relevant de la neurologie.

À l’inverse, le domaine du travail social s’est régulièrement retrouvé sous l’influence de la médecine en général et de la psychiatrie en particulier. C’est ainsi que s’est créée l’interface des deux professions, à savoir le *travail social clinique* qui, d’une part, vise à compléter l’orientation purement somatique de la médecine en y intégrant des questions d’ordre social et, d’autre part, applique consciemment un processus médical constitué d’étapes comme l’anamnèse, le diagnostic et la thérapie.

Depuis quelques décennies s’opère à nouveau un rapprochement entre l’aide résidentielle à l’enfance et à la jeunesse et la psychiatrie pour enfants et adolescents. En Grande-Bretagne, Jenny Mount a développé un concept destiné à une communauté d’habitation au sein de laquelle les enfants et les jeunes sont accompagnés en permanence sur le plan psychiatrique. En Allemagne, l’association SOS-Kinderdorf gère un projet pilote dont le personnel est spécifiquement qualifié pour encadrer des enfants et adolescents ayant des problèmes psychiques. En Suisse, on a testé, dans le cadre de l’étude MAZ., un modèle de coopération entre l’aide résidentielle à l’enfance et à la jeunesse et la psychiatrie pour enfants et adolescents. L’étude MAZ. se poursuit sous forme d’un projet nommé Equals qui permet au personnel pédagogique d’appliquer entre autres des tests psychométriques actuellement mis en œuvre dans 24 institutions suisses. Les cours de formation et de formation continue des professionnels de l’éducation sociale intègrent de plus en plus de contenus pédopsychiatriques, par exemple dans les formations CAS en soins psychiatriques pour enfants et adolescents (Haute école spécialisée bernoise) ou en travail auprès d’enfants et d’adolescents ayant des particularités psychiques (Haute école spécialisée Suisse du nord-ouest). Ces formations tentent de compléter, par l’apprentissage de connaissances et d’approches psychiatriques, les formations en éducation sociale axées sur des contenus qui relèvent de la sociologie et de la psychologie individuelle.

Il semble donc qu’en ce 21^e siècle, l’éducation sociale et la psychiatrie pour enfants et adolescents tentent une nouvelle approche mutuelle. Le souvenir des racines communes qui remontent au 19^e siècle pourrait contribuer à faire avancer ce processus dont on peut penser qu’il ne s’opérera sûrement pas sans anicroche.

D’une part, les informations sur l’existence de problèmes ou de maladies psychiques chez les enfants et adolescents, détectées grâce à des instruments standardisés, peuvent aider à résoudre la question du placement adéquat, d’une planification du soutien axée sur l’individu et de la définition d’objectifs appropriés. D’autre part, la prise en compte des diagnostics psychiatriques peut permettre de planifier, d’aménager et de mettre en œuvre un encadrement plus nuancé qui soit bénéfique au jeune, sans le surmener. En outre, la vie quotidienne et la relation pédagogique peuvent être mieux organisés et aménagés grâce aux connaissances dont on dispose sur les particularités comportementales ou maladies psychiques. De la même manière, cela permet une approche du cas qui soit la plus holistique possible ainsi qu’un pilotage et un mode d’encadrement qui soient le plus en phase possible avec l’individu. Un comportement considéré comme particulier ou déviant peut être imputé à une maladie psychique, ce qui atténue quelque peu le risque de le voir attribué au «caractère rebelle, récalcitrant, antisocial» de l’enfant ou de l’adolescent-e.

Mais les diagnostics psychiatriques comportent également des risques. Les professionnels des institutions sont tentés de mettre entre parenthèses les causes structurelles où systémiques ayant conduit au comportement considéré comme problématique et de ne s’orienter que selon le tableau clinique diagnostiqué. Vu que les foyers pour enfants et adolescents sont principalement des institutions socio pédagogiques occupant de ce fait du personnel formé en éducation sociale, se pose également la question de savoir s’il est sensé de se laisser guider de plus en plus souvent par des méthodes et modèles explicatifs n’ayant rien à voir avec cette spécialité. En relation avec la question de la capacité de changement, de l’influence potentielle sur le comportement, des modèles d’interaction et des stratégies défavorables utilisées par les enfants et adolescents pour surmonter leurs difficultés (que l’éducation sociale est censée «désamorcer tout en les corrigeant»), il faut en plus se demander quelles sont les conséquences potentielles d’un diagnostic de maladie psychique. Les diagnostics semblent en effet notablement plus rigides et moins modifiables que les types de comportement observés.

Thema

Novembre 2013

Éducation sociale et psychiatrie

Chances et risques des diagnostics psychiatriques dans les institutions socio pédagogiques pour enfants et adolescents

Définition commune du cas dans le cadre de modèles de liaison pédopsychiatriques/pédo-psychothérapeutiques au sein de l’aide à l’enfance et à la jeunesse

DSM-5: un nouveau système de classification ayant des effets douteux sur l’aide à l’enfance et la jeunesse?

L’indispensable collaboration entre éducation sociale et pédopsychiatrie: l’évolution récente dans les cantons romands

Education spécialisée et psychiatrie – l’exemple du CME La Castalie, institution pour personnes en situation de handicap mental et/ou polyhandicap

