MINISTÈRE
DE LA JUSTICE
*Liberté*
*Égalité*
*Fraternité*

RECHERCHE

Direction de la protection
judiciaire de la jeunesse

# Accompagner des adolescents présentant un risque suicidaire en foyer : un état des lieux des difficultés et des ressources des professionnels

**MYRIEM AUGER**

DÉCEMBRE 2025

*RÉSUMÉ* ..... *2*
*INTRODUCTION* ..... *3*
*METHODOLOGIE* ..... *4*
*CHAPITRE 1 REPERAGE* ..... *5*
*I. IDENTIFICATION* ..... *5*
**1.1 Les adolescents repérés au cours de l'enquête** ..... **5**
**1.2 Le Recueil d'informations médicales** ..... **8**
**1.3 La réalisation de bilans de santé** ..... **10**
*II. ALERTE* ..... *10*
**2.1 L'alerte donnée par les jeunes eux-mêmes** ..... **11**
**2.2 L'alerte par les autres adolescents** ..... **12**
**2.3 Le repérage par les professionnels : des signaux et des doutes** ..... **13**
*III. LE PROFIL DES ADOLESCENTS REPÉRÉS* ..... *15*
**3.1 Difficultés subies par les adolescents** ..... **15**
**3.2 Handicaps et troubles mentaux** ..... **21**
**3.3 Troubles du comportement** ..... **23**
*Conclusion du chapitre 1* ..... *30*
*CHAPITRE 2 PRATIQUES DE CARE AU SEIN DES FOYERS* ..... *32*
*I. Le rejet et le tact, deux sources d'inaction* ..... *32*
*II. Les petits gestes* ..... *35*
*Conclusion du chapitre 2* ..... *37*
*CHAPITRE 3 SOINS ET ACCOMPAGNEMENT EN SANTÉ MENTALE* ..... *39*
*I. L'ACCÈS AUX SOINS DES ADOLESCENTS REPÉRÉS* ..... *39*
**1.1 Etat des lieux** ..... **39**
**1.2 Les difficultés d'accès aux soins** ..... **40**
**1.3 Le refus des soins par les adolescents et leur famille** ..... **41**
*II. LE SUIVI DES SOINS DE SANTE MENTALE PAR LES PROFESSIONNELS DES FOYERS* ..... *42*
*III. SOIGNER DES ADOLESCENTS PLACÉS* ..... *45*
**3.1 Des stratégies de soin et de lien** ..... **45**
**3.2 Prévention et gestion de la violence en milieu hospitalier** ..... **46**
*Conclusion du chapitre 3* ..... *48*
*CONCLUSION GENERALE* ..... *50*
*RECOMMANDATIONS* ..... *52*
*BIBLIOGRAPHIE* ..... *53*

# RÉSUMÉ

De multiples enquêtes ont documenté la surreprésentation du risque suicidaire dans la population adolescente prise en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse et l'Aide sociale à l'enfance.

Cette recherche, menée entre 2023 et 2025, analyse les pratiques professionnelles de repérage, d'accompagnement et d'orientation des adolescents suicidaires dans quatre Unités éducatives d'hébergement collectif, deux Maisons d'enfants à caractère social et un dispositif expérimental habilité par l'ASE pour jeunes en rupture de placement proposant un accompagnement et un hébergement à bas seuil.

L'enquête s'appuie sur une approche qualitative combinant 65 entretiens semi-directifs, des analyses d'écrits professionnels et des observations ethnographiques menés auprès d'éducateurs, psychologues et cadres des structures PJJ et ASE, ainsi que des professionnels du secteur de la santé mentale exerçant au sein d'une Maison des adolescents et d'une unité pédopsychiatrique.

Les données recueillies confirment la pertinence du travail d'observation clinique mené par les professionnels des structures d'hébergement, mais révèlent des défaillances significatives dans le travail quotidien de care et l'orientation vers les dispositifs de soins en santé mentale, partiellement saturés. L'enquête met en évidence l'écart considérable entre la lucidité des professionnels quant à la souffrance des adolescents et leurs capacités d'intervention effective. Cette dissonance contribue à expliquer l'émergence de sentiments de culpabilité, d'insatisfaction professionnelle et de perte de sens au travail qui participent de la désaffection actuelle pour le travail social.



**Mots clés**

Suicide - Maisons d'Enfants à Caractère Social - Unités Educatives d'Hébergement Collectif

# INTRODUCTION

Plusieurs études ont mis en évidence, au cours des dernières années, la surreprésentation du risque suicidaire dans la population adolescente prise en charge par l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) (Bronsard, 2012 ; Even, 2017 ; HAS, 2021 ; Bronsard, 2019). La présente recherche analyse l'accompagnement de ces adolescents par les professionnels des structures d'hébergement collectif de l'Aide sociale à l'enfance (MECS et service à bas seuil dédié aux jeunes en rupture de placement) et des Unités éducatives d'hébergement collectif (UEHC). Elle vise à décrire les pratiques des professionnels, leurs observations cliniques, leur « sens » du soin et de la relation (Tronto, 2009) mais, de même, les difficultés qui se font jour au fil des accompagnements, les carences, les manquements.

Ce rapport s'inscrit dans la continuité d'une recherche collective sur l'accompagnement des adolescents suicidaires accueillis au sein de dispositifs d'hébergement de l'ASE, dont les résultats ont été publiés à l'automne 2024[1]. Le premier volet d'enquête a mis en évidence les représentations, observations et ressentis des professionnels concernant l'accompagnement quotidien des adolescents suicidaires, le travail partenarial entre structures (dispositifs d'hébergement et dispositifs de soin) et l'élaboration du deuil. Ce second volet propose une double extension en déplaçant l'analyse vers les pratiques concrètes, jusqu'alors peu documentées, et en intégrant un nouveau terrain d'étude : les UEHC, dans une perspective comparative.

La structure de ce rapport suit les grandes étapes de la prise en soin des adolescents suicidaires. La première partie, consacrée au repérage, examine les savoirs, moyens et ressources dont disposent les professionnels des foyers, ainsi que les caractéristiques récurrentes des adolescents repérés (*expériences adverses*, handicap et troubles psychiques, conduites problématiques). La deuxième partie analyse les pratiques de *care* des professionnels des structures d'hébergement, en interrogeant également les phénomènes de rejet dont ces adolescents peuvent faire l'objet. La troisième partie se consacre à leur orientation vers les dispositifs de soins de santé mentale et aux adaptations des pratiques qu'ils suscitent en leur sein.

[1] Charlène Charles, Myriem Auger, Christophe Trombert, « État suicidaire de jeunes en structure collective de protection de l'enfance : Quelles ressources partenariales, de prévention et d'intervention pour les professionnels ? », ONPE, novembre 2024, 146p. https://onpe.france-enfance-protegee.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapport-final-2024-2.pdf

# METHODOLOGIE

L'analyse s'inscrit dans une approche méso-sociologique privilégiant l'étude des interactions situées tout en prenant en compte les contraintes institutionnelles. Cette perspective théorique appréhende les pratiques professionnelles comme des révélateurs du travail de composition continu des acteurs.

L'enquête, menée entre 2023 et 2025, s'est déployée au sein de différentes institutions réparties sur deux territoires : une ville d'environ 150 000 habitants et une grande métropole, désignées respectivement sous les appellations Ville A et Métropole B lorsque la dimension territoriale revêt une importance particulière.

Les principaux terrains d'enquête comprennent quatre Unités éducatives d'hébergement collectif (UEHC), deux Maisons d'enfants à caractère social (MECS), un service de l'ASE dédié aux jeunes en rupture de placement (que nous nommerons SJER), une Maison des adolescents (MDA) et une unité pédopsychiatrique. Certains résultats concernant les dispositifs ASE (MECS et SJER) et de santé mentale ont déjà fait l'objet d'une publication dans la partie 4 rédigée par nos soins « Le quotidien relationnel des institutions sanitaires et sociales en charge des adolescents présentant une problématique suicidaire. Une collaboration sous tension » du rapport collectif déjà évoqué en introduction : *État suicidaire de jeunes en structure collective de protection de l'enfance : Quelles ressources partenariales, de prévention et d'intervention pour les professionnels ?* (Charles, Auger et al., 2024).

Le matériau principal du présent rapport repose sur 65 entretiens semi-directifs répartis comme suit : 55 entretiens ont été conduits sur les terrains principaux et 10 entretiens au sein de services collaborateurs.

Plus précisément, en ce qui concerne les 55 entretiens nous avons réalisé : 22 entretiens au sein des quatre UEHC (15 éducateurs, 3 psychologues, 3 responsables, 1 cuisinier) ; 11 entretiens dans les MECS et le SJER (7 éducateurs, 1 psychologue, 3 cadres) ; 14 entretiens en MDA (3 éducateurs, 2 assistantes sociales, 5 infirmiers, 3 psychologues, 1 pédopsychiatre) et 7 entretiens en unité pédopsychiatrique (1 éducatrice, 1 assistante sociale, 2 infirmiers, 1 psychologue, 2 pédopsychiatres).

Les 10 entretiens complémentaires ont été menés avec des professionnels d'un Observatoire départemental de la protection de l'enfance (ODPE), du dispositif national 3114 (Numéro National Souffrance et Prévention du Suicide), d'un service d'urgences pédiatriques, du milieu ouvert PJJ et ASE, et d'un dispositif expérimental à l'articulation des structures d'accueil PJJ et du soin.

L'analyse s'appuie également sur la consultation des dossiers administratifs de neuf adolescents identifiés comme suicidaires au sein de deux UEHC. Les écrits étudiés rendent compte du travail formel de recueil d'informations, de description et de signalement du risque suicidaire, ou précisément de ses lacunes.

Enfin, le dispositif méthodologique intègre 39 heures d'observations ethnographiques de la vie quotidienne au sein de quatre foyers (deux MECS, deux UEHC) et de réunions d'équipe et partenariales au sein d'une MECS et d'une MDA. Cette immersion permet de resituer les discours des professionnels oraux (tenus à l'occasion des entretiens) comme écrits (consignés dans les dossiers) dans leur contexte d'énonciation.

# CHAPITRE 1 REPERAGE

L'identification des adolescents suicidaires est un préalable crucial sans lequel nulle aide ne peut être envisagée, nous lui consacrons ce premier chapitre. Il débutera par une vue d'ensemble des adolescents repérés comme suicidaires par les enquêtés. Nous questionnerons l'adéquation entre les moyens des professionnels et les exigences de ce travail de repérage. Cette analyse portera sur plusieurs dimensions : la qualité de la mutualisation des observations au sein des équipes, la transmission d'informations par les tiers (anciens établissements, familles), ainsi que l'investigation du risque suicidaire lors des bilans de santé.
Nous examinerons également les signes d'alerte identifiés par les professionnels et la capacité des adolescents suicidaires et de leurs pairs à mobiliser l'aide. Enfin, nous proposerons une description croisée des adolescents repérés en analysant leurs expériences adverses, leurs troubles et handicaps, ainsi que leurs problèmes comportementaux.

## I. IDENTIFICATION

### 1.1 Les adolescents repérés au cours de l'enquête

Au cours des entretiens, nous avons demandé à l'ensemble des enquêtés d'évoquer les adolescents suicidaires qu'ils accompagnaient ou avaient accompagnés par le passé dans le cadre de leur exercice au sein d'une UEHC ou d'un dispositif d'hébergement de l'ASE (MECS, SJER et, dans deux cas, un foyer d'accueil d'urgence et un service d'appartements accueillant également des mineurs en rupture de placement).
Plus d'une centaine d'adolescents ont été évoqués par l'ensemble des enquêtés des UEHC, des dispositifs de soins de santé mentale et de l'ASE. Certains faisaient l'objet de souvenirs lointains ; parfois les enquêtés avaient été marqués par une situation mais disposaient de peu d'informations tangibles sur ces adolescents, soit qu'ils les avaient peu côtoyés, soit que leurs souvenirs s'étaient estompés avec le temps. Leur rencontre avec ces adolescents constituait néanmoins un fonds d'expérience déterminant pour comprendre leur appréhension actuelle du risque suicidaire.
Parmi ces adolescents qui ont marqué la carrière des enquêtés, quatre se sont donné la mort : Loane et Alicia, accueillies en MECS dans la ville A respectivement en 2017 et 2020 ; Souhel, accueilli en UEHC dans la métropole B en 2020 ; et Yacine, qui s'est suicidé en détention en 2023 après avoir refusé un placement en UEHC.
Les trajectoires de ces adolescents éclairent – nous y reviendrons tout au long de ce rapport – l'accumulation d'épreuves fragilisantes : émigration, éloignement familial, violences physiques et émotionnelles, incarcération, précarité, maladie mentale. Elles révèlent également les obstacles qui entravent l'accompagnement des adolescents en très grande souffrance : conflits relationnels, fugues récurrentes, manque de ressources humaines pour répondre aux besoins d'attention, d'individualisation et de contenance.
À partir de ce fonds précieux qui a orienté l'ensemble de l'enquête, nous avons sélectionné, afin de procéder à une comparaison des accompagnements au sein des UEHC et des dispositifs

ASE, 22 cas d'adolescents accompagnés au cours des deux années précédentes, pour lesquels nous disposions des informations les plus complètes[2]. Parmi eux :

- Onze adolescents (7 filles, 4 garçons) repérés par les enquêtés des MECS et du SJER sont suivis par l'ASE, dont 4 (l'ensemble des garçons) bénéficient également d'un suivi PJJ.
- Onze adolescents (exclusivement des garçons) identifiés par les enquêtés des UEHC sont suivis par la PJJ, dont 5 relèvent également de l'ASE, soit dans le cadre d'un accompagnement actuel ou passé, soit au titre qu'ils sont des mineurs non accompagnés (MNA).

Au total, 15 adolescents (exclusivement des garçons) sont suivis par la PJJ et 16 adolescents relèvent de l'ASE.
Nous avons demandé aux enquêtés de catégoriser ces adolescents selon trois critères :

- Le fait que les adolescents aient commis au moins une tentative de suicide ;
- Le fait qu'ils présentent des idées suicidaires ;
- Le fait qu'ils manifestent des « équivalents suicidaires », soit « des comportements ou des conduites au cours desquels le risque de décès est important. Les équivalents suicidaires les plus fréquents sont la conduite à très haute vitesse, les consommations d'alcool ou encore les comportements sexuels à risque » (Patoz, Samalin, 2022, p. 2).

Le tableau suivant donne à voir le classement réalisé par les enquêtés :

| | **Tentatives de suicide** | **Idées suicidaires** | **« Equivalents suicidaires »** | **Total** |
|---|---|---|---|---|
| **Adolescents repérés par les professionnels des MECS et du SJER (ASE)** | Tamara<br>Cora<br>Sarah<br>Alexandre (PJJ) | Louisa<br>Roxane<br>Marco (PJJ)<br>Nabil (PJJ) | Naïa<br>Léa<br>Théo (PJJ) | **11** |
| **Adolescents repérés par les professionnels des UEHC (PJJ)** | Juan (ASE)<br>Salem (MNA)<br>Choukri (MNA) | Ali<br>Jimmy (ASE)<br>Silima | Réda<br>Kacem (MNA)<br>Karim<br>Jacques<br>Frédéric | **11** |
| **Total** | **7** | **7** | **8** | **22** |

[2] Malgré cette sélection, le lecteur observera au fil du rapport que nous avons parfois choisi de conserver des verbatims concernant des adolescents hors échantillon, lorsque les propos des professionnels étaient concordants et particulièrement illustratifs des conclusions tirées de l'analyse de l'échantillon.

## Les divergences de repérage

Le fait de rencontrer plusieurs enquêtés exerçant au sein des mêmes UEHC, MECS et du SJER (entre 3 et 7 enquêtés par établissement) nous a permis de constater que ce repérage ne s'avère pas toujours convergent entre les professionnels qui accompagnent les mêmes adolescents. Bien au contraire, lorsque l'on demande spontanément aux membres des mêmes équipes de désigner les adolescents pour lesquels il existe, selon eux, un risque suicidaire, il n'est pas rare que leurs réponses divergent. Cela ne signifie pas pour autant qu'ils sont en désaccord. Chaque fois que nous avons été amenés à faire référence au cours des entretiens aux cas d'adolescents désignés par leurs collègues, les professionnels abondaient dans le même sens. Ces écarts témoignent en revanche d'un faible niveau de formalisation, de concertation et de partage d'informations sur cette question. C'est ce que rapporte d'ailleurs une éducatrice nouvellement arrivée au sein du SJER qui n'a pas été informée des risques suicidaires encourus par plusieurs adolescents du groupe.

> *« Non, ça du moins ça n'a jamais été… Les passages à l'acte risqués ? oui, les mises en danger ? oui, mais les risques suicidaires ? non ! On n'a jamais échangé au sujet de ça. Maintenant, oui ! Leur situation étant très, très vulnérable, on a la conscience des risques. Mais en parlant de suicide tel quel non jamais. » [Educatrice SJER 23]*

Le travail de repérage sollicité lors des entretiens permet également d'observer une distinction marquée entre les professionnels – toutes formations confondues – exerçant dans les dispositifs de santé mentale, dont les réponses sont fluides et assurées, et les professionnels des établissements d'accueil (UEHC, MECS, SJER) qui se montrent régulièrement hésitants et expriment notamment des doutes quant à l'authenticité des idées suicidaires et des tentatives de suicide d'une partie des adolescents qu'ils repèrent.

> *« C'est-à-dire que voilà, c'est de celui-là [Marco] que je parlais en début d'entretien, qu'au moindre truc il va plaider le suicide, plaider l'envie de suicide, plaider la tentative. Mais réellement et concrètement ? Il ne se met pas en danger… il ne va même pas... Oui, il va dire qu'il est mal, et cætera. Néanmoins, déjà, il va être mal souvent en conséquence de ses actions à lui, mais qu'il rejette sur nous et…, et il va plaider, le : "voilà de toute façon, je vais me suicider, je vais me suicider". Nous, on a remarqué que c'est à partir d'un certain temps de conversation où on ne s'entend plus. Quand on l'accuse de quelque chose, au départ, il se défend, non au départ il nie, après il se défend, après il écoute et après il menace au suicide. » [Educatrice MECS 30]*

## Les convergences de l'inquiétude

L'ensemble des professionnels des foyers (UEHC et dispositifs ASE) se disent, en revanche, unanimement inquiets pour les adolescents qui présentent, à leurs yeux, des « équivalents suicidaires » et qu'ils estiment dans leur totalité en danger réel de mort par accident ou homicide

en raison de leurs prises de drogues, de médicaments ou d'alcool, de leur engagement dans des conflits violents, et de leur exposition à des violences sexuelles et conjugales.

> *« Il y a un moment où on se pose la question des gamins qui sont dans des rixes une fois, deux fois, trois fois, mais en fait, ils veulent quoi ? Ils veulent se faire buter, en fait ? Ils savent très bien qu'il y a des gars avec des couteaux comme ça [écarte les mains de 40 cm]. Dès qu'ils plantent, ils plantent ici [montre des zones vitales] et pas là, ni là, ils plantent là. Ils ont envie de crever ? Parfois, on se pose la question : est-ce que le gamin, inconsciemment, il n'a pas envie de se faire planter ? » [Responsable UEHC K]*
>
> *« Ce n'est pas leur plainte "je vais mal, j'ai envie de mourir". Elles ne sont pas dans cette plainte-là. Après, il y a des actes qu'elles peuvent poser qu'on peut comprendre du côté de "je flirte avec la mort", "je teste quelque chose de la mortalité, de la survie", "je joue à pile ou face, je vois si ça tombe du bon côté". » [Psychologue SJER 21]*

## 1.2 Le recueil d'informations médicales

La transmission des informations relatives à l'histoire médicale des adolescents s'effectue généralement par l'intermédiaire de plusieurs catégories d'acteurs : les éducateurs des établissements d'accueil précédents, les éducateurs de l'Aide sociale à l'enfance ou du milieu ouvert de la Protection judiciaire de la jeunesse, les adolescents eux-mêmes ainsi que leurs familles. Cette transmission s'opère selon deux modalités principales : par voie écrite (rapports éducatifs) ou lors d'entretiens formalisés (entretiens d'admission, Projet pour l'enfant, Dossier individuel de prise en charge (DIPC) et Recueil d'informations santé (RIS)). Bien que les informations ainsi collectées puissent contenir des éléments susceptibles de révéler l'existence de troubles psychiques – tels qu'un antécédent de suivi ambulatoire ou d'hospitalisation en pédopsychiatrie –, leur caractère parcellaire, voire lacunaire, ne permet généralement pas aux professionnels des établissements d'accueil d'appréhender précisément la nature des troubles et d'anticiper leurs manifestations cliniques.

> *« Souvent les fonds de dossiers sont très pauvres » [Educatrice SJER 35]*

Ainsi, de nombreux professionnels témoignent de n'avoir pas mesuré, lors de l'admission d'un adolescent, l'ampleur de la dégradation de sa santé mentale. C'est fréquemment plusieurs semaines plus tard – délai qui peut s'avérer critique – qu'ils identifient le risque suicidaire, ce qui les amène d'ailleurs souvent à s'interroger sur l'antériorité des troubles repérés.

> *« On savait que c'était un profil compliqué [Louisa] mais plutôt dans les problèmes de comportement et la violence. Les choses comme ça, mais ils nous avaient pas du tout évoqué les idées suicidaires, et cætera. Est-ce que chez eux ça existait ? Après, je pense que oui, parce qu'elle a fait beaucoup d'hospitalisations avant qu'elle arrive chez nous : scarifications, des choses*

*comme ça, ça existait déjà donc… Mais non, non non, on ne nous en avait pas parlé, non » [Educatrice MECS 5]*

Ces questionnements ne conduisent toutefois pas les professionnels à reprendre contact avec les anciens établissements d'accueil ou à aller consulter les dossiers judiciaires à la recherche d'éventuelles informations non transmises. De manière générale, les enquêtés ne semblent pas adopter une posture active de recherche d'informations, se contentant des éléments qui leur sont communiqués.

Il convient de souligner que la division du travail de collecte des informations médicales demeure faiblement formalisée. Premièrement, tant à l'ASE qu'à la PJJ, les acteurs traditionnellement responsables de la collecte et de la transmission des informations relatives aux adolescents accompagnés (référents ASE et éducateurs de milieu ouvert PJJ) ont vu leurs missions fragilisées au cours des dernières décennies par des ajustements budgétaires et organisationnels, de sorte que l'accomplissement de leur fonction de « fil rouge » s'avère très inégal et tributaire de leur engagement individuel.

*« C'est très dépendant de l'éduc de milieu ouvert et des informations qu'ils nous transmettent. » [PSYCHOLOGUE UEHC Z]*

Cette mission est ainsi fréquemment transférée aux établissements d'accueil, où elle incombe généralement aux éducateurs référents des adolescents. Il convient de noter que les UEHC disposent d'un mandat de référent santé – fonction inexistante dans les MECS et le SJER – dont la définition et l'investissement demeurent néanmoins hétérogènes. Parmi les UEHC étudiées, l'une ne procède à aucune nomination ; dans deux autres, le mandat se circonscrit à la participation aux réunions départementales ; tandis que dans la dernière, l'éducatrice référente santé, par ailleurs ancienne infirmière, assume effectivement le suivi et l'accompagnement médical de l'ensemble des adolescents.

Cette même UEHC, au sein de laquelle les enquêtés évoquent régulièrement la démarche « PJJ promotrice de santé », bénéficie du soutien de la conseillère technique en promotion de la santé de la direction territoriale (également infirmière de formation) qui se déplace sur site pour réaliser des entretiens santé avec chaque adolescent.

Toutefois, même dans ce dernier cas, les informations recueillies portent principalement sur la santé somatique des adolescents et il est exceptionnel que leur santé mentale soit abordée. Cette dimension est d'ailleurs quasi absente des grilles de recueil d'informations (RIS et DIPC) mises à disposition des professionnels.

*« L'aspect santé psy, je trouve sur notre RIS à nous n'est pas suffisamment... étayé [...] sur les risques psy, je trouve que dans le RIS, il n'y a pas suffisamment de choses. » [EDUCATRICE UEHC T]*

*« Je regardais aussi le formulaire DIPC, il y a quelques questions sur la santé, mais en effet, c'est très tourné vers la santé somatique ». [EDUCATRICE UEHC T]*

Enfin, il convient de noter que si de nombreuses informations relatives à l'histoire médicale des adolescents ne sont pas communiquées aux éducateurs lors de l'admission, la transmission des informations entre professionnels d'un même établissement n'est pas non plus optimale. Au

cours des entretiens, certains éducateurs ont mentionné des informations importantes concernant la santé des adolescents qui semblaient totalement méconnues de leurs collègues lors des entretiens avec ces derniers.

### 1.3 La réalisation de bilans de santé

La réalisation des bilans de santé est plus tangible au sein des UEHC que dans les MECS et le SJER. Les UEHC bénéficient notamment d'un partenariat avec un centre spécialisé de la métropole B auquel il est fait très régulièrement allusion durant l'enquête. Ce partenaire semble néanmoins peu investi dans la prévention du suicide. Pour preuve, suite à notre demande d'enquête sur le repérage du risque suicidaire lors de ces bilans, ce partenaire nous a opposé un refus au titre « qu'il était peu, voire pas, concerné par ce type de prise en charge ».
Du côté des MECS et du SJER, la situation sur le territoire (la Ville A) est de façon générale encore plus dégradée. Les professionnels ne disposent pas d'un partenaire repéré comme dans le cas des UEHC. Ainsi pour chaque nouveau bilan, il leur faut trouver un médecin qui accepte de le réaliser. Cela s'avère des plus complexe. En effet trouver un médecin lorsqu'un adolescent est malade n'est déjà pas chose aisée.

> *« Avant on bossait avec un médecin traitant de quartier qui est parti en arrêt longue durée et on ne trouve aucun médecin qui est intéressé pour reprendre. D'une part, parce qu'ils sont tous débordés d'une manière générale, d'autre part, parce qu'ils s'exposent à des complications, forcément, quand ils acceptent de suivre les jeunes d'un foyer de protection de l'enfance. Car il y a des jeunes qui parfois, leur CMU n'est pas à jour, donc les règlements ne sont pas à jour. Des fois les jeunes, on n'arrive pas à leur faire honorer nos/leur rendez-vous, et cetera. Le médecin n'a pas envie de perdre ce temps-là. L'image du médecin qui fait un peu de bénévolat, elle est un peu révolue ! » [Cadre MECS 30]*

## II. ALERTE

Alors qu'ils disposent de peu d'informations préalables sur l'histoire médicale des adolescents et que l'obligation d'investiguer la santé mentale à l'occasion du bilan de santé[3] est peu respectée, nous avons cherché à comprendre comment les professionnels des foyers étaient parvenus à repérer un risque suicidaire chez les 22 adolescents qu'ils nous ont désignés.
Trois modalités de repérage, que nous allons successivement passer en revue dans cette partie, ont été évoquées : le signalement par les adolescents eux-mêmes (qui font part de leurs idées

[3] « Un bilan de santé et de prévention est obligatoirement réalisé à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance. Ce bilan est réalisé, dès le début de la mesure, pour tous les mineurs accompagnés notamment par l'aide sociale à l'enfance ou par la protection judiciaire de la jeunesse. Il permet d'engager un suivi médical régulier et coordonné. Il identifie les besoins de prévention et de soins permettant d'améliorer l'état de santé physique et psychique de l'enfant, qui doivent être intégrés au projet pour l'enfant. Il est pris en charge par l'assurance maladie.» Article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

suicidaires, attentent à leur vie devant les professionnels ou encore leur téléphonent pour les prévenir qu'ils se font ou vont se faire du mal) ; le signalement par d'autres adolescents du foyer ; et enfin la détection par les professionnels de signes de souffrance psychique qui déclenchent leur inquiétude et leur vigilance.

### 2.1 L'alerte donnée par les jeunes eux-mêmes

Dans la majorité des situations documentées, ce sont les adolescents eux-mêmes qui ont alerté les éducateurs sur leur mal-être, leurs idées ou gestes suicidaires et sollicité leur concours pour être protégés, empêchés de se faire du mal, soustraits à certaines circonstances suicidogènes, entourés ou encore accompagnés à l'hôpital.

> *« On a posé des questions bêtes, mais par exemple savoir s'il voulait qu'on ouvre un peu pour aérer la pièce, parce qu'il faisait extrêmement chaud dans la pièce, et il [Juan] a dit : "non, non, je vais sauter". Tout ça, il a pu le verbaliser » [EDUCATRICE UEHC H].*
> *« Elle [Cora] va nous interpeller, elle va venir nous voir pour nous dire, là, je ne me sens pas bien. J'ai besoin de passer du temps avec vous, là je ne me sens pas bien. » [Educateur MECS 9]*
> *« Et donc du coup il [Nabil] m'a dit "Bah je vais me faire hospitaliser, là ça ne va pas, moi je vais péter les plombs, je vais me faire du mal et je vais faire du mal à quelqu'un". Donc on est allé à [l'hôpital] » [Educatrice MECS 29]*

Les circonstances dans lesquelles s'opèrent ces alertes divergent. Il peut s'agir de moments privilégiés d'échanges en face-à-face, propices aux confidences, au cours desquels des adolescents font part de leur souffrance ou donnent à voir certaines de leurs conduites à risque.

> *« Elle [Naïa] m'avait montré une vidéo où elle était en train de consommer du protoxyde et on la voyait partir, s'évanouir en fait enfin, perdre connaissance... » [Educatrice SJER 17]*

Ces alertes peuvent également survenir lors de moments de crise au cours desquels les émotions des adolescents, notamment tristesse, angoisse et colère, font irruption. La colère constitue, au regard des données recueillies, l'une des circonstances les plus fréquentes d'expression d'idées suicidaires ou de survenue de gestes auto-agressifs. Si elle peut être appréhendée comme un facteur de vulnérabilité, elle peut également contribuer à mettre à distance les professionnels et à les dissuader d'intervenir. Caractéristique de cette intrication entre auto et hétéro-agressivité, l'expression « menace suicidaire » est régulièrement employée par les enquêtés**.**

> *« Il [Djibril] menace de prendre l'assiette cassée et de se taillader les veines avec. » [EDUCATRICE UEHC E].*

Outre la colère des adolescents et sa réception par les professionnels, qui constituent des obstacles à l'intervention, ces derniers font part de difficultés à évaluer la sincérité du risque (comme déjà évoqué) et expriment la crainte d'encourager des « chantages au suicide ». Les professionnels évoquent en effet différents aménagements de l'accompagnement susceptibles

d'attiser la « convoitise » d'autres adolescents : commutation des peines de prison, allégement des règles quotidiennes, attention particulière et individualisation de l'accompagnement.
Ainsi, il ne suffit pas que les adolescents alertent sur leur détresse, encore faut-il qu'ils soient crus. Or, pour certains professionnels, le fait même d'exprimer ces difficultés peut être interprété comme révélateur d'une absence de véritable risque suicidaire. La verbalisation par les adolescents de leurs idées et actes suicidaires peut ainsi produire l'effet inverse de celui escompté : rassurer les professionnels plutôt que les inquiéter, débouchant sur une non-assistance que les adolescents interprètent probablement comme de l'indifférence.

### 2.2 L'alerte par les autres adolescents

Les autres adolescents des établissements constituent une deuxième source de repérage. Selon le genre des adolescents (féminin ou masculin) et le type d'accueil (UEHC ou dispositifs ASE), ces alertes peuvent revêtir différentes modalités.
Au sein des UEHC, les professionnels sont généralement interpellés, dans l'immédiateté, par des adolescents témoins d'actes en cours. Les alertes concernent ainsi principalement des gestes auto-agressifs et des tentatives de suicide. Aucune alerte relative à des idéations suicidaires ne nous a été rapportée, pas plus d'ailleurs – la distinction étant clairement opérée par ces témoins – que de conduites à risque (consommations excessives d'alcool et de stupéfiants, mises en danger lors de rixes...) dont les adolescents conservent visiblement le secret. Notons, par ailleurs, que les alertes rapportées par les professionnels sont généralement très discrètes, parfois même à la limite du perceptible.

> *« Il y a un jeune qui m'a appelé, il a dit "Hédi". Parce que moi, j'étais descendu juste quelques minutes avant. C'est comme ça. Il y avait un jeune et le jeune l'a vu faire, mais il n'a rien dit. Il m'a juste appelé. Il m'a juste appelé et là je suis monté. Ça s'est passé exactement comme ça. » [EDUCATEUR UEHC N]*

Au sein des établissements de l'ASE, les alertes émanent d'adolescents – principalement d'adolescentes – engagés dans des relations amicales ou de « protection » avec l'adolescent concerné. Ces alertes peuvent porter indifféremment sur des idées suicidaires qui leur ont été confiées, des actes auto-agressifs ou des tentatives de suicide. Les professionnels ne nous ont pas rapporté d'alertes explicites concernant des comportements à risque, mais plutôt des mises sur la voie, comme dans l'exemple ci-dessous où une adolescente – elle-même en grande souffrance et refusant l'intervention des éducateurs – indique à une éducatrice, sobrement, sans en évoquer les causes, qu'une autre adolescente récemment croisée dans un squat ne va pas bien :

> *« Léa ne va pas bien, il faut aller la voir » [Educatrice SJER 17]*

On observe également des adolescents-messagers mobilisés par les adolescents en souffrance afin de contribuer à la publicisation de leur mal-être.

> *« Elle passe par les filles en disant : "va dire à untel que je me suis fait ça. " [Educatrice MECS 5]*

Cette seconde configuration provoque régulièrement l'irritation des professionnels qui l'interprètent comme une tentative de manipulation exercée à la fois à leur encontre et envers l'adolescent « rapporteur ». Nous avons observé une situation de ce type au cours de laquelle une adolescente-messagère a été « refoulée » :

> *Assez tard dans la soirée, vers 22h, Sarah (qui se trouvait avec Marie dans la chambre de Roxane pour emballer un cadeau pour Noémie qui fêtait son anniversaire le lendemain) est descendue chercher Rémi dans le bureau des éducateurs car Roxane [qui fait partie des adolescentes repérées comme suicidaires au cours des entretiens] était en larmes dans sa chambre. Rémi s'est levé pour monter et Ismaël l'a interrompu d'un petit geste de la main et a dit à Sarah (sur un ton très sec) de dire à Roxane de descendre dans le bureau. Sarah, penaude, est remontée puis a crié du haut des escaliers que Roxane ne voulait pas descendre. Ismaël a répondu sur le ton de la réprimande, en criant de même pour que toutes les filles entendent : "Sarah, Marie, vous sortez tout de suite de la chambre de Roxane, Rémi va monter quand il pourra" ». [Extrait journal de terrain 14 mai 2023]*

Sans renoncer au travail de surveillance de Roxane, la réaction d'Ismaël rend compte de l'effort déployé par certains professionnels pour ne pas s'aligner sur les attentes de sollicitude des adolescents. Si la crainte des éducateurs d'être manipulés demeure compréhensible, on peut s'interroger sur la capacité des adolescents à saisir – dans un contexte d'inquiétude pour leur propre vie ou celle d'un camarade – l'enjeu éducatif et relationnel qui préside à ces manœuvres visant à reprendre l'initiative. Il est probable qu'ils perçoivent surtout la réserve des éducateurs, au risque de renforcer leur problématique et de décourager les futurs messagers.

### 2.3 Le repérage par les professionnels : des signaux et des doutes

C'est principalement à leur déficit de formation que les enquêtés non-soignants (éducateurs et cadres) des UEHC, des MECS et du SJER ont imputé leurs incertitudes concernant le repérage des adolescents suicidaires. En effet, aucun des enquêtés n'a connaissance des recommandations de la Haute Autorité de Santé relatives au repérage des adolescents suicidaires dans les structures de l'ASE et de la PJJ (HAS, 2021). Seuls 3 professionnels sur 33 ont bénéficié d'une formation spécifique au repérage des adolescents suicidaires.

Dans ces conditions, on pourrait considérer que ce travail de repérage se reporte sur les psychologues d'établissement (l'ensemble des UEHC et le SJER disposent d'une psychologue). En réalité, rien ne vient formaliser ce repérage, d'où le fait évoqué en début de rapport que les professionnels n'aient pas spontanément à l'esprit la liste des adolescents pour lesquels il existe un risque suicidaire.

Peu habitués à verbaliser ce repérage, il est d'ailleurs fréquent que les enquêtés ne parviennent pas à expliquer ce qui leur a mis la « puce à l'oreille » et a fait naître chez eux l'intuition qu'un événement grave se produisait.

> *« Moi, j'étais un peu sur le qui-vive, j'étais avec un collègue, et puis à un moment, je monte, j'ai senti un truc... que ça n'allait pas, chelou ! Et là, il*

*était assis, il avait son bras, à moitié conscient ou quoi je ne sais plus, il s'était tailladé le bras – mais vraiment grosses, grosses plaies. Donc, j'ai crié, j'ai appelé mon collègue. » [EDUCATEUR UEHC N]*

Il demeure néanmoins possible, au fil des récits des éducateurs et des cadres, d'identifier quelques signaux d'alerte couramment repérés. Ainsi, par exemple, les dégradations comportementales : le fait qu'un adolescent cesse d'être avenant, de prendre soin de son hygiène, de sa posture corporelle, qu'il cesse de rire et de plaisanter ou encore qu'il se désengage des activités ordinaires (cesse de s'alimenter, de communiquer, ne fasse plus de bruits, ne sorte plus de sa chambre voire de son lit). Ces représentations sont par ailleurs si ancrées que certains enquêtés nous ont expliqué ne pas être parvenus à repérer la problématique suicidaire d'adolescents qui, à l'inverse de leurs présupposés, se montraient actifs, de bonne humeur et soignés.

*« On n'a rien vu venir. Comme je vous ai dit, c'est un gamin [Choukri] qui, il a toujours donné le change, sur tout : activités, relation à l'adulte, relation avec les jeunes. Il était très apprécié du groupe. » [EDUCATEUR UEHC M]*

Parmi les signaux identifiés par les professionnels figurent également des troubles comportementaux (fugues, usages de stupéfiants, mésusages de médicaments) et des altérations du jugement comme le fait de tenir des propos irrationnels, d'adopter une attitude « étrange », de manifester des sentiments de persécution.

Il convient de noter que malgré leur déficit de formation, les signaux identifiés par les éducateurs et les cadres des établissements demeurent relativement concordants avec les éléments de repérage communiqués par les organismes spécialisés. Bien que certains signaux échappent encore à leur vigilance et que certains présupposés compromettent le repérage, il semble que ce ne soit pas le manque de connaissances qui mette le plus en difficulté les professionnels des établissements. D'ailleurs, lorsque nous avons interrogé les psychologues des établissements sur le fait qu'elles n'endossent pas cette mission, leur réponse a été unanime : elles considéraient toutes les éducateurs et les cadres en mesure de l'accomplir. Ce qui semble particulièrement fragilisant pour ces derniers, c'est que le travail de repérage ne fasse pas l'objet d'un effort d'objectivation et de formalisation, d'une prise en charge et « en responsabilité » collective. Les éducateurs et les cadres nous ont ainsi fait part du sentiment intolérable – notamment pour ceux qui ont déjà été confrontés à un suicide – de « bricoler », de s'en remettre à leurs intuitions, malgré la gravité des conséquences d'un repérage défaillant (surestimation ou sous-estimation des problématiques suicidaires).

Ils évoquent ainsi leurs craintes d'entrer « dans le jeu » des adolescents qui simuleraient ou du moins exagèreraient le risque suicidaire, au risque d'entretenir chez eux des troubles durables : une incapacité à se confronter aux difficultés et « une chronicisation en raison des hospitalisations itératives ». Ils expriment également leurs craintes, à l'inverse, de ne pas prendre à temps la mesure du risque suicidaire et suffisamment au sérieux la souffrance des adolescents. Expériences dont certains témoignent avec regrets :

*« A un moment, on s'habitue à avoir ce genre de public. On ne sait plus si c'est une normalité pour certains ou pas. » [EDUCATEUR UEHC R]*

*« Je me souviens, il [Nathan] pétait un câble et il le dit comme ça [prend un ton colérique/infantile] : "de toutes manières, je vais me suicider et tout". Et nous on était "vas-y, arrête tes conneries, tu ne vas rien faire, viens prendre un gâteau" donc voilà. » [EDUCATRICE UEHC L]*

# III. LE PROFIL DES ADOLESCENTS REPÉRÉS

L'analyse des descriptions des 22 adolescents identifiés, issues des entretiens, des réunions d'équipe ou des écrits professionnels, fait émerger des caractéristiques récurrentes concernant les violences subies, les situations de handicap ou troubles mentaux, ainsi que les problématiques comportementales. Préalablement à l'examen des pratiques professionnelles développé dans le chapitre suivant, cette section présente ces caractéristiques communes à un grand nombre de ces adolescents, un prérequis indispensable pour penser leur accompagnement.

## 3.1 DIFFICULTÉS SUBIES PAR LES ADOLESCENTS

### 3.1.1 La désaffiliaĀon familiale

La désaffiliation familiale concerne l'ensemble des onze mineurs confiés aux dispositifs de l'ASE (incluant les quatre adolescents relevant de la PJJ) et cinq des onze mineurs accueillis en UEHC, soit au total neuf des quinze adolescents accompagnés par la PJJ.

*Rupture complète des liens familiaux*

La rupture complète de liens avec les parents concerne six des onze adolescents identifiés par les professionnels des dispositifs ASE. Parmi eux, deux n'entretiennent aucune relation familiale (Sarah et Alexandre, ce dernier bénéficiant également d'un accompagnement PJJ). Une adolescente (Cora) maintient uniquement des relations avec sa grand-mère, tandis que trois autres (Léa et Tamara, qui sont sœurs, et Louisa) sont uniquement en relation avec une sœur dont elles ont été séparées lors du placement et avec laquelle elles ont récemment repris contact. Au-delà de cet échantillon, l'isolement familial des adolescents suicidaires confiés à l'ASE est évoqué de manière récurrente par les enquêtés, y compris les professionnels des dispositifs de santé mentale et de la PJJ ayant une expérience professionnelle dans une structure ASE. Ces adolescents sont régulièrement décrits comme « abandonnés », « très isolés », ayant un « profil solitude », « hyper carencés », « très, très seuls ». En revanche, aucun cas d'isolement familial extrême de ce type n'est constaté parmi les onze adolescents accueillis en UEHC.

*Abandon et rejet parental*

Deux adolescents accueillis en UEHC (Juan et Ali) font, par contre, l'expérience, au même titre que quatre adolescents de l'échantillon ASE (Naïa, Roxane, Marco et Théo, ces deux derniers relevant également de la PJJ), de l'abandon ou du rejet chronique d'au moins un de leurs parents.

*« Je pense qu'il [Ali] était en train de se poser des questions sur la relation avec ses parents : quelle place chacun lui donnait ? Parce que si je me rappelle bien, à chaque fois le papa disait "va chez ta mère", la mère : "non va chez ton père". Il y avait ce sentiment, à chaque fois, de ne pas avoir sa place, sa juste place. » [EDUCATEUR UEHC F]*
*« Relations très compliquées [de Roxane] avec sa mère. Sa mère qui va être absente, qui va revenir, qui va être absente, qui va revenir » [Educateur MECS 9]*

#### *Éloignement géographique*

D'autres adolescents souffrent de l'éloignement et de l'impossibilité de voir leurs proches qui vivent dans leur région d'origine. C'est le cas de Nabil, accueilli en MECS et suivi par la PJJ, originaire d'un territoire d'outre-mer et venu seul en France hexagonale, ainsi que de Salem, Choukri et Kacem, trois mineurs non accompagnés (MNA) accueillis en UEHC. Les professionnels décrivent une grande souffrance chez ces adolescents et une intensification du poids de la séparation lorsque leurs proches traversent des difficultés.

*« Et lui [Salem] à un moment, à mi-placement, il n'était pas bien, parce qu'il appelait régulièrement sa famille en Algérie, sa mère notamment, qui était malade, et il avait le mal du pays. Il voulait repartir, il n'était pas bien, il était assez triste. » [EDUCATEUR UEHC N]*

#### *Conséquences de la désaffiliation familiale*

##### Vulnérabilité lors des moments de sociabilité familiale

Les professionnels identifient une vulnérabilité exacerbée des adolescents lors des moments traditionnellement associés à une forte sociabilité familiale : week-ends, vacances scolaires, nouvel an, Ramadan, fêtes de Noël. Ces périodes coïncident par ailleurs avec une diminution du personnel dans les foyers.

*« Parce que souvent c'est le dimanche soir, fin de week-end. Enfin nous, après, c'est des suppositions qu'on a. Mais elle [Louisa] a pu aussi le dire après… Le fait que tout le monde rentre de famille, qu'elle soit restée là voilà, elle a pu le dire aussi que c'était compliqué de voir les filles partir parfois en week-end chez elles et qu'elle bah n'ayant pas spécialement de famille et bah elle reste-là et cetera. Donc souvent les dimanches soir ça, ça a toujours été. Et les vendredis soir. » [Educatrice MECS 5]*

##### Troubles de l'attachement

Une conséquence plus durable est identifiée par la majorité des enquêtés sous l'expression « troubles de l'attachement. » Ces troubles se manifestent par le rejet systématique des autres, le sabotage des relations ou, à l'inverse, par la recherche de fusion et d'une attention illimitée qui épuise les professionnels — nous y reviendrons — et conduit certains adolescents à surinvestir des relations amoureuses dans lesquelles ils peinent à s'affirmer et à se protéger.

*« Je me souviens, il [Sony] avait une prise très importante avec un éducateur, ça se passait très, très bien avec cet éducateur-là qui était de la même origine que son père parce que son père était d'origine du [X] je crois. Et donc il y avait vraiment un système d'identification et dès qu'il a su que l'éducateur allait être papa, ça a été insupportable pour lui et donc il a mis en place tous les éléments pour se faire renvoyer du foyer et quitter le foyer. » [Infirmière MDA 15]*

*« Léa et Tamara, elles avaient des conduites à risque au niveau sexuel et elles se sont scarifiées à chaque fois lorsque dans la relation affective ce lover-boy (on peut dire ça comme ça) était dans la trahison, dans le non-respect des jeunes donc voilà. Au niveau de la relation affective, vraiment au moment où elles commençaient à découvrir quelque chose où elles pouvaient s'accrocher, parce qu'elles déployaient beaucoup d'amour, parce qu'elles en avaient manqué. Le fait d'être trahies et d'être dans une situation de danger avec des personnes qui ne sont pas de confiance ont amené à des scarifications. […] Et qui, elles, après se mettaient vraiment en danger au point de ne plus s'inquiéter de leur propre vie quoi au niveau des drogues, des toxiques. » [Educatrice SJER 35]*

*« Par exemple, il [Juan] avait acheté un survêt, sa mère lui avait acheté un survêt et il l'a donné à sa nouvelle copine, comme s'il donnait tout ». [Educatrice UEHC G]*

#### Suicides « d'honneur » chez les adolescents éloignés

Dans le cas spécifique des adolescents géographiquement éloignés de leur famille, les professionnels décrivent des risques de suicides « d'honneur » liés au sentiment d'impuissance et à la honte de ne pas parvenir à veiller sur leur famille.

*« On sait que le jour où ça arrive, c'est le 31 décembre donc on a le nouvel an qui arrive donc un moment familial. Il y a sa sœur qui a des problématiques, qui est un peu toute seule, et comme dans la culture (il [Choukri] était d'origine algérienne) une fille, ça ne reste pas toute seule, soit ça se marie, soit ça reste à la maison chez les parents (je crois qu'ils n'avaient plus de parents). Elle était toute seule, il s'inquiétait beaucoup pour elle. Tout ça, je pense a créé un peu un cocktail où, vraiment, il a, je ne sais pas si c'est décompensé, mais il n'a pas été bien et il voulait en finir. » [EDUCATEUR UEHC M]*

### 3.1.2 L'exposition à des violences physiques

Parmi les onze adolescents identifiés par les professionnels des dispositifs ASE, six auraient subi de graves violences physiques perpétrées par leurs parents, généralement le père (Naïa, Léa, Tamara, Roxane, Sarah et Alexandre). Ce dernier, également suivi par la PJJ, a été victime de *« torture physique très importante »* [Educatrice SJER 17]. Les professionnels du SJER

rapportent également deux cas d'adolescentes — Naïa et Tamara — ayant subi d'importantes violences de la part de leur petit ami, l'un d'eux ayant été incarcéré pour ces faits. Par ailleurs, la mère de Marco, autre adolescent suivi par la PJJ qui n'a pas directement subi de violences, s'est enfuie avec ses enfants pour échapper aux violences extrêmes du père et vit encore dans la crainte de ce dernier.
Concernant les onze adolescents résidant en UEHC, quatre ont subi d'importantes violences physiques. Kacem et Silima, venus seuls en France, auraient été victimes et témoins d'intenses maltraitances lors de leur parcours migratoire. Jimmy et Juan auraient quant à eux subi et assisté à de nombreuses violences dans le cadre familial. Jimmy a même révélé avoir assisté à l'infanticide, par sa mère, d'une de ses petites sœurs, bien que le professionnel rapportant cette information se dise incertain de sa véracité. Des notes manuscrites dans le dossier de Jimmy, dont l'auteur demeure inconnu, indiquent sans plus de précisions : *« 2 enfants DCD avant les interventions des services sociaux »*.

### 3.1.3 Exposition aux violences sexuelles

Les violences sexuelles concernent au total huit adolescents : six adolescents confiés aux dispositifs ASE et deux aux UEHC.

#### *Inceste avéré et suspicions d'inceste*

Trois adolescentes parmi les adolescents repérés au sein des dispositifs ASE ont été victimes d'inceste perpétré par leur père (Léa, Tamara, Cora).
Concernant les UEHC, les enquêtés ont exprimé leurs craintes que deux adolescents, Juan et Jimmy, aient également été victimes d'inceste commis respectivement par un oncle pour le premier et une tante pour le second. Les professionnels décrivent pour ces deux jeunes hommes le « climat incestuel » dans lequel ils ont évolué depuis l'enfance, étant exposés aux relations sexuelles de leurs parents ou au visionnage de films pornographiques.

> *« Pas d'intimité, ils [Juan et sa famille] vivaient dans une caravane, les parents regardaient du porno devant eux » [EDUCATRICE UEHC L]*
> *« [Jimmy] voyait aussi ses parents avoir des relations sexuelles. » [EDUCATEUR UEHC F]*

#### *Viol et prostitution*

Un adolescent, Alexandre, accompagné par le SJER et également suivi par la PJJ, a subi un premier viol à l'âge de 11 ans lors de son premier placement en MECS, il a confié à une éducatrice avoir, de même, au cours de ses fugues été *« violé aussi par des hommes âgés »* [Educatrice SJER 35]. Il est également, ainsi que trois autres adolescentes (Naïa, Sarah, Tamara) relevant aussi du SJER, victime de prostitution assimilable à des viols au regard de leur âge.

### 3.1.3 Les violences institutionnelles

Les professionnels des UEHC font très peu mention de violences institutionnelles, contrairement aux nombreuses violences évoquées concernant les adolescents des dispositifs

ASE. Ces dernières sont rapportées tant par les professionnels de l'ASE eux-mêmes – qui font preuve de réflexivité, critiquent leurs collègues et questionnent l'organisation institutionnelle – que par les professionnels des dispositifs de soins de santé mentale. Il est probable que la médiatisation croissante des dysfonctionnements de l'ASE contribue à cette « libération de la parole ».

Un premier niveau de maltraitance institutionnelle dénoncé lors de l'enquête concerne la non-assistance et la non-reconnaissance des violences subies par les adolescents. Bien que les professionnels établissent couramment un lien de causalité entre le risque suicidaire et les violences sexuelles subies par les adolescents – que certains continuent d'ailleurs à subir –, les enquêtés n'ont fait état d'aucun accompagnement juridique pour la poursuite pénale des auteurs, ni d'orientation vers des soins spécifiques ou des associations de victimes. Il en va de même pour les violences physiques, y compris dans les cas de sévices qualifiés par les professionnels de « tortures ».

Une éducatrice d'Alexandre illustre cette situation en décrivant la colère du jeune garçon, placé judiciairement suite aux sévices corporels extrêmement graves perpétrés par son père – ce qui suppose une reconnaissance des faits – mais dont le père n'a jamais été mis en examen, entérinant ainsi son impunité aux yeux de l'adolescent.

> *« Il ne comprenait pas pourquoi c'était lui qui avait été placé et que son père était toujours au domicile avec sa maman. [...] Enfin voilà, il y avait vraiment tout un questionnement autour du placement et effectivement des choses pas très claires puisque nous on s'attendait à [une condamnation]. [Difficile de] comprendre pourquoi, Monsieur n'avait pas été condamné pour les actes de torture sur son fils parce que c'est écrit noir sur blanc sur le jugement, ce qu'il a fait. Mais il n'y a pas de condamnation. Effectivement, il n'y a pas eu de condamnation même pas un rappel à la loi. » [Éducatrice SJER 17]*

Aucune poursuite n'aurait également eu lieu suite au viol subi par Alexandre dans son premier foyer, au sujet duquel les professionnels ne l'auraient pas cru, tout comme un autre jeune homme dont le cas similaire est rapporté par une infirmière de la MDA.

> *« Et en fait, il [Alexandre] n'a pas été cru par les éducateurs. Et du coup, il a fugué » [Éducatrice SJER 17]*
> *« Et du coup ça s'est confirmé quand le jeune m'a dit qu'il avait révélé quand même cet abus-là à son éducatrice et que rien n'avait été fait en fait. Alors quand j'ai pu reprendre ça avec elle encore une fois. Ben moi je trouve qu'elle a banalisé, elle me dit : "bah oui mais juste avant c'est lui qui mettait des mains aux fesses tout ça. Donc nous quand il nous a dit ça on s'est dit bah voilà donc". Et ça, je pense que c'est la plainte majeure des jeunes qui sont placés, c'est de pas être entendus. » [Infirmière MDA 20]*

Ces situations illustrent le risque d'une reproduction institutionnelle des mécanismes de tolérance aux maltraitances et aux violences sexuelles, au sein même des établissements censés en protéger.

Concernant les défaillances conjointes de l'ASE et du tribunal pour enfants, on observe également des cas fréquents d'incompréhension du placement ou du changement de mode

d'accueil. Ces incompréhensions résultent d'un manque d'information immédiat ou par la suite lorsque ces événements ont eu lieu dans la petite enfance du mineur.

Un deuxième niveau de violences institutionnelles dénoncées par les enquêtés concerne justement les déplacements des adolescents et plus généralement la fragilité des relations qui sont engagées avec eux. Fragilité qui se surajoute à l'isolement déjà évoqué d'une partie des adolescents suicidaires.
Un premier point concerne le turn-over extrême des professionnels des MECS, des services de l'ASE mais aussi des services de milieu ouvert de la PJJ (le SJER et les UEHC semblent pour le moment résister à ce phénomène).

> *« Nous, ça fait 3 ans qu'il [Juan] est placé au foyer, il en est à son cinquième éduc milieu ouvert » [EDUCATRICE UEHC H]*

Le deuxième point concerne les ruptures d'accueil et plus spécifiquement les adolescents qui relèvent de l'ASE. L'enquête permet d'établir que presque la totalité des adolescents confiés à la l'ASE ont quitté leur foyer au moins à une reprise et souvent plus. Parmi ces déplacements, on trouve : un cas de cessation d'activité par une assistante familiale en raison d'un problème de santé ; un cas catastrophique de levée du placement (la jeune fille concernée a été confiée à son père et a subi des viols incestueux durant plusieurs années) ; plusieurs cas de demandes de réorientation émanant des mineurs eux-mêmes et de fugues (qui concernent exclusivement des adolescents qui avaient déjà vécu plusieurs ruptures en préalable) et enfin une majorité de cas d'exclusions subies par les adolescents du fait de leur violence et des difficultés des équipes à faire face à leurs troubles psychiques. Dans un cas, le risque suicidaire est clairement identifié comme cause de rupture de l'accueil sans pour autant que l'adolescente en question ait été orientée vers un lieu d'accueil plus adapté.
Outre le fait de les identifier comme d'importants facteurs de fragilisation, les enquêtés insistent sur la brutalité de ces fins de prises en charge tant chez les assistantes familiales, qu'en MECS (mises en œuvre sans préavis, en l'absence de préparation conséquente de l'orientation). Les professionnels des services et établissements de santé mentale dénoncent aussi des fins de prises en charge « abandonniques » et particulièrement délétères au moment des hospitalisations.
Les choix d'orientation plus précisément le recours aux MECS ont été, de même, critiqués à plusieurs reprises notamment dans les cas d'adolescents supportant difficilement la collectivité ou nécessitant, selon les enquêtés, des prises en charge individuelles.

> *« Elle était habituée à vraiment s'isoler, vraiment être recluse un petit peu dans sa chambre avec ses bouquins. Et là de passer de ça à toutes les filles, voilà les ados, le bruit et puis tout ce qu'on sait qu'il peut y avoir comme animation, je dirais dans un foyer, c'était difficile à vivre pour elle. » [Educatrice MDA 34]*

Les professionnels de l'ASE ont fait part, à ce sujet, de la réduction importante de leurs marges de manœuvre concernant le choix des structures d'accueil en raison de la mise en place de cellules départementales qui orientent les mineurs sans les connaître personnellement ainsi que des difficultés à obtenir des financements pour des structures alternatives et des Lieux de Vie et d'Accueil.

Autres ruptures mises en avant par une part importante des enquêtés comme cause d'intensification des problématiques suicidaires, la rupture ou la précarité des accompagnements passée la majorité. Il s'agit d'un facteur d'angoisse relevé tant pour des adolescents accueillis en UEHC qu'en dispositif ASE. Des angoisses exprimées notamment, par Souhel et Loane en amont de leur suicide et qu'on retrouve chez d'autres adolescents repérés.

> *« Il [Juan] a eu 18 ans fin mai, c'était une période très difficile parce qu'il sait que c'est fini ici. Donc il y a eu beaucoup, beaucoup d'angoisses "où je vais aller, qu'est-ce qui va se passer pour moi ? " » [RESPONSABLE UEHC J]*

Une angoisse redoublée dans les cas de nombreux adolescents étrangers qui savent qu'ils rencontreront de grandes difficultés pour obtenir une carte de séjour voire qu'ils n'ont du fait de leur condamnation presque aucune possibilité d'être régularisés.

## 3.2 Handicaps et troubles mentaux

### 3.2.1 Handicap

Du côté des dispositifs ASE, quatre adolescents bénéficient d'une reconnaissance de handicap par la MDPH (handicap physique, hyperactivité, troubles du comportement, troubles du spectre autistique), auxquels s'ajoute le cas de Léa, pour laquelle les professionnels suspectent fortement une déficience légère sans reconnaissance officielle. Dans les UEHC, deux adolescents (Jimmy et Juan) présentent une déficience reconnue par la MDPH auxquelles s'ajoutent Salem chez qui la médecin addictologue suspecte un « trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité »[4]

### 3.2.2 Troubles psychiques

#### Dans les UEHC

Cinq adolescents sont concernés par des troubles psychiques. Le diagnostic n'est établi que pour Jimmy, qui présente des « symptômes schizophréniques » et bénéficie d'un suivi en CMP avec traitement par injections retard. Juan, selon une psychologue qui l'a accompagné en UEHC, fait l'expérience d'« angoisses massives », de « périodes dépressives » et présente des difficultés à se connecter « avec la réalité judiciaire notamment mais familiale aussi ».
Trois autres adolescents (Ali, Karim et Kacem, originaires du Maghreb) ont manifesté, selon les professionnels des UEHC, des « crises de délire » associées à des croyances superstitieuses envahissantes. Ces épisodes génèrent une défiance vis-à-vis des professionnels, un sentiment de persécution et d'intenses craintes d'être possédés ou empoisonnés. Il convient de noter que, au-delà de cet échantillon, deux autres cas d'adolescents hébergés en UEHC et présentant des troubles similaires ont été signalés, notamment celui de Souhel, décédé par suicide en 2020.

[4] Note manuscrite rendez-vous avec addictologue

*« Il [Kacem] était plutôt inquiétant. Il y avait des phases où il était un peu inquiétant parce qu'il pouvait, pour un oui, pour un non, changer d'humeur et devenir incompréhensible. Je me rappelle une fois, je lui avais posé des yaourts qui étaient bleus et pour les yaourts bleus, je ne sais pas quelle connotation il a eu, je voulais l'empoisonner. » [Educateur UEHC R]*
*« Il [Ali] avait des idées très morbides, des pensées un peu de mort, sur des injonctions comme ça, à penser, à réaliser certaines tâches. Sinon le risque, c'était que, à partir de telle heure... Avec cette idée qu'il irait en enfer. » [PSYCHOLOGUE UEHC D]*
*« C'était la période du ramadan, et il [Souhel] était là, il avait l'impression qu'on allait lui mettre des choses dans sa nourriture. Il devenait un peu parano, il ne dormait plus dans son lit, il levait son matelas, il mettait du sel dans les trucs, dans les coins. Moi, j'ai cette connaissance de tout ce qui est Djinn et tout ça parce que je suis d'origine maghrébine et d'ailleurs j'avais peut être un lien aussi particulier à lui, parce que je parlais la même langue aussi. C'était un peu plus facilitant pour lui [pleurs]. Et deux jours avant qu'il parte, il était avec nous et il commençait – je me souviens, parce que j'avais un masque et tout ça, c'était encore le covid (c'était encore le covid parce que j'avais le masque et je l'avais enlevé pour lui parler, parce que...) – et en fait, il disait "ça tourne, ça tourne dans ma tête, ça tourne, ça tourne, et il y a des gens, ils veulent m'écraser, ils me voient tout-petit comme les poules". Nous on a un poulailler ici, c'était très décousu. » [EDUCATRICE UEHC S]*

### Dans les dispositifs ASE

Quatre adolescents sont identifiés par les professionnels comme présentant des troubles psychiques. Les professionnels décrivent des troubles sévères du sommeil (« terreurs nocturnes », « elle ne dort pas ») concernant Naïa, qui aurait par ailleurs « décompensé ». Des suspicions de pathologies mentales sont formulées concernant Alexandre, Roxane et Nabil.

*« Je pense qu'il [Alexandre] avait aussi un versant santé mentale qui n'était pas diagnostiqué, mais qui était bien là. » [Educatrice SJER 35]*
*« Il y a quelque chose un peu plus que de la dépression et de la névrose hein ? Je pense qu'elle [Roxane] est plutôt sur un registre psychotique donc il y a quelque chose d'un peu, un peu. Comment dire ? Insistant dans sa façon de raconter ses idées suicidaires. » [Cadre MECS 30]*
*« Il y avait quelque chose. Plutôt de l'ordre de la psychose je trouvais mais je n'aime pas mettre des diagnostics comme ça [...] Il y avait un sentiment de persécution assez présent et il [Nabil] semblait vraiment déréalisé » [Psychologue ASE 4]*

### 3.3.1 ManifestaĀon de violence

*Les violences envers les personnes*

Dans les UEHC, quatre adolescents sont décrits par les professionnels comme manifestant des comportements violents et présentant des difficultés majeures à se contrôler (Jimmy, Réda, Karim et Juan). Ces trois derniers provoquent régulièrement et indistinctement, selon les professionnels, des personnes dans la rue et semblent incapables de résister aux provocations (même lorsqu'ils sont clairement en minorité).

> *« Et un jour, il y a un groupe de jeunes qui viennent pour en découdre avec lui [Réda]. Ils voulaient absolument. Donc là on voit son regard vriller. Il était à la fenêtre et en train de taper comme ça [fait le geste avec sa tête] limite avec la tête, pour pouvoir sortir et pour y aller. » [EDUCATRICE UEHC T]*

Le cas de Réda illustre une violence décrite comme particulièrement extrême. Ses comportements ont généré un conflit généralisé avec l'ensemble des autres adolescents accueillis, au même moment, à l'UEHC. Une perquisition de sa chambre a par ailleurs révélé la détention de plusieurs armes :

> *« On a retrouvé deux pieds-de-biche, une arme à feu, des munitions. » [Educatrice UEHC T]*

Du côté des dispositifs ASE, trois adolescents sont caractérisés comme particulièrement violents (Naïa, Alexandre et Théo). La violence des deux derniers, également pris en charge par la PJJ, prend aussi régulièrement pour cible des inconnus.

> *« Mais lui [Théo], il se met en danger tous les jours à partir en fugue, dormir dehors, agresser les gens » [Educatrice MECS 29]*

*Les violences dirigées contre le mobilier et l'environnement institutionnel*

Il convient d'ajouter à ces profils deux adolescents des UEHC (Ali et Kacem) et cinq adolescents des dispositifs ASE (Louisa, Léa, Tamara, Sarah, Nabil) qui, saisis par des accès de colère, détruisent régulièrement le matériel et le mobilier de leur lieu d'hébergement.

> *« Dans des crises, il [Kacem] pouvait casser son miroir, il pouvait aussi casser des portes, casser son mobilier. C'était plutôt – c'était de l'appel à l'aide ou je ne sais pas mais – c'était plutôt violent. » [Educateur UEHC R]*
> *« Je l'ai [Louisa] vu jeter des assiettes par terre, casser sa porte à coups de pied. Voilà parce que des moments où elle est très, elle est contrariée où c'est difficile à gérer la frustration. Et elle va mettre des choses en place comme ça » [Educatrice MECS 5]*

*Analyse professionnelle : violence et risques suicidaires*

L'ensemble des professionnels des UEHC et des dispositifs ASE convergent sur plusieurs points d'analyse : le caractère en partie irrépressible de cette violence, l'existence d'un

continuum entre hétéro-agressivité et auto-agressivité, ainsi que les risques suicidaires générés par la frustration chez ces adolescents violents.

> *« Et au niveau de la question du suicide, il y a eu des propos tenus aussi par ce jeune-là [Jimmy], on sait qu'il avait parfois cette tendance, lorsqu'il était frustré ou en colère, ou forcément dépassé dans sa tête, parce qu'il avait beaucoup de choses. » [EDUCATRICE UEHC V]*
> *« Donc oui, on était sur une problématique de violence, de domination. Et je pense que le fait qu'il [Réda] puisse pas exercer sa domination était vecteur de frustration extrême pour lui et que ce n'était pas possible, il ne le supportait pas, d'où ses mises en danger. » [EDUCATRICE UEHC T]*

### 3.3.2 Délits et crimes

Au total, 18 adolescents parmi les 22 identifiés par les professionnels des UEHC et des dispositifs ASE ont commis, selon les enquêtés, au moins un délit. Il s'agit des 15 adolescents accompagnés par la PJJ auxquels s'ajoutent trois adolescentes (Naïa, Tamara et Roxane), autrices respectivement d'agressions physiques pour la première et de vols pour les deux autres.

> *« On sait qu'elle [Tamara] vole pour un majeur. Elle s'est fait attraper plusieurs fois » [Educatrice SJER 17]*
> *« Elle [Roxane] peut voler dans les magasins, elle peut être accueillie chez une personne qui était une amie de sa famille, et cetera, la journée, elle pouvait voler de l'argent là-bas. » [Cadre MECS 30]*

Parmi les quatre adolescents suivis par la PJJ et résidant en dispositifs ASE, deux (Alexandre et Théo) sont auteurs d'agressions physiques, Théo ayant également commis des vols. Les deux autres (Nabil et Marco) sont accusés de viols : Nabil sur sa petite cousine de 5 ans, Marco sur deux adolescentes (une fille de 13 ans au sein de la première MECS dans laquelle il a été accueilli et une seconde jeune fille au cours d'une hospitalisation en pédopsychiatrie).
Concernant les faits reprochés aux adolescents accueillis en UEHC, nous n'avons pas pu accéder à des informations précises pour quatre d'entre eux (Choukri, Karim, Jacques, Kacem), les professionnels évoquant des « petits délits » sans pouvoir préciser leur nature. Deux adolescents, Salem et Frédéric, sont poursuivis pour vols et racket. Réda et Ali pour violences sur ascendant. Enzo pour le viol de ses jeunes frères et sœurs. Jimmy pour transport de cocaïne (il est par ailleurs accusé d'agression sexuelle sur son assistante familiale). Silima pour violences sur agents lors d'émeutes puis cambriolages.
Dans leur majorité, les adolescents repérés dans le cadre de cette enquête ne sont pas identifiés par les professionnels de la PJJ comme de « vrais délinquants » au motif qu'ils ne sont, pour la quasi-totalité, pas intégrés à des réseaux de banditisme ou de trafic. Ces adolescents ont souvent agi seuls ou avec d'autres adolescents isolés. Une partie d'entre eux agi dans le cercle familial et il n'est pas rare que les victimes des autres appartiennent à leur cercle de connaissances (adolescents fréquentant le même établissement scolaire, le même foyer...). Ils se situent, pour ces raisons, plutôt en bas de la « hiérarchie de la délinquance », bien qu'ils aspirent généralement, selon les professionnels, à se donner l'image de délinquants plus « accomplis ».

*« Moi [Juan], je veux prouver que je suis un grand, que je fais ci, je fais ça, que dans la rue, je suis quelqu'un. Alors qu'en fait pas du tout ! Pas du tout ! Il est complètement paumé, il est à l'ouest et il croit qu'il est en place partout mais pas du tout » [EDUCATRICE UEHC G]*

*« C'est un jeune [Frédéric] qui n'était pas forcément un délinquant, mais qui voulait donner, qui voulait être… parce qu'il arrivait d'un département où peut-être qu'il fallait être délinquant, je n'en sais rien. Et lui, il n'était pas… Il était de l'autre côté du, le côté, un peu plus, un peu plus, je vais dire, bourgeois. Et lui, il avait envie, effectivement, de s'encanailler certainement. Il s'est retrouvé finalement à la PJJ et quand il arrivait ici, c'était… Lui, il était Blanc et en majorité Noirs et Arabes, et il avait peut-être l'impression que pour exister, il fallait qu'il soit un peu plus voyou. » [Educateur UEHC B]*

#### *Représentations professionnelles et hiérarchisation symbolique*

Il convient de noter que si des adolescents adoptent, selon leurs éducateurs, certaines postures pour impressionner leurs pairs, il semble que les professionnels de la PJJ puissent parfois être eux-mêmes influencés (comme le suggère les extraits ci-dessus) par des représentations qui tendent à valoriser la force psychique des « vrais délinquants » et, corrélativement, à délégitimer les « faux-délinquants » (catégorie dans laquelle ils classent souvent les adolescents suicidaires). Cette dynamique, si elle existe, mériterait d'être analysée plus finement pour comprendre ses mécanismes et sa portée sur les pratiques professionnelles.

#### *Violences sexuelles*

Il convient également de souligner la proportion significative d'auteurs de viols et d'agressions sexuelles au sein de l'échantillon (5 adolescents sur 18). La présence, sur un échantillon de cette taille, de deux adolescents ayant commis des viols incestueux sur de très jeunes enfants soulève des interrogations, d'autant qu'un autre adolescent présentant un profil similaire a été identifié hors échantillon.

Les convergences entre les profils de Jimmy et Juan, qui ne résident pas dans la même UEHC, apparaissent particulièrement saillantes : tous deux probablement victimes d'inceste ayant dans tous les cas grandi dans un climat incestuel, présentant une déficience intellectuelle et des troubles psychiques, devenus à leur tour auteurs de violences sexuelles. Cette reproduction des violences subies interroge notamment les modalités de prise en charge des adolescents victimes de violences sexuelles.

### 3.3.3 Prévalence des fugues dans les deux dispositifs

Cinq adolescents identifiés par les professionnels des UEHC fuguent de façon récurrente. Du côté des dispositifs ASE, s'ajoutent aux cinq adolescents du SJER, qui connaissent l'errance depuis plusieurs années, les cas de Théo (suivi aussi par la PJJ) et de Louisa.

Outre les risques encourus par les adolescents durant ces fugues, susceptibles de contribuer à leur fragilisation, leurs absences constituent également un obstacle majeur à la prise en charge. Cette problématique s'avère d'autant plus complexe que ces adolescents, familiarisés avec les fugues de leur foyer, les reconduisent dans d'autres contextes institutionnels, notamment lors

de leurs hospitalisations, comme nous l'aborderons plus loin dans ce rapport. Il convient cependant de noter, cas fréquents rapportés par les enquêtés, que nombre de fugueurs maintiennent, malgré leurs absences, des contacts téléphoniques avec certains professionnels (qu'il s'agisse de leur foyer ou des services de soins ambulatoires qui les accompagnent habituellement) et effectuent des retours réguliers au sein de leur structure d'hébergement.

> *« Elle [Tamara] a commencé ses fugues à 13 ans donc avec une période d'errance très tôt et je pense qu'il y a des séquelles très importantes. » [Educatrice SJER 17]*
> *« Il [Théo] est resté 6 mois ici mais pendant 6 mois, il était en fugue. On n'a pas réussi à travailler. Dès qu'il rentrait, il prenait sa douche, hop, il repartait quoi. On n'a rien réussi à travailler avec lui hein. Il ne voulait pas » [Educatrice MECS 29]*
> *« Désormais, et comme une forme d'aggravation, [Salem] multiplie les fugues de l'établissement. Il ne semble revenir au foyer que pour sa prise médicamenteuse et repars aussitôt sans que nous puissions le convaincre de rester. »*[5]

### 3.3.5 ConsommaĀon de drogues, d'alcool et mésusage de médicaments

Sept adolescents repérés au sein des UEHC et cinq adolescents des dispositifs de l'ASE (dont deux Alexandre et Marco suivis aussi par la PJJ) consomment régulièrement et intensément de l'alcool et du cannabis. Ils font, de même, usage d'au moins un des produits suivants : cocaïne, MDMA, ecstasy, protoxyde d'azote, Lyrica et Rivotril.
Les enquêtés s'inquiètent tant de l'absence de précautions prises par ces adolescents, de l'âge des premières consommations, des quantités consommées et des mélanges de produits.

> *« Salem consomme du cannabis, du Rivotril (3-4 comprimés par jour) et de la cocaïne à l'âge de 13 ans. »*[6]
> *« J'ai un jeune qui mange tellement de Lyrica, qu'il m'a fait des crises d'épilepsie sur le foyer. Vraiment ! Le cerveau, il a complètement stoppé ! Et puis, le lendemain, il a continué à consommer du Lyrica. Même s'il sait que c'est... Moi, je lui ai montré la vidéo de quelqu'un qui faisait une crise parce qu'il n'était pas conscient. Je lui ai montré la vidéo, de quelqu'un qui faisait une crise d'épilepsie en lui disant "tu as fait ça !" Et il me disait : "ah oui, j'ai fait ça ?!". Et après le lendemain, médicaments sur médicaments, ça ne l'a pas ralenti. » [EDUCATRICE UEHC E]*

Ces consommations excessives, outre les risques d'accidents qu'elles comportent, seraient à l'origine, selon les professionnels, de certaines des crises de démence rapportées plus haut et au cours desquelles ils craignent d'éventuels passages à l'acte suicidaire.

[5] Note d'information préoccupante
[6] Note manuscrite rendez-vous avec addictologue

*« J'ai passé 24h avec lui [Ali] aux urgences parce qu'il a décompensé suite à une forte consommation de cannabis. Il parlait tout seul, il chantait, puis il a été dehors au milieu de la nuit, à deux heures du matin » [EDUCATRICE UEHC V]*

Les professionnels associent régulièrement ces consommations aux besoins ressentis par les adolescents d'oublier et de fuir leurs problèmes.

*« Il [Kacem] avait besoin de consommer pour essayer d'oublier tous ses tracas, qu'il avait beaucoup trop de soucis à l'extérieur, et à un moment, on sent qu'il y a quelque chose qui le perturbe fortement. » [EDUCATEUR UEHC R]*
*« Mais oui, là... il [Silima] s'auto-détruit complètement, il boit l'alcool, il fume beaucoup plus qu'avant, le peu qu'on le voit, il est plus trop dans le réel, il est dans la fuite, c'est un peu inquiétant. » [RESPONSABLE UEHC K]*

### 3.3.6 Comportements problémaĀques avec les éducateurs

*Les demandes excessives d'attention*

Les professionnels identifient sept cas d'adolescents manifestant des demandes extrêmes d'attention et de proximité : quatre cas au sein des UEHC – Juan, Jimmy, Réda et Ali – et trois cas dans les dispositifs ASE – Louisa, Roxane et Marco.
Pour obtenir l'attention recherchée, certains adolescents recourraient notamment au chantage affectif, comme l'illustre le cas de Juan :

*« Il [Juan] vampirise, sorte de chantage affectif avec nous en ce moment. »* [7]

Ces adolescents s'engageraient par ailleurs régulièrement dans une concurrence pour l'attention des professionnels. Cette dynamique s'observe particulièrement chez les trois adolescents identifiés au sein des dispositifs ASE.
L'observation directe du comportement de Marco illustre cette recherche d'attention exclusive :

*« On a ensuite été goûter. On s'est assis à une première table de quatre (avec Jonathan, un adolescent et Lamine et Stéphanie, les deux éducateurs de service) puis Marco nous a rejoint et s'est assis à la table d'à côté. C'est la première fois que je vois Marco. C'est le deuxième jeune suicidaire dont on m'a parlé durant les entretiens. Marco engage directement la discussion en m'expliquant devant Lamine qu'il est son référent et qu'il ne lui consacre pas suffisamment de temps et ne s'occupe que de Rémy (l'autre référé de Lamine). Il fait ensuite des remarques directement à Lamine, dont personne ne parvient dans un premier temps à saisir le sens, sur ses problèmes de mémoire et de confusion. Puis tout le monde finit par comprendre qu'il fait référence au fait que quelques jours plus tôt Lamine s'est trompé et l'a appelé Rémy. Il fait ces*

[7] Note manuscrite réunion de synthèse organisée par un dispositif expérimental de soins ambulatoires.

*reproches avec un ton un peu rieur mais insiste durant tout le goûter sur le sujet de sorte qu'il ne fait pas l'ombre d'un doute qu'il est réellement mécontent. Lamine et Stéphanie m'expliqueront ensuite, de retour dans le bureau, que ces remarques et reproches de Marco sont quotidiens et éprouvants pour l'équipe et les autres adolescents. »*[8]

La concurrence pour l'attention s'étend au-delà du cadre des dispositifs d'hébergement et concerne également les professionnels de l'unité pédopsychiatrique. Le cas de Louisa et Roxane, en rivalité tant au sein de leur foyer que pour l'attention des soignants, témoigne de cette extension de la dynamique concurrentielle. La psychologue qui suit Roxane à la Maison des adolescents décrit cette situation :

*« Elle est dans un foyer où il y en a d'autres qui vont très mal aussi. Elle était un peu dans une sorte de concurrence parce qu'elle se scarifie, elle arrive avec un débardeur comme ça, elle a des placards de scarifications sur les bras. Elle est un peu... Il y a eu un moment où elle était un peu en concurrence avec une autre [Louisa] qui était aussi hospitalisée. Et elle ne comprenait pas parce qu'elle avait moins de scarifications qu'elle, elle ne voyait pas la logique. Pourquoi elle qui avait plus de scarifications, on ne l'hospitalisait pas tout de suite alors qu'elle disait qu'elle allait mal et l'autre on l'hospitalisait alors qu'elle avait moins de scarifications. Enfin, pour une partie, je pense qu'il y a une dimension où il faut qu'on s'occupe d'elle enfin où elle pense qu'il faut qu'elle aille très mal pour qu'on s'occupe d'elle. Et il faut qu'elle affole un peu les gens, quoi. Il y a quelque chose comme ça. » [Psychologue MDA 14]*

### *L'association entre demandes d'attention et violence*

Ces demandes excessives d'attention s'accompagnent parfois de comportements violents, notamment dans les cas de Réda et Louisa. Le cas paroxystique de Charlie (hors échantillon) rapporté par une professionnelle de l'unité pédopsychiatrique illustre cette problématique :

*« Mais ouais [Charlie], il est violent envers des adultes. Bah en fait, il a subi du coup la violence lui quand il était petit. Et clairement, il ne sait pas gérer ses émotions. Il a un trouble de l'attachement sévère, hyper complexe. En fait [Charlie], on l'a découvert, c'était un petit animal qui ne pouvait pas parler tout ça. Et en fait, il te faisait un énorme câlin, il voulait rentrer dans toi. Et après 2 secondes après, il te défonce. Il est hyper violent. Et clairement là par exemple il a blessé deux de mes collègues hier » [Infirmière Unité pédopsychiatrique 3]*

### *Les manifestations de violence*

#### Les agressions physiques directes

Les enquêtés rapportent deux cas d'agressions par étranglement visant des professionnels. Ces incidents concernent d'une part l'agression d'une éducatrice d'UEHC par Réda, survenue en

[8] Journal de terrain

représailles après que cette dernière ait fait appel aux forces de l'ordre lors d'une altercation violente entre Réda et un autre adolescent, et d'autre part l'agression du chef de service du SJER par Alexandre, également suivi par la PJJ.

> *« Durant l'intervention de la police, l'adolescent se serait montré plus calme. Toutefois, peu après leur départ, [Réda] s'en serait pris physiquement à l'éducatrice et l'aurait notamment saisie au cou. L'éducatrice […] a déposé plainte »*[9]

### Les violences physiques indirectes et les violences verbales

Les professionnels des dispositifs ASE évoquent également la violence exercée à leur encontre par Naïa, Léa, Tamara, Louisa et Sarah, sans toutefois faire référence à des incidents particuliers. Au regard des descriptions comportementales rapportées par ailleurs, il est probable que les professionnels des dispositifs ASE désignent par ce terme les menaces récurrentes, la violence verbale et les destructions matérielles commises par ces adolescentes :

> *« Elle [Sarah] été très agressive verbalement principalement. Elle n'est jamais passée à l'acte sur un professionnel, mais sur les meubles, oui, elle nous a arraché des portes de cuisine » [Educatrice SJER 17]*

### Les différences institutionnelles dans la perception de la violence

Il convient de noter que les professionnels des UEHC n'identifient pas ce type de comportements comme constitutifs de violence à leur égard. Ces derniers manifestent un niveau de tolérance à la violence significativement plus élevé que leurs homologues des dispositifs ASE.

Les professionnels des UEHC recourent couramment à des euphémismes et à un vocabulaire bienveillant pour décrire les adolescents violents. Cette pratique témoigne du travail émotionnel qu'ils accomplissent pour cultiver leur bienveillance, ne pas céder aux conflits et à la rancœur :

> *« C'était plutôt [Jimmy] un grand enfant, un gros bébé qu'autre chose. Il pouvait être dangereux, il pouvait être violent. Mais finalement avec le lien qu'on avait créé avec lui, il ne s'est jamais porté violent contre les personnes qui étaient ici. A un moment, oui, il a pu répondre violemment, à une agression (ce qu'il pensait être une agression), mais il était plutôt, plutôt sympathique comme jeune homme. » [EDUCATEUR UEHC R]*

#### *Les comportements de fuite*

En contraste avec les adolescents en demande excessive d'attention, une partie des adolescents repérés adopte des comportements de fuite. Cette tendance s'observe chez Théo accompagné en MECS et chez l'ensemble des adolescents du SJER dont l'approche reste très difficile quand bien même les professionnels notent des progrès, ainsi dans les cas de Naïa :

[9] Note d'incident Parquet

*« Il y a une relation éducative mais il y a une barrière » [Educatrice SJER 35]*

## Conclusion du chapitre 1

Ce premier chapitre consacré au repérage des adolescents suicidaires révèle des défaillances dans l'identification de ces jeunes au sein des dispositifs de l'ASE et des UEHC.
L'analyse met en évidence l'absence de procédures et de concertation entre professionnels pour l'identification du risque suicidaire ainsi que des défauts de transmissions (entre établissements et au sein même des structures d'accueil) des informations relatives au parcours de santé des adolescents ainsi qu'une faible mobilisation pour compléter et vérifier les informations tant d'ailleurs en ce qui concerne la santé des adolescents que leur vécu traumatique. La réalisation des bilans de santé, pourtant obligatoire, demeure de même problématique, particulièrement dans les dispositifs ASE de la ville A où l'absence de partenariats en médecine générale constitue un obstacle majeur. Même si la réalisation des bilans est bien plus satisfaisante, la santé psychologique reste par ailleurs insuffisamment investiguée pour les adolescents résidant dans les UEHC de la métropole B.

### Différentes modalités d'alerte pas toujours créditées

L'enquête révèle que les adolescents eux-mêmes et leurs pairs constituent des ressources importantes pour le signalement des situations de détresse. Cependant, ces alertes se heurtent souvent au scepticisme des professionnels qui, par crainte du « chantage au suicide », peuvent ajourner leurs réactions ou faire montre de leur réserve à leurs sujets. Cette méfiance risque de décourager les demandes d'aide et de renforcer le sentiment d'isolement de jeunes déjà fragilisés par d'importantes séquelles relationnelles.

### Des profils révélateurs de vulnérabilités cumulées

L'analyse des caractéristiques des adolescents repérés fait apparaître une concentration de facteurs de vulnérabilité : désaffiliation familiale, exposition aux violences physiques et sexuelles, troubles psychiques et du comportement, conduites à risque multiples. Cette accumulation d'*expériences adverses* et de difficultés souligne la complexité des situations et la nécessité d'approches ajustées.

### Des enjeux institutionnels sous-jacents

Ce chapitre révèle de profonds problèmes institutionnels : l'instabilité des équipes éducatives dans les dispositifs ASE, les déplacements fréquents des jeunes entre différents lieux d'accueil, les maltraitances institutionnelles peu questionnées du côté de la PJJ, ou encore la formation insuffisante des professionnels. Ces dysfonctionnements accentuent la vulnérabilité des adolescents déjà en grande souffrance et compromettent leur repérage.

### Perspectives

Les constats établis dans ce chapitre appellent une réflexion approfondie sur les modalités d'organisation et de formation des équipes, ainsi que sur les outils et procédures à développer pour améliorer l'identification précoce du risque suicidaire. Ils soulignent également la nécessité de renforcer certaines pratiques d'accompagnement de manière précoce notamment : la réduction de l'isolement des mineurs placés ; l'offre de conditions d'existence et

d’attachement stables, adaptées à leurs troubles et difficultés ; la reconnaissance des crimes et délits qu’ils subissent ; l’explicitation de l’ensemble des décisions judiciaires et administratives les concernant ; l’accompagnement dans leur processus de reconstruction suite aux violences sexuelles et physiques ; le soutien dans la gestion de leur propre violence ; l’inscription auprès de dispositifs d’accompagnement pour les auteurs de violences sexuelles.

# CHAPITRE 2 PRATIQUES DE CARE AU SEIN DES FOYERS

Comme nous l'avons établi dans la partie précédente, les professionnels des foyers sont, malgré certaines insuffisances, à même de repérer le risque suicidaire et d'identifier des événements constitutifs de ce dernier (inceste, isolement…). Ce n'est pas, pour autant, qu'ils se reconnaissent un rôle dans l'accompagnement des adolescents suicidaires comme l'a mis en lumière Tom Slater dans sa thèse de doctorat *Exploring the role of social workers in suicide prevention* (Slater, 2014). En effet, nous verrons dans cette partie, que le repérage ne débouche pas toujours sur l'adoption d'une posture de *care* par les professionnels des foyers et qu'il arrive même assez fréquemment que les adolescents suicidaires fassent l'objet d'un rejet.
Nous verrons, en outre, que dans les cas où les professionnels adaptent leurs pratiques à ce public, leurs actions demeurent généralement modestes, insuffisamment valorisées.

## I. Le rejet et le tact, deux sources d'inaction

La grande majorité des professionnels de foyers rencontrés témoignent de leur incapacité à accompagner des adolescents dont la souffrance est trop manifeste et qui présentent un risque suicidaire. Alors même que ces derniers peuvent être perçus par les observateurs extérieurs comme le « cœur de cible » des foyers, ils sont considérés au quotidien par la plupart de leurs accompagnants comme « mal placés », c'est-à-dire en décalage avec les propositions éducatives développées (tant en MECS qu'en UEHC) au regard de la formation et des moyens dont disposent les professionnels.

> *« Quand vous voyez certaines fragilités, quand vous voyez des gamins aussi, qui ressassent un peu des idées noires, tout ça, mais on ne sait pas faire avec, on ne sait pas. » [EDUCATRICE UEHC S]*

Il n'est pas surprenant dans ces conditions que ces adolescents, malgré leurs fragilités, fassent régulièrement l'objet de demandes de main-levée de placement, comme l'illustre cette note adressée au juge des enfants au sujet de Souhel peu de temps avant son décès :

> *« Après une longue absence, qui s'est achevée le 11 juin 2020 à 22h45 [Souhel] a été de nouveau déclaré en fugue le dimanche 14 juin après avoir quitté le foyer sans autorisation. Depuis nous sommes sans nouvelle de lui. Il ne reste que quelques effets personnels dans la chambre qu'il occupe. Ainsi nous vous sollicitons afin d'obtenir la main levée de placement du mineur. »*[10]

Les demandes de réorientation sont également fréquentes, bien qu'il n'existe pas (du moins sur les territoires investigués) de structures davantage « équipées » pour accueillir ces adolescents. Ainsi, les adolescents suicidaires (comme l'ensemble des mineurs présentant des troubles psychiques) font l'objet d'un désaccord profond entre leur établissement d'accueil et les services gardiens (l'ASE, la PJJ) concernant la place qui leur revient. Dans ce contexte de

[10] Note d'information préoccupante et demande de main levée adressée à la juge des enfants

désaccord, les professionnels du secteur pédopsychiatrique interviennent également régulièrement pour empêcher, en l'absence de compromis et d'alternatives, leur hospitalisation[11].

Une troisième pratique d'éloignement, plus indirecte, s'observe couramment au sein des UEHC : elle consiste à tolérer les fugues des adolescents suicidaires pour qu'ils retournent au domicile de leurs parents et à accompagner les MNA qui le souhaitent à rentrer dans leur pays d'origine. Cette pratique est souvent justifiée par la nécessité pour ces adolescents en grande souffrance de retrouver leurs proches, mais il est difficile de ne pas y déceler également une opportunité de les éloigner des UEHC et, avec eux, la responsabilité redoutable de les maintenir en vie.

> *« Il y a eu beaucoup d'inquiétudes. Et du coup après ce qu'on a fait pour limiter, c'est qu'il [Ali] était toujours dans nos effectifs mais il était à la maison. Du coup c'est un jeune qu'on n'a pas vu tant que ça. » [EDUCATEUR UEHC F]*
>
> *« On sentait qu'il [Kacem] allait exploser, qu'il n'avait qu'une seule envie, c'était de repartir dans son pays. On a tout fait (avec sa situation, etc.) pour essayer de le ramener là-bas, parce qu'ici on sentait que ça n'allait pas bien finir. » [EDUCATEUR UEHC R]*

Remarquons à ce sujet que si le rejet des adolescents suicidaires des foyers est fréquemment imputé aux professionnels de première ligne (notamment aux éducateurs), il convient d'observer que peu de dispositifs institutionnels semblent explicitement dédiés à la prise en charge du risque suicidaire (à l'exception notable de la sécurisation des fenêtres en UEHC).

Cette relative absence de formalisation institutionnelle – qu'il s'agisse de plans de formation spécialisés, de protocoles dédiés ou d'aménagements spécifiques – peut contribuer à renforcer l'appréhension des éducateurs face à ces situations complexes et manquer de décourager l'émergence de certaines attitudes très problématiques d'une partie d'entre eux que nous rapportent leurs collègues et des soignants outrés par la non-assistance, le rejet et l'étiquetage négatif de certains adolescents.

> *« Moi, en tout cas, j'ai senti des collègues qui mettaient une énorme distance, voire limite le boycotter. Ça, j'ai trouvé ça très rejetant. Lui [Ali], il ressentait aussi, et ça venait s'inscrire dans le fait que les autres jeunes aussi le rejetaient. C'était un jeune qui était isolé, très isolé, et du coup il recherchait beaucoup l'adulte mais il voyait que l'adulte le rejetait. [Educateur UEHC F]*

[11] Dans la ville A, les professionnels de l'unité d'hospitalisation (cadres et assistants sociaux notamment) rapportent des demandes pressantes d'hospitalisation de répit émanant des dispositifs de l'ASE. Ils observent également ce qui s'apparente à des hospitalisations de rupture au cours desquelles les dispositifs d'hébergement (notamment les MECS) mettent fin à leur accueil des adolescents. Sans solution d'accueil, les services de l'ASE insistent alors auprès des équipes hospitalières pour maintenir les hospitalisations le temps de trouver un nouvel établissement. Cette pratique engendre un engorgement de l'hôpital, déjà en situation de saturation, et impose des hospitalisations prolongées à des adolescents pour lesquels les séjours courts sont pourtant préconisés, notamment pour prévenir les risques de chronicisation. Voir à ce sujet : Charles, Auger et al., 2024, p 87.

*« Et c'est vrai que, moi, je suis arrivé sur cette structure, on m'a tout de suite dit : "elle [Jaryne] ". En bref : "elle en fait des tonnes ! " […] Il y a des choses, c'est pas possible ! On ne peut pas rejeter comme ça, une gamine ! Que ça se fasse entre jeunes… voilà ils sont dans leur... Mais nous aussi ?!! C'est un truc bateau mais, je pense qu'il y a des professionnels qui ne se rendent pas compte qu'ils sont rejetants à un certain moment. […] "je ne suis pas compétent, ce n'est pas adapté". Ça revient beaucoup dans la bouche des professionnels : "ce n'est pas adapté, je ne suis pas compétent". Donc on envoie vers les autres. "Oui, mais, toi, qu'est-ce que tu peux faire tant que la jeune est là ? Et t'as une responsabilité, t'as un devoir vis-à-vis de ces jeunes, en fait mets-toi au travail ! " ». [EDUCATEUR UEHC M à propos d'une expérience précédente au sein d'un dispositif ASE]*

*« La première fois que je l'ai vu, il est venu avec son éducatrice : idées suicidaires parce que ça ne se passait pas bien au foyer. C'est un jeune qui était très efféminé donc au foyer… Et qui va titiller l'autre… Dans les interactions avec les autres, c'est très compliqué. Et donc moi premier rendez-vous je découvre ce jeune homme donc je l'oriente aux urgences pédiatriques. […] L'éducatrice qui me dit en gros "c'est du cinéma, on le connaît. " » [Infirmière MDA 20]*

Enfin, l'appréhension des éducateurs les conduit régulièrement à renoncer à agir par crainte de nuire, d'aggraver la situation ou de replonger les adolescents dans leur souffrance. Cette réticence peut affecter l'ensemble de leurs pratiques, y compris les plus élémentaires, comme le fait d'écouter les adolescents, de leur répondre, de prendre de leurs nouvelles à la suite d'une tentative de suicide, de les rappeler à leurs obligations et aux interdits.

*« Enfin, moi, je trouve par rapport à cette problématique, c'est vraiment le côté de se sentir seule et de pas être suffisamment formée peut-être pour… même des fois avoir les mots ou pas… parce qu'enfin… Moi, ça m'est arrivé où elles déballent leur mal-être et en fait je les laisse déverser parce que je me dis, si je dis quelque chose d'un peu de travers, ça peut motiver le passage à l'acte ou au contraire enfin être dans totalement autre chose où elles seraient encore plus mal. » [Educatrice SJER 17]*

*« Il me semble que non, [je ne lui ai pas reparlé de sa tentative de suicide], il me semble que non. Pourquoi je ne l'ai pas fait ? Je pense que... Après, moi, c'est ma manière de faire. Je n'aime pas remuer des choses, je n'arrive pas à voir l'utilité et peut être aussi la peur de le [Choukri] replonger dans un état. Du coup, il faut qu'il se remette, un peu, dans l'ambiance j'ai envie de dire : forcément, on n'a pas envie de ça, parce qu'on ne sait pas si on pourra gérer ça. Donc, en fait, on ne le fait pas. » [EDUCATEUR UEHC M]*

*« Alors, soit, c'est on est trop dans l'alerte "attention, elle peut se suicider à n'importe quel moment" du coup, ça crée une angoisse incroyable. Et dans la relation, forcément, ça impacte la relation avec l'ado parce que sur des choses toutes bêtes, reprendre, dire "bah là ce n'est pas possible tu dois ranger ta chambre, tu n'as pas respecté la règle". On n'ose pas, on se dit "oh*

*purée ça va générer de la frustration et d'autres choses derrière". » [EDUCATEUR UEHC M]*

## II. Les petits gestes

Les considérations déjà évoquées des professionnels de foyers concernant leur absence de qualification pour accompagner des adolescents suicidaires se manifestent lors des entretiens par une très grande difficulté à expliciter leurs pratiques avec ces derniers. Il faut analyser en filigrane leurs propos, repérer les éléments de contexte au cœur de leurs remarques sur le comportement et la personnalité des adolescents pour entrevoir les actions qu'ils mènent. Ces actions, qui ne sont pas spécifiques aux adolescents suicidaires mais constituent un éventail de pratiques de *care* sont rarement revendiquées et parfois même à peine perçues par les professionnels eux-mêmes. Elles mériteraient pourtant d'être reconnues et développées.

Ces pratiques modestes consistent, en premier lieu, à partager des activités avec les adolescents suicidaires. Il peut s'agir d'activités planifiées, choisies en fonction des goûts des adolescents (par exemple une séance d'enregistrement dans un studio de musique) ou de leurs compétences dans le but de les valoriser. Il peut s'agir également d'activités spontanées : diverses occasions d'accompagnement (à la mission locale, chez le coiffeur) saisies pour instaurer une complicité, ou encore des échappatoires visant avant tout à éloigner les adolescents en crise du foyer afin de prévenir les escalades de violence et leur permettre de s'exprimer et de s'apaiser.

*« Et moi, ce qui m'est arrivé des fois, il [Jimmy] avait pété : je prenais la voiture et j'allais avec lui en voiture. On allait faire de la voiture, mais juste pour rouler, pour rouler, pour le calmer, pour qu'il redescende. Et il mettait souvent de la musique. Une fois, c'était assez... Je pense que ce n'était pas facile. Il mettait de la musique avec que des thématiques : « ma petite sœur », « petite sœur ». Il y avait trois ou quatre chansons comme ça, en boucle, qu'il mettait. Il pleurait et une fois qu'on avait passé les 20, 25 minutes, on revenait au foyer, c'était bon. […] Ça, c'était juste quand il pétait. C'est arrivé, une ou deux fois, c'était spontané. On sentait qu'il était en difficulté, qu'il fallait l'éloigner : "tiens on va faire un tour en voiture". » [EDUCATEUR UEHC F]*

Ces pratiques peuvent, en second lieu, consister simplement à dialoguer avec les adolescents suicidaires. Cela implique un travail d'approche, l'établissement d'un climat de confiance et des capacités d'écoute qui, comme nous l'avons observé dans la partie précédente, ne sont pas acquises pour l'ensemble des professionnels de foyers. Plusieurs « tactiques » sont rapportées par les professionnels : se renseigner sur les centres d'intérêt des adolescents afin d'être en mesure d'échanger avec eux, ou encore leur témoigner de la sollicitude (les « materner », se préoccuper de leurs blessures, défendre leurs intérêts).

*« Ouais, ouais, ouais, la chance que j'avais c'est que j'avais eu l'habitude. J'étais en parallèle contractuel à la PJJ. J'avais de l'expérience de cas*

*difficiles, en fait. On appréhende moins. Donc oui, je suis allé vers. Après, j'ai eu la chance, comme je dis, d'avoir des connaissances et tout ça qui m'ont permis de rentrer plus facilement encore en lien avec elle [Jaryne]. […] Après la chance que moi, j'ai eu, c'est que je connaissais un peu la K-pop (j'ai une sœur !). Du coup on a pu aller sur autre chose. C'est comme ça que je l'ai découverte. Je me suis intéressé. C'est une gamine qui faisait des dessins très noirs, avec beaucoup de tristesse, qui dessinait très bien, d'ailleurs ! » [EDUCATEUR UEHC M à propos d'une expérience précédente au sein d'un dispositif ASE]*

*« Avec moi ça passait parce que j'étais perçue comme étant, plutôt, comme la daronne, le côté maternel. Il [Réda] avait été blessé et je lui avais fait ses pansements, donc ce relationnel-là, il y avait cet espèce de respect. » [EDUCATRICE UEHC T]*

Dans certains cas, l'enjeu consiste également, pour les adolescents, à être littéralement compris. Ainsi, une éducatrice souligne l'importance, dans le cadre de sa relation avec Souhel, de sa maîtrise de l'arabe. L'émotion qu'elle exprime nous renseigne par ailleurs sur le revers (la responsabilité, la culpabilité de cette complicité, voire cette familiarité qu'elle était parvenue à instaurer.

*« Parce que, dès cet épisode-là, je lui ai parlé, je lui ai parlé dans la même langue [pleurs]. J'essaye de le rassurer, je lui ai même dit – parce que je suis maman – j'ai même dit "mon fils écoute, ne t'inquiète pas, on ne va pas t'empoisonner, essaye de te tranquilliser, on est là, repose-toi, essaye de prendre sur toi, calme-toi, un petit peu" et tout ça. Mais lui [Souhel], il avait des…, vraiment des humeurs comme ça, très variables. » [EDUCATRICE UEHC S]*

Enfin, les professionnels rencontrés témoignent de pratiques visant à accompagner les adolescents dans une démarche réflexive et à élaborer au sujet de leur vie passée, de leurs difficultés, de leurs émotions. Il peut s'agir de retravailler avec eux leur anamnèse pour les aider à distinguer fabulations et souvenirs, de formuler des hypothèses concernant ce qu'ils ressentent et les inviter à les réfuter ou à les préciser, ou d'énoncer devant eux leurs difficultés pour qu'ils les entendent. Il peut s'agir également de stimuler leur prise de conscience concernant les dangers qu'ils encourent ou la souffrance que susciterait leur suicide.

*« On allait ensemble, on allait voir le médecin. On expliquait un peu la situation du jeune, les idées qu'il a eues, les idées noires, s'il en a eu ou pas, les inquiétudes, les conduites agressives qu'il [Jimmy] avait aussi et le jeune entendait que c'était sa réalité. » [EDUCATRICE UEHC V]*

*« Et que lui [Juan] n'arrive pas toujours à verbaliser, donc on lui fait des propositions et comme on le connaît bien maintenant on essaye de l'aider à verbaliser ses émotions, qu'est-ce qu'il ressent et en fait, on lui apprend, ce par quoi il est en train de passer parce que malheureusement, il ne l'a jamais appris avant. » [EDUCATRICE UEHC H]*

## Conclusion du chapitre 2

Ce deuxième chapitre consacré aux pratiques de *care* au sein des foyers met en lumière des difficultés communes aux UEHC et aux dispositifs ASE, notamment un écart significatif entre les compétences d'identification des adolescents suicidaires et l'adoption de postures de *care* adaptées. Cette tension entre reconnaissance du risque et capacité d'action se manifeste différemment selon les professionnels : certains développent un rejet à l'égard des adolescents suicidaires, tandis que d'autres mettent en œuvre un travail de *care* attentif et créatif qui peine toutefois à trouver les conditions nécessaires à son plein déploiement.

### Des pratiques d'évitement et de non-assistance

L'enquête révèle que les adolescents suicidaires font régulièrement l'objet de stratégies d'éloignement de la part des institutions censées les protéger. Ces pratiques – demandes de main-levée de placement, réorientations vers des structures inexistantes, tolérance aux fugues – s'inscrivent dans un continuum allant du rejet explicite à l'évitement plus subtil. Cette logique d'exclusion, alimentée par le sentiment d'incompétence des professionnels et l'absence de dispositifs institutionnels dédiés, n'est en outre pas sans reproduire l'expérience familiale douloureuse d'une partie des adolescents.

### L'inaction par excès de précaution

Parallèlement aux logiques de rejet, l'enquête met en lumière une forme particulière d'inaction motivée par la crainte de nuire. Cette paralysie professionnelle, qui peut affecter les gestes les plus élémentaires de l'accompagnement éducatif, révèle l'ampleur du désarroi des équipes face à la souffrance suicidaire. Elle souligne également les effets contre-productifs de la focalisation exclusive sur la prévention du risque suicidaire, au détriment du maintien de la relation éducative et des pratiques de *care* ordinaires.

### Des pratiques de care insuffisamment valorisées

Malgré ces constats préoccupants, l'analyse révèle l'existence de pratiques de soin quotidien qui témoignent d'une réelle capacité d'adaptation des professionnels. Ces « petits gestes » – partage d'activités, dialogue, sollicitude, accompagnement réflexif – constituent un répertoire de *care* qui dépasse largement la seule prise en charge des adolescents suicidaires. Cependant, ces pratiques demeurent largement invisibilisées, peu formalisées et insuffisamment transmises, ce qui limite leur développement et leur reconnaissance institutionnelle.

### Des défaillances institutionnelles persistantes

Ce chapitre confirme et prolonge les constats établis précédemment concernant les dysfonctionnements institutionnels. L'absence de protocoles spécifiques, de formations dédiées et d'aménagements organisationnels pour la prise en charge du risque suicidaire contribue à renforcer l'appréhension des professionnels et à légitimer, par défaut, certaines attitudes problématiques.

### Perspectives

Les conclusions de ce chapitre soulèvent une double nécessité : d'une part, le développement d'une culture institutionnelle du *care* qui valorise et soutienne les pratiques existantes ; d'autre part, la mise en place de dispositifs de formation et d'accompagnement des équipes pour prévenir les logiques de rejet et d'évitement. Ces transformations supposent de concevoir l'accompagnement des adolescents suicidaires moins comme une question de compétences techniques spécialisées – étrangères aux professionnels des foyers – que comme une pratique exigeant de leur part une grande disponibilité, une attention aux besoins ordinaires et une stabilité à toute épreuve. Elles impliquent également de questionner les modèles organisationnels actuels des foyers pour favoriser l'émergence de conditions propices au déploiement de ces pratiques de *care* quotidiennes.

# CHAPITRE 3 SOINS ET ACCOMPAGNEMENT EN SANTÉ MENTALE

Ce dernier chapitre s'attachera à rendre compte de la prise en charge médico-psychologique du risque suicidaire. Nous nous intéresserons tout d'abord à l'accès des vingt-deux adolescents repérés aux dispositifs de santé mentale : MDA, CMP[12], CSAPA[13], unités d'hospitalisation, ainsi qu'aux conditions qui facilitent ou entravent cet accès.
Nous analyserons ensuite la qualité de l'accompagnement en santé mentale mené par les professionnels des foyers. L'enquête révèle notamment que les professionnels des dispositifs ASE de la ville A s'investissent davantage dans ce domaine que ceux des UEHC de la métropole B.
Enfin, nous adopterons la perspective des professionnels des services et établissements de soins de santé mentale pour interroger l'impact de la situation spécifique de ces adolescents placés sur leurs pratiques ordinaires. Quelles adaptations leur situation particulière impose-t-elle ? Comment ces professionnels ajustent-ils leurs interventions face aux spécificités du public accompagnés par l'ASE et la PJJ ?

## I. L'ACCÈS AUX SOINS DES ADOLESCENTS REPÉRÉS

### 1.1 ETAT DES LIEUX

L'analyse des parcours de soins des vingt-deux adolescents identifiés par les professionnels révèle que la majorité d'entre eux ont été conduits au moins une fois aux urgences (18/22) et que plus de la moitié (15/22) ont bénéficié d'au moins une hospitalisation pour prévenir, entre autres, les risques de passage à l'acte auto-agressif. Les différences entre les deux secteurs demeurent limitées : neuf adolescents accompagnés en UEHC ont été conduits aux urgences et sept hospitalisés, contre respectivement neuf et huit pour les adolescents accueillis dans les dispositifs ASE. En revanche, l'accès au suivi ambulatoire en santé mentale apparaît plus restreint : seuls quatre adolescents des UEHC et six des dispositifs ASE en ont bénéficié au cours de leur parcours.
L'ensemble des adolescents des dispositifs ASE ayant exprimé des idéations suicidaires ou commis une tentative de suicide ont été conduits aux urgences au moins une fois. Cette orientation systématique s'observe également pour tous les adolescents des UEHC ayant commis une tentative de suicide. Seul Silima, ayant exprimé des idées suicidaires en UEHC, n'a pas été orienté vers les urgences, les professionnels ayant fait part de doutes concernant ces déclarations formulées dans le bureau du juge avant son placement immédiat en détention. Les trois autres adolescents n'ayant jamais été conduits aux urgences (Naïa et Théo des dispositifs ASE, ainsi que Réda d'une UEHC) ont quant à eux systématiquement refusé les accompagnements proposés.
Le recours aux urgences constitue ainsi une réponse professionnelle largement intégrée face au risque suicidaire et aux difficultés psychiques des adolescents. Concernant les hospitalisations

[12] Centres medico-psychologiques.
[13] Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

et la mise en œuvre des suivis ambulatoires, d'autres facteurs comme nous allons le voir interviennent, notamment la saturation des dispositifs de soin et le non-adressage d'une partie des adolescents accueillis au sein des UEHC de la métropole B.

### 1.2 Les difficultés d'accès aux soins

L'accès aux soins est unanimement qualifié de très difficile par les professionnels, tant des UEHC que des dispositifs ASE. Ils font état du seuil bien souvent infranchissable des urgences dans un contexte d'engorgement et alors que les médecins qui y exercent ne sont pas toujours formés et intéressés par les problématiques de santé mentale (Charles, Auger et al., 2024, p 78). Les professionnels rapportent les refus d'admission qui leur sont opposés par les unités d'hospitalisation, en raison de l'absence de places disponibles ou de la nécessité de réserver celles-ci aux adolescents en crise aiguë, dont l'état est jugé plus critique. Certains témoignent de transferts vers d'autres établissements hospitaliers, éloignant davantage les adolescents de leur lieu d'hébergement et compliquant les visites des professionnels, voire, dans un cas extrême, de l'hospitalisation d'un adolescent dans un service pour adultes.

> *« Ici à [Métropole B]. C'est très compliqué ! J'ai vraiment vu aucun jeune, vraiment hospitalisé. Sinon il fallait qu'il ait fait une très grosse tentative de suicide et même pas ! Je pense à une gamine qui a été hospitalisée parce qu'elle avait fait une tentative au doliprane et ça avait fait du mal à son foie. C'est pour ça qu'elle était hospitalisée [pour des soins somatiques] mais pas en psychiatrie. Et bon avoir rendez-vous au CMP c'est la croix et la bannière ! » [PSYCHOLOGUE UEHC W]*

De façon contre-intuitive, à rebours de la démarche préventive et des objectifs de désinstitutionalisation, l'accès aux services ambulatoires s'avère, selon les professionnels interrogés – ce que corroborent les taux d'accès observés –, encore plus difficile que l'accès aux hospitalisations. Cette situation conduit certains professionnels des dispositifs ASE de la ville A à faire un usage de l'hospitalisation comme coupe-file car celle-ci débouche au sein de ce territoire sur la mise en œuvre d'un suivi ambulatoire.
Lorsque, malgré ces difficultés et les risques de découragement des professionnels – dont certains, notamment en UEHC, renoncent à solliciter des soins en anticipant leur saturation –, les adolescents parviennent à accéder aux services ambulatoires ou à une hospitalisation, se pose un second écueil : celui de l'espacement des rendez-vous de suivi, jugé parfois excessif par les professionnels des foyers, et de la durée des hospitalisations, considérée comme insuffisante.

> *« Lui [Choukri] le soir même [après qu'il ait tenté de s'ouvrir la gorge], oui, oui, il est hospitalisé. Après, on dirait que tout va bien et il ressort comme si de rien était ! Et donc du coup, nous, les professionnels sont... […] Il n'est pas resté longtemps. Il me semble qu'il est resté peut-être une nuit, je ne crois même pas deux. Il rentre tout de suite donc ça suscite l'inquiétude des collègues, forcément, parce qu'on est tous impuissants. On se sent désemparés par rapport à cette question. Ça pose aussi la question de la*

*surveillance et du contrôle, aussi sur les temps de nuit. Qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce qu'il faut aller ouvrir la porte toutes les dix minutes pour aller voir si le jeune va bien ? Ce n'est pas faisable ! Ça suscite énormément d'anxiété dans l'équipe. » [EDUCATEUR UEHC M]*

### 1.3 Le refus des soins par les adolescents et leur famille

Ces difficultés d'accès se conjuguent aux réticences de certains adolescents et de leurs parents à l'égard des soins. L'absence de réponse aux demandes d'hospitalisation et les délais d'attente prolongés renforcent les positions des adolescents et des parents sceptiques, que les professionnels des UEHC comme des dispositifs ASE peinent de plus en plus à convaincre. Cette opposition s'exprime généralement par la négation de l'existence de troubles de santé mentale chez l'adolescent et par la crainte que les soins puissent aggraver la situation plutôt que l'améliorer. Concrètement, les professionnels sont régulièrement confrontés à des levées d'hospitalisation et des refus de traitement de la part des parents, ainsi qu'à des refus de se rendre aux rendez-vous de la part des adolescents, à des fugues depuis les services d'urgences – où il faut parfois les maintenir plusieurs heures – et depuis les unités d'hospitalisation. Les professionnels rapportent également les stratégies déployées par certains adolescents pour les persuader de les laisser partir et pour convaincre les médecins qu'ils n'ont pas besoin d'être hospitalisés.

*« On avait un jeune qui était souvent hospitalisé à [nom de l'hôpital], et qui arrivait tout le temps à fuir de [nom de l'hôpital]. C'était très compliqué, parce qu'il devait avoir – il me semble – c'était trois jours pour vraiment un diagnostic et il revenait toujours le soir-même avec sa petite blouse bleue. Il s'enfuyait, il rentrait au foyer. C'était assez compliqué. » [EDUCATRICE UEHC E]*

*« Oui on était à [nom de l'hôpital]. Il [Salem] devait être envoyé à [nom de l'hôpital] et il ne voulait pas. […] Il a refusé. Donc moi, il m'avait rendu dingue et il a refusé. Donc on a noté qu'il refusait parce qu'ils voulaient l'emmener d'office et c'était, c'était un bordel. Finalement, non, non. Je leur ai dit "non, non". Je leur ai expliqué la situation, et puis ils n'ont pas [sous-entendu insisté]. Il était catégorique ! Il ne voulait pas, il ne voulait pas ! Il m'a dit : "tu m'emmènes je me sauve, ils m'emmènent je me sauve, je ne veux pas". Et comme c'était assez délicat, j'ai vu avec le toubib, je lui ai dit : "bah écoutez, je l'emmène et puis s'il part… Officiellement s'il ne veut pas, nous, on le notera et puis, voilà". On avait trouvé une espèce de compromis parce que c'était très compliqué. » [EDUCATEUR UEHC N]*

# II. LE SUIVI DES SOINS DE SANTE MENTALE PAR LES PROFESSIONNELS DES FOYERS

Du repérage des dispositifs de soins au suivi des traitements éventuels, en passant par les prises de rendez-vous et l'accompagnement physique au sein des structures, chaque étape de l'accompagnement des adolescents exige des professionnels qu'ils fassent preuve de pugnacité, d'une capacité à convaincre et à négocier. Cette partie analyse le travail qu'ils déploient pour répondre à ces exigences.

## Mobiliser les dispositifs de soins : des différences territoriales

L'analyse révèle des différences importantes entre les deux territoires étudiés. Au sein de la ville A, on observe un niveau élevé d'interconnaissance entre les professionnels des dispositifs ASE et des dispositifs de santé mentale. Les professionnels les plus expérimentés sont même en mesure de nommer les responsables des différentes structures. Ainsi, lorsqu'ils prennent la décision d'orienter un adolescent vers des soins, les professionnels des dispositifs ASE étudiés savent précisément à qui s'adresser et comment procéder.
La situation s'avère autrement plus complexe sur le territoire de la métropole B où se situent les UEHC. La taille du territoire et la diversité de l'offre de soins, la brièveté d'une partie des ordonnances de placement, le fait que les adolescents demeurent rattachés au domicile de leurs parents et donc aux structures de soin de secteurs parfois très éloignés, contribuent à la faiblesse du travail partenarial entre les UEHC et les dispositifs de santé mentale. Si les professionnels des UEHC sont en mesure de faire référence à de nombreuses structures (25 établissements et services ont été évoqués au cours des entretiens), ils n'en maîtrisent pas le fonctionnement et disposent rarement d'un contact en leur sein. Cette situation devient particulièrement problématique dans les moments d'urgence où les professionnels des UEHC doivent contacter une multitude de dispositifs dans l'espoir que l'un d'eux puisse leur apporter une réponse, comme l'illustre l'expérience du responsable de l'UEHC qui accompagnait Souhel.

> *« Parce que quand, moi, j'ai commencé à appeler les, entre guillemets, secours. C'est-à-dire faire appel aux dispositifs qui existent autour de l'institution, c'est-à-dire les CSAPA, l'Hôpital, les hôpitaux psychiatriques... J'ai passé un week-end à téléphoner : les équipes mobiles de [Nom de l'hôpital], qui sont censées intervenir, l'unité d'hébergement pédo-psychiatrique de [Nom de l'hôpital] qui a 30 lits, qui est aussi censée intervenir. Tout ce monde-là, j'étais confronté à la même chose, c'est-à-dire "est-ce qu'il y a des crises ? " "- Non, il n'y avait pas de crise". […] Alors à ce compte-là : "c'est pas nous" ! Le CSAPA : "c'est pas pour nous, c'est l'hôpital", l'hôpital : "c'est pas pour nous... ". Ça a duré tout le week-end. Sans solution. » [Responsable UEHC C]*

## Face aux obstacles : des stratégies contrastées

Ces différences territoriales se traduisent dans les pratiques des professionnelles. Les professionnels des dispositifs ASE de la ville A sollicitent beaucoup plus fréquemment les services de soins que leurs homologues des UEHC de la métropole B, au point que leurs demandes soient parfois considérées comme excessives par les équipes des dispositifs de santé.

À l'inverse, les professionnels des UEHC sollicitent généralement peu les dispositifs de soin, en raison de leur saturation et de la complexité des démarches d'autorisation parentale, ainsi que, semble-t-il, d'une culture institutionnelle privilégiant l'autonomie.

> *« Et puis même au niveau de l'hospitalisation du fait qu'il n'ait pas de parents, du coup, il faut passer par l'intermédiaire de la juge. Il faut l'autorisation. Donc vous voyez, c'est aussi cette lourdeur administrative qui, même avec des gamins qui ont des parents ici présents… Et aussi pareil, de devoir faire signer les papiers, de voir toutes les autorisations possibles. » [EDUCATRICE UEHC S]*
>
> *« Une grande fébrilité de la part des éducs de pouvoir faire le 18, c'est-à-dire que quand ils viennent me dire : "sur tel week-end ce jeune, je l'ai vu, il était au 2ème étage les jambes en l'air", je dis "mais pourquoi on ne fait pas le 18 ? Pourquoi on ne prend pas…" Tout le monde dit "oui, oui" autour de la table mais quand on me redit "tiens le week-end, on l'a revu à tel endroit où il se mettait en danger" sans faire le 18 ! Pourquoi ? Je n'ai jamais compris ! » [RESPONSABLE UEHC J]*

De leurs côtés, les professionnels des dispositifs ASE qui font face aux mêmes contraintes – manque de places et nécessité d'obtenir des autorisations parentales – ne se laissent pas arrêter par ces obstacles. Il n'est pas rare qu'ils développent des stratégies de contournement (ce dont se plaignent d'ailleurs les professionnels des dispositifs de santé) telles que l'usage de l'hospitalisation comme « coupe-file » déjà évoqué ou encore la sollicitation d'hospitalisation malgré l'absence d'autorisation parentale.

> *« On avait biaisé, on était passé par les urgences […] afin qu'elle soit hospitalisée [en pédiatrie]. Et de là un suivi à la maison de l'ados avait été mis en place […]. Deux fois j'ai orienté des jeunes [en pédiatrie] en estimant qu'il valait mieux que j'utilise cette stratégie-là plutôt que d'aller [directement] à la maison de l'ados » [Educatrice SJER 23].*
>
> *« Et que quand on est en situation d'urgence, que c'est la nuit, le weekend et que les jeunes arrivent via les urgences et que par exemple, l'aide sociale à l'enfance envoie un petit papier qui n'a aucune valeur légale en disant qu'ils autorisent à ce que ce jeune soit hospitalisé. Ben non, alors ça peut éventuellement attendre la nuit et le lendemain, mais qu'il faut chercher au moins à ce que les parents soient informés » [Assistante sociale Unité pédopsychiatrique 1]*

### Accompagner au sein des dispositifs de soins : des défis quotidiens

En ce qui concerne l'accompagnement des adolescents (accompagnements aux urgences, au sein des services de soins ambulatoires, visites lors des hospitalisations), il semble que les professionnels des UEHC et des dispositifs ASE rencontrent les mêmes difficultés. Les effectifs s'avèrent insuffisants pour permettre le « détachement » d'un éducateur pendant plusieurs heures. Par ailleurs, l'organisation du *travail posté* (le relais des éducateurs pour assurer une présence continue) ne permet pas qu'un professionnel (le référent éducatif de l'adolescent ou

le référent santé) s'investisse systématiquement dans ce travail d'accompagnement. Ainsi, il n'est pas rare que les accompagnements soient assurés par des professionnels qui ne connaissent pas précisément la situation de l'adolescent, ce que déplorent les professionnels des dispositifs de soin.

> *« Alors clairement ici [ce qui me dérange], c'est le fait qu'on ne peut pas voir systématiquement l'éducateur référent et que quand ce n'est pas l'éducateur référent ben on perd énormément d'informations d'un côté et de l'autre. C'est-à-dire que nous, on vient un peu poser des questions un peu précises et on voit bien quand ce n'est pas le référent, on n'a pas forcément les bonnes réponses ou pas de réponse ou "Ah bah moi je suis stagiaire. Je suis là d'aujourd'hui, je ne sais pas" [rires]. – "Ok pas de problème ?! ". Et puis quand nous on retransmet aussi les informations un petit peu, alors on ne va pas retransmettre le contenu de l'entretien mais un peu la teneur. Voilà si on sent que c'est quand même une période un peu difficile ou pas, ce que nous on pense mettre en place, qu'est-ce qu'ils en pensent ? Voilà. Ça, des fois c'est pareil, on va le perdre. » [Educatrice MDA 34]*

Face à cette situation, les professionnels des dispositifs de santé mentale privilégient souvent le travail direct avec les familles des adolescents. Cette approche, difficile à mettre en œuvre pour les enfants confiés au titre de l'ASE, demeure fréquente pour les mineurs accueillis en UEHC, avec pour inconvénient d'exclure les professionnels des foyers de la circulation de l'information.

En ce qui concerne, enfin, le suivi des traitements médicamenteux, l'expérience des professionnels des dispositifs ASE et des UEHC semble peu différer. Ils rapportent, au cours de l'enquête, leurs nombreuses inquiétudes tant lorsque les prises sont laissées à la responsabilité des adolescents (ils s'inquiètent notamment des risques de mésusage, de surdosage, d'interactions avec les drogues consommées par ces derniers) que lorsqu'elles sont placées sous leur responsabilité (ils s'inquiètent notamment des erreurs de distribution pouvant être favorisées par l'organisation du travail). Ces craintes débouchent régulièrement sur l'intervention d'infirmiers au sein des établissements ou sur la mise en place, pour les traitements les plus « lourds » d'injections-retards.

> *« Pas plus tard qu'il y a deux semaines […], le jeune, il s'appelait Simon, il avait un traitement de cheval : psychotropes, tout le bordel, benzodiazépine. Alors le gars – nous, on ne (le) sait pas ! –, il prépare son pilulier lui-même et il prend les médocs. Et au bout d'un moment, je dis : "mais attends !" [j'appelle] le milieu ouvert : "non mais ne vous inquiétez pas, il gère" ?!! Et demain, s'il prend 10 trucs (qu'on ne sait pas ce que c'est), et qu'il finit dans le coma ? Je ne sais pas enfin bon !!! […] La distribution des médicaments, on est dans des gros paradoxes ! Parce que pour donner un doliprane, il nous faut l'ordonnance du médecin mais là il n'y a pas de problème, pour laisser un gamin prendre tout seul tous ces benzodiazépines. » [RESPONSABLE UEHC C]*

# III. SOIGNER DES ADOLESCENTS PLACÉS

Nous nous sommes efforcés de suivre, d'un bout à l'autre de ce rapport, les tâches de travail des professionnels des foyers – du repérage jusqu'à l'adressage – devant permettre aux adolescents suicidaires d'accéder aux soins dont ils ont impérativement besoin. Nous avons pu malheureusement constater que cette chaîne de travail était régulièrement interrompue et qu'il était courant que des adolescents dont le risque suicidaire avait pourtant été identifié ne reçoivent pas les soins appropriés. Plusieurs causes ont pu être identifiées comme le défaut d'orientation par les professionnels des UEHC et l'engorgement des dispositifs de soins de santé mentale. Avant de clore ce rapport, nous souhaitons nous consacrer aux freins inhérents aux difficultés des adolescents : à leur défiance, leur inconstance, leurs difficultés à élaborer ou encore leur violence. Nous nous intéresserons plus précisément aux pratiques mises en œuvre par les professionnels des dispositifs de soin de santé mentale pour les « accrocher » et les apaiser.

## 3.1 Des stratégies de soin et de lien

Comme évoqué précédemment, certains adolescents refusent d'honorer leurs rendez-vous dans les dispositifs de soins ambulatoires (MDA, CMP...), d'autres se montrent très inconstants, d'autres encore sont présents mais ne parviennent pas à s'engager même a minima dans un travail réflexif. Pour les « accrocher », certains professionnels des dispositifs de soins ambulatoires tentent de diversifier les propositions de soins, de faire preuve de flexibilité et de leur offrir l'attention individuelle dont ils manquent bien souvent au sein des dispositifs ASE comme des UEHC.

Les professionnels rapportent ainsi le travail de pré-soin qu'ils réalisent – qu'ils peuvent nommer alternativement « travail de mobilisation psychique » ou « travail de la demande » – lorsque cela s'avère nécessaire, au travers de conversations banales servant de prétexte pour inciter les adolescents à exprimer leur point de vue et leurs émotions. Ils peuvent également, lorsque les consultations en face-à-face leur semblent peu adaptées, proposer aux adolescents de participer à des groupes de soins articulés autour de diverses activités de médiation comme l'écriture ou la cuisine.

> *« Quand vous êtes un adolescent qui est déjà un peu réfractaire aux soins, bah… Espérer qu'ils y aillent tout seul ! Il faut quand même les mobiliser psychiquement, un petit peu avant. Ça c'est quand même un peu incontournable. » [RESPONSABLE Dispositif expérimental de soins]*
> *« On a les groupes de soins, parce qu'il y a beaucoup de jeunes qui ne sont pas du tout accessibles au suivi psychologique. Donc les groupes du CATTP là c'est une richesse, c'est plus facile quand même, c'est un moyen d'aide qui est plus facile. » [Assistante sociale MDA 19]*

Une partie des professionnels insistent également sur la nécessité d'assouplir le cadre habituel des soins pour certains adolescents et de faire preuve d'une disponibilité constante, du moins dans les premiers temps, pour les « fidéliser » et éviter leur découragement. Ils rapportent leurs

efforts pour proposer aux adolescents des rendez-vous adaptés à leurs besoins : toutes les semaines pour ceux qui requièrent une grande régularité, ou le jour même pour ceux qui ne parviennent ni à se projeter ni à patienter. Ils évoquent également des créneaux qu'ils bloquent à l'avance afin que les adolescents qui ne parviennent pas à honorer leurs rendez-vous sachent que la porte reste ouverte.

> *« Moi j'avais pris le parti que quand il appelait je faisais au moins un effort pour qu'il soit reçu dans la journée. Pas forcément tout de suite maintenant, mais dans la journée » [Infirmière MDA 15].*
> *« Elle m'a donné un carton avec, je ne sais pas, 10 rendez-vous possibles sur 2 mois et elle disait je vous laisse des créneaux de 15 minutes mais elle me dit c'est juste histoire d'au moins la voir et de lui dire "bah voilà t'es là c'est super et on peut recaler d'autres rendez-vous". Et en fait elle ne s'en est jamais saisie. Et on lui rappelait, on lui donnait les cartons. Enfin voilà, on a essayé pas mal de choses en lui expliquant que ça pouvait aussi lui faire du bien et mais elle n'est pas… en tout cas pour l'instant. » [Educatrice SJER 17]*

Enfin, les professionnels témoignent de l'attention individuelle qu'ils tentent de porter aux adolescents au travers de gestes de « maternage », d'une écoute attentive, d'une démonstration de leur capacité à les comprendre et à être touchés par leur histoire et leurs souffrances. Plusieurs d'entre eux soulignent la nécessité, en amont de tout travail thérapeutique, de restaurer le besoin de l'adulte chez les adolescents, tout particulièrement chez ceux qui ont été exposés à des ruptures et à des maltraitances institutionnelles au sein des foyers de l'ASE.

> *« Parce que je ne sais pas, je vous dis ça comme ça, sans y avoir réfléchi, mais ce côté très individuel du soin qui est voilà, c'est que pour le jeune, pour lui. Puis on insiste, on est à son écoute. Là, pour lui et tout ça. Du coup, oui, c'est ça, il va peut-être plus venir, plus alerter là, je pense qu'au foyer. Le foyer, c'est noyé dans le quotidien, dans les repas, les activités, tout ce qu'il y a, les agitations des uns des autres. Donc il a moins cet espace. Et moi je me demande même si ce n'est pas comme ça que des fois on se retrouve avec des jeunes qui ne peuvent plus lâcher le soin parce que ça répond à autre chose. Ça ne répond pas sur la question du soin pur, mais ça répond sur la question de l'attention. Et puis de l'écoute individuelle... » [Educatrice MDA 34]*

### 3.2 Prévention et gestion de la violence en milieu hospitalier

Pour les professionnels des unités d'hospitalisation pédopsychiatriques, la difficulté principale consiste souvent à gérer la violence des adolescents. Pour prévenir les comportements violents, une infirmière témoigne de diverses précautions : maintenir une distance physique appropriée pour ne pas faire effraction dans l'espace personnel des adolescents, éviter de nourrir leur énervement, et s'efforcer d'intervenir précocement en les invitant à s'isoler dès les premiers signes de colère.

*« Mais en fait, à partir du moment où on pose vraiment les choses calmement, on ne va pas dans la bulle, trop. Puis à la limite, on se pose un petit peu plus loin. Voilà, généralement ça se passe bien. » [Infirmière Unité pédopsychiatrique 18]*

*« En fait la peur, les insultes, tout ça. Ce n'est jamais… ça ne nous est pas adressé, jamais. Enfin jamais en fait. Et du coup quand on se décale par rapport… On sait bien que par exemple si je me fais insulter ou si quelqu'un va me pousser, bon bah ce n'est pas moi la raison de ces problèmes. Donc en fait du coup bah on reste calme, on réexplique. Eventuellement on laisse faire une pause de 5 minutes voilà et on revient après et on reparle et toujours avec une voix neutre. » [Infirmière Unité pédopsychiatrique 18]*

*« Ben en fait ce qu'on lui disait, C'est que à chaque fois qu'elle s'énervait, on lui conseillait effectivement […] de s'isoler : se poser dans sa chambre, d'écouter de la musique. Et puis elle arrivait à se calmer quand même d'elle-même, sans forcément un traitement médicamenteux. Elle arrivait à se poser. Voilà et puis bon bah elle avait son doudou. » [Infirmière Unité pédopsychiatrique 18]*

Lorsqu'ils ne parviennent toutefois pas à endiguer les crises, les professionnels de l'unité étudiée peuvent contraindre les adolescents à regagner leur chambre en faisant appel, si nécessaire, à du renfort via un téléphone d'urgence. Ils peuvent également retirer le mobilier des chambres pour éviter que les adolescents ne le détériorent et se blessent. Enfin, ils peuvent, si nécessaire, placer les adolescents dans une chambre de soins intensifs.

Selon l'état des adolescents, il est possible de recourir à des traitements ou d'utiliser des couvertures lestées pour les apaiser.

*« On voit s'ils sont accessibles à la réassurance. S'ils sont accessibles, on essaye de les poser, on essaye de les border vraiment psychiquement, physiquement. On peut utiliser des couvertures lestées qui sont hyper lourdes et ça c'est rassurant. » [Infirmière Unité pédopsychiatrique 3]*

Les adolescents sont ensuite laissés seuls pour se calmer et surveillés régulièrement depuis l'extérieur, via un hublot, par les professionnels, les passages à l'acte suicidaire et auto-agressifs étant très fréquents dans ces moments. À l'issue de la crise, les professionnels font systématiquement le point sur ce qui s'est passé avec les adolescents, occasion de les inviter à faire preuve de réflexivité mais aussi de prévenir l'enracinement de rancœurs et de conflits.

*« Elle s'était apaisée et c'est là où aussi on a eu accès à elle en fait, à de l'échange. Elle nous a dit que ce n'était pas elle. Donc nous on lui a dit : bah quand même que si, on avait bien affaire à [Jade] dans ce moment-là, qu'on entendait l'énervement. Qu'effectivement on avait voulu prévenir cette excitation qui montait, cette difficulté, que c'est pour ça qu'on lui avait demandé de se rendre en chambre, que là on avait bien vu qu'elle s'enfermait dans un refus et que c'était compliqué d'en sortir. Mais que nous, comme on avait posé les choses, on était allé jusqu'au bout du cadre, de la limite qu'on avait posée, que c'était important pour elle aussi qu'elle l'entende. Et que,*

*par contre, on entendait que là voilà, elle n'était plus triste parce que c'était redescendu, qu'on pouvait en échanger. On a échangé sur le fait que peut-être que pour elle, c'était difficile, de sortir. Donc c'est là où elle a parlé d'abandon. Donc on est revenu sur que ce n'était pas un abandon, mais que c'était, voilà un relais, que nous on avait été présent à un moment. Voilà, notre mission avait été de 3 semaines, qu'on avait été présent à un moment que pourtant elle nous avait vraiment détesté au début. Mais que finalement bah qu'oui, il y avait quand même un lien qui s'était créé et que c'était normal, mais que ça faisait partie de la vie, qu'on créait des liens avec des gens qui étaient des liens courts, mais que ce n'est pas pour autant que c'était un abandon à chaque fois. Mais c'est son… c'est aussi son vécu, quoi. » [Educatrice Unité pédopsychiatrique 22]*

## Conclusion du chapitre 3

Ce troisième chapitre consacré aux soins et à l'accompagnement en santé mentale révèle – à la suite des chapitres précédents qui avaient établi des difficultés de repérage et de « prise en care » au quotidien – une série d'obstacles dans l'accompagnement des adolescents suicidaires vers et au sein des dispositifs de soins : la saturation de ces dispositifs, le non-adressage par les professionnels des UEHC, le refus des soins par les adolescents, leur violence et leurs difficultés d'élaboration.

### Un accès aux soins difficile

Bien que le recours aux urgences constitue une réponse professionnelle largement intégrée, l'accès aux hospitalisations et plus encore aux services de soins ambulatoires se heurte à la saturation chronique des services, aux délais d'attente prolongés et aux refus d'admission répétés. Cette situation paradoxale, où l'accès aux soins ambulatoires s'avère plus difficile que l'hospitalisation, contrevient aux objectifs de désinstitutionalisation et de prévention, contraignant certains professionnels à développer des stratégies de contournement problématiques.

### Des inégalités territoriales dans l'accompagnement en santé mentale

Le chapitre met en évidence des disparités territoriales significatives dans la capacité des professionnels à mobiliser les dispositifs de soins. Tandis que les professionnels des dispositifs ASE de la ville A bénéficient d'un niveau élevé d'interconnaissance avec les services de santé mentale et sollicitent activement les soins, leurs homologues des UEHC de la métropole B peinent à naviguer dans un paysage sanitaire complexe et renoncent fréquemment à adresser les adolescents, soit par anticipation de la saturation des services et des difficultés administratives, soit par tendance à « gérer » en interne.

### Les défis persistants de l'accompagnement au quotidien

L'enquête révèle que les difficultés ne s'arrêtent pas à l'accès aux soins mais se prolongent dans leur mise en œuvre. L'organisation du *travail posté* et les effectifs insuffisants compromettent la qualité de l'accompagnement et la continuité des soins. Cette situation conduit régulièrement

les professionnels des dispositifs de santé mentale à privilégier le travail direct avec les familles, excluant de fait les professionnels des foyers de la circulation de l'information.

### Des pratiques d'adaptation face aux contraintes institutionnelles

Malgré ce contexte défavorable, l'analyse révèle l'existence d'adaptations pertinentes pour « accrocher » et accompagner ces adolescents du côté des professionnels des dispositifs de soins : flexibilité du cadre, attention individuelle renforcée, travail de « pré-soin » ou encore gestion préventive de la violence. Ces pratiques, qui privilégient l'instauration du lien et le soin de la relation, peuvent constituer des sources d'inspiration pour les foyers.

### Perspectives

Ce chapitre révèle l'importance d'inciter les adolescents à s'exprimer quotidiennement sur leurs opinions et leurs émotions au sein des UEHC comme des dispositifs ASE, constituant un travail de pré-soin indispensable à l'émergence d'une demande et au bénéfice de soins thérapeutiques. Il met également en exergue la nécessité de renforcer l'interconnaissance et le travail partenarial entre les UEHC et les services de soins ambulatoires, particulièrement dans la métropole B, tout en augmentant substantiellement les moyens alloués à ces dispositifs de soins.

# CONCLUSION GENERALE

Cette recherche, menée entre 2023 et 2025 auprès de professionnels de quatre UEHC, deux MECS et un service à bas seuil dédié aux jeunes en rupture de placement, révèle un paradoxe saisissant : alors que les adolescents suicidaires constituent certainement le public le plus vulnérable de la protection de l'enfance, ils font régulièrement l'objet de logiques d'évitement et de non-assistance de la part des institutions censées les protéger.

### Un cumul de vulnérabilités extrêmes

L'analyse des descriptions des 22 adolescents repérés révèle une concentration considérable de facteurs de vulnérabilité. La désaffiliation familiale touche l'ensemble des mineurs ASE et près de la moitié des adolescents en UEHC. L'exposition aux violences physiques dans l'enfance concerne six adolescents des dispositifs ASE et quatre de ceux accompagnés en UEHC. Les violences sexuelles concernent six mineurs des dispositifs ASE et deux adolescents en UEHC. Des troubles psychiques sont identifiés chez cinq mineurs en UEHC et quatre en dispositifs ASE. Enfin, les professionnels des deux types d'établissements rapportent des conduites à risque multiples : affrontements violents, consommations excessives d'alcool et de drogues, fugues récurrentes.

Des manquements à tous les niveaux

### Un repérage approximatif et non formalisé

Malgré leurs capacités d'observation clinique, les professionnels des foyers peinent à expliciter et partager leurs inquiétudes. L'absence de bilans de santé mentale, la faiblesse des transmissions d'informations à l'arrivée des adolescents et le déficit de formation spécialisée compromettent l'identification précoce du risque suicidaire. Les craintes, par ailleurs, du « chantage au suicide » et de la « manipulation » perturbent le recueil des alertes adressées par les adolescents en souffrance et leurs pairs.

### Un accompagnement quotidien entravé

L'enquête révèle un écart considérable entre la lucidité des professionnels quant à la souffrance des adolescents et leurs capacités d'intervention. Deux attitudes problématiques s'observent couramment : l'exclusion des adolescents suicidaires (demandes de main-levée, réorientations vers d'autres foyers, tolérance aux fugues) ou l'inaction par excès de précaution (crainte de « remuer des choses », paralysie face au risque). Certains professionnels résistent toutefois à ces tendances mais peinent à valoriser leurs perceptions des situations et leurs pratiques de *care*. Ces dernières demeurent invisibilisées, dépourvues de moyens adaptés et tributaires de leur engagement individuel.

### Un accès aux soins compromis

Le recours aux urgences constitue certes une réponse intégrée, mais l'accès aux soins ambulatoires se heurte à la saturation des services. Etonnement, il s'avère pour ce public d'adolescents placés, plus difficile d'obtenir un suivi en CMP ou en Maison des adolescents qu'une hospitalisation en pédopsychiatrie, contrevenant aux objectifs de prévention. Les délais d'attente et les refus d'admission à l'hôpital découragent les professionnels, participent de la dégradation de la santé mentale des adolescents et renforcent leur défiance envers les soignants.

Pour sortir de ce cercle vicieux, certains professionnels de soins ambulatoires adaptent leurs pratiques : souplesse du cadre, diversité des propositions, disponibilité renforcée. Ces initiatives restent toutefois des *pratiques dérogatoires* tolérées à l'échelle des services qui ne donnent pas lieu à l'octroi de moyens humains supplémentaires.

## Des territoires inégaux et des cultures institutionnelles contrastées

### Les UEHC : autonomie et sous-adressage

Les éducateurs des UEHC de la métropole B privilégient régulièrement une gestion interne des problèmes et des crises, ce qui se traduit par un sous-adressage des adolescents suicidaires vers les soins de santé mentale. Ce positionnement s'avère d'autant plus problématique que, malgré une tolérance certaine à la violence, les pratiques d'évitement et d'exclusion des adolescents suicidaires demeurent aussi répandues dans les UEHC que dans les dispositifs ASE.

### Les dispositifs ASE : adressage et contournement des obstacles

Les dispositifs ASE de la ville A se distinguent par un engagement plus volontariste dans la sollicitation des soins, au risque parfois de conflits avec les soignants. Il est, par ailleurs, notable que ces recours aux soins plus systématiques qu'en UEHC s'opèrent dans un contexte de fragilisation institutionnelle plus marquée (turnover, ruptures d'accueil multiples, maltraitances institutionnelles explicitement dénoncées).

#### L'impact des contextes territoriaux : taille critique et interconnaissance

Les différences observées, entre dispositifs ASE et UEHC, s'enracinent également dans des contextes territoriaux distincts. La ville A, de taille plus modeste, favorise l'interconnaissance entre professionnels et le développement de partenariats, tandis que la métropole B, avec sa diversité d'offres et sa complexité administrative, génère des difficultés de coordination qui pénalisent particulièrement les adolescents en UEHC.

## Une reconduction des violences subies par les institutions de protection

L'enquête révèle, enfin, comment les institutions de protection reproduisent parfois les mécanismes de maltraitance dont ces adolescents ont été victimes : non-reconnaissance des violences subies, absence de poursuites des auteurs, ruptures d'accueil brutales, évitement et rejet. Cette reproduction institutionnelle des vécus douloureux explique en partie la résistance des adolescents aux soins et leur défiance envers les adultes censés les accompagner.

### Limites et perspectives

Cette recherche, centrée sur les pratiques professionnelles, mériterait d'être complétée par une approche donnant la parole aux adolescents eux-mêmes sur leur expérience de l'accompagnement. De même, une analyse plus fine des déterminants territoriaux et organisationnels des différences observées permettrait d'affiner les recommandations.

# RECOMMANDATIONS

Les constats établis appellent à des transformations des pratiques professionnelles et des politiques publiques :

**Formaliser le recueil et la transmission des informations de santé** par la généralisation d'entretiens de santé systématiques, la création d'équipes médico-psychologiques internes à l'ASE et à la PJJ dédiées, l'élaboration et la diffusion d'outils de transmission entre établissements.
**Former les professionnels** aux techniques de repérage et surtout aux postures relationnelles et aux enjeux des vécus traumatiques.
**Renforcer la culture du *care*** en valorisant et formalisant les pratiques existantes, en créant les conditions de leur déploiement et en prévenant les logiques de rejet et d'évitement.
**Améliorer l'offre d'accueil à la PJJ comme à l'ASE** pour que les lieux d'accueil soient en mesure d'« absorber les chocs » plutôt que d'exclure les adolescents les plus vulnérables, en diversifiant l'offre de placement, augmentant les taux d'encadrement et pérennisant les accueils au-delà de la majorité.
**Améliorer la coordination territoriale** en développant l'interconnaissance entre professionnels et en créant des partenariats entre établissements d'accueil, établissements et services de soins, particulièrement dans les métropoles.
**Renforcer massivement les moyens de la pédopsychiatrie** pour garantir un accès effectif – et adaptés aux difficultés de mobilisation des publics de la PJJ et de l'ASE – aux soins de santé mentale et éviter les drames de non-assistance.

# BIBLIOGRAPHIE


Auger, M. (2019). *Les usage(r)s de la distance : le pouvoir des accounts dans les métiers de la relation : le cas des éducateurs de foyer* [Thèse de doctorat, Université Paris 8].

Bouche-Florin, L. (2019). L'addiction chez les mineurs non accompagnés : comment passer du produit au récit. *Psychotropes*, *25*(1), 25-45. https://doi.org/10.3917/psyt.251.0025

Bronsard, G. (2012). *Evaluation en santé mentale chez les adolescents placés L'épidémiologie à la relance de la pédopsychiatrie dans le champ de l'enfance en danger* [Thèse de doctorat, Aix Marseille Université].

Bronsard, G., & Boyer, L. (2019). *Étude médico-psychologique d'adolescents placés en Centre Éducatif Fermé en France*. CNAPE. https://www.cnape.fr/documents/guillaume-bronsard-_etude-medico-psychologique-dadolescents-places-en-centre-educatif-ferme-en-france/

Bronsard, G., Leroux, P.-A., Diallo, I., Eleuterio, J., Le Bihan, A., Boyer, L., & Lavenne-Collot, N. (2025). Prevalence of mental disorders in closed educational centers in France. *L'Encéphale*, *51*(1), 15-21. https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.11.026

Charles, C., Auger, M., & Trombert, C. (2024). *État suicidaire de jeunes en structure collective de protection de l'enfance*. Observatoire National de la Protection de l'enfance. https://onpe.france-enfance-protegee.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapport-final-2024-2.pdf

Choquet, M., Hassler, C., Morin, D., Cazier, D., Dray, D., Choquet, L.-H., Goislard, L., & Grousset, J. (2005). *Santé des 14-20 ans de la protection judiciaire de la jeunesse (Secteur public) sept ans après*. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570683v1/document

CNAPE. (2020). *La santé mentale des mineurs*. Comité des droits de l'enfant de l'ONU. https://www.cnape.fr/documents/cnape_contribution-sur-la-sante-mentale-des-mineurs-examen-de-la-france-par-le-comite-des-droits-de-lenfant-de-lonu_juillet-2020/

Cour des comptes. (2023). *La pédopsychiatrie. Un accès et une offre de soins à réorganiser*. https://www.ccomptes.fr/system/files/2023-03/20230321-pedopsychiatrie.pdf

Danner Touati, C., Miljkovitch, R., Dubois-Comtois, K., Sirparanta, A., & Deborde, A.-S. (2021). Facteurs de risque et de protection au cours du placement associés à la santé mentale : une revue systématique de la littérature. *Devenir*, *33*(2), 135-172. https://doi.org/10.3917/dev.212.0135

De Carvalho, E., & Frisson, O. (2021). Le mésusage des médicaments dans la population de mineurs non accompagnés sur la ville de Lyon. *Courrier des addictions*, *23*(4).

Debout, M., & Delgènes, J.-C. (2024). *Idées reçues sur le suicide : Mieux comprendre pour mieux prévenir* (2e éd.). Le Cavalier Bleu.

DPJJ MMNA. (2021). *Rapport annuel d'activité*. https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/285748.pdf

Dube, S.-R., Anda, R.-F., Felitti, V.-J., Chapman, D.-P., Williamson, D.-F., & Giles, W.-H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*, *286*(24).

Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., & Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *35*(3).

Even, M. (2017). *Santé mentale des enfants placés à l'aide sociale à l'enfance, revue de littérature* [Thèse de doctorat, Université de Bordeaux].

Franc, N., & Purper-Ouakil, D. (2010). Impact des maltraitances dans l'enfance. Dans P. Courtet (dir.), *Suicides et tentatives de suicide* (p. 71-75). Lavoisier. https://doi.org/10.3917/lav.court.2010.01.0071

Gaspar, J.-F. (2012). *Tenir ! : Les raisons d'être des travailleurs sociaux*. La Découverte. https://doi.org/10.3917/dec.gaspa.2012.01

HAS. (2021). *Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/pe_psy_mel_vf.pdf

Hourdet, A., Rénier, M., Van de Steeg, F., Rieutord, G., & de Champs Léger, H. (2020). État de santé des patients se déclarant mineurs non accompagnés et non reconnus mineurs : Enquête rétrospective au sein de la Permanence d'accès aux soins de santé de l'Hôtel-Dieu. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, (27), 531-537.

Miller, L., & Santiago, I. (2025). *Tome I du rapport de la commission d'enquête sur les manquements des politiques publiques de protection de l'enfance*. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/rapports/cease/l17b1200-ti−rapport-enquete#

Milon, A., & Amiel, M. (2017). *La situation de la psychiatrie des mineurs en France*. Sénat.

Mironova, P., Rhodes, A. E., Bethell, J. M., Tonmyr, L., Boyle, M. H., Wekerle, C., Goodman, D., & Leslie, B. (2011). Childhood physical abuse and suicide-related behavior: A systematic review. *Vulnerable Children and Youth Studies*, *6*(1). https://doi.org/10.1080/17450128.2010.542301

MSF, & Comède. (2021). *La santé mentale des mineurs non accompagnés*. https://www.comede.org/wp-content/uploads/2021/11/rapport-sant%C3%A9-mentale-MNA-web.pdf

Patoz, M.-C., & Samalin, L. (2022). Comprendre les conduites suicidaires : définition et facteurs de risque. *La Presse Médicale Formation*, *3*(4), 316-321.

Pommepuy, N. (2020). Innover, ou revisiter la pédopsychiatrie ? *Nouvelle Revue de l'Enfance et de l'Adolescence*, *2*(1).

Ravon, B., & Vidal-Naquet, P. (2016). L'épreuve de professionnalité : de la dynamique d'usure à la dynamique réflexive. *SociologieS*. http://journals.openedition.org/sociologies/5363

Roptin, J. (2017). Quel savoir adolescent pour les mineurs non accompagnés… victimes de violence politique ? *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, *96*(2), 53-66. https://doi.org/10.3917/read.096.0053

Sachs-Ericsson, N.-J., Rushing, N.-C., Stanley, I.-H., & Sheffler, J. (2016). In my end is my beginning: developmental trajectories of adverse childhood experiences to late-life suicide. *Aging & Mental Health*, *20*(2).

Scodellaro, C. (2022). Violences sexuelles et tentatives de suicide. Dans *Suicide : mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes (5e rapport)*. Observatoire National du Suicide, DREES.

Simon, A. (2023). *Les effets de l'enfermement sur les mineurs détenus*. DPJJ.

Slater, T. (2014). *Exploring the role of social workers in suicide prevention* [Thèse de doctorat, Cardiff University School].

Touba, J., Simon, A., Gilloots, M., & Moro, M.-R. (2017). Situation de mineurs étrangers isolés en milieu carcéral à travers une lecture transculturelle. *Enfances & Psy*, *73*(1).

Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. La Découverte.

Uniopss. (2023). *Pénurie de professionnels en protection de l'enfance*. Uniopss-Uriopss. https://www.uniopss.asso.fr/sites/default/files/fichiers/uniopss/resultats_enquete_du_reseau_uniopss-uriopss_protection_de_lenfance_-_nov_2023_0.pdf

**SEREV**

Service des études,
de la recherche
et des évaluations

**DPJJ**

Direction de la protection
judiciaire de la jeunesse

Cette recherche a été pilotée par le service des études, de la recherche et des évaluations de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse

Rapport complet disponible sur www.justice.gouv.fr

© Ministère de la Justice/DICOM/Impression CIN 2026