Institut Wallon pour la Santé Mentale

Les situations « complexes »

État des lieux et pistes de travail concernant la prise en charge des adolescents présentant des problématiques psychologiques et comportementales sévères

Chercheurs : Pascal Minotte et Jean-Yves Donnay
Tél. : 081/23.50.18 E-mail : p.minotte@iwsm.be

Avec le soutien du Cabinet du Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des Chances

Ce rapport est construit de mille et une idées « empruntées », notamment aux participants au groupe de travail. Il eût été plus juste, mais impossible, de référer systématiquement celles-ci à leurs sources. Quoi qu'il en soit, nous remercions chaleureusement tous ceux qui nous ont aidés dans la construction de ce texte…

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 5
Méthode de travail 7
Les interviews 7
Le travail de synthèse des lectures ressources 8
Le groupe de travail 8
Une « Commission thématique » IWSM à vocation réflexive 10
Différents lieux de réflexion en lien avec cette problématique 10
Synthèse du processus de construction du rapport 11
Situations complexes, jeunes « incasables », qui sont-ils ? 12
Quelque chose de commun au début de leur histoire 12
Quelque chose à apprendre de leurs trajectoires 13
Les troubles psychiques 15
Carences affectives et adolescence 16
Le traumatisme psychique 18
Ils sont rarement porteurs d'une demande explicite 19
La question du diagnostic 19
Situation « psychiatrique » ? 20
De combien de jeunes est-il question ? 22
Les constats 24
Le morcellement des suivis, l'absence du « fil rouge » 24
Des logiques d'orientation critiquables 25
Qualification — disqualification : socialisation ? 26
La communication, le travail en réseau, les relais 26
Au niveau politique 28
Un mot pour les équipes et les travailleurs 28
Les constats concernant les situations judiciarisées : rencontre avec des juges de la jeunesse 29
Réflexions et pistes de travail en réponse aux constats 33
Une complexité dont il faut tenir compte 33
Prévenir et traiter la souffrance 33
L'évaluation et le diagnostic 34
La cohérence des interventions et des orientations dans la prise en charge, le « fil rouge » 35
Communiquer et travailler ensemble 39
Au sein des équipes, quelques pistes 40
Services spécialisés versus services généralistes 41
Au niveau politique 43

Quelques exemples concrets 44
Le travail en réseau : exemple du projet LINK en Flandre 44
Un exemple de service spécialisé : l'unité Karibu 45
Des exemples de lieux de vie en capacité d'accueillir les « situations complexes » 47
Le Toboggan 47
Le centre « De Wissel » 47
Un exemple de structure d'aide transversale : l'Entre-Temps 48
D'autres « outils » en perspectives 49
Discussion 50
Du côté des Services de Santé Mentale 51
AAJ et SSM, des collaborations parfois compliquées 51
Relations et communication avec les partenaires 52
Données issues des rapports d'activités des Services de santé mentale 52
Que disent les Services de santé mentale rencontrés ? 54
De quelle population parle-t-on ? 54
Prise en charge : modes et enjeux 56
La « fonction de liaison » 57
L'importance du soin précoce 57
Réflexions autour du rôle des services de santé mentale dans la prise en charge des situations « complexes » 58
Synthèse 60
Le public cible [p. 11] 60
Les constats [p. 23] 60
Piste de travail de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale concernant la prise en charge de mineurs dont la situation est complexe 62
Annexe 1 : Eléments de réflexion issus de la Commission « pédopsy » IWSM sur la complexité 69
Les différentes dimensions de la complexité 69
La complexité est avant tout contextuelle 69
Des réseaux 69
Des pathologies 69
Les réponses à la complexité 69
Questionnements par rapport à la complexité 70
Pistes pour la suite du travail 70

Introduction

Ces dernières années, la question de la délinquance juvénile a occupé une place de choix dans les débats tant aux niveaux médiatique que politique. Il semble établi que la jeunesse est plus violente que jamais, des faits de plus en plus graves seraient commis par des jeunes de plus en plus jeunes… Nombre d'exemples dramatiques en constitueraient la preuve.

À côté de cela, les journaux laissent les citoyens perplexes lorsqu'ils relayent ce qui est présenté comme des couacs du système. Tel jeune a dû être « relâché » faute de place dans les institutions, tel autre en est déjà sorti, tel autre encore écope d'une peine jugée trop clémente… Il semble acquis dans l'opinion publique que le système fonctionne mal, il serait soit trop laxiste, soit mal « équipé ».

Un autre débat est régulièrement convoqué sur la scène médiatique suite à des faits divers sordides et spectaculaires (les affaires Lhermitte, De Gelder et « Junior » pour prendre les plus récentes), celui de la folie et de la responsabilité. La figure du « fou dangereux », du « cas psychiatrique » ou encore du « jeune psychopathe » est extrêmement présente dans l'iconographie médiatique contemporaine, aussi bien dans les fictions que dans le traitement de l'actualité. Les discours émergents dans ces contextes particuliers proposent généralement une lecture manichéenne démontrant une méconnaissance épistémologique et clinique de la « maladie » mentale.

Les jeunes dits « complexes », sur lesquels porte ce rapport, se situent au croisement de la sphère judiciaire (pour certains d'entre eux), de la sphère éducative et de la sphère médicale (psychiatrique), mais également au croisement des débats et polémiques dont nous venons de faire l'écho. En effet, s'ils questionnent l'offre dans sa transversalité, ils questionnent aussi nos représentations, nos angoisses et nos valeurs…

C'est la raison pour laquelle il faudra nous montrer prudents par rapport à ce qui semble faire lieu commun. C'est ainsi, par exemple, que les chiffres récemment publiés infirment l'assertion (racoleuse pour qui sait s'en servir) selon laquelle la délinquance juvénile serait en augmentation.

Lorsque l'on prend la peine de se pencher sur les données disponibles, beaucoup de clichés en prennent un coup. Tout d'abord, dans une perspective historique, la violence est en diminution constante[1] en Europe depuis le milieu du XVIIe siècle[2]. Selon l'historien Robert Muchembled, les quelques périodes plus agitées que l'Europe a connues depuis 1650 correspondent à la cooccurrence d'un pic démographique et d'un grippage des processus de transmission intergénérationnels[3]. Globalement, les pays européens ont su installer une gestion efficace de la violence.

Dans un autre champ de recherche, la criminologie, « La statistique "nouvelle" du parquet de la jeunesse[4] » nous montre qu'aucune donnée statistique n'accrédite la thèse d'une augmentation de la délinquance juvénile ou encore de son aggravation en terme de faits commis. Il semblerait qu'on assiste plutôt à un statu quo depuis une vingtaine d'années et que l'extrême majorité des délits perpétrés par des mineurs sont de faible gravité[5]. Ces résultats sont en accord avec les études de délinquance autorévélée pratiquées depuis plus de quinze ans dans une trentaine de pays occidentaux[6]. Rajoutons à cela que la grosse majorité des dossiers ouverts par la justice impliquant des moins de dix-huit ans concernent des mineurs en danger !

Autrement dit, s'il existe un problème avec notre jeunesse actuellement, c'est la difficulté dans laquelle nous sommes de leur proposer une image positive d'eux-mêmes et de leur avenir. Le vécu subjectif d'insécurité vient saturer nos représentations et nous empêcher d'assumer notre première responsabilité, donner confiance, crédit et reconnaissance aux adultes en devenir.

---

[1] En dehors de période de guerre.
[2] Robert Muchembled, « Une histoire de la violence », Paris, Seuil, 2008.
[3] Prenons l'exemple de la situation de certaines banlieues françaises qui reflète notamment les difficultés de transmissions entre générations au sein des familles immigrées ; mais aussi la difficulté dans laquelle se trouve la société française à proposer un projet de vie crédible à cette jeunesse.
[4] Charlotte Vanneste, Eef Goedseels, Isabelle Detry, « La statistique nouvelle des parquets de la jeunesse : regards croisés autour d'une première analyse » - http://nicc.fgov.be/Index.aspx?SGREF=2482
[5] Voir également à ce sujet l'article « L'image faussée de la délinquance juvénile » dans le Soir du 24 mars 2009.
[6] Travaux réalisés à l'ULg par Claire Gavray pour la Belgique francophone. Voir à ce sujet l'article « Pourquoi avoir peur des jeunes » dans le Vif du 15 mai 2009.

Appréhender une catégorie de population qui cumule les stigmates (adolescent, délinquant, caractériel, fou, etc.) c'est aussi (et peut-être surtout) toucher aux questions de l'exclusion, de la précarité, aux limites de notre système et de ses capacités d'intégration… et si nous nous concentrons dans ce travail sur les dispositifs de prise en charge et sur les possibilités de collaborations intersectorielles, il n'en reste pas moins qu'il ne faut jamais perdre de vue ces questions fondamentales.

Dans le présent rapport, après avoir résumé notre méthode de travail, nous nous attacherons à définir plus précisément la population en question, sachant que **nous ne nous sommes pas cantonnés ici aux situations judiciarisées**[7]. Nous énoncerons ensuite un certain nombre de constats, notamment sur les problèmes rencontrés actuellement dans la prise en charge de telles situations. Après quoi, nous verrons ce qui existe et ce qui peut être fait pour améliorer l'offre concernant ce public.

Enfin, nous nous poserons la question de la place des Services de Santé Mentale dans ces prises en charge. Qu'en est-il actuellement ? Quel rôle peuvent-ils jouer dans les dispositifs à l'attention de ce public ? Etc.

[7] Nous verrons plus loin dans le rapport que la judiciarisation d'une situation n'est pas un critère pertinent pour cibler notre population. De plus, il semble que les situations judiciarisées bénéficient de plus de possibilités que celles qui ne le sont pas. Il est dès lors essentiel de se pencher aussi sur les jeunes qui ne se sont pas vu ouvrir un dossier 36.4.

Méthode de travail

Le contenu de ce rapport est alimenté par des interviews, la lecture de documents ressources (littérature classique et littérature « grise »), mais aussi un groupe de travail animé par l'IWSM et une Commission thématique. Nous avons également fréquenté différents lieux de réflexion en lien avec cette problématique.

Notons dès à présent, et ce n'est pas rien, **la concordance des constats entre les différentes sources** (interviews, biblio, groupe de travail).

Les interviews

Nous avons réalisé les interviews de personnes-ressources, d'équipes et de représentants d'institutions appartenant à tous les secteurs concernés par ces situations complexes. C'est ainsi que nous avons rencontré :

- un C.A.S. (Centre d'Accueil Spécialisé) pour jeunes filles dans la région de Mons ;
- un C.A.S. pour garçons à Ransart ;
- un C.A.U. (Centre d'Accueil d'Urgence) à Baelen ;
- un C.A.U. à Kain
- un C.O.O. (Centre d'Orientation et d'Observation) et un S.A.A.E. (Service d'Accueil et d'Aide Educative) à Russeignies
- différents représentants des trois services FOR-K (U.T.I.) de Bruxelles, Liège et Tournai ;
- le centre hospitalier « Le Domaine » à Braine-l'Alleud (unité pour adolescents et service d'outreaching) ;
- un P.P.P. (Projet Pédagogique Particulier) à Seraing ;
- le service d'outreaching de la Province du Luxembourg ;
- une unité pédopsychiatrique à Spy ;
- le directeur pédagogique de l'IPPJ de Braine-le-Château ;
- trois inspectrices des services de l'Aide à la Jeunesse ;
- Les SSM de Florennes, Louvain-la-Neuve, Verviers, Charleroi et Marchienne et l'ATSMA.

Grâce à cet « échantillon », nous avons voulu effectuer un coup de sonde réparti sur l'ensemble de la Région wallonne et dans différents types d'institutions susceptibles de rencontrer notre public cible. Ces interviews n'avaient pas de vocation quantitative ou statistique et encore moins celle de saturer la question, mais plutôt de nourrir la réflexion à travers des témoignages de terrain et la récolte d'un matériel qualitatif.

Ces interviews se sont faits sur base d'entretiens semi-structurés, adaptés au type de structure rencontrée, mais présentant une trame similaire. Il s'agit, dans un premier temps, de comprendre le fonctionnement global de l'institution, son public, ses objectifs, ses moyens (équipe, outils, références théoriques, etc.) ; pour ensuite envisager la question des « situations complexes ». En effet, la littérature à ce sujet nous apprend que ces situations présentent souvent des trajectoires de « prise en charge[8] » chaotiques, impliquant un nombre considérable de services de différents secteurs. Nous avons donc nous-mêmes circulé entre ces différents services afin de vérifier s'ils sont bien confrontés à ce type de situations ; à quelle fréquence, et quelles sont les solutions trouvées pour celles-ci (en terme d'orientation et de prise en charge). Nous avons également essayé de voir si certaines de ces solutions impliquent des services ambulatoires, comme des Services de Santé Mentale (SSM). Nous nous sommes aussi intéressés tout particulièrement à la façon dont sont établis les diagnostics dans les différents services rencontrés. En effet, d'emblée cette question nous a paru centrale dans la mesure où, d'une part, elle conditionne les orientations effectuées et, d'autre part, elle est loin de faire consensus.

Précisons enfin que ces interviews ont été complétées par les rencontres (1) de représentants du monde judiciaire (cf. cinquième séance du groupe de travail développée plus loin) et (2) de l'ATSMA[9] (cf. chapitre sur la place des SSM).

Notons ici que la grande variété des institutions et des services concernés ainsi que la complexité du système d'offre et les singularités territoriales empêchent toutes généralisations simplistes, ou simplement synthétiques. Ajoutons à cela qu'en matière de santé mentale (et les épistémologues nous diront en toute matière), il n'existe

[8] Expression englobant aussi bien les aspects curatifs, qu'éducatifs ou orthopédagogiques.

[9] Association des Travailleurs de Santé Mentale Ambulatoire.

pas une et une seule vérité, mais bien des "points de vue". Nos garde-fous par rapport à ces difficultés résident principalement dans les deux principes suivants :

(1) s'il n'existe pas de données ou de discours neutres (à plus forte raison en santé mentale), l'essentiel est de pouvoir les situer. Par exemple, il nous apparait fondé de consulter une fédération d'acteur dans le cadre d'une recherche afin de récolter des réponses représentatives d'un ensemble plus large d'acteurs (et ainsi dépasser tant que possible les particularismes). Par contre, il est alors essentiel que les données issues de la rencontre d'une fédération soient clairement situées dans leur contexte et donc clairement attribuées à leur source.

(2) Le travail est le fruit d'une coconstruction impliquant, dans la mesure du possible, les différentes « sensibilités » concernées par ces questions. En l'occurrence, le rapport et ses différents chapitres ont fait l'objet de nombreuses relectures, discussions, validations de la part des participants au groupe de travail (corps du rapport) et des membres de la Commission (rapport et pistes de travail) de telle sorte que, sans proposer de vérité transcendante, il traduit, tant que faire ce peut, une perception collective.

Le travail de synthèse des lectures ressources

Un certain nombre d'auteurs, de chercheurs et de groupes de travail se sont déjà penchés sur la question des situations complexes ainsi que de la transversalité (psychiatrie – justice – éducation) dans le travail en réseau. Nous avons prêté une attention toute particulière aux travaux suivants :

- DE BACKER Bernard, DEVOLDER Joëlle, SICHEM Véronique (novembre 1997), « *L'Aide à la jeunesse et la protection de la jeunesse : vers une logique de dispositifs ?* », rapport publié à l'initiative de La Porte Rouge avec l'appui de la Direction générale de l'Aide à la jeunesse du Ministère de la Communauté française.
- Groupe de travail mis en place par la Ministre Maréchal (dont nous n'avons pu trouver que la page des « pistes de solutions ») (2003).
- Institut Wallon pour la Santé Mentale (octobre 2003), « *Le champ de la santé mentale des enfants et des adolescents : présentation d'expériences et cadastre des services existants* ».
- MORIAU Jacques (décembre 2003), « *L'ado, la crise, la vie active, la folie* », publication de la Plate-Forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale.
- BLONDIEAU Luc (juin 2005), « *Un adolescent, sa famille, des intervenants… un vrai défi* », rapport publié par le Conseil d'Arrondissement de l'Aide à la Jeunesse de Namur et la Plate-Forme Namuroise de Concertation en Santé Mentale.
- FOUARGE Luc (juin 2007), Synthèse du Groupe de travail « *Jeunes et transversalités* », organisé à la demande du Comité de Gestion de l'AWIPH.
- PV de l'intergroupe pédopsychiatrique du 10 avril 2008.
- PV du groupe de travail « *ABUS SEXUEL* » du conseil régional des services de santé mentale du 7 mai 2008.

Une synthèse réalisée à partir de ces travaux, reprenant l'ensemble des constats et des recommandations de ceux-ci, fut utilisée comme point de départ de notre groupe de travail. Il nous a paru important de faire bénéficier celui-ci de ce qui a déjà été fait, afin de ne pas se limiter à des constats déjà connus et d'ébaucher des solutions. Le rapport final contient encore nombre de références et de citations issues de ces documents.

Indépendamment des travaux dont nous venons de parler et qui ont servi comme point de départ dans la construction des constats dans le groupe de travail, une bibliographie « classique » est présentée en fin de rapport.

Le groupe de travail

Intitulé « *groupe de travail concernant la question de la prise en charge des mineurs présentant des troubles psychiatriques associés à des difficultés comportementales graves (passage à l'acte violent et/ou sexuel transgressif)* », celui-ci regroupe des professionnels appartenant à l'ensemble des secteurs concernés, répartis sur le territoire de la Région wallonne.

Liste des inscrits au groupe de travail		
Nom	**Prénom**	**Institution**
BAEL	Damien	Coordinateur de liaison judiciaire des Marronniers, Tournai
BLAVIER	Anne-Cécile	ISoSL site Petit Bourgogne, Liège
CHEVALIER	Vinciane	Coordinatrice de liaison judiciaire ISoSL, Liège
CLAIX	Adèle	Outreaching FOR-K aux Marronniers, Tournai
CORNET d'ELZIUS	Régine	Substitut du Procureur du Roi à Namur SPJ de Tournai
DAVE	Mathilde	Psychologue à La Pommeraie, Ellignies-Sainte-Anne
de BELLEFROID	Bénédicte	Plateforme Namuroise de Concertation, Namur
DEJONGHE	Marie	Coordinatrice clinique à l'Unité de psychopathologie légale, Tournai
DELIEGE	Isabelle	IWSM - recherche réseau
DELORD	Marianne	Coordinatrice de liaison judiciaire Jean Titeca, Bruxelles
DEPLECHIN	Pierre	Directeur de l'ASBL Espoir : Intégram, La Pierre bleue et Francheterre
DONNAY	Jean-Yves	IWSM - recherche pédopsy
FAVIER	Valérie	Éducatrice au C.A.U. Le Lion Vert, Kain
FRANSSEN	Angélique	Coordinatrice de liaison judiciaire ISoSL, Liège
GOFFINET	Marie-Jeanne	Thérapeute du développement au SSM "la Pioche"
JOIRET	Étienne	Responsable du l'unité Karibu centre hospitalier Jean Titeca, Bruxelles
KADJO	Marie-Rose	Directrice de l'ASBL L'entre-temps, Braine l'Alleud
KAISIN	Patrick	Psychologue à La Petite Maison, Chastre
LABIJN	Brigitte	Thérapeute au SSM de Florennes
LATAWIEC	Valérie	Psychologue à L'Entre-Temps, Braine l'Alleud
MAES	Sophie	Pédopsychiatre responsable de l'unité adolescents à l'HP Le Domaine, BLL
MEGANCK	Isabelle	Intervenante psychosociale à L'Entre-Temps
MINOTTE	Pascal	IWSM - recherche pédopsy
SACRE	Vincent	Éducateur au Home Kegeljan, Moustier-sur-Sambre
SIMON	Isabelle	Directrice de l'IMP Ste Gertrude, Brugelette
THITEUX	Michel	Directeur de La Ferme du Soleil, Soumagne
TURINE	Francis	Directeur des Goélands, Spy
WEGIMONT	Didier	Pédopsychiatre à ISoSL, Liège

La première séance du groupe a permis à chacun de se présenter et de formuler ses attentes. **La deuxième séance** fut l'occasion de préciser notre mode de fonctionnement, les questions qui allaient nous guider et de définir plus précisément ces jeunes dits « complexes ». **Les séances trois et quatre** furent l'occasion de circuler dans différents dispositifs existants destinés à ces situations complexes. Nous pensons, par exemple, aux projets mis en place par l'Entre-Temps ou, évidemment, aux services FOR-K. Notons qu'entre chaque réunion du groupe, un compte rendu complet (basé sur un enregistrement) et un travail de synthèse et d'analyse sont effectués par les chercheurs de l'IWSM. Cette étape nous apparaît essentielle pour tirer un maximum de profits d'un dispositif comme celui-ci. Il serait en effet mal venu de déplacer autant de personnes ressources sans se donner les moyens d'exploiter correctement le « matériel » obtenu. Précisons enfin que chaque réunion est l'occasion de découvrir un nouveau lieu, puisque le groupe circule dans les différentes institutions des participants au travail.

La cinquième réunion fut organisée autour de représentants du monde judiciaire. En effet, il était essentiel d'entendre leur vécu et leur point de vue sur la question. Cette séance fut l'occasion d'entendre les juges Jacques

Stéphany (Charleroi) et Jean-François Velge (Bruxelles) ainsi que la substitut du procureur du Roi, Régine Cornet d'Elzius (Tournai).

La sixième séance s'est déroulée à Leuven, dans les locaux du service De Wissel où nous avons été accueillis par Monsieur Rémi Stegen, coordinateur de cette institution et du projet « Link ». L'objectif était de rencontrer des projets novateurs réalisés dans le Nord du pays.

La septième séance a été destinée à relire ce rapport afin de confronter les conclusions et d'isoler des propositions de recommandations prioritaires.

Une « Commission thématique » IWSM à vocation réflexive

À l'ensemble du dispositif vient s'adjoindre une « Commission thématique[10] » dont l'objectif est de nourrir la réflexion concernant l'objet de la recherche, dans un positionnement que nous pourrions qualifier de tiers (ou encore de « méta »). De plus, aux conclusions du travail de recherche, la Commission vient adjoindre des pistes de travail validées par le Conseil d'Administration de l'IWSM. Participent à la Commission « pédopsy » de l'Institut :

Membres de la Commission thématique "pédopsy"			
Nom	**Prénom**	**Catégorie**	**Services**
AGONI-TOLFO	Cinzia	Familles et Usagers	Inforautisme
ANNET	Pascaline	Structures ambulatoires	SSM de la Prov. de Namur
BRADFER	Jean-Marc	Structures psycho-médico-sociales et intervenants de 1re ligne	l'IMP « Mes Petits »
DEFAUX	Karin	Structures ambulatoires	SSM de la Prov. de Namur
FIGUEROA	Marco	Structures hospitalières	Petite Maison
HECTOR	Catherine	Structures psycho-médico-sociales et intervenants de 1re ligne	IMP de Forierres
JONART	André	Plates-formes de Concertation régionales	Les Feux-Follets
KAISIN	Patrick	Structures hospitalières	La Petite Maison
LEMESTRÉ	Stéphanie	Familles et Usagers	Personne intermédiaire
THITEUX	Michel	Structures intermédiaires	La Ferme du Soleil
TONA	Salvatore	Structures intermédiaires	Le Creuset
TURINE	Francis	Plates-formes de Concertation régionales	Les Goélands
ERICH	Thérésia	Structures ambulatoires	SSM Balances

Différents lieux de réflexion en lien avec cette problématique

En citant nos différentes sources d'inspiration, nous ne serions pas complets si nous éludions d'autres démarches, parallèles, mais complémentaires, auxquelles nous avons participé. En effet, à l'invitation de la Plate-Forme Namuroise de Concertation en Santé Mentale, nous coorganisons avec eux des tables rondes autour de la question de la prise en charge des mineurs délinquants présentant des problèmes de consommation de drogue. Bien que cette thématique soit différente de celle présentée dans ce rapport, elle touche néanmoins en partie des publics similaires. Les deux travaux peuvent mutuellement s'enrichir.

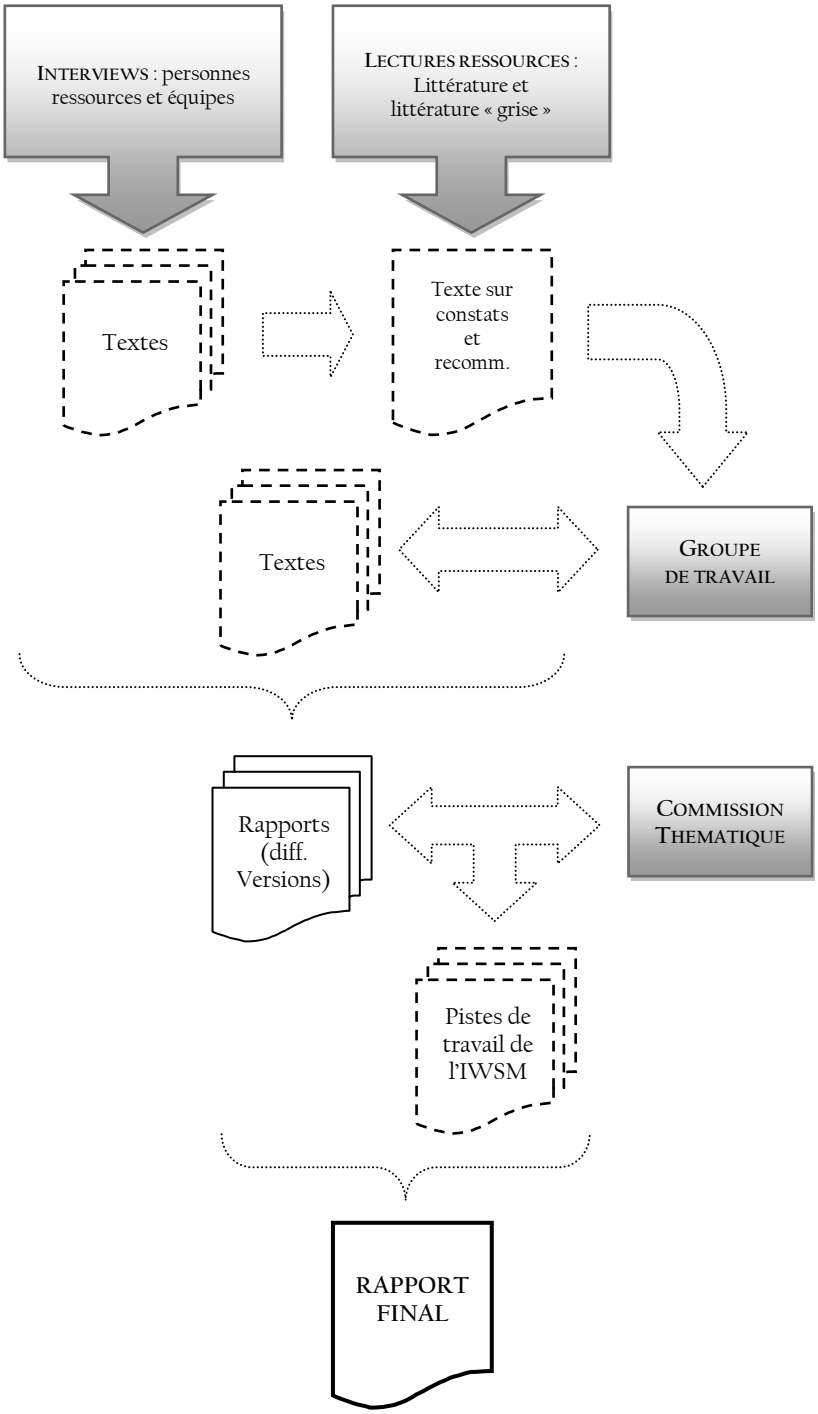
Ensuite, il nous faut également renseigner notre participation au Comité de pilotage de la Concertation Transversale des projets thérapeutiques « jeunes ». L'expérience apportée par les tentatives de valorisation de dynamique de réseau autour de situations chroniques et complexes est riche en enseignements et peut également alimenter fertilement notre réflexion.

Il faut enfin renseigner les groupes constitués dans le cadre de la recherche menée par l'IWSM sur « l'offre de soins et les collaborations dans le champ de la santé mentale des enfants et des adolescents dans les régions de

[10] Groupe de travail permanent, interne à l'IWSM, basé sur le principe de la transversalité. En effet, celle-ci (la commission) regroupe des représentants des différentes catégories de membres de l'Institut.

Charleroi et du Centre » qui furent l'occasion de se familiariser avec les difficultés rencontrées par les acteurs de l'AAJ et de l'enseignement dans leur collaboration avec le secteur de la santé mentale.

Synthèse du processus de construction du rapport



Situations complexes, jeunes « incasables », qui sont-ils ?

Situations complexes, cas limites, jeunes difficiles et « incasables », les adolescents dont il est question se voient nommés de différentes façons… Si ces expressions renvoient à un public cible, elles réfèrent avant tout à un certain type d'interactions entre ce public et les différents systèmes d'offre et de contrôle (éducatif, thérapeutique, judiciaire) assurant traditionnellement aide et contenance aux mineurs en difficultés[11]. Ces situations ont pour point commun une *impasse*, ou plutôt l'*impossibilité d'une rencontre*, quelque chose qui ne peut se faire dans le cadre des propositions classiquement adressées à cette classe d'âges. Jeunes et intervenants sont ici confrontés à une incapacité spéculaire qui n'est l'attribut intrinsèque d'aucun d'entre eux, mais bien des dynamiques complexes qui se sont installées entre et malgré eux. Dès lors, s'il convient de définir le plus précisément possible la population concernée par ce travail, il nous faut garder à l'esprit que celle-ci n'a de sens que dans un contexte et une dynamique donnés. *C'est l'interaction entre l'histoire du jeune et de sa famille, les institutions et leur organisation, et les manifestations du présent (le jeu des acteurs dans la situation actuelle), qui construit l'incasabilité*[12]. C'est pourquoi notre travail s'attachera à décrire ce qui se passe tant du côté du jeune que des institutions et des interactions entre les deux.

Suite à l'analyse lexicale de fiches cliniques qui ont permis de sélectionner des situations *incasables*[13], Jean-Yves Barreyre[14] relève trois types de critères discriminants aux yeux des professionnels de terrain. Tout d'abord, *l'incasable des institutions*, autrement dit le jeune pour lequel l'offre de prise en charge est inadéquate et qui met en échec les réponses institutionnelles ; ensuite *l'individu événement*, qui se caractérise par des passages à l'acte qui font *clashs* dans les lieux de vie qui l'accueillent et enfin le jeune marqué par *des troubles psychiques*. Les situations complexes que nous évoquons condensent généralement ces critères.

Nous pouvons dire de ces jeunes qu'ils présentent à la fois des problèmes qualifiés de psychiatriques et de graves problèmes comportementaux qui finissent parfois par entrainer une judiciarisation de leur prise en charge. **Le point commun de ces adolescents est qu'ils perturbent le système d'offre tel qu'il est organisé et amènent régulièrement les institutions à ne plus se reconnaître compétentes pour les accueillir**. Les transgressions et les passages à l'acte auto et hétéro agressifs font partie des « symptômes » qui mettent le plus à mal les équipes, **l'indication d'une réponse à valence plus curative qu'éducative étant compliquée à établir… et lorsqu'elle est établie, semble difficile à appliquer**. Quelle que soit la nature du service qui les accueille, celui-ci est généralement mis en difficultés dans sa mission par le comportement du jeune, de telle sorte que d'autres solutions vont s'envisager… De cette façon, si l'on n'y prend garde, **leur parcours s'inscrit dans le morcellement et l'errance**.

Quelque chose de commun au début de leur histoire

La grande majorité de ces adolescents ont une histoire marquée par la souffrance et les situations traumatiques. Le décès d'un proche, le rejet par les parents, les violences intrafamiliales, les abus sexuels, la maladie psychique d'un parent, l'exil dans des conditions difficiles, viennent souvent plomber leurs anamnèses.

---

[11] Nous aurions d'ailleurs pu nous attarder plus longuement sur la *complexité (au sens des « situations complexes »)* dans ses dimensions sociologique et systémique. Par exemple, la complexité des familles, de leurs configurations, de leurs modes de fonctionnement (*redéfinition des coordonnées de la normalité*, *mutation du rapport à la norme*), la fragilisation du lien social, de ses capacités à soutenir et à contenir. Mais aussi la complexité résultant d'un phénomène d'exclusions multiples ; processus global qui concerne différentes dimensions de la vie des enfants et des familles (enseignement, institutions, entourage, etc.) et dont les enjeux sont capitaux. Faute de temps, nous nous limiterons à évoquer ces dimensions, bien conscients qu'elles font partie intégrante de la question. **Ces dimensions de la complexité ont été travaillées en commission thématique IWSM. Vous pourrez trouver en annexe 1 une synthèse de cette réflexion.**

[12] Barreyre J-Y, Fiacre P., Joseph V., Makdessi Y. (2008), « Une souffrance maltraitée – Parcours et situations de vie des jeunes dits "incasables" », *Recherche réalisée pour l'Observatoire National de l'Enfance en Danger, le Conseil général du Val-de-Marne et du Val d'Oise*, p. 76.

[13] Le terme « incasable » n'est pas particulièrement joli, il a cependant le mérite, de façon un peu provocante, de mettre l'accent sur les aspects d'interaction entre un sujet et le système plus que sur une déviance ou une « maladie ». De plus, ce terme nous renvoie à un problème de place qui va bien au-delà d'une offre éducative ou curative… elle questionne à juste titre la place qu'une société donne à un individu.

[14] Barreyre J-Y, Fiacre P., Joseph V., Makdessi Y. (2008), op. cit.

Les quelques données qui nous ont été transmises par le service Karibu (FOR-K) du centre Titeca à Bruxelles, à titre illustratif, en sont une preuve parmi d'autres. Celles-ci nous montrent que, concernant ce public, **les carences affectives, les mauvais traitements, les violences subies sont massivement présents.** Une violence qui est généralement rencontrée par le jeune au sein de sa structure familiale. C'est ainsi que plus de cinquante pour cent des mères de ces enfants présentent des antécédents psychiatriques et plus de cinquante pour cent des pères des antécédents de violence.

Nous pouvons donc, à leur sujet, postuler **une « entrée en souffrance » lourde et précoce qui a d'abord et avant tout fait d'eux des enfants à protéger.**

Quelque chose à apprendre de leurs trajectoires

Certains travaux se sont penchés sur les trajectoires de prise en charge de ces jeunes. Cette méthode est probablement l'une des meilleures façons de faire émerger du sens et des non-sens, dans des parcours confus et chaotiques.

Il serait faux de prétendre qu'il n'existe qu'un seul type de trajectoire pour notre public cible, cependant les recherches sur la question arrivent à isoler des points communs à beaucoup de ces situations.

♦ À l'origine, comme nous l'avons déjà souligné, le jeune est confronté à des difficultés familiales sources d'une souffrance aigüe. La situation met parfois plusieurs années avant d'être repérée et dénoncée par un proche, le médecin de famille, l'école ou le jeune lui-même. La durée de ce laps de temps est évidemment lourde de conséquences pour l'enfant. On peut se demander dans l'après-coup le sens que prend pour le jeune cette période durant laquelle personne n'a pu le protéger… Enfin, la première intervention a lieu, suivie très souvent d'un premier placement. L'âge auquel survient le premier placement est variable. Concernant les pensionnaires du service FOR-K de Bruxelles, celui-ci a été évalué à 9,8 ans en moyenne (N=75 ; s=5,34)[15]. La recherche réalisée dans le Val d'Oise et le Val-de-Marne en France montre une certaine disparité quant à l'âge de la première mesure (0-2 ans : 34%, 3-5 ans : 6%, 6-10 ans : 30%, 11-15 ans : 23%). Le premier placement s'effectue généralement « rapidement », moins de trois ans après la première intervention dans 69% des situations (parfois dès découverte de la situation, évidemment).

J-Y Barreyre constate : *la première action sociale ou judiciaire intervient relativement tôt pour la moitié des parcours des jeunes étudiés, et suit rapidement un premier repérage des difficultés de l'enfant. Ce premier repérage consiste généralement en un signalement de l'établissement scolaire, lequel perçoit des indices tels que des traces de maltraitance physique, ou encore des absences et des négligences de la part des parents.*[16]

Ce même auteur[17] identifie à ce niveau deux moments clés par rapport au vécu de l'enfant et à la perception que celui-ci peut avoir de son parcours et de son histoire. Il s'agit de **la période durant laquelle l'enfant a vécu ses premières difficultés sans que personne ne s'en aperçoive** et de **la première séparation d'avec sa mère**, qui correspond souvent à la date du premier placement. L'enfant intègre le système d'aide alors qu'il est en souffrance de par ce qui a justifié son placement, mais également de par les séparations et les changements que le placement implique. En fonction des circonstances, l'enfant garde ou non un contact avec ses parents.

Jacques Moriau souligne que *l'entrée dans le giron de l'Aide à la jeunesse le soumet* (l'enfant) *à une visibilité institutionnelle continue*[18]*. La vie en institution s'organise en effet selon des principes particuliers : application des règles de type disciplinaire liées à la vie en groupe et observation constante des comportements.*

♦ Ensuite, l'entrée dans la puberté avec tout ce qu'elle implique de charges pulsionnelles et de réactivation des problématiques psychoaffectives (œdipiennes notamment) **marque souvent un nouveau tournant dans la**

[15] Il s'agit bien de l'âge de leur premier placement, tous placements confondus, et non l'âge de leur premier placement en service FOR-K.
[16] Barreyre J-Y, Fiacre P., Joseph V., Makdessi Y. (2008), op. cit., p. 33
[17] Barreyre J-Y, Fiacre P., Joseph V., Makdessi Y. (2008), op. cit., p. 51
[18] Moriau J. (2003) « *L'ado, la crise, la vie active, la folie* », publication de la Plate-Forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale, p. 46.

trajectoire du jeune[19]. Les affres de l'adolescence sont source de précarité (de ruptures successives) dans les placements en ce qui concerne notre public.

Souvent, c'est un événement qui vient réveiller la souffrance enfouie, mais toujours intacte (rarement traitée en période de latence). Un parent se montre rejetant vis-à-vis du jeune, un proche décède, la famille d'accueil cesse son activité, un autre jeune se montre violent, un objet à forte valeur symbolique est volé, etc., et le jeune « prend feu ». Les comportements agressifs, les crises clastiques, les fugues, les violences et les menaces sur des personnes connues (éducateurs, autres jeunes de l'institution) ou inconnues, les délits, les violences auto-infligées (automutilation, T.S.), les décompensations, les comportements sexuels inappropriés, les comportements à risques sont autant de causes identifiées qui vont à la fois signifier la souffrance du jeune, mais aussi précipiter des exclusions multiples. Celles-ci s'inscrivent à tous les niveaux : l'école, la famille d'origine, la famille d'accueil, l'institution, les pairs…

Du côté des professionnels, la recherche de solutions s'avère de plus en plus difficile au fil des ruptures (comme nous le verrons dans les chapitres suivants).

Parfois, des **retours en famille** s'envisagent « faute de mieux ». L'expression retour en famille pouvant recouvrir des réalités très diverses. Pour certains, il s'agit en fait d'un retour à la rue et à la débrouille. Quoi qu'il en soit, ces retours au bercail se passent souvent très mal et sont l'occasion d'un nouvel état de crise…

Souvent, le cumul du décrochage scolaire et des « troubles du comportement » amène une **orientation vers un SRJ** (ex. IMP 140). *La catégorie 140 qui, rappelons-le, est une catégorie administrative, est par son rôle de « fourre-tout », le deuxième passage obligé dans le parcours des jeunes difficiles*[20]. Là, les comportements du jeune ne s'arrangent pas. La violence dont il peut faire preuve est mal vécue par les équipes. L'idée de la recherche d'une solution « plus adaptée » va faire son chemin, les institutions pédopsychiatriques sont alors sollicitées. C'est le temps des premières évaluations psychiatriques, le début de la médicalisation de la situation[21].

Notons que, entre deux solutions « durables », il faut **boucher les trous**. Des solutions sont bricolées avec les moyens du bord (passage en famille, CAU). Après son passage en psychiatrie, le jeune retrouve sa famille telle qu'elle était avant son départ, ou un SRJ ou une nouvelle institution de l'AAJ… Les solutions et les ruptures s'enchainent, sur fond de polémique autour des « besoins » du jeune (psychiatriques ou éducatifs).

La spirale infernale dans laquelle le jeune est lancé et l'absence de solutions crédibles aboutit au **recours à l'IPPJ** et/ou aux services **FOR-K** (souvent la dernière « chance » avant un dessaisissement). La « judiciarisation du dossier » ouvre la porte à certaines possibilités de prise en charge plus contenantes.

♦ Au fur et à mesure du parcours, l'âge de la majorité se rapproche. Les solutions déjà trouvées ont eu des durées de vie très variables. *Plus on se rapproche de cette échéance, plus il semble difficile, pour les intervenants, de mobiliser de l'énergie pour trouver des solutions*[22]. La mise en autonomie est la solution la plus fréquente. Cette solution donne parfois de bons résultats. Cependant, il s'agit souvent d'une solution par défaut… Il semble a priori spécieux de spéculer sur une soudaine poussée de ressources juste à l'approche de la dix-huitième année.

Dans d'autres circonstances, plus rares, l'affirmation du caractère psychiatrique de la situation du sujet et son adhésion au traitement permettent l'orientation vers la psychiatrie adulte.

♦ Peu de travaux maintiennent l'analyse de ces trajectoires au-delà des dix-huit ans des jeunes, ce serait pourtant fort instructif. De la même façon, il serait intéressant de croiser les expériences des professionnels travaillant avec des publics adultes particulièrement précarisés (SDF, toxicomanes, détenus) et ceux travaillant avec les jeunes dits complexes. Il apparaitrait probablement rapidement que ces populations se recouvrent en partie. Des ouvrages tels que « Les naufragés[23] » nous en donnent quelques exemples particulièrement éclairants. Danièle Epstein souligne les enjeux qu'il y a à apporter une réponse adéquate au cercle vicieux dans lequel

[19] C'est à cette même époque que celui-ci est amené à changer d'institution étant donné l'organisation du réseau d'accueil divisé entre une population d'enfants et une autre d'adolescents. Enfin, en rentrant dans la catégorie 12-18 ans, l'enfant se voit attribué par l'adulte des responsabilités accrues.
[20] Moriau J. (2003), op. cit., p. 49
[21] Notons que la grosse majorité des jeunes qui nous concernent sont médicalisés. Leur maintien dans certaines institutions peu adaptées à leur profil peut être une cause de surmédicalisation, comme en témoignent les intervenants interviewés.
[22] Moriau J. (2003), op. cit., p. 62
[23] Declerck P. (2001), « Les naufragés », Plon, Paris.

s'inscrivent malgré eux les « incasables ». En effet, si l'entrée dans l'adolescence se marque par des passages à l'acte, sa sortie peut inscrire le sujet dans *la grande exclusion, celle dont on ne revient pas*[24].

Les troubles psychiques

Il ne faudrait pas réduire la problématique et les difficultés de ces jeunes à la simple dimension psychologique. Néanmoins, il s'agit là d'une question importante dans la mesure où nous avons vu que ceux-ci n'en sont pas arrivés là à cause de simples « carences éducatives ». Pour mille et une raisons, souvent traumatiques, une précarité symbolique s'est inscrite profondément en eux, celle-ci est la source d'une souffrance aigüe qui trouve difficilement ses mots. Tout comme pour les trajectoires, il ne s'agit pas ici de saturer les possibilités de compréhension de ce public, dont nous savons déjà qu'il n'est pas évident qu'il soit homogène. Nous nous contentons d'énoncer des pistes qui permettent une meilleure appréhension de la complexité dont ces ados sont porteurs.

Tout d'abord, constatons que le secteur de l'Aide à la jeunesse dans son entièreté est particulièrement concerné par les problématiques d'ordre psychologique, voire psychiatrique.

Les recherches réalisées en Belgique par le Pr. Dirk Deboutte et par le Dr Astrid Janssens[25] de l'Université d'Anvers sont éclairantes à ce sujet. Dans les services de l'AAJ de la Province d'Anvers en 2007 **les problématiques psychiatriques sont de trois à six fois[26] plus présentes que dans une population d'enfants et d'adolescents tout venant**. Les chiffres obtenus, s'ils ne sont pas totalement comparables avec la littérature internationale étant donné que les services de l'Aide à la jeunesse s'organisent différemment dans chaque pays (et donc sélectionnent des populations en partie différentes), sont cependant cohérents avec ceux-ci. En effet, les prévalences obtenues sont toujours très importantes quels que soient les pays concernés. À titre d'exemples, Peeters et Wildiers (1994 - Belgique) prévalence de 48% dans les institutions résidentielles ; Grietens et Hellinckx (2004 – Belgique) prévalence de 43% dans les institutions résidentielles ; Garland et coll. (2001 – USA) prévalence de 54% ; Burns et coll. (2004 – USA) prévalence de 54% ; Leslie et coll. (2005 – USA) prévalence de 37% chez les 0-14 ans tous services confondus ; Kjelsberg et coll. (2004 – Norvège) prévalence de 53% dans les services résidentiels ; Schmid et coll. (2007-Allemagne) prévalence de 57% dans les services résidentiels…

Les résultats de ces travaux amènent deux réflexions. Tout d'abord, l'évidente et logique présence de souffrances psychiques chez les enfants et les adolescents concernés par l'AAJ. Ensuite, il convient de tempérer quelque peu la lecture qui peut être faite de ces données. Les jeunes inclus dans le ratio de ceux présentant une problématique « psychiatrique » ne sont pas nécessairement porteurs de pathologies « moyennes à lourdes » relevant d'un traitement et d'une prise en charge psychiatrique comme une psychose ou une dépression majeure. Tant s'en faut, heureusement. Quoi qu'il en soit, prenons acte de la souffrance psychique présente chez les bénéficiaires de l'AAJ et tirons-en les conséquences qui s'imposent en matière de collaboration entre l'AAJ et la santé mentale, mais aussi en terme de présence des fonctions de psychologue et de pédopsychiatre au sein des institutions de l'AAJ.

Les jeunes dont nous nous préoccupons dans ce travail appartiennent à la proportion de ceux qui ont des « problèmes psychiatriques »[27], ceux-ci étant associés à de graves problèmes comportementaux. Si nous soulignons ces derniers, ce n'est pas parce que nous pensons qu'ils font partie de quelque chose de sécable des difficultés psychologiques du jeune, mais bien parce qu'ils font sens en terme d'incasabilité. **Les passages à l'acte violents** viennent souvent précipiter le basculement de la prise en charge et/ou déclencher une rupture d'avec l'institution d'accueil. Sans vouloir saturer la compréhension du phénomène des renvois multiples par

[24] Epstein D. (2007), p. 17

[25] Janssens A., Deboutte D. (2007) , « Even de bijpass-en - Over de samenwerking Bijzondere Jeugdbijstand en Kinder- en Jeugdpsychiatrie".

[26] La différence est fonction de la personne qui réalise l'évaluation. Dans la recherche en question, l'évaluation de la présence ou non d'une problématique psychiatrique se réalise à trois niveaux : par le jeune lui-même, par ses proches et par un examinateur. Le constat montre que les jeunes évaluent moins de problèmes chez eux que les proches et les examinateurs. De plus, les résultats varient selon que le screening s'effectue dans des institutions résidentielles, des centres de jour, des services ambulatoires ou des jeunes placés en famille d'accueil.

[27] Si on s'en réfère aux tests utilisés pour effectuer le screening dans les différentes recherches présentées ici. Notons qu'il n'est pas évident de définir dans l'absolu ce qu'est une « situation psychiatrique ».

cette simple question, il semble que parfois le terme « complexe » désigne avant tout une violence (auto et hétéro agressive) dont l'institution ne sait que faire.

Une catégorie diagnostique « fourre-tout » du DSM-IV fait directement référence à ces **troubles du comportement**. Celle-ci se décline de différentes façons : trouble oppositionnel avec provocation, trouble des conduites, trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, trouble du comportement perturbateur non spécifié. Ceux-ci, évoqués *lorsque l'agir non socialisé vient en premier plan comme mode d'expression dans la relation*[28] toucheraient 5 % à 9 % des jeunes de 15 ans dans une population tout venant. Ils présentent généralement des comorbidités associées et *peuvent ainsi appartenir à un tableau psychiatrique systématisé : psychose, autisme, syndrome borderline, déficience mentale, troubles anxieux, troubles de l'adaptation, névrose ou à un syndrome neurologique : épilepsie, confusion...*[29].

Le rapport de l'Inserm en France, rendu public le 22 septembre 2005, qui préconise un dépistage systématique dès 36 mois de ces troubles du comportement a permis, si besoin en était, de bien percevoir les limites et les dangers de telle classification. Le journal Le Monde dans un article du 23 septembre 2005 dénonçait *l'absence de base conceptuelle pour regrouper dans un syndrome des troubles du comportement d'étiologies radicalement différentes et la stigmatisation comme pathologie des colères et d'actes de désobéissance qui sont présentées comme les prémices de la délinquance.*[30]

Quoi qu'il en soit, la catégorie « trouble du comportement » présente un intérêt limité dans le cadre de notre travail comme, de façon plus générale, une approche nosologique descriptive et « a-théorique » telle que celle défendue par l'APA[31]. En effet, étant donné l'hétérogénéité de la symptomatologie de ces adolescents[32], ce type de classification ne permet pas d'établir un fil conducteur entre eux au-delà de leurs tendances comportementales inévitablement stigmatisantes. Seules des approches dépassant le simple constat symptomatique nous permettent d'établir une cohérence dans la population concernée tout en proposant un sens non « péjorant » à ses conduites.

Concernant cette symptomatologie, nous pouvons dire que généralement celle-ci viendra faire obstacle d'une manière ou d'une autre, à un moment ou à un autre, à l'établissement dans la durée d'un lien suffisamment sécure entre le jeune, l'institution et les intervenants qui la composent. C'est probablement dans la *rupture* et dans l'exploration des mécanismes qui l'installent que nous devons trouver un trait d'union à ces jeunes.

Les approches psychodynamiques sont plus à même de rendre compte de cette complexité et de ces impasses. Dans ce cadre, différentes portes d'entrée, complémentaires, sont possibles. La principale fait référence à **de graves perturbations dans les relations précoces empêchant l'installation d'une relation de base suffisamment sécurisée au monde**, allant se caractériser par des modes d'attachement que nous pouvons qualifier « d'insécure ou d'évitant [33]». Une autre, souvent complémentaire à la première, se concentre plus spécifiquement sur l'impact des évènements traumatiques survenus dans l'enfance de nombre de ces jeunes.

Carences affectives et adolescence

Les travaux de Bowlby et de Winnicott (pour ne citer qu'eux), devenus classiques parmi les classiques, font encore référence sur la question. Ceux-ci établissent le lien entre un vécu de sécurité physique permis par le contact corporel avec la mère ou son substitut et son prolongement dans l'acquisition progressive d'une sécurité psychique.[34] Il n'est nullement question ici de rentrer dans une polémique concernant ce qui fait ou non unanimité chez les experts, mais bien de souligner l'importance de la qualité des relations que le nourrisson, et puis le jeune enfant, va pouvoir tisser avec son environnement afin d'acquérir les ressources psychiques nécessaires à son épanouissement futur.

[28] Visier J-P, Maury M., notes de cours Module 3 : Maturation et vulnérabilité de l'Université de Rouen. p. 1
[29] Visier J-P, Maury M., op. cit., p. 6.
[30] Forget J-M (2005), « Les troubles du comportement des enfants et des adolescents », article édité le 26/09/2005 sur le site www.freud-lacan.com.
[31] L'American Psychiatric Association qui rédige le DSM.
[32] Nous aurons l'occasion dans un chapitre suivant de revenir sur la question du diagnostic.
[33] Voir, notamment, les travaux de Bowlby à ce sujet.
[34] Robin D. (2009), « Adolescence et insécurité », *Temps d'arrêt lectures* Yapaka.

En cas de carences relationnelles précoces, l'enfant peut développer des activités de quête de sensations, notamment de sensations physiques douloureuses et autodestructrices. Au sujet d'une de ses patientes, Danièle Epstein illustre très bien cette situation. *Faute d'avoir été autrefois bercée, parlée, caressée, Camélia, aujourd'hui, ne peut s'abandonner au sommeil. Elle se cogne la tête contre son lit pour s'endormir, elle s'auto-excite jusqu'à ce que la douleur dessine les contours de son corps, à défaut du regard maternel qui l'aurait unifiée.*[35]

À cette quête de sensations, d'excitation, permettant tant bien que mal de gérer l'angoissante sensation d'un grand vide intérieur, s'associent de fortes carences symboliques qui empêchent la mise en mots (alexithymie), à nouveau au profit du passage à l'acte. *La violence de l'affrontement à l'autre est le témoignage d'une absence de tiers symbolique.*[36]

Jeammet P.[37] nous explique que les principales menaces qui insécurisent le sujet à l'adolescence concernent la possible perte du sentiment de sa propre valeur, de sa capacité de se contrôler et de se sentir maître de lui, acteur de sa vie, assuré de sa continuité et de son identité. Ces craintes ont pour effet de réactiver une ambivalence fondamentale sous-tendue par deux angoisses : **la peur de l'abandon** (ne plus compter pour les autres, ne plus être vu et considéré) et **l'angoisse de l'invasion, de la fusion** (la peur d'être absorbé par ceux dont il a besoin et qui font intrusion en lui). *La puberté menace de plonger l'adolescent dans une situation de lien paradoxal avec ceux dont il a besoin, en faisant de ce besoin une menace pour son autonomie et même son identité.*[38]

Le sujet insécurisé préfèrera la relation d'emprise plutôt que de s'abandonner à une attitude passive et tolérante, trop dangereuse pour un Moi menacé de débordement. Nous sommes ici au centre du paradoxe du développement tel que défini par Jeammet : ***Plus on est en insécurité interne, plus on dépend d'autrui pour se rassurer, moins on peut recevoir.***[39] ***C'est l'intensité du besoin de l'autre qui donne à ce dernier un pouvoir anxiogène menaçant, que ce soit de le perdre s'il y a éloignement ou d'être envahi s'il y a rapprochement. Ce dont j'ai besoin est ce qui me menace.***[40]

Nous pouvons dire des enfants et des adolescents qu'ils sont particulièrement dépendants dans la mesure où leur équilibre affectif et narcissique dépend plus de leur environnement que de leurs ressources internes. Si cette dépendance n'est pas pathologique en soi, elle peut devenir pathogène dans la mesure où l'insécurité affective génère la dépendance au monde perceptif environnant qui à son tour génère chez l'enfant le besoin de contrôler l'environnement dont il dépend. Ce contrôle ne peut s'opérer par le *plaisir partagé*, mais par la mise en place d'une relation fondée sur l'insatisfaction dont les caprices et les plaintes puis les conduites d'opposition et d'autosabotage sont les moyens d'expression par excellence. De cette façon, l'entourage se trouve dans l'obligation de s'occuper du jeune qui néanmoins se dérobe et conserve son « autonomie » en le mettant en échec, et ainsi de suite dans un cycle sans fin qui permet de tenir à distance les angoisses de fusion et les angoisses d'abandon.

Autrement dit, l'adolescent « incasable »[41] a besoin de ce lien et ce besoin lui est intolérable par tout ce qu'il signifie de potentiel abandon comme de possible envahissement. Les comportements qu'il déploie traduisent le paradoxe et l'ambivalence qui le parcourent tout en réduisant de plus en plus les possibilités d'en sortir. Ceux-ci génèrent des bénéfices narcissiques et identitaires par l'attention et l'inquiétude qu'ils suscitent chez les autres.

Lacan … nous a permis de saisir qu'au fond, l'humain, dans sa constitution, peut supporter toutes sortes de positions subjectives, hormis le fait d'être « décroché » du désir de l'autre. Il préfère donc la haine de l'autre à l'indifférence, car si je suis haï, j'occupe au moins une place dans le désir de l'autre.[42]

Du côté des intervenants (comme de la famille), le surgissement de la violence est vécu comme une remise en cause brutale par le jeune de la qualité du lien établi ou en passe de l'être. Or, *la menace qu'il fait planer sur le lien*

[35] Epstein D. (2007), op.cit., p. 20
[36] Forget J-M (2005), op. cit..
[37] Jeammet P. (2009), « Paradoxes et dépendances à l'adolescence », *Temps d'arrêt lectures* Yapaka.
[38] Jeammet P. (2009), op. cit., p. 18
[39] Jeammet P. (2009), op. cit., p. 23
[40] Jeammet P. (2009), op. cit., p. 38-39
[41] Comme tout adolescent, mais dans une mesure différente, sans alternative apparemment possible…
[42] Garcia M. (2008), « La violence des jeunes et le drame de la reconnaissance », *La revue nouvelle*, décembre 2008, p. 45.

thérapeutique, le sentiment de disqualification vécu par le soignant et la négation de son désir de soignant, voire de sa personne, ne sont que le miroir de ce que vit le patient comme menace d'envahissement et de captation par les autres du fait même de son attachement et de l'ampleur du besoin qu'il en a[43].

Il n'est donc pas étonnant que ce soit souvent au moment où il semble que quelque chose se passe, comme un lien de confiance qui se tisse, que le risque d'explosion est le plus élevé.

Le traumatisme psychique

Concernant ces épisodes de déflagration du jeune qui viennent parfois faire date pour lui, son parcours et l'institution qui l'héberge, J-P Pinel[44] estime qu'ils sont l'écho d'un *scénario originel* que quelque chose est venu réveiller. Cet auteur partage avec d'autres[45] l'idée que ces jeunes souffrent d'un trouble de la symbolisation qui perturbe grandement leur capacité à faire du lien avec l'autre. Le passage à l'acte semble être la seule voie possible d'expression d'une souffrance qui s'élabore peu ou pas, voire même la seule voie possible pour *l'évacuation de la catastrophe psychique*[46]. Dans ce contexte, la violence agie du jeune est à comprendre comme la reproduction à l'identique du *scénario originel* d'une violence subie. Partant de ces hypothèses, il est alors souvent possible de donner sens à des passages à l'acte à première vue « gratuits ». La mise à jour du *scénario originel* et des circonstances qui l'ont amené à se rejouer en acte est une piste de travail intéressante, qui déplace l'intervention au-delà de la simple mesure sanctionnelle. *L'incasabilité n'est souvent que la désignation indicible d'une plaie à vif*[47].Nous n'allons pas, à ce stade, rentrer trop avant dans un débat qui concerne plus particulièrement l'offre de prise en charge. Nous reviendrons néanmoins sur cette proposition de Pinel et d'autres qui consiste à faire de « l'agir » un axe de réflexion pour penser l'intervention institutionnelle.

Les chiffres transmis lors du groupe de travail par l'unité Karibu, récoltés dans le cadre de l'évaluation du projet pilote FOR-K et portant sur 75 situations rencontrées dans ce service, confirment le lourd passé institutionnel de ces jeunes, qui pour la plupart ont été pris en charge en institution dès leurs premières années. Ils estiment à 50 % le nombre de situations dans lesquelles le sujet a subi des carences affectives de moyennes à sévères lors de ses trois premières années. De la même façon, 60 % des jeunes pris en charge ont subi des violences physiques et des mauvais traitements dans la petite enfance…

Encore une fois, considérer le traumatisme comme porte d'entrée pour appréhender notre public cible ne sature pas l'ensemble des possibles. Il ne s'agit pas non plus de victimiser stérilement le sujet, dans une attitude permissivo-compassionnelle absurde. Il s'agit avant tout de tenir compte des faits (anamnèses des jeunes) pour mieux les comprendre, de donner du sens et des ouvertures thérapeutiques. La littérature concernant les traumatismes psychiques, qu'ils soient précoces ou non, apporte d'autres éclairages sur les mécanismes qui construisent l'exclusion (l'incasabilité).

Par exemple, le laps de temps durant lequel un sujet subit un événement ou une période traumatique (de quelques secondes à plusieurs années) est marqué par un vif sentiment d'abandon, indépendamment de la qualité relationnelle d'avec son entourage. La solitude absolue du sujet confronté à son possible anéantissement se stigmatise dans un vécu de solitude et de honte qui peut prendre une forme active et être à l'origine de conduites dont l'objectif, non conscientisé comme tel, est de provoquer la rupture.

Les troubles du caractère (repli sur soi, irritabilité, violence…), les troubles des conduites (alcoolisme, toxicomanie, clochardisation, troubles des conduites alimentaire ou sexuelle, …), les passages à l'acte qui peuvent prendre des formes très violentes, les plaintes somatiques et les maladies psychosomatiques font partie de la symptomatologie de ce que l'on peut appeler une névrose traumatique.

François Lebigot, spécialiste de la question du traumatisme, constate concernant les *états limites* qu'*ils ont déjà rencontré le traumatisme pendant leur enfance, parfois pendant qu'ils étaient encore nourrissons. Soit sous la forme d'un traumatisme unique, soit sous la forme de multiples traumatismes qui ont accompagné une maltraitance, des violences physiques,*

[43] Jeammet P. (2009), op. cit., p.47
[44] Pinel J-P (2003), « Les institutions spécialisées au défi des violences adolescentes », in *Limites, liens et transformation*, Dunod, Paris.
[45] Par exemple, Wilfried Bion, Jacques Selosse, René Kaes et « l'économie de l'agir ».
[46] Expression de Bion W. cité par Barreyre.
[47] Barreyre J-Y, Fiacre P., Joseph V., Makdessi Y. (2008), op. cit., p. 78

psychiques et/ou sexuelles, souvent familiales. D'autres situations malheureusement très répandues dans le monde aboutissent aux mêmes résultats : guerres « classiques » ou civiles, autres formes de la violence collective comme l'actualité internationale nous en a montré de nombreux exemples et qui atteignent tout particulièrement les enfants[48].

Ils sont rarement porteurs d'une demande explicite

Un autre élément commun à la majorité de notre public est la quasi-impossibilité dans laquelle il est d'être porteur d'une demande explicite de « soins ». Les raisons en sont multiples et généralement en lien avec ce qui vient d'être évoqué dans les chapitres précédents. Les réponses d'ordre psychothérapeutique, qui privilégient la mise en mots, sont totalement en décalage par rapport au mode de fonctionnement de ces adolescents (et c'est bien pour ça qu'elles sont théoriquement si importantes). L'engagement dans une relation thérapeutique, avec tout ce qu'il peut impliquer d'émergence d'affects douloureux que le sujet s'emploie à tenir à distance, est extrêmement difficile à « obtenir ». Rajoutons à cela la mauvaise image du champ psy et de ses intervenants chez ces jeunes, liée à la stigmatisation qu'il implique pour ses bénéficiaires ; mais aussi pour certains, aux multiples rencontres sans suites avec des thérapeutes qu'ils ont pu faire durant leur parcours… Ils en retiennent souvent l'expérience assez désagréable d'avoir à « déballer leur histoire », sans qu'un bénéfice à tout cela n'ait été conscientisé. De plus, les intervenants psychosociaux sont souvent classés du côté des représentants du système et sont appréhendés à ce titre avec défiance.

Quelles qu'en soient les raisons, l'absence de demande, voire le « sabotage » systématique de la mise en place de démarches psychothérapeutiques, est un point nodal de ces problématiques complexes. Celle-ci impose aux structures qui veulent se donner les moyens de travailler avec ce public un réajustement de la définition de la demande « recevable » et la mise en place de dispositifs inventifs, alternatifs aux *procédures d'admission* classiques, ainsi qu'un travail psychothérapeutique articulé aussi autour des passages à l'acte.

La question du diagnostic

Dans les chapitres précédents, nous avons apporté par touches impressionnistes des éléments de description et de compréhension de notre public cible. La logique dominante voudrait que nous nous prononcions sur un ou des diagnostics précis. Le malentendu « réificatoire » et le fétichisme scientiste dont ces derniers sont généralement l'objet amènent à une grande prudence dans leur utilisation[49].

Étant donné le lien « structurel » qui existe entre « diagnostic » et organisation de l'offre de prise en charge, les inqualifiables ont de fortes chances de devenir incasables et réciproquement… La difficulté de faire coïncider l'ensemble des problématiques du jeune et l'offre des services favorise les jeux de « ping-pong » entre institutions qui tantôt incluent le jeune dans leur sein pour l'une de ses difficultés et tantôt l'excluent pour une autre (voire pour la même raison qui a motivé son inscription).

Dans ce contexte, la réticence à vouloir préciser en termes de diagnostic le public en question relève également d'une volonté de ne pas appliquer à ce travail une logique potentiellement génératrice d'exclusion, alors que nous nous penchons justement sur les jeunes que nous avons du mal à inclure. En effet, vouloir définir précisément une population complexe revient de facto à en exclure une proportion. Nous serions en train d'exclure une proportion de la proportion d'exclus…

À ce sujet, nombre des professionnels rencontrés se sont montrés réservés par rapport à une logique de prise en charge organisée autour de services hyperspécialisés accueillant certaines problématiques clairement diagnostiquées. Ce type d'organisation, apparemment simple et séduisant, n'est pas sans poser certains problèmes.

Tout d'abord, cette logique pourrait nous amener à perdre de vue que les jeunes, quels qu'ils soient, partagent avant tout un socle commun de besoins en termes psychoaffectif et éducatif que la spécificité de leurs troubles ne réduit en rien. Bien que la technicité d'un service spécialisé ne s'oppose pas nécessairement à l'appréhension globale d'un jeune et de ses besoins, elle augmente les risques de cécité à ce niveau[50].

[48] Lebigot F., « Le traumatisme psychique », *Temps d'arrêt lectures* Yapaka, p. 44.
[49] Voir par exemple à ce sujet le « Clinica Ethica » n° 51 (2008) sur « L'invention des maladies ».
[50] Nous pourrons reprendre cette question importante dans les constats et les propositions concernant l'offre.

Ensuite et surtout, l'état adolescent impose la plus grande prudence concernant la formulation d'un quelconque diagnostic. Beaucoup de professionnels aguerris s'y refusent d'ailleurs. *Prendre en compte un adolescent, c'est mettre en place un mode de rencontre où il se sente reconnu. Cette question – ouverte – est largement plus importante que la réponse – fermée – de l'évaluation avec un diagnostic lourd de conséquences, qui délivre un savoir objectivant sur l'autre, mais... le laisse en plan*[51].

Dans nos sociétés, l'adolescence est en elle-même un état limite à envisager dans un processus dynamique : le sujet est en devenir. Il convient donc de ne pas figer une représentation du jeune qui, par l'effet Pygmalion décrit par les pédagogues, lui tracerait un parcours inscrit dans la répétition et la chronicité. L'adolescence est en soi un moment de déséquilibre et d'expérimentation allant permettre au sujet de se structurer plus durablement par la suite. Rappelons la fragilité identitaire de l'adolescent ; à cet âge, la tectonique des failles narcissiques crée des moments de grande vulnérabilité qui s'avèreront transitoires s'ils sont bien accompagnés. La question du diagnostic, de l'indication de traitement ou plus largement de l'orientation du jeune va donc jouer un rôle important dans la construction de son identité et de son estime de soi. Le passage dans certains types de services est stigmatisant aux yeux de l'ado, mais aussi des intervenants du secteur et de l'ensemble de la société. Il suffit pour s'en convaincre de constater que les jeunes provenant de certaines institutions sont difficiles à orienter à leur sortie, car peu de services « généralistes » les acceptent.

Il ne faut pas perdre de vue l'objectif ultime des prises en charge, qui transcende toute autre question comme celle du diagnostic : l'intégration du sujet dans la société ! Lorsqu'une étiquette stigmatisante permet l'entrée du jeune dans un service et qu'une plus stigmatisante encore conclut son exclusion et sa réorientation, cette finalité se voit sérieusement compromise. Les « qualifications » se succèdent et s'accumulent au gré de logiques multiples, mais parfois bien éloignées de l'intérêt du jeune à court ou long terme.

Situation « psychiatrique » ?

À ce sujet, il semblerait que pour beaucoup d'usagers l'étiquette psychiatrique soit vécue comme la plus dévalorisante. Généralement, mieux vaux être perçu comme délinquant ou toxicomane que comme fou. *Ceux qui ont connu un passage en* ***institution psychiatrique*** *sont fortement marqués par des éléments tels que la camisole chimique et le mélange entre adultes et adolescents. Ils gardent en mémoire essentiellement la stigmatisation qui en découle. Le placement en IPPJ est alors considéré comme un soulagement*.[52] Ce constat s'est vu confirmé lors des entretiens dans les institutions.

Comme nous avons pu l'expliquer dans les chapitres précédents, les tentatives d'objectivation de la description du public en question sont vite confrontées aux limites de l'approche dominante, essentiellement (exclusivement) basée sur le symptôme. En effet, l'expression de celui-ci et l'interprétation qui en sera faite sont éminemment contextuelles et donc peu propices à la clarification du débat.

Les interviews réalisées dans de nombreuses institutions nous laissent penser que l'évaluation de la gravité du problème du jeune ne se détermine pas « dans l'absolu », mais bien en fonction des moyens de l'institution (aussi bien en termes de formation que de capacité « contenante » du service). Autrement dit, il est possible que plus un service a les moyens de traiter une situation et moins elle la percevra comme gravement problématique. Nous pensons notamment à l'évaluation que pourraient faire les institutions à vocation éducative du caractère « psychiatrique » de la problématique d'un jeune. Notons que la capacité contenante est ici une dimension importante, car elle va éventuellement permettre de prévenir l'apparition des symptômes et des passages à l'acte. Bref, la question diagnostique est forcément contextuelle et il est possible d'isoler certains facteurs dont nous pouvons imaginer qu'ils jouent un rôle important à ce niveau :

- La formation et le type de lecture qui est faite par l'intervenant. En effet, un sociologue, un criminologue, un psychologue, un psychiatre, un éducateur, un assistant social, un psychanalyste freudien ou un psychanalyste lacanien... auront des lectures différentes d'une même « réalité ». Par exemple, certains dénonceront trop de sécuritaire et d'autres trop de psychologisation, certains identifieront plus vite une psychose, d'autres des comportements sociopathiques. De plus, les zones de recouvrement entre les territoires de la « science » (la

[51] Epstein D. (2007), op.cit., p. 41

[52] Delens-Ravier I., Thibaut C. (2002), « Jeunes délinquants et mesures judiciaires : la parole des jeunes – recherche qualitative sur le point de vue des jeunes délinquants à propos de leur placement en IPPJ », Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse (OEJAJ), p. 11.

médecine, la psychiatrie) et ceux de la « loi » suscitent forcément des réactions vives et passionnées, car elles mettent en tension les deux piliers de nos mythologies modernes (cf. Lévi-Strauss).

- À un niveau plus institutionnel, les caractéristiques des services vont jouer un rôle important. Par exemple, les moyens de l'institution, l'habitude de celle-ci de travailler avec un public difficile et la tolérance qui peut en découler, la capacité contenante et la présence d'un réseau de soutien (d'autres institutions qui pourront prendre le relais), le bien-être des travailleurs au sein du service… Sont autant de facteurs qui vont à la fois permettre de prévenir l'émergence de certaines manifestations comportementales ou symptomatiques et influencer l'interprétation qui sera faite de celles-ci par les professionnels du service. Autrement dit, un jeune accueilli en urgence par un service peu outillé pour les problèmes qu'il manifeste (CAU, par exemple) pourra présenter des manifestations comportementales et symptomatiques plus « expressives » que le même jeune placé en IPPJ. De plus, les équipes de ces deux institutions auront probablement des lectures différentes de cette situation, en tous les cas en ce qui concerne sa nature « psychiatrique » ou non. C'est ainsi que l'IPPJ de Braine-le-Château estime à 1 % le nombre des situations « psychiatriques et complexes » qu'elle rencontre par an (estimation « à première vue » faite lors de l'interview), c'est-à-dire beaucoup moins que les institutions privées. Comme nous l'avons dit, ceux-ci sont mieux outillés et plus contenants, mais en plus ils développent des collaborations privilégiées avec le service FOR-K de Bruxelles de telle sorte qu'il existe pour eux des possibilités de réorientations ou de respirations (va-et-vient entre FOR-K et IPPJ)[53]. Autrement dit, une meilleure connaissance et plus de moyens pour gérer un problème amènent logiquement à l'appréhender différemment.

De la même façon, la judiciarisation d'une situation va dépendre, entre autres, de la tolérance du milieu dans lequel va évoluer le jeune, de la gravité des actes commis, de récidives éventuelles, de l'arrondissement judiciaire et de la tolérance du juge chargé du dossier, des outils disponibles dans les dispositifs, etc. C'est ainsi que le critère « objectivant » qui serait de ne considérer que les jeunes avec un dossier « 36/4 » est peu pertinent. Par contre, comme nous le verrons, la judiciarisation d'une situation est un moyen utilisé pour ouvrir certaines portes au niveau des possibilités de prise en charge.

Notons que, de façon très générale, les « troubles du comportement » tout comme les problèmes psychologiques ne peuvent s'envisager de façon « binaire », en termes de présence ou d'absence. Il serait plus juste de se les représenter (métaphoriquement) sur un ou des continuum(s) sur lesquels il n'est pas aisé de déterminer à partir de quand nous pouvons dire que la situation est gravement problématique d'un point de vue psychologique et/ou comportemental, ou encore d'en distinguer la nature « psychiatrique » ou délinquante. Comme pour beaucoup de choses, il existe quelques situations extrêmes évidentes à interpréter et beaucoup plus de situations moins claires qui en fonction des périodes (et des contextes) verseront plus dans tel ou tel sens.

Toutes ces considérations ne sont pas sans conséquence, *les représentations que l'entourage a de ces troubles modifient profondément les modes de réaction à l'égard de ceux qui en sont porteurs et influencent le pronostic.*[54] Nous percevons ici toute l'importance d'envisager ces questions en gardant un recul épistémologique. Il s'agit de sortir d'une logique basée sur des causalités linéaires pour s'orienter vers des systèmes explicatifs plus circulaires et constructivistes.

En conclusion, nous conserverons donc une définition de notre public cible basée sur les dimensions systémique (incasabilité, aspects contextuels) et psychodynamique (angoisses d'abandon, trauma, etc.) plutôt que nosographique.

Il nous faut cependant tenir compte du fait que, à chaque fois qu'un professionnel de terrain évoque une « situation complexe », il se réfère à des représentations construites au fil de sa pratique. Lorsqu'un délégué SPJ ou un éducateur en IPPJ pense à une « situation complexe », les exemples qui lui viennent spontanément à l'esprit et l'estimation qu'il peut avoir de leur prévalence sont probablement différents des représentations d'un

[53] Notons à ce sujet que les collaborations de ce type entre 1ère et 2ème lignes ne font pas qu'ouvrir de nouvelles solutions d'orientation. De par les échanges qu'elles permettent, elles amènent les équipes à développer des compétences complémentaires. Par exemple, à détecter les situations qui relèvent effectivement de la psychiatrie et à formuler des demandes et des attentes plus réalistes à ce secteur…

[54] Visier J-P, Maury M., op. cit., p. 1

thérapeute en Service de Santé Mentale. La situation complexe des uns n'est pas nécessairement celle des autres, de la même façon que les situations qui relèvent de la psychiatrie peuvent ne se recouvrir que partiellement en fonction des interlocuteurs. Ce qui peut être parfois source de malentendus, notamment lorsqu'il s'agit de débattre des réponses à apporter.

De combien de jeunes est-il question ?

Dans la mesure où il est intrinsèquement difficile de définir avec précision la population concernée — ou en tous les cas de s'en référer à une classification ayant fait l'objet d'une étude épidémiologique sur la question — il nous est également difficile de la dénombrer. Il existe peu de données disponibles à ce sujet.

Les interviews sont assez éloquentes concernant la difficulté qu'il y a à « chiffrer » ces situations. Tous les services rencontrés disent être confrontés à ce type de problématiques et tous estiment que, si celles-ci ne sont pas majoritaires, tant s'en faut, elles nécessitent néanmoins beaucoup d'énergie et peuvent ainsi se montrer envahissantes dans le vécu des équipes.

- **Les services privés de l'AAJ** rencontrés ont des estimations relativement équivalentes du nombre de jeunes avec lesquels ils travaillent et qui présentent de gros problèmes psychologiques (qualifiés de psychiatriques). Cette proportion tourne autour des 20 %[55], estimation en deçà des screening présentés dans un chapitre précédent qui situe celle-ci autour des 50%. Probablement parce que les tests utilisés dans le cadre de ces recherches incluent des problématiques pour lesquelles les intervenants de terrain estiment qu'elles ne relèvent pas de la psychiatrie. Rappelons que notre public cible ne se définit pas uniquement par la présence d'une problématique psychiatrique, mais aussi par des difficultés comportementales sévères. Or, il est beaucoup plus compliqué pour les services d'estimer au sein de ces 20 % combien de jeunes présentent ces difficultés.

- **L'IPPJ** que nous avons interviewée évalue à 1 % le nombre des situations « psychiatriques » qu'elle rencontre. Cette estimation assez basse renvoie à une définition rigoureuse de la problématique psychiatrique incluant principalement les états psychotiques. Comme nous l'avons déjà dit, les interactions fréquentes entre cette IPPJ et un service FOR-K ainsi que ses moyens de contenance permettent d'expliquer la différence avec les services privés. Rappelons que la judiciarisation d'une situation ouvre des portes de prise en charge.

Quoi qu'il en soit, **toutes les personnes et équipes interviewées précisent que la quasi-totalité des jeunes qui fréquentent leurs services présente des problèmes psychologiques, qu'ils différencient des troubles psychiatriques**.

- **Du côté de la justice**, une étude sur « *Les logiques décisionnelles des magistrats du parquet et des juges de la jeunesse à l'égard des mineurs délinquants* »[56] montre que les troubles psychologiques interviennent de façon déterminante dans la nature des jugements rendus dans 2 % des cas pour le parquet et 4 % des cas pour les juges.

Les deux juges de la jeunesse (travaillant sur Bruxelles et Charleroi) ayant participé au groupe de travail se sont montrés assez critiques par rapport à l'émergence d'une figure qu'ils estiment rencontrer en fait très peu dans leur travail, à savoir celle du « cas psychiatrique ». Selon eux, seulement quelques situations se rencontrent à l'échelle d'une carrière. Par contre, les dimensions de la souffrance psychique et des difficultés psychologiques vécues par les jeunes qu'ils croisent dans le cadre de leur travail (36.4 et 36.2) leur sont tout à fait familières.

- **Le groupe de travail mis en place par l'IWSM** estime que 3 à 5 % des jeunes pris en charge par l'Aide à la jeunesse appartiendraient au public cible. Il s'agit là d'une estimation fondée sur l'expérience des participants (et non sur un travail statistique) qui reprendrait des niveaux de gravité et de complexité variables, mais toujours problématiques en terme de prise en charge (les signifiants « incasables » et « complexes » étant probablement les plus appropriés).

- **La recherche menée récemment dans le Val-de-Marne et le Val d'Oise en France** sur les jeunes « incasables » vient confirmer l'évaluation du groupe de travail. Sur base d'une sélection effectuée par un comité de professionnels, les situations retenues comme étant « incasables » représentent **2,3 %** (Val-d'Oise) et **2,1 %**

[55] Notons qu'une équipe de C.A.U. a passé en revue les dossiers de l'année écoulée pour avoir une estimation objective et obtient cette proportion des 20 %.

[56] Vanneste C. (2002), « Les logiques décisionnelles des magistrats du parquet et des juges de la jeunesse à l'égard des mineurs délinquants », Revue de droit pénal et de criminologie, la charte, Bruxelles.

(Val-de-Marne) des situations suivies par les services de protection de l'enfance soit +/- **0,012** % de la population des moins de 20 ans de ces deux départements d'Île-de-France[57]. Sur base de ces chiffres, une centaine de jeunes seraient concernés en Région wallonne (la population de moins de 20 ans représentait 839.253 habitants en 2008)[58]. Comme toutes les données précédemment citées, celles-ci sont à prendre avec beaucoup de prudence, car la réalité française (notamment ses dispositifs de prise en charge) n'est pas directement transposable à la Région wallonne.

- Évaluer la proportion de situations « complexes » ou « incasables » est extrêmement délicat. En effet, nous risquerions ici de sous-évaluer l'importance des problèmes soulevés (*ce n'est que la partie émergée de l'iceberg*) car : (1) en plus des « incasables », il nous faudrait également comptabiliser les « mal-casés[59] », c'est-à-dire un nombre probablement important de jeunes pour lesquels la solution trouvée l'a été « faute de mieux » ; (2) les constats posés concernent toutes les situations présentant une certaine complexité (liée par exemple à la transversalité de leur prise en charge) ; (3) il existe d'autres « incasables » que nous n'avons pas évoqués dans notre travail, comme les enfants autistes très déficitaires, par exemple.

- S'il n'existe pas de statistiques épidémiologiques précises concernant les situations complexes, il n'existe pas non plus de données spécifiques sur la répartition des sexes. De façon stable ces dernières années, le pourcentage de filles et de garçons pris en charge par l'AAJ se répartit de la manière suivante : 56% de garçons et 44% de filles. Cette proportion va sensiblement varier en fonction que l'on considère les situations d'enfants en danger (36.2) et celles de jeunes ayant commis des faits qualifiés infraction (36.4). Dans le premier cas de figure (36.2) les garçons représentent 51% des situations et les filles 49%, dans le second cas de figure (36.4) les filles ne représentent plus que 14,4% des situations contre 85,6% pour les garçons[60]. Il semblerait que la variable sexe intervienne de façon importante dans la prise de décision des juges, sans toutefois constituer une variable déterminante à elle seule. Probablement existe-t-il des différences entre sexes sur les orientations et les solutions trouvées ? Il est montré que les dossiers de jeunes filles font plus souvent l'objet d'un placement tant en institution publique que privée que les garçons[61].

Dans le contexte français, 4 jeunes de cette population « d'incasables » sur 10 sont des filles[62]. Cette proportion renvoie à la proportion observée dans la population tout-venant fréquentant les services de l'AAJ en Belgique. Elle pourrait constituer une hypothèse de travail pour une possible recherche épidémiologique sur cette question.

[57] Étant donné le caractère contextuel de l'incasabilité d'un jeune, nous devons postuler une possible variation entre la réalité belge et française.
[58] Source INS.
[59] Néologisme peu élégant, mais qui a l'avantage de la clarté.
[60] Mulkay F., Vandekeere M. (2008), « Nouvelles statistiques de l'aide à la jeunesse – analyse des données issues de la base de données Sigmajed 2002-2006 », p. 248 ; mais aussi Vanneste C. (2002), op. cit.
[61] Vanneste C. (2002), op. cit..
[62] Barreyre J-Y, Fiacre P., Joseph V., Makdessi Y. (2008), op. cit..

Les constats

Ce chapitre est construit au départ des échanges du groupe de travail, du contenu des documents ressources listés au début de ce rapport et des informations récoltées lors des interviews. Contrairement au premier chapitre sur le public cible, nous nous situons ici principalement du côté des institutions et des dispositifs pour analyser un phénomène (l'incasabilité) qui est avant tout le fruit d'interactions.

Nous voudrions d'abord tempérer l'effet que peut produire la lecture d'un chapitre comme celui-ci, il est évident que toutes les situations prises en charge ne rencontrent pas l'ensemble des difficultés listées. L'impression donnée par ce type d'exercice est à relativiser dans la mesure où elle construit une perception pour le moins pessimiste du « système ».

Les différents éléments soulevés ont des degrés d'importance variables, certains concernent toutes les prises en charge et d'autres sont spécifiques aux situations complexes. Mais dans tous les cas, elles peuvent avoir une incidence problématique sur les trajectoires des jeunes qui nous concernent. De la même façon, **si les jeunes dont nous parlons constituent un faible pourcentage des jeunes pris en charge, nous pouvons penser qu'une réflexion les concernant peut concourir à une amélioration des pratiques de façon plus globale**.

Enfin, tous les items abordés sont en interrelations étroites les uns avec les autres. L'organisation qui est ici proposée fait plus office d'aide-mémoire que de « modélisation » des dysfonctionnements et des relations entre eux.

Le morcellement des suivis, l'absence du « fil rouge »

Les recherches portant sur les trajectoires de prise en charge de ces jeunes sont particulièrement éclairantes à ce sujet : les choses se compliquent généralement à partir de la puberté (bien que le morcellement des prises en charge puisse parfois s'observer avant), en plus d'avoir à gérer le réveil pulsionnel propre à cet âge, les jeunes adolescents sont généralement amenés à changer d'institution étant donné l'organisation du réseau d'accueil divisé entre une population d'enfants et une autre d'adolescents. De plus, en entrant dans la catégorie des 12 – 18 ans, les jeunes se voient dotés par l'adulte de responsabilités accrues[63].

Les passages à l'acte violents sont des moments clés de basculement de la prise en charge et/ou de déclencheur de la rupture[64]. Une relation symétrique s'installe alors entre les comportements problématiques du jeune et l'intervention.

Les interventions (réactives) sont souvent tiraillées entre objectifs orthopédagogiques (voire parfois sécuritaires) et psychothérapeutiques. Certains y voient une incompatibilité majeure. *Alors que l'entrée du jeune dans le système avait été justifiée par un souci de protection de celui-ci, les décisions d'intervention qui se succèdent finissent par s'inscrire dans une logique orthopédagogique et sanctionnelle, voire de pure contention*.[65]

Il n'existe pas de fil rouge aux prises en charge, il n'existe pas de logique conductrice sur le long terme, mais une succession de réactions « ponctuelles » souvent liées à un « épuisement » de l'équipe en charge du jeune.

Comme les interventions, les décideurs se multiplient. Certains quittent la scène, d'autres l'intègrent… les passages de relais se font difficilement et/ou ne se font pas. Le « sentiment » de responsabilité se diffracte, personne ne l'assume vraiment. Bref, aucun professionnel n'assure la continuité, que ce soit en tant que référent ou en tant que service. Les conseillers de l'Aide à la jeunesse manquent de temps et de moyens pour assurer celle-ci.

Ainsi voit-on la fonction de « veille » des divers acteurs institutionnels décliner sérieusement, au fil de l'égarement dans des directions trop multiples, changeantes, écartelantes au gré des préoccupations temporairement prioritaires et des pressions extérieures conjoncturelles.[66]

[63] Moriau J. (2003), op. cit., p. 47.
[64] Moriau J. (2003), op. cit., p. 41.
[65] Moriau J. (2003), op. cit., p. 4.
[66] Blondieau L. (2005), « Un adolescent, sa famille, des intervenants… un vrai défi », rapport publié par le Conseil d'Arrondissement de l'Aide à la Jeunesse de Namur et la Plate-Forme Namuroise de Concertation en Santé Mentale, p. 62.

Des logiques d'orientation critiquables

Le secteur manque de places, surtout dans certaines régions. Les délais d'attente peuvent être très longs. Ce constat, systématiquement relayé lors des interviews, a de nombreuses répercussions sur les trajectoires de prise en charge. C'est ainsi que les simples séjours d'attente se multiplient, venant accentuer le saucissonnage, souvent à des moments de crise pour les jeunes. Ceux-ci sont orientés en fonction des places disponibles plus que d'un projet cohérent. Ou encore, des retours en famille ou des mises en autonomie peu opportunes sont décidés faute d'autres solutions. Certains jeunes ne trouvent aucune place dans les institutions adaptées à leur problématique. Par exemple, le manque de place en IPPJ peut amener une non-décision de suivi chez un jeune « AICS ». Enfin, les réponses données aux demandes des usagers viennent souvent tardivement.

Lors des interviews, les SSM témoignent de leurs difficultés pour orienter un jeune dans certaines institutions étant donné le manque de places. Il peut en résulter une tendance à la **"construction" de diagnostics recevables** dans des institutions où des places sont vacantes (ex. les rapports légitimant un placement dans une institution du secteur du handicap peuvent être construits de cette manière : en optant pour la catégorie AWIPH, qui permettra à l'enfant d'être accueilli quelque part).

Comme déjà formulé, les (ré)orientations sont souvent faites dans l'urgence en réaction à une situation de crise et un ras-le-bol de l'équipe. Les décideurs et les équipes sentent alors le besoin d'apporter une solution rapidement. *(…) l'institution mobilisée l'est alors moins sur base de ses compétences et projets propres que dans la recherche effrénée d'une solution qui corresponde aux impératifs sociaux et professionnels de « tenter quelque chose ».*[67]

De cette façon, c'est au moment où les situations nécessitent le plus d'attention (moments de crise et changement de lieu de vie) qu'elles en reçoivent le moins. En effet, les institutions les mieux armées imposent des procédures d'admission et des délais d'attente qui sont généralement colmatés par d'autres services avec moins de moyens (ex. des CAU).

L'espace laissé à l'interprétation dans les dossiers est trop important. Il y a peu de cohérence dans les critères de placement, les différences d'une situation à l'autre sont très importantes. De plus, certains intervenants méconnaissent le cadre législatif ou les possibilités existant en termes de prise en charge. Les services se méconnaissent entre eux, à plus forte raison lorsqu'ils appartiennent à des « secteurs » différents.

Les services inscrits dans le champ de la santé mentale des enfants et des adolescents sont nombreux et évoluent. Il est difficile de garder des outils de repérage de ces services régulièrement mis à jour. Les différences, les particularités et les articulations entre services ne sont pas toujours bien connues… Nous en avons pointé quelques-unes. En « Santé Mentale », certains services peuvent établir plus facilement des relais entre eux : un centre psychothérapique de jour, par exemple, peut facilement faire appel à un hôpital. Au sein même de l'Aide à la Jeunesse, des différences entre les services sont à noter : l'AMO est un service de première ligne tandis que le COE travaille après différentes démarches déjà effectuées par le jeune et la famille. Le COE ne fait pas de travail communautaire. Parfois, le COE fait appel à l'AMO pour des suivis, d'aide scolaire notamment. Les services de l'Aide à la jeunesse n'ont pas d'approche curative même si, dans les faits, la frontière est difficile à discerner. Le travail en AMO peut se combiner avec le travail d'un service résidentiel, pour autant que les mandats soient clairs, sur base d'un accord préalable entre services. Ou dans une situation de maltraitance, la particularité des équipes SOS par rapport aux SSM est qu'ils peuvent intervenir rapidement alors que le délai est parfois très long dans certains SSM… [68]

La « judiciarisation d'un dossier » peut faciliter l'accès à certaines modalités de prise en charge. Il est donc parfois tentant d'y avoir recours… De la même façon, la « psychiatrisation », lorsqu'elle est abusive, fait référence à une instrumentalisation des services psychiatriques utilisés pour soulager les équipes éducatives… Indépendamment du caractère fondé ou non de cette dernière problématique, elle est présente dans l'imaginaire collectif et entame la relation de confiance « intersectorielle ».

[67] Moriau J. (2003), op. cit., p. 52.

[68] IWSM (2003), « Le champ de la santé mentale des enfants et des adolescents : présentation d'expériences et cadastre des services existants », p. 109.

De façon provocante, les tenants d'une intervention plus contrainte en sont ainsi venus à se demander si, dans le système actuel, « on peut soigner un jeune sans passer par la phase délinquance » ?[69]

Les intervenants du monde médico-psychologique craignent que ceux de l'AAJ aient une vision réductrice des autres ressources existantes, y faisant appel de manière instrumentalisante, notamment par rapport aux équipes de santé mentale et la sphère psychiatrique institutionnelle.[70]

Les institutions trient les populations qu'elles accueillent, et ce, de façon explicite, mais aussi de façon implicite lors des transactions entre services et avec les autorités mandantes. Beaucoup de services refusent les jeunes porteurs d'étiquettes lourdes comme : psychiatrie, IPPJ, AICS, toxicomanie. Les jeunes dont nous parlons les cumulent souvent…

De façon générale, il est peu fait recours aux premières lignes et les familles sont peu aidées à développer leur propre réseau. Si l'on observe le déroulement des prises en charge sur plusieurs années, il semble bien que l'entité familiale soit de moins en moins prise en compte au fur et à mesure que : 1) les jeunes concernés sont plus âgés ; 2) la problématique familiale est plus lourde ; 3) les ressources ordinaires des parents ou des ayants droit sont plus faibles. En d'autres termes, le système se focalise sur le jeune et sur le jeune seul dès que les professionnels acquièrent la conviction (fondée ou non fondée) qu'un soutien apporté aux parents ou une approche globale de la problématique n'ont guère de chances de donner des résultats[71].

De leur côté, les acteurs de la santé mentale regrettent que la notion de dangerosité au niveau psychique semble peu prise en compte dans le travail de l'AAJ ; certains regrettent la sacralisation de la famille par les représentants de l'autorité mandante au détriment de l'intérêt du jeune.

Les pères sont souvent absents aux différents moments clés des prises en charge et les autorités et/ou services renoncent parfois trop vite à obtenir leur présence…

Qualification — disqualification : socialisation ?

Comme nous l'avons vu, la difficulté de faire coïncider l'ensemble des problématiques du jeune et l'offre de prise en charge favorise les jeux de « ping-pong » entre services qui tantôt incluent le jeune dans leur sein pour l'une de ses difficultés et tantôt l'excluent pour une autre (voire pour la même raison qui a motivé son inscription).

Dans ces conditions, la socialisation comme finalité de la prise en charge du jeune, si elle peut se percevoir dans l'action isolée de chaque service, est fondamentalement compromise au regard du parcours de soin dans son ensemble. Une étiquette stigmatisante permet l'entrée du jeune dans un service et une plus stigmatisante encore conclut son exclusion et sa réorientation. Les « qualifications » se succèdent et s'accumulent au gré de logiques multiples, mais parfois bien éloignées de l'intérêt du jeune à court ou long terme.

La communication, le travail en réseau, les relais

La communication entre services, à plus forte raison lorsqu'ils appartiennent à des secteurs différents, est difficile. Le travail de réseau est largement souhaité, mais finalement peu opérant. Les changements de dispositifs se passent difficilement.

Il est aussi question des paradigmes de prise en charge des institutions. Le travail en réseau est parfois rendu compliqué à cause de la confrontation de référents théoriques peu compatibles. Il est souvent question des moyens et des outils des institutions, mais le positionnement de l'institution est une notion tout aussi importante : « comment ce service accepte-t-il de s'occuper d'un jeune » ? Il est nécessaire de trouver un terrain d'entente a minima à ce sujet pour pouvoir travailler ensemble autour de celui-ci.

Par exemple, les témoignages récoltés dans les SSM soulignent l'intérêt des **collaborations** avec certaines **institutions** dans le cadre d'une prise en charge globale d'une problématique infanto-juvénile (ex. un

[69] Moriau J. (2003), op. cit., p. 85.
[70] Blondieau L. (2005), op. cit., p. 119.
[71] De Backer B., Devolder J., Sichem V. (1997), « L'Aide à la jeunesse et la protection de la jeunesse : vers une logique de dispositifs ? », rapport publié à l'initiative de La Porte Rouge avec l'appui de la Direction générale de l'Aide à la jeunesse du Ministère de la Communauté française p. 176.

professionnel va gratifier un juge de la jeunesse de ne pas lui avoir imposé ses référentiels de pensée), il en est d'autres qui questionnent l'efficience du dispositif mis en place (ex. un professionnel va s'étonner qu'un SAJ qui lui a adressé un enfant ne judiciarise pas la situation de ce dernier alors qu'il se trouve en situation objective de danger physique et/ou psychique). Ici, ce sont des **définitions différentes de la situation** qui posent problème.

L'AAJ, c'est une approche le plus souvent socio-éducative. En pratique, seuls les centres d'orientation éducative (COE) disposent d'un ETP licencié(e) en sciences humaines, généralement un(e) psychologue, et sont invités dès lors statutairement à pratiquer des accompagnements psycho-socio-éducatifs. Les institutions d'hébergement en AAJ bénéficient royalement d'un part time psychosocial selon la taille de la structure. Très généralement, c'est l'engagement d'un(e) assistant(e) social(e) qui est privilégié… Aussi les travailleurs de la santé mentale ont-ils autant de mal à comprendre certaines des prises en compte et des réactions inspirées en AAJ par le souci de transmettre et de faire respecter des valeurs entre générations et entre membres d'une même société (…) [72]

(…) la pratique individuelle ou institutionnelle d'inspiration psychanalytique tout comme la référence à des notions de psychopathologie mettent les travailleurs sociaux devant un savoir qui leur est partiellement imperméable, et qui semble pour l'autre bord parfois « difficilement partageable ».[73]

De plus, les passages de relais lorsqu'un bénéficiaire change de service sont souvent mal gérés. Peu ou pas d'informations circulent, celles-ci se résument parfois à quelques représentations stigmatisantes qui, telles un virus, se propagent dans les différentes institutions dans lesquelles passe le jeune. Indépendamment du caractère « vrai » des informations ainsi transmises, elles génèrent généralement plus d'impasses que de solutions.

À ce sujet, relevons le souci des nouveaux intervenants sur une situation de l'aborder « vierges de tout préjugé » et le sentiment de la part de ceux-ci d'avoir à opérer une coupure (un changement radical) par rapport aux précédentes interventions. Sentiment qui peut être accrédité par le fait que le passage de relais se fait dans un contexte conflictuel entre l'ancienne institution et l'usager. L'idée sous-jacente pouvant être que le dispositif « mis en échec » est inadéquat et donc à ignorer… « Nous ferons mieux qu'eux… »

Le manque de confiance entre intervenants est un élément clé. Les disqualifications des interventions passées par les professionnels ne sont pas rares, elles accentuent l'aspect morcelé et kafkaïen que le jeune peut avoir de son parcours.

Les objectifs et les références conceptuelles et théoriques varient entre secteurs, entre services (parfois au sein d'un même service), etc. La communication en est rendue plus compliquée. Il existe peu d'interpénétrations entre les secteurs de l'AAJ et de la santé mentale. *Il s'agissait déjà pour nous d'élaborer de quoi surmonter la crainte légitime de « la psychologisation du social » bien présente chez les tenants et praticiens de l'approche sociologique et sociopolitique des problèmes et de leur contexte. Tout autant que de rencontrer les justes préoccupations de « ne pas évacuer la dimension du sujet » ni l'impact sur lui de ses relations affectives, rappelées par les cliniciens travaillant essentiellement à la restauration et à l'avènement de l'être individuel. Cela, sur l'axe en effet d'une ancienne et toujours vivace bipolarisation des enjeux focalisés, des représentations qui y président et en émergent, des discours qui s'en nourrissent et les défendent comme essentielles*.[74]

C'est ainsi que la question de la demande est prise en compte différemment par les différents champs. Ces singularités sont souvent mal interprétées et/ou mal vécues. *La difficulté ici semble bien à nouveau résider au moins partiellement dans la méconnaissance par chaque secteur des motifs généraux qui poussent les intervenants des secteurs d'en face à réfléchir, problématiser et travailler les situations d'une certaine manière, différente de la leur.*[75]

Des principes déontologiques sont souvent évoqués pour expliquer certaines réticences à la transmission d'informations, surtout du côté de la santé mentale. Il ne s'agit pas ici d'un dysfonctionnement, mais d'une dimension importante de la question. Cette dimension est néanmoins problématique si elle devient prétexte à refuser toute forme de collaborations.

Les services manquent généralement de moyens pour réaliser le travail en réseau nécessaire.

[72] Blondieau L. (2005), op. cit., p. 111.
[73] Blondieau L. (2005), op. cit., p. 112.
[74] Blondieau L. (2005), op. cit., p. 64 – 65.
[75] Blondieau L. (2005), op. cit., p. 78.

L'absence de communication est également une façon d'éviter les désaccords explicites étant donné le caractère potentiellement conflictuel du secteur. En d'autres mots, le travail psychosocial relève d'une logique « clinique » plutôt que d'une logique expérimentale « scientifique ». Il est fondé sur des interprétations et des évaluations (…) qui engagent nécessairement la personne du spécialiste professionnel. Ce qui peut expliquer la rétention d'informations, non pas seulement par une « intention déontologique », mais aussi par le fait de pratiques impliquant éthiquement et personnellement les professionnels, dans des interventions dont le résultat est toujours incertain.[76]

Au niveau politique

Nous avons volontairement choisi de ne pas placer ce point en première position pour ne pas lui donner valeur d' « excuse » nous dédouanant de toute autre tentative d'amélioration à d'autres niveaux. Néanmoins, force est de constater que le morcellement des pouvoirs liés à la communautarisation et la régionalisation ont un impact particulièrement négatif dans le cadre des situations qui nous réunissent. À la complexité intrinsèque de celles-ci en termes diagnostique et curatif, se surajoutent la complexité administrative du système belge et sa répercussion sur l'organisation du travail en réseau. Notons à ce sujet qu'il serait bon de s'inspirer de ce qui se passe en Flandre où les compétences communautaires et régionales sont regroupées, mais aussi la prise en charge des « jeunes en difficultés » qui dépend d'un seul ministère, celui du « bien-être », regroupant l'Aide à la jeunesse, les services de santé mentale et le handicap. Constatons néanmoins que ce contexte favorable n'empêche pas des difficultés dans les collaborations intersectorielles. Nos collègues du Nord du pays font les mêmes constats que nous concernant les jeunes « incasables » et tentent des projets novateurs en matière de travail en réseau.

Dans le contexte wallon, les pratiques de réseau intersectoriel ont du mal à se financer… et un niveau de pouvoir seul peut difficilement « mobiliser » l'ensemble.

Du côté de l'AAJ, il existe un lien ambivalent entre le principe très louable (ce qui ne veut pas toujours dire pertinent) de la priorité aux solutions « intrafamiliales » et la volonté de limiter les dépenses du système d'aide. *Le décret a pour objectif premier de définir des compétences et de limiter des territoires, et ce, parce qu'il tente à la fois d'organiser l'aide communautarisée, de maîtriser des dépenses et de renforcer les droits des jeunes. L'aide contrainte devant être limitée (en extension, en durée et en coût) et l'aide acceptée spécialisée devant céder le pas à l'aide générale libre aussi souvent que possible, le conseiller, pilier de l'aide spécialisée, a*

- *pour première mission de renvoyer vers l'aide préventive et générale,*
- *pour deuxième mission d'octroyer l'aide acceptée et surtout spécialisée de manière limitative (priorité à l'aide dans les milieux de vie, révision régulière des dossiers…)*
- *et pour troisième mission de renvoyer au judiciaire lorsque c'est indispensable (le directeur devant revenir dès que possible vers l'aide consentie).*

(…) Chacune de ces missions se laissant lire à la fois comme une avancée majeure dans le domaine des droits des bénéficiaires et comme un moyen de limiter les dépenses afférentes au système d'aide.[77]

Un mot pour les équipes et les travailleurs

L'ensemble des éléments évoqués dans ce rapport peut avoir un impact négatif sur le moral et la motivation du travailleur. En plus d'être confronté à des situations humainement difficiles, à la répétitivité de problématiques familiales hors de portée des interventions, son sentiment d'impuissance peut se voir décupler au vu de l'ensemble des contraintes et des dysfonctionnements qu'il va pouvoir rencontrer dans son travail. Bref, la démotivation et l'épuisement en sont des conséquences possibles. Ce qui nous amène à dire que la précarité symbolique et la complexité sont aussi à analyser et travailler du côté des intervenants eux-mêmes. Ces d'ailleurs un des constats formulés par la commission pédopsychiatrique de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale dans le cadre de son travail sur « la complexité et ses impasses ».

[76] De Backer B., Devolder J., Sichem V. (1997), op. cit., p. 81.
[77] De Backer B., Devolder J., Sichem V. (1997), op. cit., p. 103.

Les constats concernant les situations judiciarisées : rencontre avec des juges de la jeunesse[78]

Nous l'avons déjà dit, notre public cible n'est pas obligatoirement sous le coup d'une mesure judiciaire. Néanmoins, force est de constater qu'il est fréquent que la justice ait à intervenir dans ce type de situation. Tout d'abord dans le cadre de mesures de protection (« 36.2 ») et éventuellement dans le cadre de mesures de sanction (« 36.4 »). Nous avons hésité à réaliser un chapitre à part entière concernant ce qui nous a été relayé par les juges de la jeunesse, tant leurs constats sont en phase avec les chapitres précédents. Néanmoins, leur position, en retrait du système de prise en charge, ainsi que leur fonction, donne un intérêt particulier à leur témoignage. De plus, cela nous donne l'occasion de consacrer plus spécifiquement un chapitre au versant « judiciaire » de la question.

Ce n'est qu'après 1912 que la délinquance des jeunes a fait l'objet d'un traitement différent de celle des adultes et qu'il a été décidé d'y réagir par des mesures éducatives. Ce positionnement caractérise toujours les mesures judiciaires actuelles concernant la délinquance juvénile. À partir de 1965 y ont été inclus les mineurs en danger, ce qui a changé la perception du travail des juges qui est toujours celle de Bruxelles (les pratiques des juges wallons et bruxellois sont sensiblement différentes). Paradoxalement, et d'une certaine façon, nous pouvons dire que les juges wallons sont revenus à la loi de 1912 puisque leurs attributions concernant les jeunes en danger se sont vues diminuer.

Les années 1970 marquent une rupture avec un système paternaliste qui place les familles sous la tutelle de l'appareil judiciaire. Depuis, les situations « d'éducation problématique » passent d'abord par un travail sur base volontaire (SAJ). Si cette philosophie se matérialise parfois par des effets pervers, elle n'en présente pas moins un système de raisons, ancré dans l'époque. Il reste qu'en son temps le législateur a cru que le décret (en déjudiciarisant) allait réautonomiser les familles, et donc régler la problématique. Une fine analyse des normes familiales contemporaines (absence des pères, enfants sans famille…) devrait toutefois nous obliger à requestionner la philosophie de l'autonomie des familles. Toute la question étant de savoir comment mettre du cadre dans une société basée sur une autonomie de la volonté…

Lors des débats, les juges nous feront remarquer que le droit de la jeunesse a été conçu comme un droit qui protège la famille contre l'intrusion de l'État qui pourrait déplacer le jeune… Or, parfois, ce sont les familles qui veulent se débarrasser de leurs adolescents difficiles. Ces stratégies familiales (de ***délestage***), le législateur est aujourd'hui incapable de les entendre.

Actuellement, en Wallonie, dans le cadre de la prise en charge des mineurs en danger, le juge intervient uniquement pour prononcer l'aide contrainte et le SPJ la met ensuite en œuvre. Dans certaines situations d'urgence, le juge reste sollicité lorsqu'il s'agit d'aller vite et que les SAJ ne répondent plus présents (le week-end après 17 h). Ce qui n'empêche pas le juge d'être particulièrement démuni dans ce cas de figure. Sans service social à sa disposition, il prend une mesure de placement temporaire : une mesure de garde. Il ne peut rien faire d'autre. C'est ensuite au SAJ de prendre le relais.

Les juges rencontrés insistent sur le fait que leur fonction est avant tout éducative (relevant de l'intégration des normes sociales) avec les jeunes ayant commis des faits qualifiés infractions. À moins que le jeune ne puisse avoir accès à ce type d'intervention, compte tenu de la dégradation de sa santé mentale (c'est alors la prise en charge psychiatrique qui s'impose). À ce sujet, et nous l'avions déjà évoqué dans le chapitre « épidémiologique », **les juges insistent sur le fait qu'ils rencontrent finalement peu de situations dans lesquelles ils reconnaissent ce qu'on pourrait appeler un « cas psychiatrique »**. Ils sont d'ailleurs les premiers à dénoncer l'émergence de cette figure du « fou dangereux » qui vient succéder à celle du toxicomane des années 80 et du pédophile des années 90.

Tout ceci nous renvoie à l'épineux problème du diagnostic. S'il est délicat de poser un diagnostic à l'adolescence, il faut pouvoir se donner des repères par rapport à la nécessité d'une « prévalence soignante » dans telle ou telle situation.

[78] Ce chapitre a été construit principalement au départ d'une rencontre entre le groupe de travail de la recherche, deux juges de la jeunesse et d'un substitut du procureur du Roi.

La question de **la représentation que les professionnels peuvent avoir de la maladie mentale, de la notion de responsabilité des jeunes et de leurs besoins éducatifs** est importante à clarifier à ce niveau. La conception dominante actuelle sépare de façon manichéenne les faits commis par les « malades mentaux » et ceux commis par les délinquants. Les premiers étant jugés irresponsables de leurs actes, l'attention à leur porter relèverait exclusivement du soin « médical ». Il faut pourtant nuancer ce point de vue. La présence d'une maladie mentale ne diminue en rien l'importance d'un travail éducatif adapté et n'évacue pas totalement la question de la responsabilité. Beaucoup de jeunes qualifiés d'irresponsables (sujet délirant, halluciné…) restent toutefois accessibles, lors de leur stabilisation, au versant éducatif du processus judiciaire (médiation, travail de prestations…). Et de façon plus large, il n'est pas de travail thérapeutique avec des enfants et des adolescents, à plus forte raison lorsqu'ils sont résidents, qui ne comporte une dimension éducative. Nous pouvons dire de l'éducation, dans toutes ses dimensions et en tenant compte des limites de chacun, qu'elle relève des besoins fondamentaux d'un jeune quel qu'il soit.

Ensuite, les témoignages sont unanimes, **il est plus compliqué actuellement de trouver des solutions pour les jeunes pour lesquels un dossier 36.4 n'a pas été ouvert**. Par exemple, l'ouverture des services FOR-K est venue apporter un élément de réponse pour l'orientation des jeunes ayant commis un fait qualifié d'infraction et présentant des troubles psychiatriques importants.

Les constats relevés dans les chapitres précédents font référence à **la judiciarisation** de situations utilisée comme moyen d'action, indépendamment de la présence objective d'une « infraction » suffisamment lourde justifiant l'ouverture d'un dossier 36.4. Celle-ci vient signer le souhait de certaines équipes de mettre du cadre, mais aussi, dans le chef de certains cliniciens, la volonté de placer le juge en position de tiers. Les juges témoignent du fait qu'on assiste très souvent à ce phénomène pour les mineurs à problématiques lourdes (gros problèmes de comportement…). Ils sont alors saisis afin que puisse se mettre en place un cadre plus contraignant. La nécessité d'en passer par là pour établir une injonction thérapeutique est chronophage. Une impulsion est souvent nécessaire pour les jeunes qui nous concernent et cette impulsion-là, le SAJ ne peut légalement pas en être dépositaire. Et pourtant, il s'agit de passer par le SAJ pour constater qu'il existe bel et bien une absence de consentement, citée devant le juge qui va rendre un jugement, permettant au SPJ de rentrer en course… Cette chaîne peut prendre des mois !

De plus, les juges de la jeunesse soulignent l'importance de **penser l'offre de prise en charge ambulatoire** pour ces jeunes[79]. La question étant de savoir comment **amener un jeune à formuler une demande** d'aide thérapeutique (ou du moins l'accepter).

Le travail sous contrainte fait également partie des possibilités dont disposent les juges. Ils constatent néanmoins des freins à la mise en place de ce type de solution. Censé donner des injonctions, le juge de la jeunesse se trouve dans une position inconfortable, face aux professionnels de la santé mentale qui obéissent au principe du contrat thérapeutique. Nous retrouvons ici un constat formulé unanimement par les institutions partenaires du secteur de la santé mentale. Les exigences de certaines institutions en termes de demande, de projet, de motivation, participent au phénomène d'exclusion de notre public cible.

Pourtant, le travail sous contrainte est un outil nécessaire dans certaines situations. Nous pensons notamment aux cas des délinquances sexuelles pour lesquelles sans contrainte, c'est le règne du déni, et donc des risques de récidive.

Il est possible qu'il manque **une clarification des méthodes quant à la prise en charge médico-légale ambulatoire**. En effet, entre le praticien privé, le COE (qui peut être mandaté), les équipes ambulatoires des SSM, les équipes outreaching qui dépendent des For-K…, les pratiques peuvent être très différentes. Autrement dit, il est important de savoir ce que recouvre la catégorie d'injonction thérapeutique. Le secteur de la santé mentale reste encore trop animé d'une série d'inquiétudes et de croyances relatives à la dangerosité de travailler dans ce cadre (ex. s'agit-il de rendre compte au monde judiciaire du contenu du travail thérapeutique ?).

[79] Celle-ci semble insuffisante pour les problématiques AICS. Par exemple, l'UPPL, bien que subventionnée pour prendre en charge des adultes, travaille néanmoins – confrontée aux nombreuses demandes qui lui parviennent – avec des adolescents auteurs d'infraction à caractère sexuel, et cela, alors qu'aucun thérapeute indépendant ne souhaite prendre en charge cette population.

De façon plus radicale, certains estiment que c'est **le cadre des services de santé mentale qui est à questionner**. S'il est vrai qu'il est difficile de réaliser un réel travail thérapeutique sans l'existence d'une demande (exprimée ou non), tout l'enjeu de la relation avec le jeune consiste à porter la demande lorsque celle-ci est tue, lorsque celle-ci ne peut être dite, et à l'emmener vers un lieu qui pourra la travailler d'une façon professionnelle. S'il s'agit de repenser le cadre de travail des SSM, c'est parce que celui-ci repose sur des normes (ex. rigidité des horaires des intervenants) difficilement applicables aux publics qui nous concernent. Face à des jeunes en rupture de liens, isolés, nomades..., le cadre classique est tout simplement dysfonctionnel, même lorsque la demande est présente : en dépit de la bonne volonté des parties (le jeune et l'institution de santé mentale), la rencontre est parfois impossible à partir d'un mode de fonctionnement « standard ».

Les équipes d'**outreaching**[80] sont là pour travailler dans les situations dans lesquelles la demande a du mal à se formuler. Il est dès lors important que la collaboration entre ces services et les SSM soit bonne, voire étroite, afin que puissent se faire les passages de relais. À ce sujet, certains estiment qu'il eut été plus pertinent de constituer les services d'outreaching au départ des Services de santé mentale, plutôt que des hôpitaux... D'autres estiment que ces services ne sont pas nécessairement en capacité de prendre en charge des situations dans lesquelles la dimension éducative (et la triangulation avec le juge de la jeunesse) est importante.

Notons qu'il est possible pour un service de jouir d'**un mandat d'exploration de la situation**, à l'image des évaluations avant hospitalisation. Cette modalité de travail peut permettre de nouer un lien à partir duquel le jeune peut s'approprier l'ébauche d'une demande. Cette démarche doit être considérée comme un processus : le professionnel de la santé mentale est mandaté par le juge avec des objectifs minimums sur lesquels le jeune porte accord, la nature de l'intervention pouvant évoluer par la suite...[81] Même en IPPJ, le jeune doit finir par être demandeur de quelque chose, sans quoi cela se terminera par un dessaisissement.

Quoi qu'il en soit, **la question de la demande se travaille dans le temps**, le jeune aux prises avec sa dilogie s'oppose ou accepte « pour faire baisser la pression », jusqu'à ce que, parfois, un déclic se fasse. De façon générale d'ailleurs, indépendamment des "échecs" ponctuels, **c'est le parcours à plus ou moins long terme d'un jeune qu'il s'agit de considérer, de même que les interactions entre les différentes étapes afin de tirer correctement les lignes de force des stratégies d'intervention**. Bref, que ce soit concernant la formulation de la demande, ou plus largement pour penser une intervention et un dispositif, la dimension temporelle est essentielle.

D'autre part, les juges nous expliquent également qu'ils ne sont pas informés de toutes les possibilités existantes en matière de prise en charge des adolescents. Ils sont demandeurs d'informations à ce sujet.

Comme nombre d'intervenants psychosociaux, les juges de la jeunesse sont eux aussi confrontés à la problématique de **l'urgence**. Sollicités dans ce contexte, la marge de manœuvre dont ils disposent est parfois étroite. Ceux-ci regrettent de ne pouvoir compter sur une structure susceptible d'interpréter dans des termes cliniques les situations d'urgence qui leur sont confiées. Prenons par exemple le cas d'une jeune fille qui, après avoir tout cassé à son domicile, est présentée au juge de la jeunesse par un commissariat de police. Face à cette situation, le juge prend son téléphone et tente de joindre une institution susceptible de la prendre en charge (dans le même temps, les parents de la mineure font pression sur le juge pour que leur fille ne revienne pas au domicile parental). Face à la situation (grave) décrite par le juge, l'institution contactée peut ne pas vouloir accepter ce profil. Autrement dit, une structure qui accepterait ce type d'urgence, fût-ce un temps, pour une orientation, serait la bienvenue[82]. En l'absence de ce type de prise en charge (dispositifs de crise), les mécanismes qui s'enclenchent actuellement dans le cadre d'une procédure de protection peuvent amener assez rapidement à l'entérinement d'une rupture entre le jeune et sa famille. Il se trouve alors sur des rails difficiles à quitter.

Le SPJ a normalement un rôle à jouer dans la gestion de ces urgences. À Bruxelles, par exemple, une permanence d'urgence a été mise sur pied pour faire face aux jeunes en crise. Même si un délégué peut immédiatement se rendre au tribunal (en semaine, aux heures d'ouverture de bureau du SPJ), généralement celui-ci intervient le lendemain, ce qui laisse penser qu'il s'agit souvent d'urgence « light ». Il n'en reste pas moins que ce modus

[80] En Belgique, il y a actuellement onze projets pilotes (un par province) couvrant certaines catégories de population (de 0 à 18 ans à Namur, de 0 à 6 ans à Mons). À Namur, il y a en permanence entre 40 et 50 prises en charge (pour 2,75 ETP).
[81] Rappelons aussi la possibilité légale qui est donnée au jeune de choisir son thérapeute.
[82] Il semblerait que des structures de ce type vont être mises sur pieds. À ce sujet, voir le chapitre « de futurs projets à suivre... ».

operandi (par semaine, le tribunal est habilité à prendre en charge deux situations de ce type) permet de traiter les situations de crise. En conclusion, l'intervention du SPJ en urgence peut désamorcer « beaucoup de bombes »... Notons cependant que « désamorcer l'urgence ou la crise » n'est pas tout, encore faut-il également analyser le contenu de la dynamique à l'œuvre dans une situation et penser une stratégie. Cela demande des équipes professionnelles pluridisciplinaires...

Il faut constater que le décret a éclaté le paysage des intervenants. **Entre le SAJ, le SPJ et le juge de la jeunesse, il est parfois bien difficile de connaître précisément les attributions de chacun**. Pour le juge, alors que les balises d'intervention des uns et des autres sont floues, cela ne peut que donner naissance à des frottements permanents ; par exemple une concurrence entre SAJ et SPJ... Ces deux institutions habitent des mondes différents avec des antagonismes évidents dans les modes de réponse : aide volontaire – aide contrainte ; mandat ou non ; confidentiel ou non... La prudence du SAJ dans sa communication avec le SPJ s'expliquant aussi par le fait qu'un discours de parents tenu devant un délégué du SAJ, de manière volontaire, ne saurait souffrir la comparaison avec un discours (requis) tenu devant un juge.

Cette difficile articulation entre le SAJ, le SPJ et le juge de la jeunesse a aussi ses conséquences au niveau du maintien d'un fil rouge. C'est ainsi que lorsqu'il y a transmission d'un dossier SAJ vers le juge de la jeunesse, celui-ci ne peut disposer que d'une petite note de synthèse comme information concernant la situation et le travail fait par le SAJ préalablement. Le juge est forcé de tout recommencer à zéro !

Il semble clair pour les intervenants rencontrés que le fil rouge est difficilement assumable par le SAJ ou le SPJ, même si cela pourrait effectivement faire partie de leurs responsabilités. Étant donné leur surcharge de travail, ces services se « retirent » des situations dès que possible... ce qui est peu compatible avec la fonction en question.

Réflexions et pistes de travail en réponse aux constats

Comment décloisonner et intégrer les secteurs et les pratiques ? Comment faire en sorte que les orientations ne s'effectuent pas « par défaut », mais bien en fonction du choix de la meilleure solution possible pour le jeune ? Comment répondre à la nécessité du « fil rouge » ainsi qu'à celle d'une cohérence globale à maintenir dans les prises en charge sur le moyen et long terme ? Il est évident que le meilleur des mondes n'existe pas, tout comme il n'existe pas une et une seule façon de répondre à ces questions. Les mythes du risque zéro et de la bonne pratique ne sont pas porteurs que de progrès, surtout en matière clinique. C'est donc sans visée dogmatique que nous allons tenter de synthétiser et d'organiser les informations récoltées dans l'ensemble des rencontres et des lectures effectuées pour ce travail.

Une complexité dont il faut tenir compte

Tout d'abord, il convient d'affirmer avec force que les situations qui nous interpellent dans le cadre de ce travail s'enracinent dans des problématiques sociales, souvent transgénérationnelles, contre lesquelles les réponses « curatives » et médicales ne sont certainement pas les seules possibles. Toutes les mesures allant renforcer les ressources des populations les plus précarisées (symboliquement notamment), en terme de lien social, de renforcement des logiques de solidarité interindividuelles et collectives, d'intégration, d'accès à l'éducation et la culture, etc. auront une portée plus vaste sur le long terme et seront porteuses de plus de justice sociale. Dans ce sens, il semble important de pouvoir initier des travaux de recherches amenant à des propositions concrètes à ce sujet.

Ensuite, constatons qu'il n'est plus possible de penser des solutions sans maintenir **un constant regard écosystémique** sur celles-ci, quel que soit le « lieu » où nous portons notre réflexion. Par exemple, il n'est plus possible de penser l'organisation interne d'une institution sans se référer aux exigences du travail en réseau. Les fonctions de liaisons, les fonctions de référents, les *équipes contextuelles*… jouent un rôle essentiel au sein de leurs services tout en déployant leur action au-delà de leurs frontières. De la même façon, décréter au sein d'une institution l'importance de la « créativité » dans les solutions apportées doit s'accompagner d'un travail en réseau qui ouvre aux ressources nécessaires à cette créativité. Ou encore, penser la formalisation d'un réseau c'est aussi se questionner sur le profil des participants à ce réseau en termes de fonction dans leurs institutions respectives, d'accès aux informations et de pouvoir décisionnel…

Bref, il nous faut pouvoir **réfléchir en même temps aux institutions et aux dispositifs dans lesquels elles s'intègrent, sans perdre de vue que ceux-ci doivent pouvoir s'articuler autour de la réalité du jeune, de ses moyens et de ses ressources ; tout en restant connecté avec le reste de la société** afin d'assurer l'adhésion au projet et l'objectif d'insertion, deux clés pour la réussite d'une intervention.

Les possibilités de prise en charge des jeunes sont vastes. Chaque secteur (AAJ, SM, handicap) développe une offre dans laquelle on retrouve des possibilités résidentielles, de l'accueil de jour, de l'ambulatoire, du travail en milieu de vie, etc. Par exemple, les services privés de l'Aide à la jeunesse se subdivisent en 14 catégories (AMO, CAEVM, CAS, CAU, CJ, COE, COO, CPA, PPP, SAAE, SAIE, SP, SPEP, SPF) dont les missions sont spécifiées dans le décret, ce qui n'empêche pas chaque service de pouvoir décliner son action dans le cadre d'un projet pédagogique qui fera sa spécificité. Les services du secteur de la pédopsychiatrie et de la santé mentale en général sont aussi porteurs d'une offre extrêmement variée. La simple question des critères d'admission de chaque service ouvre à elle seule un dédale sans fin. Nous ne pouvons que nous réjouir d'une telle richesse et des possibilités de travail qu'elle nous laisse entrevoir. Mais cette richesse a un prix. À l'heure actuelle, **le travail en réseau**, à plus forte raison lorsqu'il est intersectoriel, **est complexe**. Il n'y a rien qui puisse venir réduire cela. Il restera toujours une part d'inconnu que nous devons acter…

Prévenir et traiter la souffrance

Nous l'avons vu, les jeunes qui nous préoccupent vivent depuis leur plus jeune âge une situation de souffrance psychique (carences affectives, maltraitance, négligence, situations traumatiques). Nous pouvons donc raisonnablement attendre que les premières mesures mises en place pour l'enfant et ses parents soient accompagnées d'une offre psychothérapeutique consistante qui se donne le temps et des moyens adaptés au contexte et aux enjeux.

Dans cette logique, soulignons l'intérêt qu'il y a à soutenir des initiatives qui développent un travail clinique sur le milieu de vie adressé aux tout jeunes enfants (0-6 ans) comme le propose **Le Gerseau**[83] dans le Brabant wallon. Bien loin des propositions issues du travail de l'INSERM de dépistages des futurs déviants, il s'agit ici de travailler les perturbations précoces du lien parents – enfants lorsqu'elles sont constatées par un parent ou par un intervenant de première ligne, généralement dans un contexte où la demande a du mal à se formuler. Bien qu'il soit avant tout « curatif », ce type de dispositif a des vertus préventives évidentes étant donné l'impact de la qualité relationnelle parent – bébé sur le devenir de celui-ci. L'amorce d'une spirale vertueuse au sein de la dynamique familiale est génératrice de bénéfices inestimables, tant pour les intéressés que pour la société.

De plus, notons que la recherche-action menée par le Gerseau avec le soutien de l'IWSM[84] montre les bénéfices sur le moyen et long terme de la construction d'un réseau « petite enfance » incluant les acteurs de première et de seconde ligne. En effet, avec le temps, ces collaborations (1) développent une sensibilité et des compétences chez les intervenants de première ligne en matière de détection des signes de souffrance psychique (manifestations symptomatiques et/ou *évènements de corps*) chez l'enfant de zéro à trois ans et (2) elles « facilitent » la formulation de demandes « adéquates » aux services de seconde ligne. Le réseau ouvre (potentiellement) à des ressources, à plus de fluidité et de créativité, mais aussi participe sur le long terme au partage de compétences.

C'est pourquoi la Commission « pédopsy » de l'IWSM insiste sur l'intérêt des collaborations qui peuvent s'établir entre les services de santé mentale et l'ONE (ainsi que les crèches et les pouponnières), dont les intervenant(e)s sont généralement les seuls en position de relais potentiel lorsqu'il s'agit d'enfants qui ne sont pas encore scolarisés. À ce sujet, les statistiques[85] montrent que les 0 – 3 ans sont proportionnellement aux autres catégories d'âges sous-représentés dans les consultations des services de santé mentale.

De la même façon, d'autres initiatives peuvent ainsi être valorisées telles que les *maisons ouvertes*[86], comme le *Pré vert* développé par le SSM de Courcelles, inspirées par *La maison verte*[87] créée par Françoise Dolto à Paris en 1979 qui sont des lieux d'accueil des enfants de 0 à 3 ans accompagnés de leurs parents. Nous pouvons également citer d'autres initiatives organisées autour de la petite enfance et du lien parents-enfants comme l'ASBL *echoline*[88] à Charleroi, *Pré en Bulles* à Namur ou encore *fil-à-fil*[89] à Liège.

De façon plus générale, il y a unanimité sur le fait de proposer une offre pluridisciplinaire en milieu de vie (en milieu « naturel ») qui permet de soutenir les familles.

L'évaluation et le diagnostic[90]

Nous avons déjà longuement discuté de cette délicate question. Nous vous soumettons ici quelques suggestions à ce sujet. Tout d'abord, il est préférable de partir des besoins de l'enfant plutôt que de faire « coller » son évaluation avec une structure existante. Il convient d'ailleurs d'encourager le recours à un tiers pour l'évaluation des situations (un SSM, par exemple) et de considérer le diagnostic comme une hypothèse à réévaluer régulièrement.

À ce sujet, reprenons la belle phrase de Danièle Epstein : *Entendre l'inaudible, se méfier de trop de clarté, et d'évidence, se garder de l'illusion de la transparence à portée de savoir, tel est ce qui supporte la posture clinique dans l'institution, en tant qu'elle subvertit toute logique de maîtrise, et met à mal l'idéal de programmation, car nul n'est maître en sa demeure psychique.*[91]

[83] Émanation du Service de Santé Mentale de Braine-l'Alleud, prix Julie Renson « Initiatives originales en matière de soins de santé mentale en Belgique – 2006 ».
[84] Recherche initiée par la Région wallonne concernant la clinique dans le milieu de vie adressée aux enfants de 0 à 6 ans au départ du projet Gerseau du Service de Santé Mentale « Safrans » de Braine l'Alleud.
[85] Minotte P. (2008), « l'offre adressée aux moins de dix-huit ans dans les Services de santé mentale en Région wallonne », rapport de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale.
[86] Pour plus d'informations : http://www.lesmaisonsvertes.be/
[87] Pour plus d'informations : http://www.lamaisonverte.asso.fr/
[88] Pour plus d'informations : http://www.echoline.be/
[89] Pour plus d'informations : http://old.labiso.be/ebooks/labiso_88/labiso_88_A4.pdf
[90] IWSM (2003), op. cit., p. 106.
[91] Epstein D. (2007), op. cit., p. 55.

La cohérence des interventions et des orientations dans la prise en charge, le « fil rouge »

Le recours à la meilleure solution possible devrait pouvoir guider les intervenants dans le suivi de chaque situation, même si cela demande de franchir des barrières importantes. Ce vœu pieux se voit confronté à certaines réalités comme les délais d'attente, les critères d'admission (nous entendons par là les critères explicites comme les critères implicites des institutions) et l'absence de demande du jeune… En laissant de côté la question de la demande que nous avons déjà évoquée, nous envisageons ici quelques solutions concrètes.

Tout d'abord, lorsqu'un jeune est accueilli dans une institution, celle-ci doit **prévoir d'emblée des solutions en cas de crise** (en fonction de scénarii types) et **s'*engager* à assurer le fil rouge**[92] (ou se coordonner avec le service responsable de celui-ci). La tendance du jeune à convoquer la rupture doit être envisagée comme étant au cœur de sa problématique et non comme un épiphénomène venant faire intrusion de façon inopinée. Les intervenants ne doivent pas s'attendre à *un long fleuve tranquille*, **l'institution doit être en mesure de traiter un état de crise tout en conservant l'intérêt du jeune comme préoccupation première**.

Quelques services ou initiatives ont travaillé cette question. Nous pensons notamment au « trépied » du CAS pour jeunes filles **le Toboggan** ou encore à **l'Entre-Temps** et au **Projet Link** en Flandre. Nous aurons l'occasion de revenir en détail sur ces différents dispositifs, mais disons déjà que ceux-ci associent à l'intégration d'un jeune dans leur projet, la formalisation d'accord de collaboration avec d'autres acteurs, en spécifiant clairement le rôle de chacun, afin de pouvoir compter sur les ressources nécessaires le cas échéant. Parfois ces acteurs sont déjà présents dans la situation, parfois il faut les solliciter pour les intégrer « au cas où »… Ce qui n'est pas évident a priori. Par exemple, quel intérêt pourrait avoir un hôpital psychiatrique de s'inscrire virtuellement dans une intervention « au cas où une urgence psychiatrique viendrait à se manifester… » ? Sachant en plus que le jeune en question est particulièrement difficile. C'est la raison pour laquelle, **la constitution de réseaux formalisés**[93] **et d'accords de collaboration entre services, indépendamment de situations particulières, est essentielle**. Les dynamiques ainsi constituées doivent dépasser le cas par cas et s'inscrire dans une logique de solidarité entre institutions qui laisse tout le monde gagnant, indépendamment des aléas de telle ou telle situation.

Remarquons que nous pourrions nous demander pourquoi vouloir absolument maintenir une continuité dans la prise en charge, sachant que tout être humain est confronté (et s'accommode) à des changements de contexte sans pour autant que ce ne soit pathogène. Ce à quoi nous devons répondre qu'il est utile de distinguer une discontinuité assumée par un adulte « construit » et l'errance institutionnelle subie par un enfant ou un adolescent en construction. Le second cas de figure impliquant la répétition d'une situation de rupture, hautement insécurisante, qui inscrit de plus en plus profondément chez le sujet une défiance vis-à-vis du « système ».

Néanmoins, nous devons également être conscients du fait que la notion de fil rouge « navigue dans les eaux troubles du devoir d'ingérence »[94]. Qu'en est-il du « droit » des familles et/ou des jeunes de refuser la mise en place de ce qu'ils sont susceptibles d'interpréter comme un contrôle de plus en plus performant ? Il n'y a pas une « bonne » réponse à cette question, mais des choix… Certainement faut-il distinguer les situations dans lesquelles les familles ont suffisamment de ressources pour assurer ce fil rouge (c'est rarement le cas de nos jeunes) et les autres. Il n'est pas question de se substituer aux familles là où elles sont compétentes. Quoi qu'il en soit, en définitive, c'est l'intérêt du jeune (qui reste aussi une notion assez floue) qui doit guider nos interventions.

La fonction de « **fil rouge** » est théoriquement au service de la cohérence des interventions et des orientations dans la prise en charge. Au niveau du vécu subjectif du jeune, elle peut également faire référence à la continuité d'un lien entre celui-ci et un professionnel de référence et/ou une institution. Il y a plusieurs façons de décliner ce que pourrait être un fil rouge tant dans les fonctions qu'il peut remplir que dans sa mise en application concrète. Lors des débats du groupe de travail, il a souvent été question de la place du *tiers* et/ou du *référent*

[92] le centre « De Wissel » (CAS en Brabant Flamand et partenaire du projet LINK) a inscrit la cohérence de la trajectoire de prise en charge comme une des responsabilités principales du service.
[93] La question de la « formalisation » peut éventuellement crisper les intervenant si elle n'est pas nuancée (voir piste de travail de l'IWSM en fin de document).
[94] Groupe de travail « jeunes et transversalités », organisé à la demande du Comité de Gestion de l'AWIPH.

(parfois indistinctement) lorsque nous évoquions le *fil rouge*. Les deux premières notions, tout aussi valises que la troisième, semblent néanmoins pouvoir apporter des éléments pour la construire.

À l'analyse des échanges des membres du groupe, il est apparu qu'à travers cette notion de tiers-référent certains faisaient référence essentiellement à (*A*) **un tiers « référent du jeune choisi par lui »**, alors que d'autres privilégiaient la dimension du (*B*) **tiers « médiateur qui triangule une relation potentiellement conflictuelle entre le jeune et son institution »**, ou encore (*C*) **du tiers « coordinateur de la trajectoire de soins, garant de sa cohérence »**. Nous pourrions rajouter une quatrième catégorie de tiers, celle (*D*) **du tiers « médiateur des intervenants entre eux »** c'est-à-dire un tiers qui n'intervient pas directement sur la situation, mais aide, le cas échéant, à sortir des impasses rencontrées par le dispositif à certains moments grâce à une position neutre et une lecture « méta » de la communication et des interactions entre les différents acteurs.[95] Rajoutons enfin (*E*) **la fonction symbolique du « tiers social »** jouée généralement par le SAJ, le SPJ ou le juge.

À ces fonctions de « tiers-référent » s'inscrivant spécifiquement dans le cadre d'un travail de réseau, s'ajoute celle de *référent* telle qu'elle est déclinée classiquement dans les institutions à savoir l'intervenant de référence (souvent un éducateur) au sein même du service ; celui-ci ayant parfois la responsabilité du « fil rouge » en intramuros. Cette notion de (*F*) **référent « intra-institutionnel »** est elle-même l'objet de nombreuses variantes. Il s'agit parfois d'une personne désignée par le service, parfois choisie par le jeune et parfois les deux. De plus, il est de plus en plus fréquent au sein des institutions que soit nommé parallèlement au référent intramuros un (*G*) **référent « context »** (pour reprendre l'expression de nos amis néerlandophones) c'est-à-dire chargé du travail avec le réseau « naturel » (la famille, les proches) et les professionnels. Enfin (*H*) **la fonction de liaison** telle qu'elle est déclinée dans le nouveau décret des services de santé mentale est encore un peu différente, car elle désigne la fonction en charge exclusivement du lien avec le réseau professionnel… Ces deux dernières fonctions (*G* et *H*) ont a minima la responsabilité de connecter l'institution dans le cadre d'un suivi au reste du réseau, mais se conçoivent aussi parfois comme ayant une responsabilité dans la coordination transversale.

Dans les différentes fonctions que nous venons de lister, probablement de façon non exhaustive, certaines sont assez clairement « attribuables » à une personne ou un service. D'autres sont plus floues, ou en tous les cas susceptibles de se recouvrir, se concurrencer, « s'amalgamer »… Encore une fois, il existe de nombreuses façons de les décliner, chacune présentant des avantages et des inconvénients. Une piste de travail fort intéressante consisterait dans l'analyse des dispositifs mis en place autour de jeunes. Celle-ci aurait pour objectif de voir quelles sont les différentes fonctions représentées. Comment elles se répartissent et s'articulent ? Quels sont les avantages et les inconvénients de tel ou tel cas de figure ? Tout en gardant une perspective basée sur le cas par cas afin de ne pas passer à côté de la singularité d'une « relation » entre un dispositif et ses bénéficiaires…

Ceci étant, le groupe de travail nous a déjà permis d'explorer des initiatives concrètes et fonctionnelles. Celles-ci proposent des solutions pertinentes au regard des recommandations issues des constats. Elles sont présentées un peu plus loin dans le rapport. De plus, elles nous ont permis d'isoler un certain nombre de réflexions intéressantes concernant les notions de fil rouge et de tiers-référent. Par exemple, au fil des débats, il est apparu que ce (ou ces) tiers-référent doit trouver une **légitimité** tant aux yeux du jeune que des autres professionnels. Il ne suffit donc pas que la fonction soit décrite dans un dispositif (*prescrite*) pour qu'elle soit opérationnelle, le choix du patient est une donnée essentielle dans ce domaine. De la même façon, un référent choisi par un jeune qui ne se verrait reconnaître aucune légitimité par ses pairs ne pourrait pas jouer son rôle s'il suppose un travail de réseau. Une légitimité doit pouvoir lui être accordée de part et d'autre afin d'éviter un « boycott » de son travail. Ce « crédit » est toujours conditionnel, précaire comme les situations qu'il concerne, et nécessairement soumis à une foultitude d'enjeux politiques, institutionnels, affinitaires, théoriques, etc. qui dépassent largement l'aspect purement clinique des interventions. Il s'agit donc d'une fonction complexe à définir et complexe à exercer qui, sauf erreur, n'est enseignée dans aucun cursus.

À l'analyse du dispositif de l'Entre-Temps et du service De Wissel (voir plus loin), nous avons été amenés à penser qu'un des facteurs facilitant l'installation d'une légitimité du service de « coordination » aux yeux des usagers comme des intervenants, outre les compétences professionnelles, est la **disponibilité** (et

[95] Les réseaux doivent se donner les moyens d'une certaine réflexivité, car contrairement à ce qu'on a pu penser, le simple fait de se rencontrer n'est pas toujours suffisant, loin de là.

conséquemment l'accessibilité et la réactivité). Les uns et les autres seront généralement bien disposés à l'égard d'une équipe à l'écoute au moment où le problème se présente. Cette hypothèse mériterait d'être approfondie. Il ne s'agit pas ici de prôner les mérites d'un service qui agirait dans une sorte d'urgence perpétuelle en voulant trouver au plus vite et intempestivement des solutions à tout. Il s'agit d'insister sur l'importance dans la création du lien « thérapeutique », dans le cadre de situations complexes, d'une disponibilité dans l'écoute (l'accueil de la parole) et une capacité à augmenter cette disponibilité dans les moments de crise.

Autrement dit, lorsqu'une nouvelle fonction et/ou un nouveau service sont pensés pour jouer ce rôle « tiers – référent du jeune et de sa trajectoire de soins », probablement faut-il toujours s'assurer qu'il aura les moyens en terme de temps et d'organisation du travail pour assumer cette fonction.

Constatons également qu'en plus de se montrer disponibles, en ayant installé une flexibilité dans leur mode de fonctionnement interne, ces deux services ont les moyens de **travailler de façon intensive** lorsque cela est nécessaire. Ils ont ainsi totalement intégré l'état de crise comme modalité classique d'expression des jeunes dits complexes. Remarquons enfin que leur fonction de tiers-référent s'accompagne d'une action psychosociale et n'est donc pas totalement limitée à un rôle de « technicien de réseau » qui ferait certainement peu sens pour les bénéficiaires.

Si nous avons ici décliné certaines fonctions plus ou moins en lien avec le fil rouge et/ou la fonction de référent, rappelons que notre souci principal à ce stade reste « la coordination de la trajectoire de soin dans le respect de sa cohérence (*C*). Fonction pour laquelle une reconnaissance par le jeune (*A*) et par les autres acteurs du dispositif semble importante, non pas tant en terme de « lien affectif » fort, mais bien d'une légitimité basée sur la confiance. Mais, plus concrètement, qui ou quoi peut incarner ce fil rouge, veiller à une cohérence transversale ?

Certains estiment que celui-ci doit être pensé comme une fonction et non comme une personne, un témoin qui doit tôt ou tard être remis à quelqu'un d'autre. Si cette proposition est tout à fait logique et réaliste, elle soulève néanmoins deux questionnements. D'une part, du point de vue de l'usager, la personne fait probablement plus sens que la fonction ; il ne faut pas perdre de vue la dimension du lien et de la confiance, notion au cœur de la problématique de nos jeunes. D'autre part, décréter le fil rouge comme une fonction à transmettre sans autre forme de garantie ne revient-il pas en réalité à maintenir la situation en l'état ? Nous référant aux constats, nous ne pouvons qu'insister pour l'installation de gardes fous afin que ces passages ne se démultiplient pas et qu'ils soient à chaque fois soigneusement préparés…

N'apporte-t-on pas une réponse plus claire aux constats soulevés en imaginant des services ou des fonctions ad hoc, voués à assurer la continuité et la coordination des interventions, dans le respect des territoires de compétence des uns et des autres ? Ceux-ci auraient pour fonction, entre autres, « *de garantir que les choix collectifs visent l'intérêt de l'usager, l'existence d'une mémoire de l'intervention à laquelle tous les intervenants auraient accès et qu'un acteur institutionnel soit porteur de la situation tout au long de la prise en charge* ».[96]

Dans la même logique, la fonction de fil rouge doit pouvoir traverser les différents champs. Or, c'est chaque fois dans un champ particulier que les intervenants s'inscrivent. Il est ainsi difficile, par exemple, de demander à un éducateur du secteur de l'Aide à la jeunesse de pouvoir continuer dans sa fonction de fil rouge à travers un dispositif psychiatrique ou du secteur du handicap. Quand bien même cet éducateur arriverait à se trouver aux côtés du jeune tout au long de sa trajectoire institutionnelle, cette position ne garantirait pas pour autant la fonction de fil rouge. En effet, celle-ci suppose aussi une part active dans la coordination du travail. Ce serait donc logiquement à un service « interface » entre les secteurs que reviendrait cette fonction.

Dans la continuité de cette idée, lorsqu'un axe de travail a été défini, il est essentiel de pouvoir le maintenir indépendamment des qualifications juridico-administratives (potentiellement mouvantes) que le jeune se verra attribuer. Cette remarque est, par exemple, à mettre en lien avec les passages de dossiers entre SAJ et SPJ…

Les différents dispositifs que nous avons visités pour ce travail nous ont fourni des exemples variés de la façon dont pouvait s'organiser le « fil rouge ». Dans tous les cas, cette fonction est soutenue par un travail en réseau qui implique des collaborations formalisées et une définition claire des rôles de chacun, mais situe le centre de

[96] Moriau J. (2003), op. cit., p. 115.

gravité du fil, voire de la coordination de l'ensemble du travail de réseau, dans des lieux différents. À des fins descriptives, nous pouvons distinguer : le lieu de vie du jeune lorsque celui-ci est placé (CAS, SRJ, etc.), la famille lorsqu'elle est toujours présente, le mandant (SAJ, SPJ), l'inclusion dans un réseau formalisé (LINK, PT) et la possible présence d'un service « tiers » mandaté pour assurer ce fil rouge, voire la coordination de l'intervention (Entre-Temps). C'est ainsi que le fil rouge sera assuré par l'institution qui héberge le jeune soit dans le cadre d'un dispositif ad hoc qu'elle a mis en place à l'accueil de celui-ci (ex. trépied du Toboggan), soit dans le cadre de l'inclusion de celui-ci dans un projet de réseau plus large (LINK, P.T.) ou par un « tiers » mandaté, extérieur au lieu de vie du jeune (Entre-Temps). Nous vous renvoyons à ce sujet aux présentations des différentes initiatives proposées dans le rapport. Quel que soit le dispositif impliqué, nous pouvons dire qu'un certain nombre de questions traversent ces différentes solutions.

Tout d'abord, **la place des conseillers et directeurs de l'AAJ** et leur manque de moyens pour assumer leur fonction. Étant donné leur position centrale dans les prises de décisions concernant les orientations des jeunes, il semble que le SAJ et le SPJ devraient pouvoir tenir un poste clé dans la construction de trajectoires cohérentes. Or, force est de constater que ce n'est pas nécessairement le cas.

Le rôle et la place à donner à **l'avocat du jeune** sont également des pistes de réflexion à explorer.

Ensuite, comme nous venons de le souligner, assurer la continuité des prises en charge revient aussi à prendre une part, plus ou moins grande, à **la coordination des interventions**. Il s'agit là d'une question sensible, et ce d'autant plus lorsqu'on circule dans l'espace transsectoriel. Nous nous confrontons ici à des enjeux de pouvoirs, de territoires et aux susceptibilités des uns et des autres qu'il faut pouvoir gérer.

De plus, **le lieu de vie en tant que repère stable et sécurisant dans la vie du jeune** est un élément central dans le dispositif. Son **articulation avec des espaces tiers** dont le rôle pourra se décliner de différentes façons (voir plus loin) va servir le fil rouge, mais aussi plus précisément l'objectif de « non-exclusion» et de prise de responsabilité dans la cohérence de la prise en charge. Les lieux de vie comme le Toboggan (règle de la non-exclusion) et De Wissel (engagement à la continuité) ainsi que le réseau LINK (engagement à la continuité) se caractérisent par l'affirmation claire et explicite de cette volonté de ne pas exclure le jeune définitivement. Encore une fois, cette posture n'est possible que dans le cadre d'un travail en réseau permettant notamment les « time-out ».

Ensuite, et nous l'avons déjà évoqué, assurer la cohérence et la continuité des suivis implique évidemment de **garantir un relais digne de ce nom lors du passage du jeune d'un service à l'autre**.

L'idéal serait que ces relais ne se passent pas dans l'urgence, mais prennent le temps de se travailler… Ce qui implique :

- *Abandonner l'idée qu'un service peut s'en tirer seul ainsi que la logique du « jusqu'au-boutisme »…*
- *Construire, au sein d'une coordination d'institutions, les relations indispensables de confiance.*
- *Bâtir la prise en charge commune en plusieurs temps : discussion approfondie sur la situation, visite de l'institution accueillante, suivi du jeune dans cette institution par l'équipe demandeuse… le simple transfert d'informations entre services suffit rarement à assurer une continuité efficace de la prise en charge.*
- *Créer des balises qui permettent de pointer le moment adéquat du relais(…).*[97]

Les prises en charge transitoires peuvent s'avérer utiles. *Si l'on veut éviter les discontinuités brutales entre dispositifs, d'une part, et sorties des décisions d'urgence prises en situation de crise, d'autre part, il faut accorder au jeune, à la famille et aux décideurs de l'Aide à la jeunesse un temps suffisant pour se (re)trouver et retrouver un équilibre dans le déséquilibre en dégageant ensemble des pistes d'action ajustées.*[98]

Lors des interviews, il est apparu que les mises en autonomies laissent souvent les intervenants insatisfaits. Il semble qu'il faille envisager de travailler à une meilleure préparation des jeunes à l'autonomie au sein des institutions de l'AAJ. Notamment en prévoyant des articulations plus importantes avec les services de l'Aide sociale qui prennent le relais.

[97] Moriau J. (2003), op. cit., p. 119.
[98] De Backer B., Devolder J., Sichem V. (1997), op. cit., p. 153.

La pertinence de créer des structures de « préautonomie » pour jeunes adultes présentant des difficultés de type comportementales et/ou sexuelles a également été évoquée. Par exemple, des foyers communautaires avec suffisamment de présence d'autres adultes, usagers et professionnels, qui peuvent réagir en cas de rechute. Sachant que la solitude est souvent très difficilement gérée par des personnes ayant connu les institutions pendant une grande partie de leur enfance. Il faut néanmoins être attentif à ce que les solutions trouvées soient le plus en phase possible avec la réalité de ces jeunes, c'est une condition importante pour que ça fonctionne.

Quoi qu'il en soit, il y a accord sur le fait qu'un « entre-deux » manque. Il n'y a pas suffisamment « d'outils » pour assurer le passage délicat vers l'âge adulte, surtout chez les jeunes à problématiques multiples, que ce soit en termes de lieux de vie et d'hébergement ou en terme de lieux de formations spécialisées et/ou d'ateliers protégés.

L'amélioration de la communication entre les services et les secteurs (parfois même au sein des équipes…) est un des catalyseurs clés des processus décrits plus haut…

Communiquer et travailler ensemble

La tentation est humaine d'exiger de soi et des collègues des propositions opérationnelles dès que possible, même si c'est dans un contexte où l'expérience a largement démontré que ce n'est pas tant une autre décision, des nouvelles équipes ou spécialisations qu'il faut trouver, mais plutôt de nouvelles manières de travailler ensemble autour des situations à détresses multiples.[99]

Notre proposition est de décloisonner une partie au moins du mode habituel d'intervention de chacun, pour dégager la possibilité d'un tronc opérationnel commun minimum dans les actions, tronc sur lequel viendraient ramifier les prestations spécialisées, dans un projet produisant alors du sens visible pour tous, collègues et usagers.[100]

Apprendre à communiquer et à travailler ensemble implique de **se rencontrer** régulièrement et d'apprendre à **se connaître**, mais pas uniquement ! Il faut également développer **un langage et des références communs** tout en **modifiant nos attitudes** dans nos rencontres avec les autres professionnels. Il est important **que chacun puisse trouver sa place** et se la voir reconnaître utile. De plus, il ne s'agit plus uniquement de « **travailler** » sur les individus et les familles en difficulté, mais également **sur les dynamiques entre professionnels** autour de ces individus et de ces familles. Bref, les collaborations doivent se réfléchir et se travailler, car elles ne sont pas toutes et a priori en « bonne santé » juste parce qu'elles existent.

Nous nous réfèrerons ici aux constats et propositions mises en avant par la recherche sur le travail de réseau réalisée par l'IWSM[101], ainsi que par Luc Blondieau (2005)[102], qui a beaucoup réfléchi cette question de la communication et du « travailler ensemble » :

Ainsi donc, tabler principalement sur la multiplication des contacts entre intervenants pour améliorer à travers la collaboration entre nous les effets positifs des efforts menés ensemble auprès des usagers, cela pourrait bien s'avérer partiellement inefficace, voire contre-productif, au regard d'une visée émancipatrice des personnes. C'est une des raisons pour lesquelles nous avons proposé au groupe de recherche de ne pas s'en tenir à l'idée certes juste, mais non suffisante, d'apprendre « simplement » à se connaître mieux entre intervenants, mais, au-delà, d'accepter :

- *De mettre au point un référent commun supplémentaire à nos ressources individuelles spécifiques permettant d'établir une cohésion trop souvent manquante entre nos efforts, ainsi qu'entre ceux-ci et ceux de la famille.*
- *De formaliser et d'installer une éthique de l'intervention où la recherche de la compréhension ne se concevrait plus seulement comme étant à mener envers les problèmes ou l'individu en souffrance, mais aussi entre des personnes notamment professionnelles et d'autres qui ne le sont pas, ainsi qu'entre leur collectif temporaire et la société qui le contient.*[103]

Peut-être s'agirait-il corollairement de parvenir à opérer aussi en soi un certain détachement à l'égard des objectifs et des résultats classiquement visés et escomptés, pour moins s'identifier avec les efforts entrepris, avec sa pratique coutumière, avec celle de « son »

[99] Blondieau L. (2005), op. cit., p. 27.
[100] Blondieau L. (2005), op. cit., p. 119.
[101] Deliège I. (2007), « Le travail en réseau en santé mentale », Rapport de recherche de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale.
[102] Blondieau L. (2005), op. cit..
[103] Blondieau L. (2005), op. cit., p. 208.

équipe d'appartenance, de « son » secteur. Cela libèrerait à la fois l'usager, mais aussi notre créativité individuelle et collective, du poids des attentes, des prescrits, des « demandes »…[104]

D'une manière générale, mais particulièrement en cas de questionnement ou d'incompréhension à l'égard d'un interlocuteur familial ou professionnel, l'intervenant retient pour principes :

- *De suspendre toute impulsion de conclure évaluativement tant qu'un supplément d'information n'a pu être obtenu directement auprès de la personne intéressée ou impliquée dans l'action envisagée ou en cours.*
- *D'utiliser toutes les différences de vue ou d'action pour en enrichir rétroactivement ses propres observations, réflexions, représentations et interventions…*
- *De s'appuyer pour ce faire sur la force de stimulation créatrice et sur la sérénité d'une approche élaborée et menée en COLLECTIF, ce qui suppose d'accepter que les entrevues entre co-intervenants ne constituent pas une sorte de « temps inévitablement perdu », mais peuvent au contraire prendre presque autant d'importance que les actions directes effectuées, si elles permettent d'y devenir « ensemble instituant ».*
- *En ce qui concerne la dimension collective de l'action, d'asseoir sa manière de problématiser les choses et de les traiter non seulement sur ses capacités professionnelles acquises en équipe et/ou individuelles, mais aussi sur des outils nouvellement partagés.*[105]

Au sein des équipes, quelques pistes

Complémentairement aux pistes proposées aux chapitres précédents, d'autres éléments sont également apparus lors de nos investigations. Notons notamment l'intérêt qu'il y a à développer **une pédagogie du risque** et une tolérance aux symptômes au sein des institutions en se distanciant du modèle orthopédagogique classique qui ne semble pas adapté aux jeunes concernés.[106] *(…) face aux échecs répétés du thérapeutique, certains en viennent à penser qu'il est illusoire de vouloir soigner, si derrière la notion de soin se cache une volonté orthopédagogique. Coincé entre ce refus et celui de la gestion sécuritaire de l'anormalité, il convient peut-être de développer une pratique institutionnelle nouvelle qui soit d'abord marquée par l'attention donnée au jeune, malgré ses débordements.*[107]

Notons que les recherches actuelles sur la question de la violence[108] (dans sa définition classique) montrent unanimement que celle-ci est très loin d'augmenter en occident, comme certains essayent de le faire croire. Par contre, **la tolérance** par rapport aux différentes formes que peut prendre celle-ci est particulièrement basse. Il ne s'agit pas ici de remettre en question ce qui ressemble fort à une évolution positive, mais plutôt à conscientiser les professionnels que nous sommes par rapport aux (in)tolérances qui sont les nôtres et aux processus d'exclusion auxquels elles peuvent participer, eux-mêmes générateurs d'autres formes de violence. À ce sujet, la construction d'outils ainsi que la formation des intervenants à la gestion de la violence sont des pistes intéressantes. Notons pour exemple le travail publié par l'anesm[109] intitulé « Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses ».

Dans un autre registre, il est suggéré que l'AAJ individualise ses approches et développe le versant psychologique de ses prises en charge. Bien que cette proposition puisse effrayer les professionnels soucieux de ne pas « psychologiser » à outrance l'éducatif, il ne semble pas abusif de penser que des enfants ayant connu un passé de carences affectives et/ou de situations traumatiques puissent bénéficier d'un encadrement sensible et attentif aux dimensions psychologiques de son développement. *Développer la formation des intervenants dans les I.P.P.J., S.A.J. et S.P.J., des services privés agréés au niveau du travail avec des jeunes au parcours chaotique, avec des jeunes prépsychotiques, de l'intervention de crise, du travail en réseau.*[110] C'est ainsi, par exemple, que les éducateurs du CAS De Wissel ont tous bénéficié d'un troisième cycle de formation à l'intervention psychothérapeutique.

---

[104] Blondieau L. (2005), op. cit., p. 201.
[105] Blondieau L. (2005), op. cit., p. 213-214.
[106] Groupe de travail du Conseil Communautaire de l'Aide à la jeunesse sur les mineurs difficiles mis sur pied le 1er mars 1999 et renseigné dans la recherche de Jacques Moriau (p.29).
[107] Moriau J. (2003), op. cit., p. 122.
[108] Pour exemple : Muchembled R. (2008), op. cit. ; La Revue Nouvelle de décembre 2008 : « Violents, les jeunes ? », etc.
[109] Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux français.
[110] Groupe de travail mis en place par la Ministre Maréchal.

La place du psy au sein du lieu de vie du jeune est cependant à bien définir. En effet, celui-ci peut permettre de **faciliter l'émergence d'une demande** de prise en charge de ce type par les usagers (et l'équipe éducative), mais aussi de **répondre aux demandes dans des délais convenables** (ce qui n'est pas toujours évident en faisant appel à l'extérieur) et de **faciliter la communication dans la cadre du travail de réseau**. Il faut néanmoins comprendre que cela peut également **augmenter le morcellement du suivi psychiatrique ou psychologique** des jeunes. Si le psy est interne à l'institution, les changements d'institutions signifient le changement du suivi psy…[111] Il faut également se garder de donner une connotation « psychopathologique » aux manifestations finalement normales de l'adolescence. La présence des psys dans les institutions nécessite des balises, au même titre que toutes les autres professions, dans le cadre d'un travail pluridisciplinaire autour des jeunes. Il est en tous les cas illusoire de penser que la présence d'un psychiatre dans une institution va résoudre tous les problèmes.

Ces réflexions nous amènent à penser qu'idéalement l'institution devrait pouvoir compter sur la présence d'un psy à demeure, sans pour autant que celui-ci n'assure le travail psychothérapeutique au long cours, sous-traité par un psychothérapeute externe… Sachant que, en l'occurrence, la solution idéale n'existe pas.

De la même façon, **intensifier le soutien psychologique aux équipes** qui prennent en charge les jeunes en situation dite complexe par l'intermédiaire de **supervisions** et **d'intervisions** est également une piste intéressante. Dans le projet Link, les intervisions et le partage des connaissances font partie des modes de collaborations possibles entre institutions appartenant au réseau.

Nous terminerons sur quelques mots concernant les jeunes dits « AICS[112] », dont la population est de plus en plus nombreuse dans certaines institutions, notamment en IPPJ. La sensibilité du moment, mais également certaines contraintes objectives qui rendent difficile la cohabitation de ces jeunes avec d'autres publics, les placent dans une situation d'incasabilité potentielle. À leur sujet, certaines conditions importantes semblent avoir été identifiées par le groupe de travail « abus sexuels » :

- *La nécessité d'un mandat clair ;*
- *L'indispensable contrainte adressée aux délinquants et la sanction associée au non-respect ;*
- *L'association obligée du système familial où l'ado AICS évolue à la prise en charge ;*
- *L'indispensable connaissance et collaboration avec le réseau ;*
- *Les effets positifs de l'accord de coopération sur le travail de concertation entre les secteurs relevant de ministères et de cultures différents ;*
- *La conviction que si les ESS s'ouvrent aux ados, les demandes vont « déferler » et ne pourront être absorbées par le système actuel déjà limite ! A minima, des moyens financiers supplémentaires seront donc nécessaires ;*
- *Le dépassement des résistances initiales (manque de motivation, manque de compétences, sentiment d'impuissance, inadéquation des outils classiques…) des professionnels de la santé mentale a permis une réelle évolution dans ces prises en charge.*[113]

Services spécialisés versus services généralistes

Beaucoup de professionnels rencontrés dans le cadre de ce travail dénoncent la tendance actuelle qui consiste à développer des services spécialisés dans telle ou telle problématique. Cette façon de concevoir l'offre n'est pas sans poser problèmes, un certain nombre d'entre eux étant cités dans les chapitres précédents. *Afin d'éviter la multiplication de services hyperspécialisés et cloisonnés (constat déjà effectué en 1984 dans « Le désordre protecteur »), le groupe se prononcera en faveur d'une plus grande polyvalence et responsabilisation des intervenants. Il est d'ailleurs fait état de la nécessité pour le secteur de disposer d'une « grille de lecture » ou d'une « grille collective » qui puisse être utilisée par l'ensemble des acteurs, ceci afin de rendre plus cohérente l'orientation des bénéficiaires vers tels ou tels types d'aide et d'éviter la « confusion » et l'« improvisation » dans le choix de celle-ci. Enfin, le premier rapport du groupe « Urgence… » se terminera sur la nécessité d'en « finir avec la culture de l'individualisme et du cloisonnement » et d'« instaurer au sein du secteur un projet collectif, un esprit de complémentarité active », soit une logique de réseau dans un secteur fonctionnant de manière systémique.*[114]

[111] Ajoutons à ce constat celui d'une tendance générale constatée au raccourcissement des séjours dans les institutions.
[112] Auteur d'infractions à caractère sexuel
[113] Groupe de travail « ABUS SEXUEL » du conseil régional des services de santé mentale.
[114] De Backer B., Devolder J., Sichem V. (1997), op. cit., p. 26.

Nous insisterons à nouveau sur les dommages que peut causer à l'adolescence la stigmatisation liée à des orientations basées essentiellement sur l'identification (l'institutionnalisation) des « carences » de celui-ci. Nous pourrions même nous demander ce qui pourrait motiver tel ou tel adolescent à abandonner un symptôme qui est en même temps sa garantie d'admission dans l'établissement qui l'accueille.

De la même façon, envisager l'enfant à travers son diagnostic et penser des réponses légitimées par la spécialisation des professionnels qui le soignent revient en même temps à disqualifier implicitement les compétences parentales. Tout se pense comme si le spécialiste devenait le seul à pouvoir répondre aux besoins de l'enfant, ceux-ci étant devenus hautement spécifiques du fait de son « problème ». Or, à quelques exceptions près, les enfants et les adolescents ont des besoins de base assez similaires et chaque institution doit pouvoir « répondre » à ces nécessités : donner du sens, être contenu, être en lien, se sentir en sécurité, recevoir des limites, être reconnu, être responsabilisé, etc. Il est probablement illusoire et préjudiciable de penser des lieux de vie qui se spécialiseraient trop dans une de ces dimensions en négligeant les autres. S'il est important que les institutions puissent conserver des compétences spécifiques, il est aussi important de se rappeler qu'elles font souvent « la même chose » avec des enfants et des adolescents qui ne présentent aucune différence intrinsèque. Bref, le diagnostic et l'offre pointue mettent l'accent sur ce qui fait différence (et carence) là où l'essentiel est dans des fondamentaux partagés qui font notre condition humaine.

Cependant, la pratique nous montre que l'offre généraliste telle qu'elle se décline actuellement ne peut répondre à toutes les situations. En montrant une rigidité de principe qui ne tiendrait pas compte des réalités de terrain, **nous risquons de laisser sur le carreau les personnes les moins adaptées aux exigences du collectif**. Un exemple classique à ce sujet concerne la question des toxicomanies. Les professionnels s'accordent généralement pour dire qu'il ne serait pas opportun d'imaginer des lieux d'accueil spécifiquement dédiés aux mineurs « toxicomanes ». L'impact hautement stigmatisant d'un passage dans de telles structures avec toutes les conséquences possibles en termes, par exemple, de cristallisation d'une problématique au départ potentiellement transitoire, étant à éviter. Mais que faire alors des jeunes qui présentent effectivement de gros problèmes de consommation et qui sont généralement persona non grata dans les services généralistes de l'AAJ ou de la santé mentale. L'impact d'un « gros consommateur » sur la dynamique de groupe des institutions en question est souvent jugé néfaste pour les autres résidents. Il existe alors, et c'est un phénomène dont témoignent les représentants (délégués) du SAJ et du SPJ, des jeunes pour lesquels il est difficile, voire impossible, de trouver des solutions de placement. C'est pourquoi il semble essentiel ici de réfléchir à l'échelle du dispositif, c'est-à-dire non pas à une institution qui contiendrait l'ensemble de la solution, mais à un ensemble de services susceptibles de collaborer, parallèlement ou séquentiellement, de façon adaptée aux besoins du jeune. Sachant que dans ces institutions, **certaines doivent être en capacité de faire office de lieu de vie pour les jeunes en question**.

Bref, au risque de nous répéter, il semble en effet révolu de penser qu'il existe *une bonne institution pour une problématique particulière*. Cette logique, qui régit actuellement le système d'offre, est destinée à évoluer vers ce que nous pourrions qualifier de « logique de dispositif ». C'est-à-dire un travail à plusieurs, décloisonné, incluant des « généralistes » et des « spécialistes », dans lequel le jeune peut circuler avec toute sa difficulté à maintenir le lien, sans le rompre.

Par exemple, nous pouvons imaginer deux ou trois institutions qui se partagent l'accueil d'un jeune, permettant à celui-ci et aux équipes de respirer, sans se laisser tomber. Chaque service peut ainsi conserver sa spécificité et intervenir à des moments différents dans la vie de l'enfant. L'agencement des interventions, plus que la pertinence d'une seule intervention ciblée, devient alors déterminant dans la qualité du travail. Nous pouvons également imaginer des « respirations » plus systématiques reprenant le modèle de la garde alternée. Bref, beaucoup de choses sont possibles et encore à débattre, mais les idées clés sont là : il n'est pas possible de répondre seul à ce type de situation comme il n'est pas possible de les « transférer ailleurs » sans autre forme de continuité, il convient donc de constituer une réponse cohérente à plusieurs qui implique un vrai travail de collaboration et une réflexion autour de la temporalité, de la gestion des passages d'un lieu de vie à l'autre, du partage de la responsabilité, etc.

Au niveau politique

La cohérence des décisions prises au niveau politique pour encourager les éléments cités ci-dessus est évidemment importante. C'est ainsi qu'une des premières règles qui pourrait être très utilement appliquée est de ne rien décider d'important pour ce qui touche à la jeunesse sans que ça n'ait été concerté avec les différents niveaux de pouvoir en la matière[115].

Créer des conditions favorables et stimuler les initiatives des services en faveur du développement des collaborations intersectorielles sont des objectifs importants. Cela implique par exemple d'*œuvrer aux côtés des politiques à promouvoir des accords de coopération dans tous les domaines là où un besoin de continuité et de complémentarité d'action s'avère indispensable pour améliorer l'efficience de l'action des services et la cohérence dans les logiques institutionnelles de prise en charge entre secteurs.*[116]

Les décisions politiques doivent pouvoir favoriser le travail en réseau tout en lui garantissant une certaine souplesse afin de ne pas l'asphyxier de contraintes (administratives ou autres) qui l'éloignent généralement de la réalité et de l'intérêt de l'usager.

Il semble également qu'une piste consiste à favoriser les subventionnements multiples des services afin de dépasser les logiques financières implicites qui cloisonnent les pratiques et compliquent l'accueil des jeunes qui nous préoccupent. C'est ainsi, par exemple, que l'Entre-Temps bénéficie de subventions AWIPH, R.W. et Communauté française.

De plus, **la question des moyens mis à disposition des services ne doit évidemment pas être éludée**. *La politique de ces dernières années a été d'encourager autant que possible le travail dans le milieu de vie et les prises en charge en ambulatoire, mais les semi-internats qui permettaient de soutenir ce travail en ambulatoire ont pratiquement disparu..., en tout cas pour les enfants à problématiques psychosociales. De plus, les équipes de consultations ambulatoires (SSM) se sont vues encouragées dans la diversification de leurs tâches sans qu'il n'y ait eu d'extension de cadre. Le nombre de places en service K reste aussi trop souvent limité, avec un nombre important de situations à traiter qui ne permet pas toujours de répondre aux situations d'urgence.*

Un travail entre équipes peut être prolongé pour voir comment une meilleure articulation entre services peut pallier ces manques et l'expérimentation des réseaux de soins en pédopsychiatrie pourrait être une opportunité dans ce sens... Mais la question des moyens ne peut pas être éludée, au moins dans un premier temps, parce que la concertation demande du temps qui devra, s'il n'est pas financé, être pris sur le temps destiné aux usagers.[117]

[115] Bien que nous adhérons totalement à cette proposition, nous ne pouvons nous empêcher de citer quelques lignes d'Anne-Marie Pirlot dans « La revue nouvelle » de mai juin 2009. Au sujet de *la transversalité*, elle remarque (p.66) : *il s'agit là d'un concept postmoderne et piégeant qui est censé indiquer que toutes les composantes gouvernementales, administratives et concertatives vont se trouver impliquées dans les projets pour les structurer de la meilleure manière qui soit, en tenant compte des effets des uns sur les autres. À coup de groupes de travail, de « task forces », de plans combinés et de visions globales, l'appareil wallon tente de se mettre en ordre avec la complexité qu'il crée lui-même. La transversalité implique que plus personne n'est responsable de la bonne fin des mesures adoptées, mais que chacun trouve le droit d'y mettre son grain de sel, soit pour obtenir une part d'intervention, soit pour bloquer ou ralentir les mises en œuvre.*

[116] Groupe de travail « jeunes et transversalités », organisé à la demande du Comité de Gestion de l'AWIPH.

[117] IWSM (2003), op. cit., p. 110.

Quelques exemples concrets

Le travail en réseau : exemple du projet LINK en Flandre

Nous n'allons pas nous attarder une xième fois sur l'importance du travail en réseau dans le cadre de la prise en charge des situations complexes. Les principaux fantasmes des équipes à l'origine du maintien de stratégies inadéquates tournent autour de l'idée qu'il faut pouvoir faire « tout, tout seul » et qu'il existe « une et une seule bonne institution pour un type d'usagers ». Ces fantasmes de toute-puissance, souvent isomorphes à la problématique du jeune, se voient rapidement mis à mal par les comportements de l'usager, et se muent en leur version négative (au sens photographique du terme) : « nous ne sommes pas du tout compétents pour cette problématique, nous devons trouver une autre institution plus compétente que nous ». Bref, vous l'aurez compris, concernant ces jeunes il n'existe pas une et une seule institution pouvant faire tout le travail. Il convient dès lors de réfléchir en terme de dispositif de réseau. Ici plus qu'ailleurs, chaque institution doit se penser, par rapport aux jeunes et ses proches, mais aussi dans le dispositif global qui va « accueillir » le jeune et au rôle qu'elle pourra jouer dans ce dispositif.

Nous pourrions ici nous attarder sur ces notions de réseau et de dispositif, le réseau renvoyant à un ensemble d'acteurs potentiellement en interaction alors que le dispositif implique la présence d'objectifs généraux communs… Mais probablement existe-t-il de nombreux définitions et points de vue à ce sujet et l'objectif de ce travail n'est certainement pas d'en faire la liste.

Plus intéressante est la question, que nous avons déjà eu l'occasion d'effleurer, de la nécessité ou non d'une forme de coordination du travail en réseau autour d'une situation. Au sein de notre groupe de travail, la question s'est posée et les avis divergent. Certains pensent que le travail en réseau a toujours existé et qu'il fonctionne bien sans qu'il soit nécessaire de rajouter une coordination. Un encadrement « administratif » à la manière de ce qui est proposé par les « projets thérapeutiques » destinés à organiser un projet transversal autour du patient (A.R. du 22/10/06) est parfois présenté comme une alternative intéressante.

Cependant, force est de constater que les recherches sur le sujet montrent l'impact déplorable d'une non-coordination dans le cas des situations complexes qui nous concernent. Les constats faits dans les pages précédentes témoignent de cela. Ensuite, concernant les Projets Thérapeutiques, il serait difficile actuellement d'en tirer des conclusions positives en pédopsychiatrie. En effet, à la date où est rédigé ce rapport, 7 des 11 projets inscrits sont démissionnaires (sans compter ceux en stand-by ou n'ayant pas inclus suffisamment de patients). Il sera, à ce sujet, intéressant d'attendre les conclusions finales, mais nous pouvons déjà affirmer que le projet dans sa version actuelle rencontre assez peu l'adhésion des professionnels du secteur[118].

Dans le cadre des « déambulations[119] » du groupe de travail, nous avons pu visiter le « siège opérationnel » du projet LINK à Leuven. Celui-ci nous semble un exemple très intéressant de réseau tel qu'il pourrait être répliqué avec bonheur pour améliorer la prise en charge des jeunes à problématiques complexes.

Le projet LINK met en présence des intervenants de la Province du Brabant flamand des différents secteurs afin de faciliter la prise en charge des « (rand)psychiatriche problematiken »[120].

Pour les acteurs du projet, il n'est pas nécessaire de construire de nouvelles structures spécialisées, mais bien de permettre à certaines structures existantes d'être dans la capacité d'accueillir ces jeunes, notamment de par la présence (le soutien) d'un « réseau spécialisé ».

Ils estiment également important de pouvoir **organiser a priori des collaborations** « structurelles » (formalisées) entre services qui seront autant de réponses possibles en période de crise chez un jeune. De cette façon, le service n'est pas pris au dépourvu en cas de crise et/ou d'urgence (intrinsèques à ces situations). Ces

[118] Voir à ce sujet : De Coninck François et les 21 projets thérapeutiques (2009), « Les projets thérapeutiques : expérimentation *versus* formalisation ? », *État des lieux au 1er septembre : note de consensus approuvée et signée par l'ensemble des 21 projets thérapeutiques francophones. En outre, une majorité des projets thérapeutiques francophones démissionnaires (9/12 PT) ont tenu à se montrer solidaires avec cette démarche collective et ont aussi signé ce document. Enfin, les Plates-formes wallonnes, la Plate-forme bruxelloise et la Plate-forme germanophone ont également tenu à apporter leur soutien formel à cette note de consensus.*

[119] Comme déjà indiqué, le groupe se déplaçait à chaque réunion pour visiter une institution en lien avec notre public cible.

[120] Les problématiques à la limite de la psychiatrie.

accords de collaboration prévoient des « times-out », ou encore des passages par la psychiatrie, mais aussi le retour dans le lieu de vie du jeune une fois la situation stabilisée.

La notion d'**engagement** est centrale dans le cadre de la prise en charge de ces jeunes particulièrement difficiles. Le projet LINK en a fait une de ses lignes de force. Cet engagement ne concerne pas uniquement l'obligation de participer aux réunions, mais aussi et surtout ***un engagement à assurer la cohérence et la continuité des prises en charge concernées***, dans un rapport de solidarité avec les autres institutions du réseau. Il y a là quelque chose d'essentiel qui touche à l'identité des services et des intervenants, ainsi qu'à une certaine culture des relations intra et interservices.

Les participants au projet LINK s'engagent aussi comme personnes ressources susceptibles de participer à des réunions concernant un jeune qu'ils ne connaissent pas, mais pour lequel il a été estimé que leur expertise pouvait être utile. **Le réseau joue ainsi un rôle soutenant grâce au partage de savoir**. Dans ce contexte, des intervisions et des supervisions peuvent être imaginées entre membres du réseau.

Les débats dans le cadre du réseau LINK partent de situations concrètes de jeunes pour lesquels il faut trouver des solutions. Ce parti pris rend les discussions beaucoup plus constructives que s'il avait d'abord été question de théorie ou d'enjeux politico-institutionnels…

Le rôle des coordinateurs du réseau LINK est essentiel. L'expérience de ceux-ci, leur connaissance du secteur et du public cible ainsi que leurs capacités relationnelles (et leur carnet d'adresses) sont des éléments clés dans la réussite de ce type de projet.

Le choix du (des) représentant(s) d'une institution dans le groupe de travail n'est pas toujours facile à déterminer. Il faut à la fois quelqu'un qui a un pouvoir décisionnel dans l'institution (un coordinateur) et en même temps une bonne connaissance de la situation du jeune dont il sera question. Parfois, certaines institutions délèguent deux personnes, mais le groupe demande à ce qu'**une stabilité soit respectée au niveau des participants** afin de maintenir une cohérence dans l'action.

Le projet LINK se distingue d'autres projets de réseau en ayant tranché certaines questions. Par exemple, le jeune et ses parents sont informés des réunions le concernant, mais ils n'y sont jamais conviés. Le réseau se passe de l'autorisation des parents pour se réunir, estimant qu'il s'agit là d'une modalité obligatoire pour assurer le travail qui leur est confié. L'anonymisation des débats et la question du secret professionnel ne sont pas faciles à décliner dans ce cadre. Bref se pose la difficile et récurrente question du secret ainsi que celle du mandat.

Enfin, le réseau LINK ressemble par certains aspects aux projets thérapeutiques, mais avec des nuances importantes :

- il présente une plus grande **souplesse** de fonctionnement et moins de contraintes administratives ;
- il valorise la notion d'**engagement** des services ;
- il prend sa source du côté de l'AAJ (et non de la santé mentale) ;
- il concerne un **public cible parfois différent** (LINK = + de jeunes « 36.4 ») ;
- il est plus **large dans sa constitution** en terme de services participants ;
- il est plus étendu géographiquement (toute la Province) ;
- il n'a pas de limite inférieure d'âge puisque de jeunes enfants sont aussi inclus.

Un exemple de service spécialisé : l'unité Karibu

Les dispositifs peuvent maintenant compter sur **les services FOR-K**, qui s'adressent plus spécifiquement aux situations judiciarisées. Les unités de Liège et Tournai débutent leur activité, mais celle de Bruxelles peut se prévaloir de plusieurs années de fonctionnement.

Dès les débuts de sa mise en débat (1996), le projet « FOR-K » a suscité la polémique. L'idée de la création d'un service qui accueille des jeunes qui présentent une double problématique « psychiatrie – délinquance » soulève la crainte de voir ces jeunes fortement stigmatisés après un passage dans une institution spécialisée. Pourtant, certains jeunes ayant commis des infractions n'ont pas leur place en IPPJ, les paradigmes de prise en charge des Institutions publiques ne correspondant pas aux besoins de mineurs présentant de graves troubles

psychologiques. Il y avait donc une réponse à apporter par rapport à une population que les juges de la jeunesse étaient bien en peine d'orienter. C'est ainsi que le 27 octobre 2003 ouvrait l'unité Karibu.

En réponse aux critiques concernant la question du diagnostic et les risques de « psychiatrisation » de la délinquance juvénile, l'unité Karibu a défini des critères d'admission stricts, compatibles avec l'application de la Loi du 26 juin 1990 relative avec la protection de la personne des malades mentaux.

L'entrée dans le service se fait via une ordonnance de placement « classique » formulée par le Juge de la Jeunesse ou via l'application de la loi du 26 juin 90. Les différents cas de figure impliquent des procédures d'admission différentes. Parfois, le jeune est admis dans le cadre d'une observation d'une durée d'un mois.

Le projet thérapeutique de Karibu a dû se construire en accord avec le cadre légal particulier du public cible. Le programme de prise en charge se fondent essentiellement sur les modèles *multisystémique*[121] et *psycho-éducatif*. Les missions particulières du service impliquent des moyens conséquents. C'est ainsi, par exemple, qu'à l'accueil d'un jeune, deux référents lui sont attribués (voir réflexion passée sur la place du tiers). L'un est désigné par l'équipe et l'autre est choisi par le jeune. De la même façon, deux psychologues prennent la situation en charge, l'un pour un suivi individuel et l'autre pour le travail avec la famille et le réseau. S'ajoute à cela le suivi psychiatrique et sexo affectif.

Notons à ce sujet que, Titeca (comme les institutions publiques), est de plus en plus sollicité pour des jeunes ayant commis des infractions à caractère sexuel. Quoi qu'il en soit, pour une admission à Karibu, il est nécessaire qu'il y ait présence d'une pathologie mentale avérée.

Une contrainte importante à laquelle est confronté le service Karibu est la durée maximale du suivi des jeunes qu'il accueille, limitée à un an. Il semble évident qu'une problématique mentale lourde comme une psychose nécessite souvent une prise en charge plus longue. Nous pouvons rajouter à cela que les orientations après un passage en unité FOR-K sont difficiles à réaliser, dans la mesure où les institutions susceptibles d'accueillir ces jeunes peuvent se montrer réticentes eu égard à leurs antécédents judiciaires et institutionnels. Probablement qu'un assouplissement du cadre serait nécessaire afin de permettre que le séjour soit limité *en moyenne* à un an, laissant ainsi la possibilité à certains jeunes de rester plus longtemps.

Notons également que Karibu accueille des jeunes garçons de minimum 15 ans (quelques exceptions confirment la règle), la moyenne d'âge à l'admission étant de 16 ans ½. L'orientation vers Titeca est souvent investie comme l'orientation de la « dernière chance » avant un possible dessaisissement de la part du juge de la jeunesse. L'après hospitalisation est une question cruciale qui ne renvoie pas uniquement aux aspects de stigmatisation liés au passage dans des institutions pour situations lourdes. Il est également question, de façon plus générale, des passages de l'offre adressée aux mineurs à celle destinée aux adultes. Ces difficultés sont exprimées par beaucoup de services, principalement par les institutions de l'AAJ qui travaillent avec des ados plus « âgés »[122].

Actuellement, les principales orientations post hospitalisation sont : le retour en famille avec un suivi psychiatrique ambulatoire (50 %) ou une orientation en psychiatrie adulte sur base volontaire ou sur base de la loi du 26.06.90. Parfois des orientations sont faites vers un CAS ou un PPP, très rarement vers un SRJ ou vers une IPPJ. Depuis un an, Karibu peut également travailler avec des habitations protégées, mais c'est une solution qui concerne un nombre limité de jeunes.

Il serait intéressant que les collaborations et les possibilités de passages (durant les moments de flambée des symptômes) entre les unités FOR-K et les SRJ se développent. Il pourrait également être intéressant d'imaginer

[121] « Cette approche est basée sur le principe selon lequel les individus évoluent dans des systèmes complexes interconnectés incluant des influences proximales (l'individu, la famille, les pairs, l'école) et distales (l'environnement, la communauté, les systèmes de prise en charge des enfants et des adolescents). Le comportement est alors vu comme étant le produit des interactions réciproques entre les individus et ces systèmes interconnectés (Henggeler et al, 1996 ; Henggeler et al, 1997). De manière générale, l'approche multisystémique s'inspire du modèle socio-écologique (Barudy). » extrait tiré du « Projet thérapeutique » de l'Unité Karibu (2003).

[122] De façon encore plus générale, elle pose la question des mécanismes mis en place par notre société pour assurer la transmission et le passage entre générations, pour lesquels il est démontré que leur efficacité est corrélée avec l'expression plus ou moins grande de la violence par les jeunes en passe de devenir adulte. Voir à ce sujet le livre de Robert Muchembled, *Une histoire de la violence* (2008), Seuil.

des passages plus faciles de FOR-K vers IPPJ, c'est une démarche qui peut avoir du sens dans certaines situations.

La médication est également un point très important dans le cadre de pathologies mentales lourdes. Son suivi vient souvent conditionner la réussite d'un passage de l'hôpital vers d'autres lieux de vie. Celle-ci peut éventuellement être mal acceptée par le patient, mais aussi par les équipes éducatives qui peuvent y voir l'indicateur tangible de la présence d'un trouble psychologique pour lequel ils ne sont pas compétents.

Des exemples de lieux de vie en capacité d'accueillir les « situations complexes »

LE TOBOGGAN

Le Toboggan[123] a mis au point un système de fonctionnement en **trépied** autour du jeune. C'est-à-dire qu'au moment où celui-ci est accueilli, un accord est formalisé avec le juge (et repris dans l'ordonnance de placement) dans lequel trois partenaires sont inscrits : un IPPJ, un hôpital psychiatrique et le Toboggan comme point fixe. Ainsi, en fonction de ce que va vivre le jeune et d'éventuelles perturbations psychologiques graves ou comportementales, il sera orienté provisoirement dans l'un ou l'autre lieux, sachant qu'après il réintègre le C.A.S..

Notons que le Toboggan pratique le principe de la non-exclusion. En effet, en tant que C.A.S., ils sont en « bout de chaîne » et ne peuvent pas laisser le jeune se promener dans la nature sans solution… Les juges de la jeunesse s'adressent à eux en connaissance de cause, ils savent qu'ils ont l'habitude des situations difficiles.

Nous retrouvons dans la façon de fonctionner du Toboggan, relativement simple dans ses principes, l'idée que le jeune puisse circuler, en fonction des nécessités du moment. Chaque service conserve sa spécificité, qu'il met au service du dispositif (et donc du jeune). Le C.A.S assure la continuité, c'est le lieu de résidence du jeune d'où il part et vers lequel il revient.

LE CENTRE « DE WISSEL »

Correspond à ce que nous appelons un C.A.S., mais situé dans le Brabant flamand. Comme le Toboggan, ceux-ci accueillent les jeunes filles réputées les plus problématiques (catégorie Ibis en Flandre).

« De Wissel » développe une offre de prise en charge caractérisée par un nombre important de possibilités en interne, qui sont autant d'outils : l'hébergement, le travail intensif en famille, des times-out, des projets alternatifs à l'école comme des séjours à la ferme… Ces possibilités se voient décuplées par le travail en réseau formalisé autour du projet LINK.

Notons que, au sein même de l'institution et avant même de parler du travail en réseau, l'accent est mis sur **la cohérence de la trajectoire de prise en charge** comme étant une des responsabilités principales du service.

Un certain nombre de concepts clés fondent l'intervention du centre « De Wissel » :

- Le travail sur et avec le **contexte**, la famille, les amis ;
- Un travail potentiellement **intensif**, c'est-à-dire qui se donne les moyens, si nécessaire, de rencontrer les familles et le jeune tous les jours voire plusieurs fois par jour.
- Une nécessaire **créativité** dans les solutions trouvées, sachant que ***celle-ci est permise notamment par le travail en réseau***.

Afin de les rendre effectifs, ces principes sont soutenus par une organisation interne à l'équipe qui se décline de la façon suivante :

- Une équipe divisée en deux, l'une s'occupe exclusivement des questions éducatives intramuros (équipe résidentielle) et l'autre du travail tourné vers l'extérieur (équipe « contexte »).
- L'organisation horaire des équipes est spécifique. L'équipe résidentielle est constituée de telle sorte que le « fil rouge » au moment des relais (jour/nuit, par exemple) soit maintenu. L'équipe contextuelle, quant à elle, n'a pas d'horaire fixe. Chaque travailleur s'organise comme il le désire en fonction des

[123] Centre d'Accueil Spécialisé pour jeunes filles de la région de Mons.

obligations créées par les situations dont il a la charge. Ici, le maître mot est **flexibilité**[124]… Les intervenants de cette équipe sont amenés, lorsque nécessaire, à effectuer un travail intensif avec le ou les jeunes en crise à un moment donné. Chaque travailleur s'occupe de 4 à 6 jeunes filles à tous les niveaux de leurs dossiers.

- L'accent est mis également sur **la formation des membres du personnel**. Par exemple, tous ont suivi un troisième cycle en psychothérapie.

Un exemple de structure d'aide transversale : l'Entre-Temps

L'Entre-Temps est un service **ambulatoire** dont l'**équipe est mobile**. Il travaille avec des adolescents de 12 à 18 ans (possibilité de prolongation jusque 20 ans). Ses interventions sont modélisées en différentes étapes (les phases exploratoire, protocolaire, de suivi, de redéfinition et de clôture). Celles-ci organisent un processus de concertation et d'action impliquant le jeune et ses réseaux (famille, entourage au sens large, professionnels des différents secteurs).

Le travail de l'Entre-Temps s'inscrit dans la **transversalité**, il dépasse les clivages sectoriels et régionaux au profit d'**une intervention centrée sur les besoins du jeune** (et des intervenants autour du jeune). Ceux-ci sont définis en concertation avec lui et actés dans un **protocole** par lequel s'engage l'ensemble des acteurs impliqués. La transversalité de l'action de l'Entre-Temps est facilitée par un triple financement AWIPH, Région wallonne et Communauté française.

Il n'est pas évident de définir en quelques mots le travail réalisé par l'Entre-Temps. Il s'agit principalement d'une forme de **coordination clinique** du réseau autour du jeune, associé à **un travail de soutien « socio-éducatif »** adressé au jeune et sa famille et à une possibilité d'appui des services du réseau (par exemple, le service d'hébergement du jeune). L'ensemble apporte une plus-value concernant la **cohérence, la continuité** et la « **capacité contenante** » du dispositif.

L'Entre-Temps organise un nombre important d'entretiens et de réunions à géométrie, fréquence et objectifs variables, avec le jeune, ses parents, ses proches et les professionnels. Dans les premiers temps de la prise en charge, ceux-ci servent à évaluer les besoins du jeune (ainsi que des autres membres du réseau) et les ressources disponibles. Notons la présence du jeune aux réunions de concertation qui le concernent.

Nombre de ces réunions sont fixées à intervalles réguliers, ce qui n'empêche pas une **disponibilité** et une **flexibilité** importantes de l'équipe dans les moments de crise. En effet, les situations prises en charge par ce service se caractérisent par leur versatilité. C'est la raison pour laquelle les besoins sont réévalués régulièrement.

Si la dimension de coordination du travail de l'Entre-Temps assure une cohérence dans la prise en charge, un fil rouge, une bonne circulation de l'information et une réactivité du système, le service est aussi partie prenante dans l'intervention à travers un travail socio-éducatif avec le jeune et ses parents. C'est ainsi, par exemple, que l'équipe de l'Entre-Temps va pouvoir : aider les usagers à évoluer vers une demande psychothérapeutique ; faire relais vers un service à visée thérapeutique type SSM ; tirer le signal d'alarme et proposer des solutions à des moments-clés (pour une hospitalisation ou un « rappel de la loi »…) ; se proposer en soutien des équipes du réseau ; aider les équipes en charge du jeune à passer momentanément la main avant qu'il ne soit « trop tard » ; inventer avec l'entourage des solutions pour répondre aux problèmes qui se présentent…

À l'instar du travail de l'Entre-Temps dans le réseau, un de ses principaux outils en interne est la concertation. Par exemple, à tout moment, chaque membre de l'équipe a la possibilité de solliciter deux autres intervenants du service. Toute personne de l'équipe peut ainsi dire « j'ai une question » ! Une procédure pour tenter d'y répondre a été formalisée. Ce dispositif permet de ne pas rester seul dans sa logique et de pouvoir trianguler, au fur et à mesure, sans nécessairement attendre la traditionnelle réunion hebdomadaire.

S'il est possible de formaliser un mode de fonctionnement interne, il est plus compliqué d'agir de la sorte dans le travail de Réseau. C'est, à ce niveau, la règle du cas par cas qui s'impose sur l'application d'outils ad hoc.

[124] Cette notion se retrouve dans l'organisation du travail de l'Entre-Temps également. Nous avons pu voir que la flexibilité est un facteur de disponibilité, élément clé pour la recherche de solution, mais peut-être aussi pour la construction d'une alliance thérapeutique…

Cependant, certaines attitudes comme l'adoption d'une position basse donnent plus de chances de s'assurer la collaboration des autres services.

Notons l'**énergie** et la **disponibilité** que nécessite ce type de travail. L'Entre-Temps ne quantifie d'ailleurs pas son activité en termes de nombre de prises en charge, mais bien en terme de volume de travail. Pour une situation, il faut être très présent à certains moments et moins à d'autres, mais toujours prêt à réagir sans tarder.

Il faut noter que les situations concernées par le projet de l'Entre-Temps sont limitées aux situations les plus complexes. Il n'est ni possible ni souhaitable d'appliquer ce type de dispositif à tous les jeunes usagers.

Précisons enfin que le travail de l'Entre-Temps se distingue de celui des services d'outreaching à différents niveaux, même si la philosophie de travail, fort ancrée dans la mobilité et le travail en réseau, présente des similitudes. Notamment parce que le fait de se déplacer sur le lieu de vie permet de concerner des familles peu enclines à formuler une demande « classique ». Cependant, les services d'outreaching ont avant tout une visée psychothérapeutique, ce qui va nécessiter de la part des usagers un minimum de capacités à utiliser avec fruits des outils de type psychothérapeutique. L'Entre-Temps va proposer un encadrement de type sociopédagogique, plus appuyé dans le quotidien et donc plus contenant (ils peuvent prendre en charge moins de situations) avec des jeunes et des familles qui généralement ne sont pas encore prêts pour un travail psychothérapeutique. Les familles en question demandent beaucoup de disponibilité, car elles vont sans cesse mettre le système à mal. Les objectifs, les moyens et le public ne sont donc pas exactement les mêmes (ou pas aux mêmes moments). Notons que les services d'outreaching peuvent également assurer une fonction de coordination des intervenants autour d'une situation, mais de façon moins intensive que ce qui est fait par l'Entre-Temps.

D'autres « outils » en perspectives

Nous pouvons difficilement ici rendre compte de tout ce qui se fait à destination des situations complexes. Peut-être l'Institut Wallon pour la Santé Mentale peut-il continuer à capitaliser les informations concernant les initiatives à ce sujet. À notre connaissance, quelques projets sont en train de se mettre en place ou sont prévus pour les années futures :

- A côté des services For-K (exclusivement réservés aux mineurs délinquants), d'autres services du même type (requérant néanmoins une décision judiciaire) devraient voir le jour : un service à Fond'Roy (Bruxelles) pour 2012 et deux services en Wallonie.

- L'Entre-Temps a été sélectionné pour mettre en place un dispositif d'intervention en situation de crise pour une courte durée afin de dégager les pistes de prise en charge les plus appropriées en appui de tous les mandants (SAJ, SPJ, Tribunal de la Jeunesse…). La nouveauté de cette structure mandatée réside dans le fait qu'elle s'adresse à tout mineur (handicapé ou non, présentant ou non des difficultés psychiatriques…). Cette initiative traduit une ouverture vers un public plus diversifié que celui auquel l'Aide à la jeunesse était traditionnellement confrontée. Elle ne concerne plus uniquement les carences éducatives ni les délinquants : elle concerne tous les jeunes, quelles que soient leurs difficultés. Par exemple, une situation de handicap peut mettre un jeune en difficulté, même si ce jeune n'est pas dangereux en tant que jeune… Cette ouverture permet notamment une déstigmatisation du passage par l'institution.

Ce projet pilote de l'Entre-Temps a été généralisé à cinq autres projets aujourd'hui retenus (l'Entre-Temps est compétent pour Haut Charleroi, Haut Namur ainsi que Brabant Wallon et Bruxelles). Composée de trois intervenants (un psychologue et deux intervenants gradués), l'équipe de l'Entre-Temps se fait fort de réagir dans les deux heures, avec une obligation de plan de sortie de crise. Autrement dit, le travail d'intervention ne présente pas ici de visées « analytiques », en revanche les professionnels interviennent de façon très pragmatique pour rencontrer toutes les parties, écouter les besoins, médiatiser les différends, chercher des solutions et proposer au mandant dans un délai de 20 jours ouvrables un plan explicite de sortie de crise (ex. l'équipe se rend sur le terrain en cherchant une place vacante). Par exemple, une jeune fille porte plainte pour attouchement sexuel. Un vendredi soir, l'équipe de l'Entre-Temps fait face à une demande du juge de la jeunesse de Nivelles. Réponse lui est donnée pendant le week-end (le dispositif bénéficie de plages horaires le samedi et le dimanche), période pendant laquelle la jeune fille a été vue par l'Entre-Temps, histoire de désamorcer la situation. Le vendredi suivant, le dossier était clôturé. Sans l'intervention en situation de crise, quelles auraient été les perspectives objectives de prise en charge ? À des fins de protection, cette fille aurait pu dans un premier temps

se retrouver en CAU. Les professionnels auraient fait le point, questionnant par exemple la véracité de l'histoire de l'intéressée (les attouchements ont-ils eu lieu ?). In fine, c'est une rupture avec la famille qu'entérine ce mode de prise en charge…

À travers ce dispositif, l'Entre-Temps ne veut pas simplement pallier l'urgence. Il s'agit de penser une stratégie et analyser le contenu d'une dynamique qui est à l'œuvre dans une situation. Cela demande des équipes professionnelles pluridisciplinaires…

À titre de remarque, certains constatent qu'un nombre important d'institutions se sont développées sur le court terme : sections d'orientation des IPPJ, CAU… Si le travail peut s'initier dans ce genre d'institution, il ne trouve pas toujours de relais par la suite. Dans le même temps, il peut être difficile pour un usager de se voir dans l'obligation de changer d'institution alors qu'il s'est positivement affilié à une structure dont la durée de prise en charge prend fin…

- Un groupe de travail va se mettre en place sous l'égide du KCE autour de la question des unités mobiles de crise qui devraient voir le jour en Région wallonne, en lien avec les services d'urgence des hôpitaux (afin de bénéficier d'appuis lorsqu'une dimension psychiatrique est présente).

- À Bruxelles, le groupe "ados" de la PFCSM est actuellement au travail à propos de la création d'une structure de type **Abaca**[125] (avec toutefois une approche plus « colorée » santé mentale qu'Abaca).

Discussion

Nous avions déjà souligné en introduction la complexité objective de la question. Le nombre d'intervenants est important et mouvant, leurs mandats officieux et officiels, leurs « territoires » de compétences et de responsabilités, leurs habitudes et leurs logiques de travail, leurs référents théoriques… créent une réalité dense et composite tant pour les professionnels que pour les usagers.

Nous pouvons nous demander ce que cette complexité du dispositif autour du jeune, c'est-à-dire le grand nombre d'intervenants ayant une fonction éducative gravitant dans son giron, a pour conséquence à son niveau (dans la construction de son identité, sa socialisation, sa perception du monde, etc.). Nous pourrions émettre différentes hypothèses plus ou moins optimistes, mais il serait intéressant d'étudier le phénomène. Notons, de façon très générale, qu'il s'agit d'un fait marquant de la modernité (de la postmodernité, diront certains). À l'image des nouvelles technologies de l'Information et de la Communication, la notion d'identité d'un individu glisse vers plus de « dynamisme » (voire de labilité) et de saturation. Nous avons à disposition une multitude d'informations et de contacts potentiels qui sont autant de possibilités de nous enrichir et d'éprouver de nouvelles façons d'être soi, mais aussi de nous oublier et de nous égarer… Bref, quid de cette complexité dans le vécu d'un jeune en construction ?

Si cette question se pose pour le jeune, elle se pose également pour les professionnels. Il faut d'ailleurs noter que le Toboggan comme l'Entre-Temps proposent tous les deux dans leurs procédures une phase de mise par écrit (une sorte de contractualisation) des rôles et des objectifs de chacun. Si cette complexité est porteuse de solutions, il convient également d'éviter ses errements.

[125] Structure bruxelloise d'accueil d'urgence de jeunes hors mandat (deux fois dix jours d'hébergement).

Du côté des Services de Santé Mentale

Après avoir envisagé la question des services et des dispositifs spécialisés, nous pouvons nous poser la question de la place des services de santé mentale dans la prise en charge de notre public cible. Quels rôles sont joués ou pourraient l'être par les SSM et comment les aider dans cette tâche ?

AAJ et SSM, des collaborations parfois compliquées

Lors des interviews des services de l'AAJ, nous les avons questionnés sur leurs collaborations avec les Services de Santé Mentale dans le cadre des prises en charge des situations « complexes ». Il s'agissait d'avoir un aperçu des dynamiques de réseau mises en place autour de ces situations et de la place occupée par les SSM dans celles-ci.

Concernant les services de l'Aide à la Jeunesse rencontrés, mis à part l'IPPJ[126], aucun n'initie de suivi ambulatoire en Service de Santé Mentale chez les jeunes qu'ils accueillent. Seuls les jeunes pour lesquels ce suivi existait avant leur entrée dans le service continuent à en bénéficier. Pourtant, tous estiment que « leurs » jeunes présentent des souffrances psychiques (et généralement ils ne disposent pas de psychothérapeutes « à demeure »)… Les réponses apportées aux cas de « décompensation » sont généralement des orientations vers l'hospitalier ou le service FOR-K de Bruxelles.

Un des services rencontrés fait appel à un SSM pour constituer les rapports pour les orientations vers les SRJ (IMP). De plus, dans deux cas, des intervisions d'équipe sont mentionnées comme modalité « ayant existé en son temps » de collaboration avec les SSM.

Dans les raisons principalement évoquées par les services de l'AAJ interviewés pour expliquer la rareté des collaborations, la question de la **demande** est centrale. Tous insistent sur le fait que les jeunes ne sont pas demandeurs. L'étiquette « santé mentale » a un effet répulsif ! De plus, il s'agit d'une population peu apte à porter une demande de cet ordre. De telle sorte que, même lorsqu'un début de suivi est amorcé, celui-ci a beaucoup de mal à se maintenir. Ce qui fait dire à certains que les jeunes en question n'ont « ni le profil, ni l'envie » pour s'orienter vers un SSM. On constate rapidement qu'à la représentation négative qu'ont les jeunes des SSM s'ajoute l'idée tenace chez beaucoup de professionnels de l'AAJ (et des services hospitaliers) que les SSM n'ont pas pour principale vocation d'accueillir les situations lourdes. Lors de la première réunion du groupe de travail FOR-K, les 2 SSM présents ont réagi vivement contre cette idée en affirmant qu'ils gèrent également des situations cliniquement lourdes.

Enfin, le sempiternel argument des **files d'attente** a également été cité comme contrainte à l'orientation des jeunes. Quelques personnes interviewées ont d'ailleurs remarqué une temporalité différente entre SAAJ et SSM, les premiers en attente de réponses « concrètes et dans l'urgence » là où les seconds ont tendance à temporiser.

Outre le fait qu'il est évident que les ados sont rarement demandeurs et que le cadre « classique » de consultation en SSM n'est pas nécessairement le plus adapté au public en question, les représentations et les attentes parfois rencontrées dans les SAAJ concernant la santé mentale sont interpellantes. Elles constituent en tous les cas une piste de travail à investiguer. Le constat posé dans un chapitre précédent semble en tous les cas se confirmer : les orientations se font dans l'urgence à des moments de crise ou de décompensation… A première vue, **le travail psychothérapeutique qui pourrait prévenir ces états n'est pas**, pour beaucoup de SAAJ, **une piste prioritaire**.

Cependant, les résultats de notre « coup de sonde » lors des interviews doivent être temporisés par les données issues des rapports d'activités des SSM[127] et par les échos donnés par les SSM eux-mêmes. Comme l'a précisé l'ATSMA[128] lors de notre rencontre, les jeunes dont il est question dans ce rapport constituent une population fréquemment rencontrée par les équipes « enfants – ados » des centres de guidance. Il est toujours difficile de systématiser une affirmation à l'ensemble des services tant ceux-ci peuvent recouvrir des modes de fonctionnement singulier ; mais il est important d'être conscient que, globalement, les SSM travaillent ce type de situation. L'ATSMA constate également que les « suivis enfants et adolescents » en SSM sont actuellement caractérisés par la place importante prise par les aspects « sociaux » et la présence fréquente de problématiques

[126] Dans le cadre d'une aide contrainte.
[127] L'IWSM dispose ici de données traitées dans le cadre de son rapport sur « L'offre adressée aux enfants et aux adolescents dans les services de santé mentale en Région wallonne ».
[128] Association des Travailleurs en Santé Mentale Ambulatoire.

qui peuvent être qualifiées de « psychiatriques ». À ce sujet, il nous faut constater une évolution depuis une vingtaine d'années de l'offre des services corollairement à un changement opéré du côté du public concerné et de ses besoins. Si la souplesse et l'inventivité sont à promouvoir lorsqu'il s'agit de rencontrer les demandes, les besoins et les réalités des usagers, il faut acter que nombre d'acteurs du secteur travaillent dans ce sens. Il existe d'ailleurs des initiatives développées un peu partout en Région wallonne qu'il sera intéressant de recenser dans le futur (au niveau de l'IWSM, par exemple). Quoi qu'il en soit, les acteurs rencontrés sont d'accord sur le fait qu'il faut innover pour « aller à la rencontre du public. » Ce qui n'invalide en rien l'intérêt qu'il peut y avoir à maintenir également des consultations organisées sur un mode plus « classique ».

RELATIONS ET COMMUNICATION AVEC LES PARTENAIRES

Notons à ce niveau, comme nous avons déjà pu le souligner dans d'autres parties du rapport, que la représentation que les services de l'AAJ peuvent avoir de la santé mentale et réciproquement[129] constitue un paramètre déterminant. Globalement, les uns et les autres se connaissent mal, connaissent mal les mandats et les contraintes auxquels chacun est soumis. Les attentes des uns par rapport aux autres sont souvent mal ajustées. Par exemple, il est parfois attendu des SSM qu'ils assument aussi une fonction de « contrôle social »… Les clichés et les préjugés sont tenaces, les paradigmes de chacun sont peu entendus par l'autre ; la reconnaissance et la confiance sont dès lors peu présentes. Ce qui n'empêche pas des exemples motivants de collaborations réussies : heureusement !

Il y a donc une urgence à créer des espaces intersectoriels de dialogue où puissent s'élaborer des parcelles de discours commun (sachant que chacun doit conserver son identité), mais aussi et surtout la reconnaissance et la confiance mutuelle. Notons que ce travail n'est jamais terminé. Il serait faux de penser qu'il suffit « une fois pour toutes » d'organiser une réunion où en parler ensemble… La démarche doit être constante, répétée et continue.

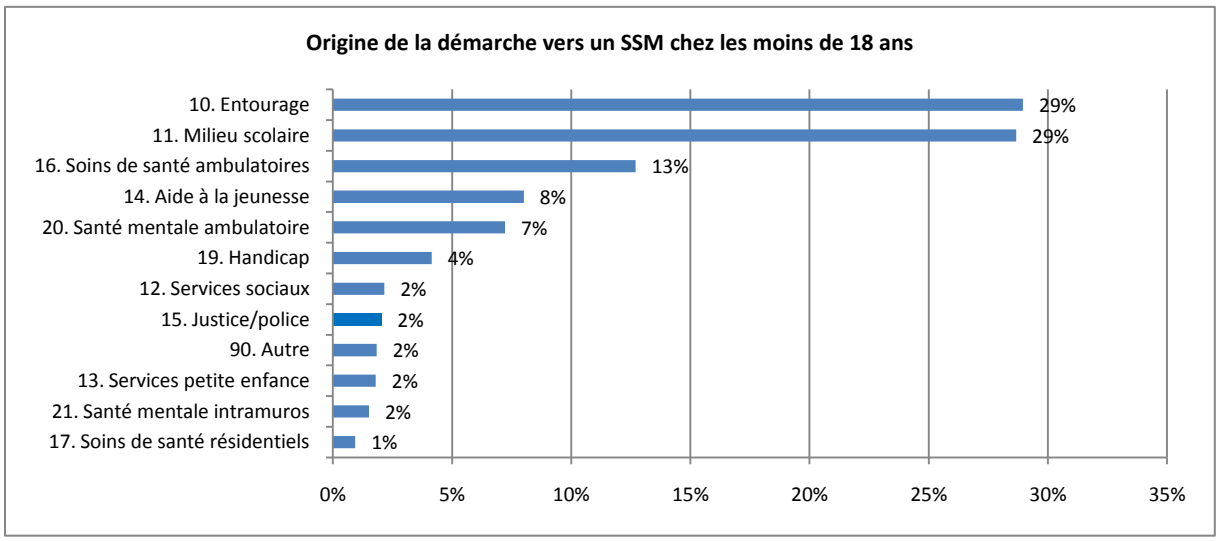
Les SSM rencontrés soulignent que ce qu'ils peuvent reprocher à l'AAJ est avant tout lié au cadre. L'AAJ fourmille de personnes qui fournissent un travail remarquable ; la question n'est pas là ! Cependant, leur mandat est souvent compliqué ; les limites de leurs interventions sont floues. Ils fonctionnent souvent avec « la peur au ventre », car leurs responsabilités et les enjeux de leurs interventions sont importants… C'est pourquoi mettre autour de la table des acteurs de l'AAJ et de la santé mentale pour débattre des orientations de travail aurait tout son sens.

Données issues des rapports d'activités des Services de santé mentale

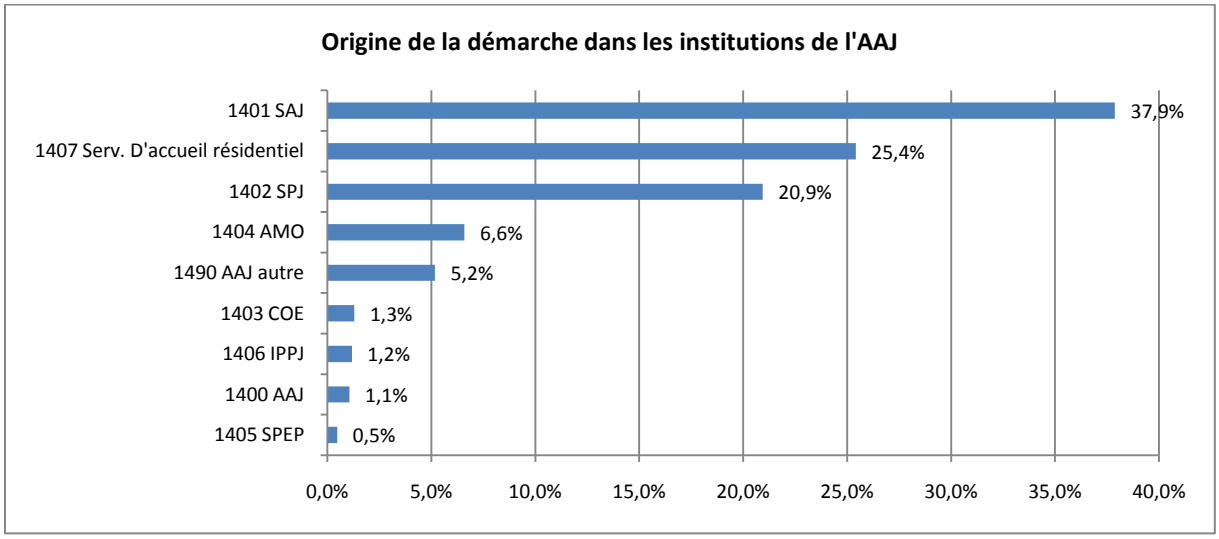
Nous vous transmettons ici quelques données en lien avec le sujet qui nous intéresse (disparates – nous en avons conscience). Données à partir desquelles il est difficile de tirer des conclusions tant nos jeunes « incasables » sont susceptibles d'être orientés à partir de différents types d'institution, aucune d'entre elles ne renseignant spécifiquement et exclusivement des jeunes « incasables ».

Par exemple, le graphique 1 montre que 8 % des consultations en SSM chez les moins de 18 ans ont pour origine un service de l'AAJ, 4 % le secteur du handicap. Le graphique 2 nous donne les détails de l'origine des demandes issues de l'Aide à la jeunesse. Notons à titre informatif que 0,09 % des jeunes suivis en SSM ont été orientés au départ d'une IPPJ.

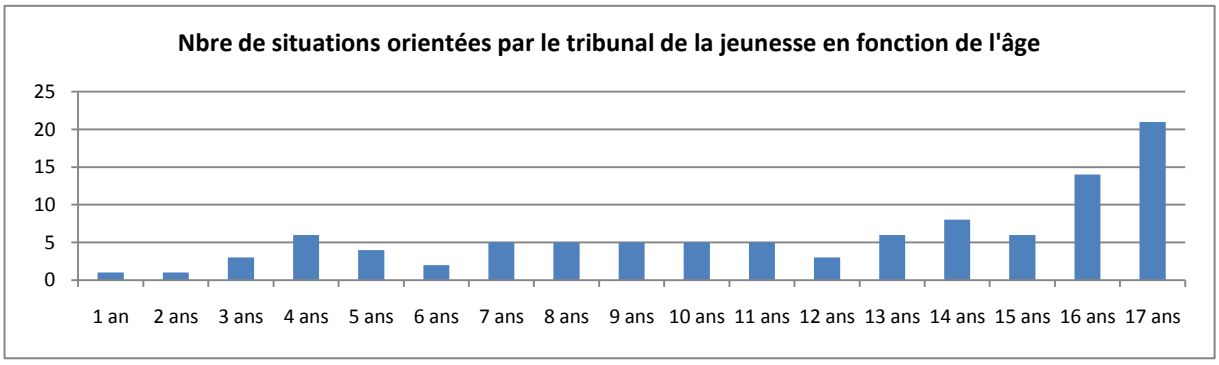
[129] Constat valable également au sein de la santé mentale entre secteurs hospitalier et ambulatoire.



Graphique 1 : Origine de la démarche en SSM (> 18 ans) en RW en 2006. N = 10.612



Graphique 2 : détail des « origines de la démarche » AAJ tous SSM confondus en RW en 2006. N = 850



Graphique 3 : Nbre de situations orientées par le tribunal de la jeunesse (1501) en fonction de l'âge vers les SSM en 2006 N = 100

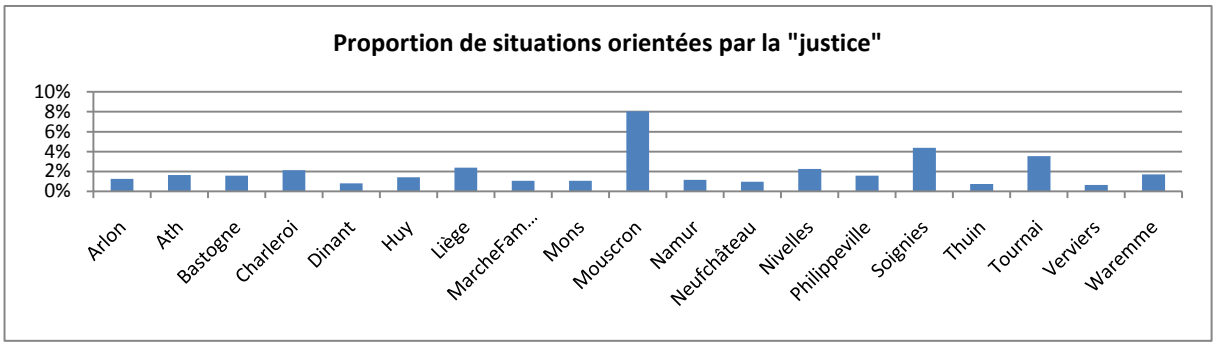
Le graphique 3 permet d'avoir une idée des âges auxquels les mineurs sont le plus souvent orientés par le tribunal de la jeunesse en vue d'un suivi en SSM. Si l'on compare ces chiffres à ceux de l'âge de la première mesure dans les services de l'AAJ[130], nous constatons que beaucoup de premières interventions du côté de l'AAJ se passent alors que l'enfant a moins de trois ans, alors que très peu de suivis psychologiques sont initiés avant

[130] Nouvelles statistiques de l'Aide à la jeunesse, p.29

trois ans en SSM. Ce constat renforce l'idée, souvent énoncée, qu'il pourrait être pertinent de renforcer l'offre adressée à cette tranche d'âge dans les SSM.

Pour le reste, nous observons la même relative stabilité entre trois et douze ans et une augmentation significative à l'adolescence avec un pic à 17 ans.

Le graphique 4 illustre les disparités par arrondissement dans le pourcentage des suivis initiés à la demande de la justice. À ce sujet, il a souvent été souligné que les façons de traiter les situations pouvaient varier fortement d'un arrondissement judiciaire à l'autre, voire d'un juge à l'autre.



Graphique 4 : proportion de situations « moins de 18 ans » orientées par la « justice » (1500) par arrondissement vers les SSM en RW en 2006

Que disent les Services de santé mentale rencontrés ?

Comme expliqué dans le chapitre introduisant la méthodologie, les interviews ont également concerné cinq services de santé mentale. Le témoignage des professionnels a été récolté via la technique de l'entretien compréhensif[131], laissant au public interrogé (via une grille d'analyse définie a priori) la possibilité de faire émerger des catégories d'analyse non thématisée à l'avance par le chercheur. Cinq SSM ont ainsi été rencontrés, dans des régions socioéconomiquement contrastées, dans différentes provinces, avec des cultures de travail plus ou moins tournées vers la prise en charge d'enfants et d'adolescents[132] : *Florennes*, *Louvain-la-Neuve* (« SSM UCL-LLN »), *Verviers* (« Centre familial d'éducation »), *Charleroi* (« SSM du CPAS ») et *Marchienne-au-Pont*.

DE QUELLE POPULATION PARLE-T-ON ?

De ces interviews, il ressort que, si l'on prend comme référence les situations rencontrées par les institutions (ex. *L'Entre-Temps*) spécialement mises sur pied pour combler les lacunes du système (face à des situations qui exigent une désectorisation forte, une mobilisation de nombreux acteurs, des ressources importantes en termes de temps et de création d'alternatives thérapeutiques), les SSM visités sont peu confrontés aux situations complexes ; ce qui ne les empêche pas de coder les situations les plus difficiles dans les termes de la complexité, usant explicitement de la rhétorique « situation complexe » (cf. infra). Telle qu'elle se donne à voir dans cette présente partie du rapport consacrée aux SSM, la complexité doit toutefois ici être rapportée au reste des situations cliniques rencontrées dans le SSM ; chaque SSM se singularisant par ailleurs, au niveau de sa population de référence, au niveau de sa philosophie de travail, de son degré d'ouverture à ses environnements... (comme pourra le mettre en évidence la lecture des PSSM en cours d'élaboration au sein des services, suite au prescrit du décret du 03.04.09). Autrement dit, la complexité des uns n'est pas celle des autres...

[131] Les entretiens (n=5) ont été saturés d'un point de vue qualitatif. Bien évidemment, cela ne veut pas dire que les matériaux issus de ces entretiens ont la prétention de saturer l'ensemble des hypothèses de recherche relatives à notre objet de recherche (la prise en charge des situations complexes par les SSM). Hormis un entretien qui s'est déroulé au domicile d'un des professionnels, les autres entretiens ont été réalisés au sein même des SSM, laissant apparaître au chercheur, et la réalité matérielle du service, et son proche environnement spatial. La durée moyenne des entretiens s'est avérée être d'une heure et demie.

[132] Le choix des SSM rencontrés s'est aussi appuyé sur le souci de solliciter des services que nous n'avions pas encore rencontrés dans le but d'accroître notre connaissance du secteur et de limiter l'investissement demandé à chacun.

Cependant, comme déjà signalé au début du chapitre précédent, ces résultats doivent être pondérés par d'autres sources (rencontre avec l'ATSMA notamment) nous informant que les SSM sont fréquemment confrontés à ce public. Nous devons probablement voir dans la pluralité des échos le reflet de la singularité de chaque service dans ses pratiques et dans son ancrage au réseau, mais aussi la délicate question du vocable et des paradigmes qui y sont associés. C'est ainsi que la catégorie de "mineurs présentant des troubles psychiatriques associés à des difficultés comportementales graves (passage à l'acte violent et/ou sexuel transgressif)" - telle que nous l'avions définie en début de recherche - ne semble pas faire sens pour une partie des professionnels rencontrés. À ce sujet, nous pouvons formuler plusieurs hypothèses. La première renvoie très clairement à la philosophie de travail des SSM : une prise en charge globale. Laquelle ne peut reconnaître la **stigmatisation** potentielle que porte toujours en elle une qualification de la population **en termes sécuritaires** : la transgression *sociale* (nous soulignons) venant cohabiter avec une problématique psychopathologique. Ainsi, certains professionnels mettent l'accent sur la nécessité clinique de reconnaître à travers certaines transgressions sociales, parfois très graves (ex. abus sexuels, violence sur autrui), et requérant de facto leur judiciarisation, une symptomatique du fonctionnement psychique (ex. l'abus sexuel comme modalité d'un processus de différenciation parentale). Pour ces professionnels de la santé mentale, faire valider ce cadrage aux acteurs d'autres champs de l'action publique en matière de prise en charge infanto-juvénile (ex. un juge de la jeunesse) vient signer la légitimité externe de leur action professionnelle. Pour d'autres professionnels, c'est ici la violence sur autrui qui vient faire effet de loupe sur l'ensemble des problématiques psychopathologiques, dotant d'une faible légitimité politique des situations cliniques présentant toutefois des traits de gravité importante. Engagés dans des processus de forte dégradation psychique (ex. un tableau psychotique avec une prédominance de symptômes négatifs), avec peu d'espoir thérapeutique, il en est par exemple ainsi d'adolescents dont le parcours de vie porte le risque de verser dans l'errance (la figure de l'adolescent SDF a été quelques fois thématisée).

Ensuite, une seconde hypothèse réfère à la dénonciation par les professionnels de la santé mentale ambulatoire de l'illusion thérapeutique qu'aurait le politique à définir *a priori* (nous soulignons) une réponse institutionnelle à une population qui transgresse l'ordre social (les mineurs qui non seulement présentent un tableau psychopathologique, mais qui en outre commettent des infractions) ; une analogie a parfois été rapportée avec la manière dominante dont l'"enfance agitée" tend aujourd'hui à être traitée : la Rilatine®. Plutôt que valider des catégories aussi clôturées, lesquelles viennent légitimer des services hyperspécialisés, **les professionnels préfèrent parler de situations cliniques complexes, difficiles, lourdes, multiproblématiques…** Le changement de focale est notable puisque les catégories qui leur font sens relèvent moins de caractéristiques individuelles intangibles (restent toutefois des diagnostics pédopsychiatriques au pronostic sévère, par exemple) que de conditions de situation ; à cet égard, la perte de contenance des agences de socialisation (famille, école, travail, etc.) est systématiquement mise en avant dans ses relations d'interdépendance avec la problématique individuelle psychosociale, parfois psychopathologique. Si toute situation clinique doit être rapportée aux transformations des grandes structures sociales (rééquilibrage des fonctions paternelle et maternelle, mutations du principe d'autorité… : toutes normativités dont certains professionnels n'hésitent pas à faire l'hypothèse d'une incidence négative sur certaines personnalités), la situation clinique complexe est aux yeux des professionnels celle qui nécessite l'intervention d'une pluralité d'acteurs inscrits dans différents champs de la prise en charge infanto-juvénile. Pour ces mêmes professionnels, c'est bien cette caractéristique de la situation complexe qui vient justifier une prise en charge en réseau.

Si les professionnels de la santé mentale ambulatoire raisonnent en termes de situations complexes, quelle part de leur clinique représentent ces situations ? Variable (si certains SSM se disent peu confrontés à ce type de situation, d'autres équipes considèrent que ces situations représentent une part significative de leur travail), la réponse dépend ici d'une pluralité de paramètres : environnements au sein desquels le service est implanté (tissu socioéconomique, milieu rural/urbain, présence relative d'autres dispositifs institutionnels susceptibles de faire naître un réseau de prise en charge, etc.), culture et équipements spécifiques du service (ex. prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel), etc. Actant une augmentation quantitative de situations complexes au sein de leur clinique (ex. abus sexuel, maltraitances (y compris institutionnelles), négligences, abandons…), certains professionnels n'hésitent pas à mettre en relation l'augmentation du taux de prévalence de ces situations avec l'affinement des outils diagnostiques qui, précisément, permet de visibiliser des problématiques qui jadis n'étaient pas reprises dans les catégories cliniques.

PRISE EN CHARGE : MODES ET ENJEUX

En leur qualité de services de seconde ligne, mais également en leur qualité de dispensateurs de soins dans le champ du psychique, les SSM ont toujours considéré la **demande** comme un objet de réflexion autonome. Au sein de ces dispositifs institutionnels, qui porte la demande ? Selon les professionnels, il est très clair que la demande est **exceptionnellement portée par l'enfant ou l'adolescent lui-même**. Parmi les hypothèses avancées par les professionnels, citons le déni de difficultés, la stigmatisation associée aux difficultés psychiques, etc. Notons que si la demande est rarement le fait de l'enfant ou de l'adolescent, les praticiens disposent néanmoins de matériaux cliniques leur permettant d'avancer l'hypothèse d'une "démocratisation" de l'accès à un travail psychothérapeutique, dans l'*intention* subjective (nous soulignons), à tout le moins : s'il est rare de voir des adolescents téléphoner à un SSM, voire de prendre la décision de s'y rendre à des fins de consultation, leur apparaîtrait de plus en plus légitime l'idée de faire appel à un professionnel de l'écoute et de l'aide. Dans les faits, la **demande** est généralement **portée par** une ou des **institutions de référence de l'enfant ou de l'adolescent**. Sont essentiellement citées par les professionnels des SSM : la parentèle, l'école (par le biais du CPMS, mais aussi des professeurs), le médecin généraliste, le SRJ, l'HPsy, les institutions de l'AAJ (ex. AMO), le triptyque SAJ-SPJ-TJ, etc.

Après son analyse en équipe, la demande est alors saisie par un thérapeute. Ici aussi, un constat transversal s'impose : sans systématiquement s'inscrire dans un paradigme de psychothérapie systémique, tous les professionnels nous ont dit **associer les parents de l'enfant** (à défaut, ses représentants légaux) **à sa prise en charge**. Dans un premier temps en tout cas. Avec l'accord de celui-ci. Et à la condition que la parentèle ne soit pas vue comme un frein à la relation thérapeutique : la figure de la mère présentant des traits paranoïaques, par exemple, peut être vue par les professionnels comme une figure type d'invalidation de la fonction parentale.

Au-delà du réseau noué avec les parents de l'enfant, le SSM inscrit ensuite sa pratique dans un **travail en réseau**, aux formes chaque fois renouvelées en fonction des subjectivités prises en charge, des contextes dans lesquels les demandes se donnent à lire. Comme nous l'avons dit, toute situation complexe appelle un travail en réseau, que le réseau d'institutions préexiste à la demande ou que le SSM l'ait initié (lors d'un premier entretien, il n'est ainsi pas rare que plusieurs acteurs issus de différents champs d'action publique soient coprésents) ; dans le même temps, des situations que les professionnels ne codent pas centralement dans les termes de la complexité peuvent aussi s'inscrire dans un travail en réseau, fût-il minimaliste (ex. éprouvant des difficultés à poser un diagnostic différentiel, un psychothérapeute va solliciter l'aide d'un pédopsychiatre extérieur au service, lorsque le SSM ne possède pas de fonction pédopsychiatrique ; la suspicion d'une hyperkinésie peut pousser une psychomotricienne à solliciter l'aide d'un neuropédiatre oeuvrant en hôpital général, etc.).

Entre les différentes institutions constitutives du réseau, il peut arriver que le SSM (dans son entité collective) soit garant du **fil rouge**. Si cela est fort contingent du volontarisme de certains de ses professionnels, de même que de la capacité des autres institutions à reconnaître le rôle de référence joué par le SSM dans le processus de prise en charge globale, il semble également que le fil rouge se construise différemment en fonction que le SSM soit ou non le premier service intervenant sur la situation. Bien souvent, une relation de confiance s'établira plus durablement lorsque le service est le premier rencontré et choisi par le bénéficiaire. Celui-ci aura alors (plus) spontanément le réflexe de revenir vers le SSM par la suite, lorsque nécessaire[133].

« C'est ainsi que, lorsqu'un lien s'est tissé entre un bénéficiaire et un service, il est important que celui-ci soit maintenu, ne serait-ce que de façon latente, afin d'éviter la multiplication des ruptures et de garder à disposition la ressource qu'il constitue (le lien thérapeutique) dans un parcours difficile.

La situation est différente lorsque le service intervient au fil d'une prise en charge déjà amorcée. Il y a alors à travailler sérieusement les passages de relais. Il faut idéalement prévoir une période de transition ("overlaps") avant que le jeune concerné n'ait quitté le service d'où il provient (s'il est question qu'il le quitte). Dans le cas contraire, le risque est grand de ne pas voir la demande aboutir.

[133] Il faut d'ailleurs noter à ce niveau que la « richesse » de l'offre d'un territoire donné joue aussi un rôle à ce niveau. En effet, si le fait qu'il y ait plusieurs services de type SSM sur un même territoire possède de nombreux avantages, elle augmente néanmoins les risques de morcellement. C'est ainsi que dans une région rurale où on ne trouve qu'un service, les bénéficiaires reviendront d'autant plus facilement vers celui-ci…

De façon générale, concernant la fonction de « fil rouge », une option consiste à considérer que c'est au premier service auquel s'adresse la demande (et qui entame une prise en charge, évidemment) d'assumer ce rôle, indépendamment de son secteur (SM, AAJ, AWIPH).

Ceci étant, cette option implique que cette fonction de « fil rouge » assurée par « le premier venu » (au sens littéral de l'expression) puisse s'inscrire dans un réseau *formalisé* (*un système de collaboration structuré*) sans lequel le responsable de la cohérence de la prise en charge, malgré toute sa bonne volonté, sera souvent dans l'incapacité d'agir. Par exemple, si personne ne veut accueillir le jeune, que faire ?... À ce sujet, l'ATSMA souligne que l'exemple du projet Link pourrait être inspirant. Est-il possible de développer une initiative similaire au départ des Services de Santé Mentale ? (À creuser...)

Toujours concernant le fil rouge, il est aussi possible de distinguer deux niveaux d'intervention : « ... à côté de la fonction de liaison liée à un service (musicien privilégié), il apparaît nécessaire qu'il y ait, à un niveau méta, un autre "fil rouge" (chef d'orchestre) qui serait un référent pouvant traverser les différents espaces avec le jeune et sa famille ». En effet, lorsqu'il est question de fil rouge et de coordination intersectorielle, il semble admis par les différents groupes ayant réfléchi la question, qu'elle doit pouvoir se décliner à différents niveaux, toute la difficulté étant de déterminer lesquels (selon quelles modalités, avec qui et pour y parler de quoi), et ce, afin de montrer un minimum d'« efficience » (rapport entre les moyens investis et l'efficacité). »[134]

Constatons finalement, au départ des interviews, que dans les SSM généralistes certaines **populations** sont **moins légitimes que d'autres**. Il en est ainsi des **auteurs d'infraction à caractère sexuel** (AICS), ou encore des **usagers de drogues**. Dans certains SSM, la qualification d'AICS s'avère être un critère objectif d'exclusion, tantôt justifié selon des raisons professionnelles (ex. certains praticiens refusant la prise en charge de ces problématiques au nom d'une compétence qu'ils ne possèderaient pas), tantôt pour des raisons matérielles (ex. un SSM dont la salle d'attente est commune avec celle d'un CPMS). Renvoyés vers des SSM avec mission spécifique ou vers des institutions spécialisées, il arrive que cette population se retrouve de nouveau dans une file d'attente... : la question est ici celle de la **gestion politique des risques**.

LA « FONCTION DE LIAISON »

Lors de notre rencontre avec l'ATSMA, nous avons questionné la place de la « fonction de liaison » (cf. nouveau décret) dans le cadre des prises en charge qui nous mobilisent dans ce travail. Il s'agit là de pistes de réflexion qui devront s'évaluer au fur et à mesure de la mise en place de cette fonction.

Constatons d'abord que la « fonction de liaison » est liée à la clinique et au lien thérapeutique. En effet, il est difficile d'imaginer qu'un autre professionnel que celui qui « est en relation » avec l'usager (le clinicien qui le suit) soit chargé du travail de liaison le concernant. Autrement dit, il est logique que chaque intervenant s'occupe du travail de liaison qui concerne ses clients (patients). Le budget alloué à cet effet est attribué à l'équipe dans son ensemble, pour faire ce travail. Vu ainsi, il faut « laisser la main » au clinicien concerné (quelle que soit sa fonction). Rappelons que le « transfert » est une dimension essentielle des suivis, indépendamment du référent théorique utilisé.

C'est ainsi que l'introduction de la fonction de liaison dans le décret vient formaliser quelque chose qui existe déjà depuis un moment dans la majorité des services.

Remarquons néanmoins, au vu des modalités de subventionnement de cette fonction, que la taille des équipes concernées aura une influence sur la façon dont elle pourra concrètement se décliner. En effet, étant donné que le budget alloué le sera en fonction de la grandeur de l'équipe, il est logique de penser que les équipes de petite taille recevront un montant qui ne leur permettra pas d'engager du temps de travail supplémentaire... Cependant, elles pourront éventuellement facturer plus de frais de déplacement, par exemple.

L'IMPORTANCE DU SOIN PRECOCE

À l'instar des autres groupes de réflexion, l'ATSMA souligne l'intérêt de développer une offre de soin à l'attention des très jeunes enfants. Il est logiquement beaucoup plus efficace d'agir avant que la problématique ne se cristallise et qu'elle ne se soit installée dans des dynamiques difficilement « ajustables ».

[134] Extrait du P.V. de la rencontre avec l'ATSMA.

Enfin, les professionnels reconnaissent aussi l'importance politique de penser la prise en charge d'enfants et d'adolescents qui, sans consulter, présentent néanmoins des problématiques psychosociales, voire psychopathologiques (chiffre "noir"). Cela les pousse à penser la **nécessité de renforcer la prévention et la promotion de la santé au sein des premières lignes** : écoles (CPMS), mais aussi parents (ex. modules d'éducation à la santé dispensés par des parents formés par des SSM : le modèle de la "boule de neige")

Réflexions autour du rôle des services de santé mentale dans la prise en charge des situations « complexes »

Nous avons vu que les situations qui nous concernent font plus appel à un dispositif qu'à une institution isolée. La question est donc de savoir quelles sont les places qui peuvent être occupées au sein d'un dispositif par un SSM dans ce type de suivi.

Notons, à l'instar de l'ATSMA, que dans le cadre des prises en charge de situations complexes, probablement y a-t-il des enseignements à tirer des expériences d'outreaching (travail « hors les murs » ou « sur le lieu de vie ») qui sont maintenant des modalités pertinentes d'intervention, adaptées aux évolutions des problématiques rencontrées. Plus largement, c'est la question de l'accessibilité et de « l'activation » de la demande qui est aussi soulevée ici. De plus, en développant ce type de travail, nous touchons des publics différents, les plus précarisés généralement. Public qui n'accéderait probablement pas à l'offre des services sans ce type de dispositifs ou alors plus tardivement via un passage par d'autres dispositifs.

Cette modalité de travail souligne amèrement la question des moyens, qui ne sont malheureusement pas extensibles. En effet, sortir des murs du service diminue immanquablement sa productivité si celle-ci est comptabilisée en terme de nombre de consultations. Ajoutons à cela que les publics concernés sont rarement en capacité de payer ces prestations au « prix plein ».

Nous devons donc souligner que, si le fait de se déplacer hors du service rencontre de moins en moins d'opposition au sein des équipes (même s'il n'est pas nécessairement évident de trouver un consensus à ce sujet), la dimension financière de la question vient souvent empêcher une mise en pratique. Il existe d'ailleurs à ce sujet une différence entre les P.O. publics et les P.O. privés. Ces derniers sont généralement beaucoup plus dépendants des rentrées que constitue le payement des consultations. Dès lors, ils privilégieront logiquement les démarches qui permettront que celles-ci puissent s'enchainer sans tarder… C'est pour certains services une question de survie ! Par contre, d'autres services, dont généralement le P.O. est public, ont plus de latitude pour développer des pratiques spécifiques pour des populations plus précaires.

Probablement est-il ici important de ramener le raisonnement à l'ensemble de l'offre disponible en matière de consultations ? Les participants à la réflexion constatent que le réseau de thérapeutes privés est actuellement bien étoffé, de telle sorte qu'il est possible d'orienter dans ce sens les personnes qui présentent la motivation et les ressources en suffisance. Bref, les enjeux sont multiples et se jouent à différents niveaux : ils sont financiers et (hautement) politiques (à qui veut-on adresser l'offre en priorité ?), concernent les pouvoirs subsidiants, mais aussi les pouvoirs organisateurs des services.

À ce sujet, il semble important que les services puissent valoriser au niveau administratif (à l'encodage, par exemple) le travail qui est fourni dans le cadre de ces situations complexes. Il n'est pas rare de devoir passer des heures à chercher une solution pour tel ou tel enfant : comment pouvoir rendre compte d'un point de vue « administratif » de ce type d'activités d'une façon qui la valorise ? C'est aussi une question importante.

Quoi qu'il en soit, moyennant une adhésion minimum de l'usager, les services de santé mentale sont, dans ces situations comme dans d'autres, dans la possibilité d'assurer un suivi psychothérapeutique « classique », impliquant, étant donné les caractéristiques du public cible, une grande souplesse de fonctionnement. Néanmoins, sauf initiatives singulières (et donc moyens spécifiques dégagés à cet effet), le fonctionnement classique d'un SSM lui permet difficilement d'assumer la fonction de « structure d'aide transversale » qui assure le fil rouge et la coordination du travail de réseau, tout en ayant la possibilité de mobiliser une énergie particulière en urgence et pendant un certain temps comme le propose l'Entre-Temps ou De Wissel, par exemple.

Rappelons encore une fois, et c'est important, que nous parlons des situations les plus chaotiques, nous ne nous prononçons donc pas ici concernant un suivi « tout-venant » (cf. chapitres précédents). Pour « nos incasables »,

les expériences existantes montrent que la fonction de fil rouge nécessite une disponibilité, une réactivité et une flexibilité importantes qui impliquent le suivi d'un nombre limité de cas par intervenant. Dans la majorité des services de santé mentale, le volume de la file active et de la liste d'attente complique largement la donne.

Finalement, il convient de rappeler la place importante des SSM dans le travail de **supervision** des services impliqués dans le travail psychosocial. Il s'agit là probablement d'une autre fonction clé qui peut aider les institutions confrontées à des situations complexes. Nous pouvons aussi situer le travail des SSM dans **l'orientation** de ces situations vers des structures adéquates, rôle qui pourrait être soutenu et renforcé par une bonne information des SSM sur les structures existantes.

Synthèse

Le public cible [p. 12]

Notre public cible se caractérise avant tout par sa difficulté à trouver une place dans les dispositifs de prise en charge classiques. Il doit donc s'appréhender dans le cadre d'une réflexion systémique incluant des aspects psychodynamiques et contextuels dont la complexité ne peut se réduire à un diagnostic [p. 12].

L'anamnèse de ces jeunes comporte souvent des carences affectives [p. 16] et/ou des situations traumatiques [p. 18] qui constituent autant d'éléments essentiels pour la compréhension de leur comportement et de leur symptomatologie.

Celle-ci peut prendre des formes variées incluant généralement des passages à l'acte auto et/ou hétéro-agressifs ainsi que la recherche de sensations et d'excitations. Ces comportements sont généralement porteurs de l'ambivalence fondamentale qui anime la dynamique interne du sujet. D'une part, elle ne laisse aucun doute sur l'importance qu'il y a à se préoccuper de lui et de l'autre elle met à mal la confiance et le lien entre le jeune et son entourage (famille, institutions…) [p. 16].

La difficulté de circonscrire leur problématique dans une catégorie « administrative » (éducatif, handicap, psychiatrie) [p. 19] ainsi que (surtout) la grosse difficulté qu'il y a à l'intégrer dans un lieu de vie quel qu'en soit le cadre, amènent systématiquement les institutions à ne plus se reconnaître comme compétentes les concernant. Les tentatives de nouvelles solutions se succèdent alors sans plus de succès.

Les trajectoires de prise en charge de ces jeunes [p. 13] sont généralement caractérisées par de nombreux placements, de durées variables ainsi que des retours en famille « faute de mieux ». À dix-huit ans, ces jeunes ont connu les services privés et publics de l'AAJ ainsi que les SRJ et des services psychiatriques. Bien souvent, ils ont rencontré au départ le système judiciaire dans le cadre de mesures de protection pour finalement y être confrontés dans le cadre de mesures sanctionnelles [p. 12].

L'absence de demande [p. 19], voire le rejet, d'un travail psychothérapeutique passant par la mise en mots semble faire obstacle à une tentative de « traitement de la souffrance originelle ». Celle-ci parvient souvent intacte à l'orée de la majorité légale et inscrit certains d'entre eux dans une errance encore plus fondamentale une fois qu'ils ont quitté le giron de l'Aide à la jeunesse.

Une recherche effectuée en France évalue à 0,012 % de la population des moins de 20 ans la proportion de jeunes dits « incasables » [p. 22]. Bien que ce travail nous fournit là un repère très intéressant, nous devons cependant envisager cette estimation avec beaucoup de prudence, car elle sous-évalue l'importance des problèmes soulevés (*ce n'est que la partie émergée de l'iceberg*). En effet (1) en plus des « incasables », il nous faudrait également comptabiliser les « mal-casés[135] », c'est-à-dire un nombre probablement important de jeunes pour lesquels une solution « faute de mieux » a été trouvée ; (2) les constats posés concernent toutes les situations présentant une certaine complexité (liée par exemple à la transversalité de leur prise en charge) ; (3) il existe d'autres « incasables » que nous n'avons pas évoqués dans notre travail, comme les enfants autistes très déficitaires, par exemple.

Les constats [p. 24]

L'analyse des « situations complexes » met en exergue des dysfonctionnements qui, pour une part, concernent les dispositifs de prise en charge et leurs interactions bien au-delà du public cible qui est le nôtre.

L'étude des trajectoires de prise en charge montre l'absence d'une cohérence globale de celles-ci, laissant la part belle aux réactions dans l'urgence : personne ne soutient la fonction de « fil rouge », les ruptures dans les prises en charge sont fréquentes et les logiques d'orientation sont critiquables. L'errance institutionnelle subie par le jeune s'accompagne d'un étiquetage cumulatif désastreux [p. 24 - 26].

[135] Néologisme peu élégant, mais qui a la qualité de la clarté.

Ces phénomènes sont renforcés par les difficultés de collaboration et de communication entre institutions de secteurs et/ou de paradigmes différents. Bien que le travail de réseau soit de plus en plus valorisé et stimulé, il semble que du chemin soit encore à parcourir, notamment pour que l'intérêt des jeunes vienne transcender les logiques et contraintes administratives et sectorielles [p. 25].

Les finalités des interventions, dans la mesure où elles visent la construction d'un sentiment de sécurité et d'une identité positive afin de permettre au sujet suffisamment d'autonomie et une bonne intégration sociale, sont mises à mal par le système lui-même [p. 26].

En définitive, le chaos de la réponse apportée par la société, perçu lorsqu'elle est appréhendée dans sa globalité, présente un isomorphisme troublant avec le chaos des familles et le bouillonnement interne des jeunes en question.

Piste de travail de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale concernant la prise en charge de mineurs dont la situation est complexe[136]

Ces propositions, après avoir été élaborées par la Commission « pédopsy » de l'IWSM, ont été validées par son Conseil d'Administration. Celui-ci a néanmoins tenu à préciser que la mise en œuvre concrète de telles recommandations pose de multiples questions qui mériteraient un approfondissement. Celles-ci sont donc à appréhender comme des « pistes de travail » que l'Institut est prêt à développer, le cas échéant, en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés.

Introduction

Nous invitons le lecteur à parcourir la page 12 du rapport de recherche lié à ces recommandations pour un aperçu plus précis du public cible concerné. Nous en citerons ici un passage éclairant :

« Nous pouvons dire de ces jeunes qu'ils présentent à la fois des problèmes qualifiés de psychiatriques et de graves problèmes comportementaux qui finissent parfois par entrainer une judiciarisation de leur prise en charge. ***Le point commun de ces adolescents est qu'ils perturbent le système d'offre tel qu'il est organisé et amènent régulièrement les institutions à ne plus se reconnaître compétentes pour les accueillir****. Les transgressions et les passages à l'acte auto et hétéro agressifs font partie des « symptômes » qui mettent le plus à mal les équipes,* ***l'indication d'une réponse à valence plus curative qu'éducative étant compliquée à établir… et lorsqu'elle est établie, semble difficile à appliquer****. Quelle que soit la nature du service qui les accueille, celui-ci est généralement mis en difficultés dans sa mission par le comportement du jeune, de telle sorte que d'autres solutions vont s'envisager… De cette façon, si l'on n'y prend garde,* ***leur parcours s'inscrit dans le morcellement et l'errance****. »*

Notons que l'analyse des « situations complexes » met en exergue des difficultés qui, pour une part, concernent les dispositifs de prise en charge et leurs interactions bien au-delà du public cible qui est le nôtre.

Propositions

Travailler sur des propositions n'est pas une chose facile lorsqu'il s'agit de questions intersectorielles, surtout au moment de décliner concrètement des principes pourtant partagés. La *formalisation* du travail en réseau soulève volontiers des résistances, ravivées par l'exemple récent des « projets thérapeutiques » critiqués par nombre d'acteurs du secteur « pédopsy ». Beaucoup dénoncent les contraintes « sclérosantes » d'un réseau trop lourd administrativement qui, de ce fait, échoue dans ses objectifs. En matière de réseau, la souplesse et la créativité semblent être des dimensions essentielles à préserver.[137]

Ensuite, certains soulignent le possible excès de contrôle social et la menace pour le principe fondamental de liberté thérapeutique et de secret professionnel auquel peut aboutir ce type de dispositif[138].

---

[136] Dit plus laconiquement « situations complexes ».

[137] *« La rigidité du cadre formalisé conjointement par l'INAMI et le SPF et la lourdeur des procédures administratives imposées suscitent bon nombre d'interrogations et d'inquiétudes parmi les professionnels de terrain. Si l'une comme l'autre furent dénoncées d'entrée de jeu par la majorité des projets thérapeutiques, l'année 2008 n'aura pourtant donné lieu à aucun assouplissement significatif des règles et des procédures qui enferrent le processus de concertation, mettent à mal les pratiques cliniques et finissent, dans certains cas, par « vider les projets de leur substance » – ainsi, quand les réunions de concertation se réduisent à des échanges sur la mise en place et la faisabilité administrative, organisationnelle et évaluative du travail en réseau, au détriment de la construction d'une culture de réseau et d'une clinique de la concertation. L'expérience engrangée pendant ces deux premières années met donc principalement en évidence certaines dérives inhérentes au dispositif de concertation, qui guettent le processus d'expérimentation en cours et suscitent des inquiétudes pour l'avenir »* De Coninck François et les 21 projets thérapeutiques (2009), « Les projets thérapeutiques : expérimentation *versus* formalisation ? », *État des lieux au 1er septembre : note de consensus approuvée et signée par l'ensemble des 21 projets thérapeutiques francophones. En outre, une majorité des projets thérapeutiques francophones démissionnaires (9/12 PT) ont tenu à se montrer solidaires avec cette démarche collective et ont aussi signé ce document. Enfin, les Plates-formes wallonnes, la Plate-forme bruxelloise et la Plate-forme germanophone ont également tenu à apporter leur soutien formel à cette note de consensus.* p. 3.

[138] Notons cependant à ce sujet que certains soulignent que la formalisation du réseau rajoute de la clarté pour l'usager et peut potentiellement lui redonner la main en terme de construction d'une trajectoire de soins. De façon générale, la clarté concernant les chemins possibles aide l'usager à choisir par lui-même…

De plus, concrétiser la formalisation d'un réseau intersectoriel, c'est également poser les délicates questions du pilotage et du financement.

Enfin, terminons notre préambule par quelques lignes issues de la note de consensus des acteurs des projets thérapeutiques déjà citée plus haut : « … ***l'expérimentation précède nécessairement la formalisation de tout réseau et circuit de soins et que les choses doivent donc se construire pas à pas.***[139] »

À partir de cette introduction, nous pouvons formuler des pistes de travail déclinées à partir d'une proposition centrale :

▸ DES DYNAMIQUES DE RESEAU « INTERSECTORIELLES » DOIVENT POUVOIR ETRE SOUTENUES NOTAMMENT **(1)** ENTRE INSTITUTIONS TRAVAILLANT AVEC LES ENFANTS DE 0 A 3 ANS ET **(2)** ENTRE LES INSTITUTIONS CONFRONTEES AUX « SITUATIONS COMPLEXES ».

(1) Constatons concernant les institutions travaillant avec les enfants de 0 à 3 ans qu'elles constituent un réseau « spécifique » (qu'il ne faut pas enclaver, mais dont la spécificité est évidente). **À leur sujet, il nous semble intéressant de valoriser les initiatives renforçant les collaborations entre les Services de Santé Mentale et les services de première ligne comme l'ONE (les TMS[140] sont souvent les seules à être en contact avec les très jeunes enfants), mais aussi les crèches, les pouponnières[141], les services d'aide précoce[142], les pédiatres, etc. Ces collaborations peuvent aussi bien se décliner en termes de concertation, d'interventions sur le milieu de vie, d'intervisions, etc.**

> En effet, il est essentiel d'insister sur la nécessité de la prise en compte de la souffrance des enfants et des familles le plus tôt possible en se donnant les moyens d'un travail psychothérapeutique (avant les affres de l'adolescence) chez les enfants placés en institution dont le passé est marqué par les carences affectives et/ou les situations traumatiques [cf. p. 33 du rapport, extrait cité ci-dessous ↴].
> *« Dans cette logique, soulignons l'intérêt qu'il y a à développer des initiatives qui proposent un travail clinique sur le milieu de vie adressé aux tout jeunes enfants (0-6 ans) … Il s'agit ici de travailler les perturbations précoces du lien parents – enfants lorsqu'elles sont constatées par un parent ou par un intervenant de première ligne, généralement dans un contexte où la demande a du mal à se formuler. Bien qu'il soit avant tout « curatif », ce type de dispositif a des vertus préventives évidentes étant donné l'impact de la qualité relationnelle parent – bébé sur le devenir de celui-ci. L'amorce d'une spirale vertueuse au sein de la dynamique familiale est génératrice de bénéfices inestimables, tant pour les intéressés que pour la société. »*
> De plus, notons que la recherche-action menée par le Gerseau (Braine-l'Alleud) avec le soutien de l'IWSM[143] montre les bénéfices sur le moyen et long terme de la construction d'un réseau « petite enfance » incluant les acteurs de première et de seconde ligne. En effet, avec le temps, ces collaborations (1) développent une sensibilité et des compétences chez les intervenants de première ligne en matière de détection des signes de souffrance psychique chez l'enfant de zéro à trois ans et (2) elles « facilitent » la formulation de demandes « adéquates » aux services de seconde ligne. Le réseau ouvre (potentiellement) à des ressources, à plus de fluidité et de créativité, mais aussi participe sur le long terme au partage de compétences.
> C'est pourquoi l'IWSM insiste sur l'intérêt des collaborations qui peuvent s'établir entre les services de santé mentale et l'ONE (ainsi que les crèches, les pouponnières, etc.), dont les intervenant(e)s sont généralement les seul(e)s en position de relais potentiel lorsqu'il s'agit d'enfants qui ne sont pas encore scolarisés. À ce sujet, les statistiques[144] montrent que les 0 – 3 ans sont proportionnellement aux autres catégories d'âges sous-représentés dans les consultations des services de santé mentale.

[139] De Coninck François et les 21 projets thérapeutiques (2009), ibid. p. 7.
[140] Acronyme dédié aux Travailleurs Médico-Sociaux de l'ONE.
[141] Les pouponnières accueillent les enfants de moins de trois ans qui ne peuvent rester dans leur famille.
[142] Les services d'aide précoce apportent une aide éducative par des interventions individuelles, principalement à domicile, aux enfants atteints d'une déficience avérée sur le plan mental, physique ou sensoriel, depuis la naissance jusqu'à l'âge de 7 ans.
[143] Recherche initiée par la Région wallonne concernant la clinique dans le milieu de vie adressée aux enfants de 0 à 6 ans au départ du projet Gerseau du Service de Santé Mentale « Safrans » de Braine l'Alleud.
[144] IWSM - Minotte P. (2008), « l'offre adressée aux moins de dix-huit ans dans les Services de santé mentale en Région wallonne », rapport de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale.

De la même façon, d'autres initiatives peuvent ainsi être valorisées telles que les maisons *ouvertes*, inspirées par *La maison verte*[145] créée par Françoise Dolto à Paris en 1979 qui sont des lieux d'accueil des enfants de 0 à 3 ans accompagnés de leurs parents.
De façon plus générale, il y a unanimité sur le fait de proposer une offre pluridisciplinaire en milieu de vie (en milieu « naturel ») qui permet de soutenir les familles.

(2) Sans oublier tout ce qui est développé tout au long du rapport, nous retiendrons en priorité au sujet des réseaux d'institutions rencontrant des « situations complexes » l'intérêt de créer des lieux d'activation et de mobilisation de la transversalité (probablement à l'échelle des bassins de soins).

(2.1) Ces lieux de coordination doivent se trouver en position « méta » et détenir une légitimité officielle, c'est-à-dire **(a)** obtenir des financements des trois secteurs concernés (santé mentale, aide à la jeunesse et handicap), **(b)** pouvoir informer ces autorités subsidiantes des impasses rencontrées [en lien avec la recommandation 3] **(c)** ne pas être « juge et partie » dans les situations traitées. À ce sujet, il est préférable que son emplacement « physique » et son coordinateur soient clairement identifiés comme indépendants d'un secteur en particulier.

(2.2) Il s'agirait d'un lieu d'interpellation auquel pourrait faire appel une institution d'un des trois secteurs concernés ou un bénéficiaire (ses proches, son avocat, etc.) lorsqu'une situation semble rentrer dans les conditions de la complexité… Une fois interpellé, **ce lieu aurait pour mission l'activation et la mobilisation du réseau intersectoriel autour de la situation en question**.

↳ Ce réseau ne peut fonctionner que sur base d'un engagement des institutions concernées impliquant notamment pour celles-ci d'envisager toutes les situations complexes pour lesquelles on peut anticiper une impasse. Autrement dit, il doit exister un engagement collectif à ne pas « abandonner » des jeunes, des familles, mais aussi d'autres institutions. Il ne s'agit donc pas d'une obligation de « prise en charge », mais bien d'un engagement à la mobilisation et à la concertation concernant ces situations.
↳ Au sujet du territoire de ces lieux d'interpellation, l'échelle des « bassins de soins » est importante, mais pas systématiquement suffisante. En effet, il faut probablement introduire ici une nuance. D'une part, il ne faut pas en oublier l'utilité de construire des dynamiques locales « de proximité » entre institutions des différents secteurs, elles-mêmes inscrites dans la réalité territoriale du jeune et de sa famille. D'autre part, il n'est actuellement pas possible d'imaginer concentrer toutes les réponses possibles pour les jeunes en question dans chaque bassin de soins. Il faut donc se laisser la possibilité « d'inviter » des services d'autres territoires à ces concertations.
↳ La coordination de ces lieux : implique l'engagement d'un permanent dont l'expérience dans ce type de travail, le sens du contact, le « carnet d'adresses » et le dynamisme sont des conditions nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Il s'agit d'une fonction compliquée qui dépendra notamment du profil des personnes engagées.
↳ Notons enfin que la dynamique de concertation intersectorielle et les possibilités créatives qu'elle propose d'apporter ne pourront probablement pas résoudre totalement le manque de places d'accueil pour certaines situations souligné par de nombreux acteurs du secteur.

(2.3) L'objectif de cette mobilisation du réseau est la construction de possibilités formalisées que nous pourrions aussi décrire comme un dispositif[146] autour de la réalité du patient. L'idée est de **construire entre institutions et — si possible — avec l'adhésion du bénéficiaire, un ensemble de possibilités pour ce dernier en fonction de différents *scénarios***. Celles-ci peuvent comprendre lieux de vie, scolarisation, « time out », « espaces de répit », travail thérapeutique externe au lieu de vie, hospitalisation, outreaching, IPPJ, etc. en fonction de la situation[147].

[145] Pour plus d'informations : http://www.lamaisonverte.asso.fr/
[146] Dans cette logique, le dispositif autour du sujet devient l'unité de base, incompatible avec la tendance insulaire de l'institution toute puissante et autarcique.
[147] *Time out* : période relativement courte durant laquelle le jeune est placé dans une autre institution pour lui permettre et permettre à son institution d'hébergement (ou sa famille) de souffler et prendre du recul ; *Outreaching* : soins psychiatriques à domicile ; *IPPJ* : Institutions publiques de Protection de la Jeunesse.

(2.4) Ces concertations ont également pour objectif de définir les fonctions et responsabilités de chacun (dans le cadre d'un suivi en particulier) afin qu'elles soient clairement identifiées par tous, tant pour les professionnels que pour les usagers. De plus, nous soulignerons ici **l'importance de la participation/implication du bénéficiaire et/ou de sa famille/tuteurs légaux à la dynamique de concertation**. A l'instar des représentants des usagers et familles présents lors des débats, il nous semble essentiel que le travail en réseau se réalise dans la transparence par rapport aux personnes concernées.

(2.5) Ensuite, **ce lieu peut aussi assurer « une mémoire du sens des interventions passées »** dont l'objectif n'est pas de capitaliser les informations factuelles sur le sujet ou sa famille, mais plutôt de garder une trace de sa trajectoire de prise en charge et des logiques qui ont présidés à ses orientations ainsi que des professionnels qui ont fait sens dans son parcours. Notons que cette fonction doit être clairement définie et balisée afin d'éviter ses possibles dérapages.

(2.6) Ce type de dispositif doit considérer en priorité l'intérêt des bénéficiaires en assurant, notamment, la cohérence des orientations et le maintien d'un fil rouge, ce qui inclut la prise en compte rapide des situations de crise tout en évitant les décisions précipitées irréversibles. L'anticipation des scénarios permet d'établir sans trop trainer des alternatives cohérentes en essayant tant que possible le maintien du lien entre le jeune et l'institution dont il est issu.

(2.7) Ces lieux pourraient également être les moteurs de l'installation d'un dialogue permanent dont la finalité serait d'amener les institutions des différents secteurs à communiquer, à mieux se connaître, mieux se comprendre et à trouver ensemble des solutions.

> En effet, la méconnaissance, les préjugés et les difficultés de communication entre institutions appartenant à des secteurs différents sont identifiés comme des causes importantes de dysfonctionnement. De plus, la construction de dispositifs fonctionnels autour du bénéficiaire n'est possible qu'au travers de la mise en place d'une logique solidaire et partenaire entre services, basée sur le même souci de l'intérêt du jeune et le même engagement à veiller à ne pas participer au processus d'exclusion inévitablement à l'œuvre si l'on n'y prend garde… Notons également que, bien que chaque collaboration se décline au cas par cas, dans toute sa singularité, elle trouve son moteur au niveau du réseau institutionnel dans un équilibre global (don / contre don ou « Win Win» en fonction du référent théorique) qui laisse chacun gagnant sur le long terme.

(2.8) Nous devons également souligner l'intérêt dans la prise en charge des situations complexes des structures mobiles (type Outreaching) capables de prendre part au travail clinique et de liaison à partir des structures pédopsychiatriques Santé Publique et INAMI. De plus, certaines d'entre elles (les Cellules Mobiles d'Intervention) permettent l'intégration de compétences issues de différents secteurs comme le handicap et la santé mentale.

(3) Une dynamique similaire au niveau des pouvoirs subsidiants (santé mentale, psychiatrie, aide à la jeunesse, handicap, enseignement, petite enfance) soutiendrait **la mise en place de ces « plates-formes cliniques transversales » au niveau du « terrain »** à travers, par exemple, la création d'un « bureau intersectoriel permanent[148] ».

> En effet, il serait utopique d'imaginer une amélioration globale de la dynamique intersectorielle si celle-ci n'est pas soutenue activement et en concertation par les différents pouvoirs subsidiants concernés.

(4) Enfin, soulignons l'intérêt de soutenir la recherche sur ces questions lorsque celle-ci est ancrée dans la réalité du terrain et qu'elle permet dans un même mouvement la concertation des acteurs de différents secteurs.

[148] Un rapport de l'inter-groupe pédopsychiatrique évoque à ce sujet « la création d'un conseil permanent de concertation aux niveaux des instances administratives et de financement (Région Wallonne : AWIPH et SSM ; Fédéral : Structures INAMI et Santé Publique ; Communauté Française : Enseignement, Aide et Protection de la Jeunesse) où siègerait également des représentants professionnels des secteurs et de la société civile. »

BIBLIOGRAPHIE :

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (2008), « Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses », *Recommandation de bonnes pratiques professionnelles.*

Barreyre J-Y, Fiacre P., Joseph V., Makdessi Y. (2008), « Une souffrance maltraitée – Parcours et situations de vie des jeunes dits "incasables" », *Recherche réalisée pour l'Observatoire National de l'Enfance en Danger, le Conseil général du Val-de-Marne et du Val d'Oise.*

Blondieau L. (2005), « *Un adolescent, sa famille, des intervenants... un vrai défi* », rapport publié par le Conseil d'Arrondissement de l'Aide à la Jeunesse de Namur et la Plate-Forme Namuroise de Concertation en Santé Mentale.

Centre Hospitalier Jean TITECA (2003), Unité Karibu, Projet thérapeutique.

Collectif de travailleurs de l'AAJ (2003), « Adolescents difficiles... adolescents en difficulté – Je vais devant ou tu vas derrière ? », Ed. Luc Pire.

De Backer B., Devolder J., Sichem V. (1997), « L'Aide à la jeunesse et la protection de la jeunesse : vers une logique de dispositifs ? », *rapport publié à l'initiative de La Porte Rouge avec l'appui de la Direction générale de l'Aide à la jeunesse du Ministère de la Communauté française.*

De Coninck F. et les 21 projets thérapeutiques (2009), « Les projets thérapeutiques : expérimentation *versus* formalisation ? », *Etat des lieux au 1er septembre : note de consensus approuvée et signée par l'ensemble des 21 projets thérapeutiques francophones. En outre, une majorité des projets thérapeutiques francophones démissionnaires (9/12 PT) ont tenu à se montrer solidaires avec cette démarche collective et ont aussi signé ce document. Enfin, les Plates-formes wallonnes, la Plate-forme bruxelloise et la Plate-forme germanophone ont également tenu à apporter leur soutien formel à cette note de consensus.*

Declerck P. (2001), « Les naufragés », Plon, Paris.

Delens-Ravier I., Thibaut C. (2002), « Jeunes délinquants et mesures judiciaires : la parole des jeunes – recherche qualitative sur le point de vue des jeunes délinquants à propos de leur placement en IPPJ », Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse (OEJAJ)

Deliège I. (2007), « Le travail en réseau en santé mentale », Rapport de recherche de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale.

Epstein D. (2007), « Pour une éthique clinique dans le cadre judiciaire », *Temps d'arrêt lectures.*

Forget J-M (2005), « Les troubles du comportement des enfants et des adolescents », article édité le 26/09/2005 sur le site www.freud-lacan.com.

Fouarge L. (2007), Synthèse du Groupe de travail « *Jeunes et transversalités* », organisé à la demande du Comité de Gestion de l'AWIPH.

Garcia M. (2008), « La violence des jeunes et le drame de la reconnaissance », *La revue nouvelle*, décembre 2008.

Godfrin C. (2009), Intervention au colloque « La rencontre » des 17 et 18 octobre 2009 à Paris.

Groupe de travail mis en place par la Ministre Maréchal (2003).

Institut Wallon pour la Santé Mentale (2003), « *Le champ de la santé mentale des enfants et des adolescents : présentation d'expériences et cadastre des services existants* ».

Janssens A., Deboutte D. (2007), « Even de bijpass-en - Over de samenwerking Bijzondere Jeugdbijstand en Kinder- en Jeugdpsychiatrie".

Jeammet P. (2009), « Paradoxes et dépendances à l'adolescence », *Temps d'arrêt lectures.*

Jourdain-Menninger D., Strohl-Maffesoli H. (2004), « Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques », *Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociale (française)*.

L'Entre-Temps ASBL (2008), « Rapport d'activités 2007 ».

Lebigot F. (2006), « Le traumatisme psychique », *Temps d'arrêt lectures*.

Les petits déj de la santé mentale (2002), « Les centres fermés pour délinquants », Synthèse des débats.

Ligue Wallonne pour la santé mentale (2000), « Trans-faire », *Bimestriel d'information N°14*.

Minotte P. (2008), « l'offre adressée aux moins de dix-huit ans dans les Services de santé mentale en Région wallonne », rapport de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale.

Moriau J. (2003), « *L'ado, la crise, la vie active, la folie* », publication de la Plate-Forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale.

Mucchielli L., Le Goaziou V. (2009), « La violence des jeunes en question », *Question des société*, Ed. Champ social, Nîmes.

Muchembled R. (2008), « Une histoire de la violence », Paris, Seuil.

Mulkay F., Vandekeere M. (2008), « Nouvelles statistiques de l'aide à la jeunesse – analyse des données issues de la base de données Sigmajed 2002-2006 ».

Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse (2006), « Rapport de synthèse des carrefours de l'aide à la jeunesse ».

Pinel J-P (2003), « Les institutions spécialisées au défi des violences adolescentes », in *Limites, liens et transformation*, Dunod, Paris.

PV de l'intergroupe pédopsychiatrique du 10 avril 2008.

PV du groupe de travail « *ABUS SEXUEL* » du conseil régional des services de santé mentale du 7 mai 2008.

Question Santé ASBL (2002), « Violence et adolescents – Les fausses évidences ? », *Bruxelles santé, N° spécial 2002*.

Revue d'action sociale & médico-sociale ASBL (2002/2003), « Entre sanction et éducation, quelles réponses à la délinquance des jeunes », *L'Observatoire, Trimestriel N° 37*.

Robin D. (2009), « Adolescence et insécurité », *Temps d'arrêt lectures*.

Vanneste C. (2002), « Les logiques décisionnelles des magistrats du parquet et des juges de la jeunesse à l'égard des mineurs délinquants », *Revue de droit pénal et de criminologie, la charte*, Bruxelles.

Vanneste C., Goedseels E., Detry I. (2008), « La statistique nouvelle des parquets de la jeunesse : regards croisés autour d'une première analyse », Academia Press, Gent - http://nicc.fgov.be/Index.aspx?SGREF=2482

Visier J-P, Maury M. (2004), notes de cours Module 3 : Maturation et vulnérabilité de l'Université de Rouen.

ANNEXES

Annexe 1 :
Éléments de réflexion issus de la Commission « pédopsy » IWSM sur la complexité

Les différentes dimensions de la complexité

LA COMPLEXITE EST AVANT TOUT CONTEXTUELLE

➥ **Complexité systémique**, complexité des familles, de leur configuration, de leur mode de fonctionnement (redéfinition des coordonnées de la normalité, mutation du rapport à la norme).

➥ Complexité liée à la **fragilisation du lien social**, de ses capacités à soutenir et à contenir.

➥ Complexité résultant d'un **phénomène d'exclusions multiples.** Processus global qui concerne différentes dimensions de la vie du jeune (enseignement, institutions, famille). Au niveau des champs qui nous concernent, le manque de places et l'hyperspécialisation des institutions sont deux causes à souligner. Paradoxalement, l'exclusion s'organise au départ d'une prétendue prise en compte de la spécificité de l'individu. Être ou ne pas être l'institution ad hoc pour une problématique précise.

➥ Complexité d'une société de plus en plus cosmopolite.

DES RESEAUX

➥ Le travail en réseau est complexe, mais il est aussi une réponse à la complexité des situations.

➥ Complexité créée par le manque de places dans les institutions.

DES PATHOLOGIES

Constat controversé !

➥ **Complexité intrinsèque de l'humain et du fonctionnement psychique** : celle-ci a toujours existé ! Raison pour laquelle des situations peuvent être dites « complexes » sans pour autant présenter les attributs de la complexité telle qu'elle est définie plus haut.

➥ Sont-ce les pathologies qui sont de plus en plus complexes ou les institutions qui sont de moins en moins aptes à accueillir la complexité ? Nous pourrions néanmoins postuler un lien entre l'augmentation de la complexité contextuelle et une forme d'inflation de la symptomatologie…

➥ Il y a également eu un glissement des représentations, un affinement « diagnostic ». Lorsqu'il est question de complexité, il s'agit toujours de « la complexité perçue ». Par exemple, le passage de la catégorie « enfant caractériel » (comportements, symptômes) à la catégorie « enfant pré-psychotique » (fonctionnement psychodynamique). Ce constat est à pondérer par la tendance à se référer à des catégories diagnostics « a-théoriques » qui rendent peu compte du fonctionnement global de l'individu.

Les réponses à la complexité

Les réponses apportées à la complexité ont souvent été marquées par une tentative de la réduire :

- le mythe de LA « bonne pratique » ;
- l'équation un diagnostic – un handicap – une catégorie – une réponse spécifique ;
- le passage de certaines problématiques du côté du « handicap pur » balaye la question de la complexité psychique ;
- la tendance à problématiser AAJ ou Santé Mentale ou handicap plutôt que AAJ « ET » SM « ET » handicap ;
- la nature conflictuelle des débats d'écoles au sein du secteur de la santé mentale peut créer la tentation d'un consensus de surface qui évite soigneusement les conflits. Le fronton commun de la psychiatrie se réduit à une liste de troubles mentaux définis par leurs signes, leur forme, et non plus par leur fond, leur nature précise et leurs causes, sujettes à polémiques internes.

➥ Le travail en réseaux ainsi que l'intervention en milieu de vie sont deux pistes intéressantes évoquées pour répondre à la complexité.

Questionnements par rapport à la complexité

➥ Existe-t-il une augmentation des situations de souffrance psychique ? Peut-on parler d'une augmentation du nombre des situations complexes ? Ou d'une augmentation de la complexité des situations ? Etc.

➥ La problématique de la complexité mériterait d'être pensée à partir des catégories de l'**exclusion** et du **lien social**.

➥ Un lien est fait entre les problématiques de fragilisation du lien social, d'exclusion et de complexité et les « troubles de l'attachement », notion très à la mode, rencontrés de façon transversale.

Pistes pour la suite du travail

➥ Travailler à une définition de la complexité qui permette d'avancer avec plus de rigueur.

➥ Les membres de la commission ont constaté que l'augmentation de la *complexité perçue* ne fait pas uniquement référence à la complexité de l'usager, de son contexte de vie et de ses problèmes, mais aussi à **une complexité qui s'inscrirait du côté de l'intervenant et du système dans lequel il évolue** :

- **La légitimité** des intervenants est fragilisée, **l'engagement** et **la prise de risque** ne sont pas favorisés.
- **Le seuil de tolérance** par rapport à certains comportements (et/ou manifestations symptomatiques) est actuellement très bas.
- Hypothèse d'un isomorphisme entre fragilisation du lien social et fragilisation de l'action professionnelle.
- **Les contraintes** objectives auxquelles sont confrontés les intervenants sont des facteurs de complexité et de perplexité.
- **La fatigue professionnelle** et les burn-out semblent très présents dans les équipes.
- **La motivation** des nouveaux arrivés dans les métiers du psychosocial ainsi que l'identité professionnelle a aussi évolué.
- Etc.

Le groupe a donc décidé de se pencher sur ces évolutions en déplaçant l'épicentre de la réflexion sur la complexité du côté des intervenants.