

**Santé
mentale**



Jeunes en grande difficulté : prise en charge concertée des troubles psychiques

Circulaire /DGS/DGAS/DHOS/DPJJ 2002/282 du 3 mai 2002
relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques
des enfants et adolescents en grande difficulté



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Direction générale de la Santé

Avant-propos

Objectifs

Cet ouvrage est le fruit d'une concertation engagée dès 1999 entre les ministères chargés de la Justice et de la Santé et des Affaires sociales. Mineurs protégés ou sous main de justice, victimes ou auteurs d'agressions ou de violences, mineurs relevant de structures médico-sociales ou jeunes en rupture, les problématiques se recoupent quel que soit, en réalité le lieu de prise en charge. Face aux trajectoires d'échecs de certains mineurs, dits « incasables » potentiellement porteurs de troubles psychiques, comment dépasser les difficultés rencontrées par les professionnels des différents champs et favoriser le rapprochement et l'articulation, entre institutions sanitaires, médico-sociales, éducatives et judiciaires ?

Cet effort de concertation a connu un premier temps fort, par l'organisation en mai 2000, d'un séminaire Santé/Justice rassemblant plus de 400 professionnels amenés à s'exprimer sur la prise en charge des mineurs en grande difficulté.

La circulaire interministérielle du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté a défini les orientations prenant en compte la nécessité, reconnue par tous les professionnels, **d'une élaboration pluridisciplinaire et partenariale, des réponses aux besoins d'éducation et de santé mentale de ces mineurs.**

Repérer, comprendre et soigner la part de troubles et souffrances psychiques à l'œuvre dans l'expression de comportements souvent socialement indésirables, tout en soutenant la qualité de la relation et de l'action éducative engagée par de nombreux professionnels auprès de ces jeunes, constitue l'un des enjeux forts d'une politique de santé publique et de protection de l'enfance et de la jeunesse.

La mission confiée au professeur Philippe JEAMMET et à Monsieur Michel PERDIGUES, par les directions concernées des deux ministères, était l'apport d'éléments de guidance aux institutions et aux professionnels en charge des aspects éducatifs, sociaux, sanitaires et judiciaires auprès de ces jeunes, pour accompagner le travail d'articulation et de confrontation des cultures.

À présent il est souhaité que les pistes de réflexion esquissées dans ce document, au travers d'exposés théoriques de différents champs disciplinaires et d'initiatives de terrain puissent trouver un prolongement dans des débats locaux et favoriser la capacité des institutions à travailler ensemble.

Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
Direction générale de la santé
Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Direction générale de l'action sociale



Composition du comité de pilotage Santé-Justice

Un comité de pilotage désigné par les deux ministères concernés et coprésidé par le professeur **Philippe JEAMMET**, chef du service de psychiatrie de l'adolescent à l'institut mutualiste Montsouris et Monsieur **Michel PERDIGUES**, directeur à l'Inspection de la protection judiciaire de la jeunesse, a suivi et guidé l'ensemble des travaux. Les travaux se sont répartis en deux sous-commissions dont résultent les deux parties de cet outil de guidance :

- la première plus théorique coordonnée par le docteur Jean-Yves FATRAS, médecin de santé publique à la DPJJ ;
- la seconde constituée d'exemples pratiques coordonnée par le docteur Patrick ALECIAN psychiatre à la DPJJ. Le comité de pilotage a fait appel à un rédacteur, Monsieur Francis NOCK, pour l'assister dans ce travail.

Le comité de pilotage est composé, par ordre alphabétique, de :

Dr Patrick ALECIAN (psychiatre DPJJ) ;
Thierry BARANGER (juge des enfants) ;
Danielle BARICHASSE (DGS) ;
Martine BARRES (DGAS) ;
Christian BREUIL (IR) ;

Dr Michel BOUISSE (DDASS 76) ;
Françoise BUSNEL (DPJJ) ;
Dr Jean-Claude CHANSEAU (pédo-psychiatre 33) ;
Olivier CHAZY (DGAS) ;
M. COLAS (IR) ;
Simone COURAUD (psychologue DPJJ) ;
Édith COUTANT (directrice DDPJJ 44) ;
Lionel DENIAU (président de l'association des instituts de rééducation) ;
Jean-Louis DOMERGUE (Conseil général 64) ;
Dominique DRAY (DPJJ) ;
Dr Jean-Yves FATRAS (DPJJ) ;
Élisabeth FERNANDES (DHOS) ;
Anna FORGUE (DDASS) ;
Bénédicte GRAINGEOT (psychologue PJJ) ;
Émilie HEYRAUD (DHOS) ;
Marie-Colette LALIRE (DISS 38)
Dominique MAURICE (DISS 38) ;
Janine MOREAU (DPJJ) ;
Daniel PICAL (AFMJF) ;
Marie-Jeanne REICHEN (DGAS) ;
Dr Louis ROURE (psychiatre 06) ;
Dr Anne-Marie ROYER (psychiatre 85) ;
Anne-Sylvie SOUDOPLATOFF (magistrat) ;
Catherine SULTAN (juge des enfants) ;
Dr Élisabeth VERITE (DRASS 59) ;
Nathalie VIARD (DHOS).

Comité de coordination des travaux

- du ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité :

Danielle BARICHASSE (DGS)
Émilie HEYRAUD (DHOS)
Nathalie VIARD (DHOS)
Marie-Jeanne REICHEN (DGAS)

- du ministère chargé de la Justice

Françoise BUSNEL (DPJJ)
Marie-Colette LALIRE (DISS 38)
Janine MOREAU (DPJJ)
Dr Patrick ALECIAN (DPJJ)
Dr Jean-Yves FATRAS (DPJJ)

Sommaire



Page

5

Partie 1 / Approches théoriques

Introduction : les paradoxes de la relation éducative	6
<i>Pr P. JEAMMET, psychiatre</i>	
La prise en compte du rapport au temps et à l'espace dans l'accompagnement éducatif	15
<i>J. MARPEAU, pédagogue</i>	
La microsociété de la cité, un lieu de fixation et de refuge	21
<i>J. BORDET, sociologue</i>	
Quelques caractéristiques sociales du public sous protection judiciaire	24
<i>F. SICOT, sociologue</i>	
Soigner la violence ?	29
Réflexion sur les processus de pensée de l'enfant violent et leur abord thérapeutique	
<i>C. RIGAUD et M. BERGER, psychiatres</i>	
À propos de certaines caractéristiques de l'espace et du temps chez les adolescents présentant des troubles graves de la personnalité à expression antisociale prévalente	37
<i>P. CHANSEAU, psychiatre</i>	
Espace procédural et temps éducatif pour les jeunes en grande difficulté	41
<i>D. SALAS, magistrat</i>	
Évolution du cadre législatif et réglementaire	45
<i>J. DE MAILLARD, chercheur en sciences politiques</i>	
Transition : amélioration des conditions de prise en charge des jeunes en grande difficulté	51
<i>M. PERDIGUES, directeur à l'Inspection de la direction de la protection judiciaire de la jeunesse</i>	



Page

53

Partie 2 / Projets locaux

Introduction	56
<i>Dr P. ALECIAN</i>	
Conventions et chartes	58
<ul style="list-style-type: none"> • Pyrénées-Atlantiques • Yvelines 	
Optimisation de la collaboration des intervenants d'une même structure	62
<ul style="list-style-type: none"> • Charente 	
Soutien aux professionnels	64
<ul style="list-style-type: none"> • DERPAD Île-de-France • MARS à Vienne (Isère) 	
Adaptations du dispositif de prise en charge psychiatrique	69
<ul style="list-style-type: none"> • Rhône 	
Structures intersectorielles spécifiques pour adolescents	71
<ul style="list-style-type: none"> • Gironde • Alpes-Maritimes (SIPAD) • Maison de l'adolescent Seine-Maritime • Centre de soins pour adolescents Vendée 	
Dispositifs éducatifs innovants	82
<ul style="list-style-type: none"> • Moselle • SHI Hauts-de-Seine 	
Conclusion : pour une démarche de santé publique	89
<i>J-Y FATRAS</i>	



Page

91

Annexes

Présentation de l'administration de la santé	92
Organisation des soins psychiatriques	93
Présentation de la protection judiciaire de la jeunesse	96
Évolution du cadre législatif et réglementaire	99
Les textes récents	102

4





Partie 1

Approches théoriques



Introduction

Les paradoxes de la relation éducative

Pr. P. JEAMMET, psychiatre, chef de service de psychiatrie de l'adolescent à l'Institut Mutualiste Montsouris

S'occuper d'adolescents dits difficiles, c'est constamment travailler aux confins du judiciaire, du sanitaire et de l'éducatif. A priori les deux premiers champs apparaissent mieux définis : on est coupable ou pas, malade ou non. Il est tentant de pousser les adolescents les plus difficiles vers un des deux champs en espérant qu'à un problème défini on apportera une solution précise. D'où la plainte actuelle d'une « **judiciarisation** » et d'une psychiatisation excessives. Excessives, parce que pas toujours justifiées, loin s'en faut ; mais excessives aussi, et c'est plus problématique, parce que ces deux champs ne peuvent pas fonctionner sans un indispensable relais éducatif.

Le problème essentiel est bien celui du champ médian, qui fait carrefour, celui de l'éducatif. Les deux autres n'interviennent le plus souvent que par défaut, quand l'éducatif ne peut plus faire limite et n'offre plus de capacité contenante. Il faut redonner à l'éducatif sa place centrale, les deux autres fonctionnant comme limite potentielle dans leurs aspects les plus lourds institutionnels et comme appoint à l'éducatif dans leurs aspects préventifs et curatifs ambulatoires pour la santé.

Mais cet objectif n'est possible que si on redonne du corps à l'éducatif, c'est-à-dire une meilleure capacité à poser les limites et à les tenir. Mais qu'est-ce qu'éduquer ? C'est la question à laquelle cherche à répondre le texte de Jacques Marpeau. Éduquer vient du latin « ex-ducere » : conduire un sujet hors de lui-même, c'est-à-dire l'amener à réaliser ses potentialités par une rencontre avec les autres et avec l'environnement. C'est, nous dit Jacques Marpeau, le résultat d'un processus d'élaboration de facultés liées à la structure psychique, affective, relationnelle et sociale d'un sujet qui vont le rendre capable « d'évaluer, d'anticiper, de choisir, de différer, de renoncer, de s'engager... ». Processus très élaboré qui ne peut se construire que dans le cadre d'une relation fiable et durable avec l'environnement et notamment les objets d'attachement, c'est-à-dire les parents ou ceux qui en tiennent lieu. La relation éducative

nous confronte inévitablement au paradoxe qui est au cœur de l'humain, à savoir que pour être nous-même, il nous faut simultanément se nourrir des autres et se différencier d'eux.

➔ Le paradoxe du développement

On peut considérer que la construction de la personnalité s'opère schématiquement suivant deux grands axes du développement.

Le premier peut être qualifié d'axe relationnel. Il est fait des échanges entre l'individu et son environnement et plus particulièrement les personnes les plus investies et les plus importantes de son entourage (ce qu'on appelle dans la théorie psychanalytique la relation d'objet), au premier rang desquelles, la mère, puis le père au fur et à mesure que les deux se différencient de plus en plus nettement. Ce sont ces échanges qui littéralement nourrissent la personnalité de l'enfant et servent de base aux identifications. Il n'est pas étonnant que les métaphores alimentaires soient si usuelles dans la psychologie du développement où l'on parle de l'intériorisation, de l'incorporation des qualités propres à ces échanges.

Le second axe est celui de l'autonomie du sujet naissant, celui du narcissisme et de l'identité. Il est fait de tout ce qui contribue à renforcer cette autonomie et assure la différence entre l'individu et les autres.

Cette construction de l'identité s'opère dans un mouvement dialectique entre cette double nécessité d'une continuité relationnelle avec les figures d'attachement de l'enfant et d'une ouverture à la différence. La continuité relationnelle est garante de la qualité des processus d'identification. En effet, le sentiment de continuité et d'unité de la personne se construit en miroir de cette continuité relationnelle qui, dans la mesure où elle est suffisamment bien adaptée aux besoins de l'enfant et sécurisante, conforte le sentiment de sécurité interne de celui-ci. Mais ce qui est nécessaire au développement de l'enfant, du fait même de cette nécessité, peut devenir un facteur d'aliénation si cette continuité n'est pas tempérée par l'ouverture à la différence. On retrouve là une loi générale des échanges, celle de l'entropie, qui veut que tout système fermé se dégrade.

Cette nécessité de l'ouverture à la différence se fait progressivement par la différenciation entre le familial et le non familial. La première différence est binaire, en bon/mauvais et correspond à la peur

de l'étranger caractéristique du développement de l'enfant entre 6 mois et 10-12 mois. Simultanément et surtout par la suite une différenciation s'opère au sein même du familial entre les différentes figures d'attachement et notamment entre la mère, plus liée à la continuité et la proximité corporelle et le père. Celui-ci représente le tiers par excellence. Il fait partie des bons objets, familiers ; il est lié à la mère et en même temps différent. Il ouvre l'enfant à un jeu possible d'identifications différenciées et à la possibilité de se concevoir lui-même comme semblable aux parents et en même temps différent. Dès lors, le dilemme n'est plus entre être comme les parents et plus ou moins confondus avec eux et indifférencié ou différent et rejeté parmi les mauvais. Il est possible de se concevoir comme différent et semblable sans être pour autant le même. Cette fonction tierce sera par la suite relayée par d'autres figures de médiations : grands-parents, oncles ou tantes et surtout les intervenants du monde social environnant avec au premier rang les enseignants et tous ceux qui ont une fonction éducative.

C'est la qualité des liens précoces aux autres qui autorise leur intériorisation et le développement des capacités du bébé à utiliser ses propres ressources avec plaisir et à apprendre à attendre, conditions d'une progressive autonomie. Par là, autrui devient constitutif du soi et atténue d'autant la dépendance aux personnes extérieures, celles de la réalité perceptivo-motrice. A contrario, le défaut de relation crée les conditions d'une violence potentielle, qu'elle vienne de la rencontre placée alors sous le signe de la menace identitaire ou de la recherche de substituts sous la forme d'une auto-stimulation dont l'expérience montre qu'elle revêt inévitablement une forme autodestructrice. C'est la qualité du lien aux autres qui confère au désir et au besoin d'attachement de l'enfant ou du moins à cette poussée vers l'investissement, sa tempérance et ce qu'on appelle sa qualité de tendresse et de plaisir. Celle-ci suppose que l'autre soit devenu pour partie interne, consubstantiel au sujet, par le biais des auto-érotismes puis par celui des identifications. Les premiers constituent les assises narcissiques de la personnalité. Les secondes servent de support à la constitution des structures différenciées intra-psychiques. Plus le sujet dispose de modèles différenciés à l'intérieur de lui par identification à des caractéristiques des personnes qui s'occupent de lui, plus s'individualisent des interdits, ce qu'on appelle un Sur-moi, plus un Idéal, moins l'investissement des personnes sera massif, totalitaire, donc moins il sera menaçant pour

le narcissisme, c'est-à-dire le sentiment d'identité et d'autonomie du sujet. À l'inverse, plus il est dans une attente importante, plus les réponses de l'environnement sont ressenties comme menaçantes, potentiellement violentes et susceptibles de générer à leur tour des violences.

Il existe ainsi une relation dialectique entre cet équilibre narcissique et l'investissement objectal, c'est-à-dire le besoin des autres. Les défaillances de l'un contribuent à conflictualiser l'autre en rendant l'aménagement plus difficile.

Plus l'enfant aura intériorisé une relation de confiance et de sécurité avec l'environnement plus il sera porteur de sa propre capacité de se sécuriser lui-même et d'être au contact de ses ressources personnelles, de plaisir notamment, plus il sera autonome et capable de s'ouvrir aux tiers. À l'inverse, plus il sera en insécurité, plus il deviendra dépendant de l'environnement et du besoin de s'assurer du contrôle de celui-ci par la perception et la motricité au détriment de ses capacités psychiques internes. C'est ce qui se passe pour l'enfant qui se panique quand il est laissé seul et a besoin de s'agripper à une personne connue, non par ce qu'il l'aime particulièrement, mais parce qu'il a peur sans elle. C'est du même ordre que ce qui se passe quand le rêveur est réveillé la nuit par l'angoisse et se rassure en constatant qu'il est en sécurité dans sa chambre. Mais cette dépendance à l'environnement a un prix. L'enfant qui se sent trop dépendant de son environnement pour assurer sa sécurité va défensivement chercher à rendre son environnement dépendant de lui notamment par le caprice, qui deviendra à l'adolescence le comportement d'opposition, et par les plaintes corporelles.

On voit ainsi que ces deux axes du développement idéalement complémentaires portent en germe un possible antagonisme. Ce dernier se nourrit du paradoxe potentiel qui résulte de la nécessaire conjonction de ces deux axes dans le développement de la personnalité de l'enfant. C'est qu'en effet pour être soi et devenir autonome, il faut accepter de se nourrir des échanges avec les autres. L'esprit se nourrit d'autrui, tout comme le corps est fait de la nourriture absorbée et transformée en ce qui devient la substance propre de ce corps. Mais se nourrir des autres risque d'être vécu comme une dépendance et une menace de perte de son autonomie insupportable.



Partie 1

Approches théoriques

L'adolescent arrive à la puberté avec des besoins de dépendance plus ou moins importants selon la qualité de ses ressources et de sa sécurité interne, c'est-à-dire de ses assises narcissiques et de ses identifications. Mais celles-ci sont toujours accomplies de façon relative ; nous avons tous besoin d'un apport extérieur qui vienne soutenir nos ressources internes. Mais chez ceux qui vont être massivement tributaires d'une présence extérieure pour assurer leur équilibre interne, leur estime et leur image d'eux-mêmes, cette présence, en particulier celle des parents, va immédiatement se conflictualiser au moment de l'adolescence. Elle va se conflictualiser parce qu'elle se sexualise et parce que la dépendance affective à l'entourage est contradictoire avec la nécessité de devenir autonome. C'est à ce moment là que ces adolescents vont ressentir ce besoin des autres comme une aliénation, à la limite extrême comme un syndrome d'influence.

Un tel antagonisme n'est évidemment pas perçu comme tel par le sujet. Il est vécu et subi comme une contrainte qui ne dit ni son nom, ni son origine, et qui ne peut être perçue que par ses effets. C'est d'autant plus le cas qu'il ne s'agit pas de conflits entre des désirs contradictoires ou un désir et un interdit, mais d'exigences internes qui ne peuvent être perçues par ces adolescents que comme s'annihilant entre elles. On est en fait dans le registre du paradoxe qui pourrait se formuler de la façon suivante : « Ce dont j'ai besoin, cette force et cette sécurité interne qui me manquent et que je prête aux adultes parce que j'en ai besoin, et à la mesure même de ce besoin, est ce qui menace mon autonomie ». Les deux termes de l'antagonisme n'appartiennent pas en effet au même niveau de logique. Ils ne s'opposent pas mais devraient au contraire se compléter, comme c'est le cas dans un développement plus satisfaisant où la confiance en soi se nourrit de l'intériorisation de la qualité de plaisir et de confiance des relations aux autres.

➤ Les paradoxes de la relation éducative

C'est le paradoxe que l'on retrouve au cœur de la relation éducative où il va falloir à la fois permettre au sujet de réaliser ses propres désirs et aspirations, de s'approprier un certain nombre d'exigences et de valeurs venues des autres, et en même temps intégrer des limites, des contraintes et des interdictions, mais aussi des idéaux portés par son environnement et la culture dans laquelle il est élevé.

L'objectif de l'éducation est de permettre à l'enfant de devenir autonome et de ne plus dépendre de l'autorité de l'adulte. On a pu penser que cette autonomie s'acquerrait plus facilement en laissant l'enfant très libre et en lui posant le moins de limites possibles. Le résultat est peu concluant et contribue à faire naître ce « doute sur la promesse éducative » dont nous parle Denis Salas. Ne pas exercer d'autorité, c'est abandonner l'enfant à lui-même, à la tyrannie de ses besoins et de ses contradictions, sans références extérieures pour les réguler, les projeter dans l'avenir et leur donner un sens. L'essentiel de la liberté d'un individu dépend de sa capacité d'attendre. Or l'attente est un apprentissage qui résulte à la fois des capacités propres à l'enfant et de sa prise en compte progressive des limites que les adultes lui imposent pour le protéger, mais aussi l'insérer dans le groupe social. En acceptant ces limites et interdictions, l'enfant s'assure en retour de sa valeur par l'amour et l'estime que les adultes éprouvent à son égard. La capacité d'attendre repose non pas sur le refus de la satisfaction immédiate mais sur la possibilité de la différer en vue d'un plus grand bien : l'approbation des adultes dans un premier temps, puis la prise de conscience progressive de ses ressources propres, de ses moyens de contrôle. L'enfant se perçoit ainsi progressivement comme plus libre, tant par rapport à ses besoins propres que par rapport aux réactions de l'environnement.

Si l'adulte est trop laxiste, l'enfant est prisonnier de ses contradictions internes, sans autre valorisation structurante que la quête répétée de satisfactions passagères auxquelles il risque d'être condamné.

Ce sera d'autant plus aisé que l'enfant comme l'adolescent sont dans une relation de confiance avec leur environnement. En effet, le fait que l'échange entre l'enfant et ses parents fonctionne de façon satisfaisante repose sur une condition essentielle : la confiance. C'est parce que l'enfant fait profondément confiance à l'adulte qu'il accepte les sacrifices immédiats qui lui sont demandés sans trop de frustration et avec un bénéfice secondaire important : celui d'être aimable aux yeux d'une personne, elle-même aimable et valable pour lui, qui lui autorise l'acquisition du sentiment de sa propre valeur. Ce sentiment lui permettra par la suite de s'opposer à l'occasion et de se différencier, sans crainte de perdre l'amour du parent pour autant.

➤ L'inévitable autorité

On n'échappe pas à l'autorité, en ce sens qu'il existe une autorité de fait liée à la dépendance physique et psychologique du petit enfant à l'égard de ses parents. Qu'ils le veuillent ou non, ceux-ci ont un pouvoir total sur lui, dont celui de lui donner le langage et les mots qu'il utilisera pour qualifier ses émotions, ses sentiments, ses ressentiments, pour nommer et donc se représenter les liens qu'il noue avec eux. Les parents disent et organisent le permis et l'interdit et servent de modèle à l'enfant. Le besoin de leur amour et de leur attention crée chez l'enfant une dépendance affective inévitable et souhaitable, qui met les parents en position d'autorité.

À tout âge, et au moins jusqu'à la fin de l'adolescence, la différence de génération, par ce que fait, dit et montre l'adulte, a des répercussions sur le jeune. La différence d'âge positionne l'adulte dans un rôle éducatif qui contribue à organiser la personnalité en formation de l'enfant et de l'adolescent. Aucun adulte ne peut échapper à cet impact éducatif, cette relation d'autorité s'impose d'elle-même. En ne voulant exercer aucune autorité, l'adulte ne donnera pas plus de liberté à l'enfant. Il lui imposera en fait un choix qui consiste à l'abandonner à lui-même.

C'est le sens même de l'éducation que d'apprendre à un enfant à savoir et à pouvoir attendre. Le laisser évoluer au gré de ses désirs et de ses impulsions du moment, c'est le rendre esclave de sollicitations dont il ne mesure pas la portée, qu'elles soient intérieures ou extérieures. Il ne peut les accueillir et les gérer dans son intérêt que s'il est capable de différer ses réponses et d'en évaluer la pertinence en fonction de son projet d'avenir. Or ce projet est une construction toujours en devenir, élaborée selon des normes et des valeurs qui ne peuvent être déterminées qu'en étroite interaction avec des adultes en lesquels l'enfant et l'adolescent ont confiance.

Mais attendre suppose une confiance suffisante dans les autres et en soi-même. C'est justement ce qui manque le plus à ces adolescents difficiles. Leur insécurité les laisse sans ressources internes pour s'assurer leur équilibre, à la merci de leurs émotions et particulièrement dépendants du contexte environnemental comme des attitudes et des réponses de ceux qui les entourent. Ils tolèrent mal la solitude comme de ne pas être le centre d'intérêt et d'avoir le sentiment de ne pas être vus. Si on ne s'occupe pas d'eux, ils se ressentent vite abandonnés et si on s'intéresse à eux ils se sentent tout aussi

rapidement envahis voire persécutés, d'autant plus qu'ils sont plus en attente de l'intérêt des autres mais qu'ils doutent de leur propre intérêt et de leur valeur et qu'ils se perçoivent sans ressources et sans qualités. Le sujet potentiellement dépendant ressent son besoin des autres comme une dépendance intolérable. Il se sent diminué et menacé face à ce besoin qui le confronte à une passivité affolante. Le besoin de l'autre devient un envahissement par celui-ci transformé en une force aspirante. Son besoin n'est plus ressenti comme tel par le jeune mais comme un pouvoir d'autrui sur lui. On n'est pas loin du syndrome d'influence et c'est ce que le passage à l'acte tente de conjurer. Le sujet se sent menacé dans son identité personnelle. Il est débordé par ses émois et l'intensité de l'excitation l'envahit avec son inévitable connotation sexuelle. Ce débordement entraîne une situation de dédifférenciation : perte des différences entre dedans et dehors, entre le sujet et ses objets d'investissement, et à l'intérieur du sujet lui-même entre les différentes instances de son appareil psychique. Il est possédé, habité par ses émois et celui qui en est la source : la seule issue en est l'expulsion de l'**excitation désorganisée** sur un élément du cadre extérieur (qui n'est pas nécessairement l'objet d'investissement initial) sur lequel le sujet va chercher à exercer un contrôle tout-puissant et une maîtrise qu'il ne peut appliquer à ses émois internes.

Tout ce qui touche ces jeunes (à des degrés certes divers en fonction de leur organisation psychique) tout ce qui les émeut, les affecte est perçu comme un effet d'autrui sur eux. L'autre n'est plus objet d'un désir ressenti comme leur appartenant et provenant d'eux, mais comme l'origine de leurs émois, dont la source et partant la propriété est ainsi déplacée de l'intérieur vers l'extérieur. Par l'émotion, c'est l'autre qui fait intrusion en eux, les manipule, les possède, les influence, bref les dépouille de leur libre-arbitre. Ces jeunes ont en même temps un besoin permanent de présence et de sécurité et une intolérance à la proximité avec les personnes qui pourraient répondre à leurs attentes.

Mais ce sentiment qu'ils ont d'être piégés, d'avoir « la tête prise » par les adultes, n'est que le retournement de leur grande appétence à recevoir pour combler un sentiment d'inquiétude, d'incertitude, de vide interne. Leur tête est prise que parce qu'elle est ouverte c'est-à-dire à la mesure de leur attente à l'égard des adultes. Ces données permettent de comprendre comment



le désir pour l'autre peut être perçu comme une menace pour soi, mettant en danger la subjectivité et même l'identité ; et pourquoi les sujets en échec relatif d'intériorisation, avec une insécurité interne, des assises narcissiques fragiles et des structures intra-psychiques mal différenciées, se raccrochent défensivement aux données perceptives et à des objets externes surinvestis et vont être particulièrement sensibles aux variations de la distance relationnelle. L'agir est pour eux un moyen de renversement de ce qu'ils craignent de subir et de reprendre une maîtrise qu'ils étaient en train de perdre. Tout ce qui les divise les fragilise que ce soient nous venons de l'évoquer l'ambivalence et le caractère paradoxal de leurs désirs, leur division entre les valeurs des pairs et celles des parents qu'évoque François SICOT et plus généralement comme le dit cet auteur « les grands défis auxquels les individus sont prioritairement sensibles en situation de morcellement culturel » et qui porte atteinte « à leur unité de sens et à la valeur qu'ils s'attribuent ».

L'acte est alors le moyen de figurer sur la scène externe, celle de l'espace environnant, et par là de contrôler ce qu'ils ne pouvaient représenter au niveau d'un Moi sidéré par la massivité des émotions et d'un espace psychique effacé où le jeu subtil de la nomination des émotions et des compromis n'est pas possible.

➤ L'espace, relais du temps chez les adolescents vulnérables

La fréquence de ce recours à l'espace pour gérer les relations amène à penser qu'il reflète quelque chose d'essentiel au phénomène adolescence. L'utilisation de l'espace fait partie de ce mouvement d'extériorisation par lequel l'adolescent trouve un moyen de figuration des contenus intra-psychiques, mais aussi un moyen d'exercer une emprise sur eux.

Elle traduit une sorte de concrétisation d'une pensée qui n'a plus à sa disposition de moyens de représentation suffisamment clairs et différenciés. Elle reflète le débordement, plus ou moins important et durable, de l'appareil psychique, mais elle offre en même temps l'opportunité de découvrir un mode d'expression qui permet de figurer une problématique psychique dont on peut penser qu'elle serait difficile à décrypter en l'absence de ce moyen. On peut interpréter le recours à l'agir comme étant par lui-même le signe de cette difficulté d'une représentation purement mentale des phénomènes psychiques qui l'ont provoqué.

Le contrôle de la distance aux personnes et à l'environnement apparaît plus maîtrisable que les désirs et les émotions internes. Une attitude d'opposition offre un compromis plus aisément négociable entre le désir de proximité et le besoin de se différencier que la prise de conscience et l'aménagement interne d'une relation d'ambivalence. L'espace fait partie de cette réalité externe, placée sous le contrôle du domaine **perceptivo-moteur** et donc de la conscience, du Moi et de l'action volontariste. En cela il est à l'opposé de la temporalité qui renvoie à l'attente et par là-même à la passivité et à l'absence de maîtrise. Passivité qui n'est pas sans analogie avec celle du Moi de l'adolescent face aux changements pubertaires qui s'imposent à lui tout comme les désirs et d'une façon plus générale le monde interne. De même la non **figurabilité** de la temporalité renvoie l'adolescent à sa difficulté à saisir sa propre image. Il existe ainsi une opposition dialectique potentielle entre l'espace et le temps comme entre réalité externe et réalité interne. La temporalité est la référence des adultes. Ils vont sans cesse l'invoquer face à l'adolescent et ils le convient à laisser faire le temps qui apportera les solutions introuvables sur le moment. Mais à cette invitation à un déploiement sur l'avenir des tensions du moment, l'adolescent répond par un déploiement dans l'espace et une mise à distance immédiate d'une tension interne que l'attente ne fait qu'exaspérer. C'est ce temps à court terme dont nous parle François Sicot qui s'oppose à l'ordre temporel des adultes.

On voit ainsi apparaître clairement la fonction anti-relationnelle de ce comportement qui peut conduire l'adolescent non seulement à accentuer le recours à cet agir, mais également à en évacuer toutes traces de liens avec les autres. Le comportement devient de plus en plus **désaffectivé**, purement mécanique, tandis que disparaît toute activité fantasmatique qui lui soit liée et que l'auto-érotisme perd sa dimension érotique et de plaisir au profit du besoin de sensations violentes pour se sentir exister et non plus pour éprouver du plaisir.

La clinique illustre le lien étroit entre l'absence de relation et l'attaque contre le corps propre. La violence destructrice est un des seuls moyens pour les enfants carencés d'arriver à se sentir exister, c'est-à-dire d'arriver à avoir un contact avec eux-mêmes à la place du contact avec les autres. Mais, à partir du moment où il n'est pas lié à une qualité de tendresse donnée par la présence d'autrui, ce contact est toujours destructeur. C'est le cas des enfants abandonnés qui se balancent de façon stéréotypée, non par plaisir

mais par nécessité, qui se tapent la tête contre les bords de leur lit ou se donnent des coups sur le visage, s'arrachent les cheveux...

De la nature des réponses offertes à cette situation, dépend, pour une part, le destin de ces adolescents. Celui-ci se joue autour du dilemme suivant : vont-ils pouvoir reprendre un échange narcissisant et valorisant avec leurs objets d'attachement et achever en particulier leurs identifications ? Ou vont-ils être contraints de développer des stratégies de lutte contre la dépendance qui, à des degrés divers, comportent toujours un processus d'attaque et de mise à distance des objets qui concerne inévitablement une part plus ou moins importante des investissements et des potentialités des sujets eux-mêmes, en tant que ceux-ci sont liés à ces objets ? Une des façons d'exister par eux-mêmes sera de prendre cette distance par rapport aux rôles prescrits par l'ordre social dont nous parle François Sicot.

En effet, le rapproché relationnel est synonyme de menace sur l'identité. C'est le facteur essentiel qui déclenche de la violence, la forme prise par celle-ci dépendant des possibilités d'aménagement de chaque individu et relevant de ce fait davantage de l'agressivité mise en acte que de la violence proprement dite.

La violence comporte une dimension d'emprise sur autrui et d'effraction de limites perçues comme contraignantes. Elle instaure brutalement un processus de séparation, de coupure, de différenciation abrupte avec l'autre. Elle tente toujours de renverser le mouvement en son contraire, en particulier de transformer la passivité en activité, de faire subir à l'autre ce qu'on a subi soi-même.

Le comportement de violence réalise en effet un compromis. Ainsi le coup donné marque apparemment la différence, l'opposition, mais en fait il témoigne aussi d'une proximité extrême qui va jusqu'au toucher, jusqu'au corps à corps. Par les jeux virils, les taquineries et les coups, les adolescents commencent souvent à négocier leur sexualité. Bien des jeux et des bagarres leur permettent de faire des choses qu'ils n'oseraient jamais faire en dehors de ce cadre, c'est-à-dire de réaliser une proximité physique qui, par son caractère brutal et désagréable pour l'autre, reste méconnue dans sa signification de rapproché.

La violence est ainsi caractérisée par un effet de rupture, de « **désubjectivation** » par celui qui la subit. Cela nous conduit à formuler les hypothèses que ce vécu reflète en miroir ce qu'éprouve celui qui agit

la violence, sans qu'il en soit nécessairement conscient et celle que la violence représente une défense contre une menace sur l'identité. Elle va agir ce que le sujet craint de subir en menaçant à son tour la subjectivité et l'identité d'autrui.

Est alors susceptible d'être ressentie comme violente toute force qui agit le sujet. Celui-ci se retrouve de ce fait en situation d'être **passivisé**, emporté et dépossédé de lui-même par cette force. Ce peut être une force venue de l'extérieur ou de l'intérieur de soi, mais en quelque sorte étrangère au Moi et dépassant ses capacités de maîtrise. Cette force qui emporte est **désubjectivante**, que cette **désubjectivation** s'applique au sujet lui-même et/ou à l'objet auquel elle s'adresse. Il y a du viol dans la violence et au-delà de l'étymologie commune, elle comporte une dimension d'effraction qui fait vivre au Moi un sentiment de dépossession de lui-même. Il n'est plus maître chez lui mais se vit comme le jouet d'une force qui le dépasse que celle-ci soit l'œuvre du destin, d'autrui ou de désirs que le Moi a du mal à reconnaître comme siens. Dans tous les cas de figure c'est le Moi la principale victime. Il n'est pas étonnant que les affects du registre narcissique, la honte et la rage, soient fréquemment générés par la violence subie.

Chez ces sujets le drame, c'est que la présence de l'objet désiré fait resurgir la douleur des absences antérieures. C'est bien un des paradoxes de leurs psychothérapies. Le poids du lien ainsi créé renvoie aux carences infantiles et à la douleur de l'absence des personnes aimées qui était méconnue tant qu'ils pouvaient nier l'importance de celles-ci.

➔ La contrainte comme outil de liberté

Quelle peut être la part de liberté d'un sujet ainsi pris entre une double contrainte ? La contrainte intense qu'exercent les émotions qui le débordent et qu'il ne peut contrôler et dont la force est parfois telle qu'il peut penser que ces émotions ne lui appartiennent pas et sont purement induites par l'extérieur. Et la contrainte externe venue de son hypersensibilité aux attitudes d'autrui qui, tel un écorché vif sans le filtre protecteur de la peau, le fait réagir douloureusement à tout rapproché. Pris entre ces deux forces perçues comme étrangères à lui, le Moi s'efface et ne se sent exister que dans la violence de l'acte, sans pouvoir percevoir que, tel le taureau dans l'arène, il est lui-même agi par ces deux ordres de contraintes.



Comment dans ces conditions faire appel au moi pour l'éduquer ? Comment lui redonner un espace et une consistance propres ? Comment le Moi peut-il se construire s'il n'a aucune possibilité de contenir et ainsi se réapproprié ces forces pour les mettre au service d'un projet ? À une contrainte n'est-on pas tenu d'opposer à un moment donné une autre forme de contrainte dont la finalité est d'arrêter ce cycle de stimuli-réponses sans fin et de permettre au sujet de penser sa situation et de poser des choix.

Imposer une contrainte éducative, c'est bien sûr prendre un risque. Le risque d'imposer ses propres choix et ses propres valeurs, voire même d'utiliser l'autre à des fins personnelles comme dans la démarche sectaire. Celle-ci est une démarche totalitaire qui vise à dépouiller l'autre de sa capacité à choisir. Éduquer, c'est donner les outils nécessaires pour pouvoir non pas tant apprendre des contenus donnés que développer une capacité de plaisir et de curiosité d'apprendre, et d'être en fin de compte en mesure de faire des choix. La perversion, c'est utiliser l'autre à des fins personnelles, lui refuser le droit d'exister en tant que sujet ayant des besoins et des désirs propres, c'est-à-dire différents des nôtres. Le comble de la perversité, aboutissement de l'endoctrinement, est de lui faire croire que ce qui lui est imposé relève de ses choix personnels. Il n'est pas toujours facile de distinguer endoctrinement et éducation. Ce sont à la fois l'intentionnalité de celui qui éduque et le contenu des apprentissages qui font la différence. Dans le cas de l'endoctrinement, l'intention, servie par les outils éducatifs proposés, est de faire en sorte que l'autre perpétue et reproduise une pensée identique. Le véritable éducateur peut marquer sa préférence pour tel ou tel courant de pensée, mais il ne l'impose pas, et les outils éducatifs ouvrent au choix et à la différence.

La tentation de tout éducateur, surtout s'il se sent menacé et fragilisé dans la transmission de son savoir, est de chercher à maîtriser et à contrôler. Il s'attache alors à transmettre des contenus qui demeurent fixes et intangibles au cours des siècles, comme si leur permanence garantissait leur bien-fondé.

Le risque d'abus existe mais il est inhérent à la fonction éducative. Et le risque n'est-il pas plus grand de laisser le sujet abandonné à lui-même et condamné à ne pouvoir rencontrer autrui que dans la violence de l'affrontement et se confronter à l'altérité que sous la forme du seul clivage bon/mauvais ?

Cela peut nous conduire à prescrire ce qu'on pense que le patient désire. Cette secrète attente qu'on le devine est très typique de l'adolescent. Paradoxalement, la prescription les soulage. Il faut qu'il y ait une contrainte extérieure pour qu'ils ne soient pas obligés de saboter tout ce qu'ils désirent. Face à leurs menaces de rupture, ce peut être au thérapeute par exemple d'être pour un temps porteur de leurs demandes et Jacques Marpeau précise dans sa contribution que si « la démarche éducative tente de s'appuyer sur une demande ou sur l'amorce d'un projet » « elle ne peut se confondre avec les demandes ou les projets de ce jeune » tant qu'il n'a pas effectué les élaborations indispensables qui lui permettront de ne plus avoir besoin de se protéger par le refus de tout changement.

La prescription et parfois même l'imposition de ce que le sujet attend sans oser se l'avouer, peut-être paradoxalement quelque chose qui soulage. **Le plus grand danger, c'est celui d'exprimer leur désir en tant que celui-ci leur fait sentir ce qu'ils vivent comme une forme d'emprise de l'objet du désir sur eux.** C'est là où la démarche analytique classique est peut-être en porte-à-faux quand elle fait de la demande un préalable à la démarche de soin. Ces adolescents sont dans une attente perçue comme totalement aliénante.

Les adultes doivent avoir des exigences qui apportent les limites dont les adolescents ont besoin et qui les rassurent. La formulation de ces exigences permet en outre l'expression d'une conflictualité qu'il faut rendre tolérable, offre la possibilité à l'adolescent de prendre sa mesure dans l'affrontement, mais surtout, contribue à le protéger d'une prise de conscience trop brutale de ses besoins et de sa passivité. En effet, paradoxalement en apparence, avoir des exigences permet à celui qui en est l'objet de satisfaire un certain nombre de ses désirs et besoins, sans avoir à les reconnaître, mais en pensant qu'il ne fait que subir une contrainte extérieure. Or, celle-ci est toujours ressentie moins péniblement que les contraintes intérieures liées aux besoins et désirs qui représentent la véritable passivité, la plus dangereuse pour l'intégrité du Moi, car ce dernier ne peut se révolter totalement contre elles, comme dans le cas des contraintes externes puisqu'il en est le complice et qu'elles font partie de lui. Le risque n'est plus alors celui de la révolte mais celui, bien plus grave, d'un effondrement du Moi ou d'une annihilation des désirs.

➤ La contrepartie : le respect

La relation parent-enfant comme celle éducateur-enfant devrait être fondée sur le respect. Un respect certes réciproque, mais asymétrique. Le respect consiste à reconnaître l'autre pour lui-même, c'est-à-dire en tant que personne à part entière, ayant des besoins et des désirs propres qui ne se confondent pas avec les siens. Ce respect, que chaque parent devrait placer à la base de ses relations avec ses enfants, est présent dans divers domaines : respect des besoins de l'enfant et de son autonomie potentielle ; respect de son corps, qui ne doit pas servir à assouvir les désirs sexuels et/ou agressifs des adultes ; respect de son esprit, qui doit s'ouvrir à la différence, et donc, à la capacité de critique, par la découverte de la langue, les apprentissages, la culture et les contacts hors du milieu familial. **Cependant, ce respect est obligatoirement asymétrique dans la mesure où les parents ont le devoir d'éduquer leur enfant alors que l'inverse n'est pas vrai, même si c'est parfois le cas à l'adolescence.**

Ce devoir d'éducation implique une asymétrie du respect, qui comporte pour l'enfant comme pour l'adolescent le respect des injonctions et des règles éducatives, c'est-à-dire le devoir d'obéissance. Si le respect passe par l'acceptation des décisions éducatives des parents, cela n'exclut ni la discussion, dont les modalités varient d'une famille à l'autre, ni l'esprit critique. Mais, quelle que soit la critique que puisse en faire l'adolescent, le respect lui impose, au final, l'obéissance à la décision du parent, quitte à se dire qu'il aura la possibilité, une fois adulte, de faire autrement, y compris dans l'éducation de ses enfants.

La règle d'or en matière d'éducation est de savoir poser des limites, contenir, et parfois sanctionner, sans humilier. En effet, punir ne consiste pas à humilier mais à poser une limite à une attitude ou un comportement, à sanctionner une faute et à demander réparation pour un dommage commis. Il est important qu'en miroir l'adolescent puni ait la conviction qu'il en aurait été de même pour un autre que lui.

Dans la punition, le jugement porte sur l'acte et non pas directement sur l'adolescent qui l'a commis. Elle laisse même entendre que celui-ci pourrait et aurait dû agir autrement et donc qu'il a les qualités requises pour le faire. Elle peut irriter sur le moment, voire provoquer un sentiment d'humiliation parce

qu'il faut s'y soumettre et qu'elle est de ce fait subie. Mais, en général, elle ne laisse guère de traces... Tout au plus un acte ou un propos fâcheux qu'il aurait mieux valu éviter.

En revanche, tout autre est l'humiliation. Elle prend son origine dans la volonté de celui qui humilie de blesser l'autre. Le jugement ne concerne plus seulement les actes et les paroles, mais la valeur de l'adolescent lui-même, jugé incapable d'agir autrement, indigne de confiance, d'estime ou d'intérêt. La blessure est portée au cœur même du jeune, qui risque d'en garder une trace durable. Et celle-ci alimentera, tant qu'elle persistera, violence et rancune...

➤ La réponse des adultes : l'aménagement de l'espace comme moyen de rencontre des adolescents

On va essayer d'aménager l'espace de ces adolescents de façon à leur permettre d'accéder à une temporalité progressive mais en utilisant comme toujours les défenses auxquelles ils recourent préférentiellement notamment les défenses par l'agir et par l'utilisation de l'espace.

En effet, du fait qu'ils se défendent par un recours à l'espace d'une conflictualité intolérable et d'une temporalité impossible car l'une et l'autre supposent un accès à l'ambivalence et une confrontation à la position dépressive qu'ils n'ont pu effectuer, il convient d'utiliser l'espace pour nouer une relation avec eux. Il faut pour cela passer par l'établissement d'un cadre formé d'un réseau relationnel (de lignes de force, de courants relationnels et l'on pourrait multiplier les métaphores) suffisamment dense pour créer une mobilisation, une dynamique et éviter l'abandon ou la confrontation brutale du patient à la violence de ses besoins, mais suffisamment souple et ouvert pour que des choix et des refus soient possibles et qu'une créativité puisse naître.

Une des premières conditions, c'est la diversité du cadre thérapeutique : diversité des soignants à l'intérieur des équipes ; diversité entre les lieux institutionnels ; diversité entre les différentes modalités d'approches sociales. Cette diversité n'est pas l'anarchie et encore moins la concurrence possessive qui renvoient le patient à sa propre image éclatée ou à sa propre possessivité dévorante. Elle tire sa cohérence de la prégnance d'une figure médiatrice, responsable de la cohésion et de la continuité du traitement, support de la propre continuité narcissique du patient. **Figure plus ou moins idéalisée ou déjà plus**



différenciée selon les cas, mais qui – quel que soit le cas de figure – doit être confrontée à d'autres figures soignantes qui facilitent une diffusion des investissements, une conflictualité plus tolérable par le jeu des petites différences progressivement croissantes avec l'augmentation de la tolérance du patient.

C'est une représentation dans l'espace de la psyché de l'adolescent que l'on offre ainsi. Elle doit favoriser, dans un premier temps, un travail d'étayage, notamment dans le « faire avec » l'adolescent et le partage du plaisir dans des activités sans que ce plaisir ait à être mesuré et sans que la question de son appartenance ait à se poser, c'est-à-dire sans que l'adolescent ait à se demander à qui il le doit et d'où il provient. Ce plaisir à fonctionner sera d'autant plus nourrissant qu'il sera protégé par une certaine méconnaissance qui autorise le patient à le vivre comme sien, sans être confronté avec autrui dans sa différence qui ne peut être que source d'une envie dangereuse. L'attitude volontaire des soignants tient lieu d'un refoulement qui n'a pu ici se constituer.

Cette prise de conscience de la nécessité d'une approche plurielle en partenariat se traduit dans les textes qui tentent de l'organiser comme l'analyse dans son travail Jacques de Maillard. Mais tout ceci demande du temps comme le précise bien Denis Salas quand il s'interroge sur la possibilité de faire l'économie d'une réponse pertinente sans un minimum de temps. C'est également sur les paradoxes que nous avons soulignés que cet auteur s'interroge à propos de l'évolution du droit vers plus de formalisme dans un souci de protection des libertés individuelles mais peut-être au détriment de l'éducatif tel que nous venons de l'évoquer.

À une situation aussi complexe et plurifactorielle ne peut répondre qu'une approche elle-même complexe et pluraliste. S'il ne saurait y avoir de méthode miracle, il est en revanche important que l'approche choisie n'empêche pas la survenue d'un « miracle », c'est-à-dire de cette surprise, toujours imprévisible mais toujours possible, qui consiste à ce qu'un adolescent trouve, à un moment de son évolution, les ressources nécessaires pour s'organiser à un niveau relativement satisfaisant et, en tout cas, qu'il sorte de la dépendance dans laquelle il se trouvait et puisse retrouver un fonctionnement psychique plus autonome sans être enfermé dans la seule répétition et supportant des investissements qui ne soient plus source d'une excitation désorganisée.

Peut-on programmer cet « imprévisible » ? L'expérience montre qu'une telle anticipation n'est bien sûr pas possible et qu'il suffit de trop attendre une modification pour que l'adolescent s'y oppose farouchement (et ce probablement d'autant plus qu'en fait, il y aspire davantage) tant il se perçoit vulnérable, transparent à l'influence d'autrui et menacé d'intrusion. Mais ce n'est pas parce que l'activisme thérapeutique renforce la passivité active de ces sujets que l'attitude inverse a plus de chances de succès. L'attentisme peut aboutir à des résultats semblables en exacerbant le sentiment d'abandon et en laissant le patient flotter indéfiniment et se désorganiser progressivement.

C'est cette oscillation, permanente et probablement inévitable et indispensable par la dynamique qu'elle induit, qu'illustrent deux textes faisant référence à des méthodes totalement opposées et aux limites l'une et l'autre de l'extrême. Ce sont d'un côté la contribution de Berger et Rigaud et de l'autre celle de Chanseau. La première utilise la contention physique dans son extrême limite acceptable comme seul moyen d'entrer en contact avec un adolescent dont on pourrait dire qu'il ne peut rencontrer les adultes, tel l'enfant carencé dont nous parlions ci-dessus, qu'en se fracassant la tête, et pas seulement de façon métaphorique, contre le mur de la société. La deuxième renonce à tout ce qui pourrait être ressenti par l'adolescent comme une entrave à son utilisation de l'espace comme quête protectrice pour mieux valoriser la rencontre à la demande et la seule parole comme une ouverture vers un possible ancrage. Remarquons cependant que si les moyens diffèrent les objectifs restent les mêmes et plus encore la compréhension des véritables besoins de l'adolescent, comme les approches théoriques qui en assurent la cohérence et les limites qui protègent de l'arbitraire d'une attitude personnelle sont identiques. Entre ces deux extrêmes qui, soulignons-le également, ne sont possibles que dans un cadre médical et une évaluation de l'état mental de l'adolescent, se situent les expériences développées dans la seconde partie du livre. Elles montrent par leur diversité la richesse et l'inventivité de leurs auteurs et répondent en cela aux paradoxes des besoins relationnels de ces jeunes difficiles en favorisant par ce qu'elles offrent, mais aussi par le jeu relationnel que le passage de l'une à l'autre autorise, l'établissement d'une relation de confiance enfin devenue tolérable, seule susceptible de redonner à ces adolescents une confiance plus tranquille en eux-mêmes.

La prise en compte du rapport au temps et à l'espace dans l'accompagnement éducatif

Par Jacques Marpeau, pédagogue

Une approche de l'élaboration du rapport au temps et à l'espace chez un jeune demande de préciser certaines particularités du processus éducatif.

➤ Qu'est-ce que l'éducatif ?

L'éducatif est le processus par lequel une personne réussit à élaborer les capacités nécessaires à son existence actuelle comme celles qui lui seront indispensables dans l'inconnu de son existence future. Il s'agit de « capacités structurelles », c'est-à-dire de facultés liées à la structuration psychique, affective, relationnelle et sociale d'un sujet. Ainsi, être capable d'évaluer, d'anticiper, de choisir, de différer, de renoncer, de s'engager... sont des capacités structurelles indispensables à tout humain dans les différentes situations de sa vie. Les compétences fonctionnelles liées aux apprentissages formels, tant scolaires que ludiques, comme résoudre un problème de mathématique, savoir-faire du ski ou se servir d'un ordinateur, ne sont, au plan du processus éducatif, que les moyens de ces élaborations.

Les capacités structurelles sont directement liées aux rapports que l'individu a organisés avec la réalité, les autres, le monde, l'inconnu, l'échec... Elles présentent certains traits de permanence chez un même individu observé dans des situations différentes. Ainsi, quand un éducateur dit d'un jeune qu'il est « dans le tout, tout de suite », il signale chez ce jeune un rapport à soi-même où le manque ne peut-être assumé car les capacités indispensables à différer la satisfaction, à tolérer une frustration, ne sont pas élaborées. Ne pouvant assumer une frustration temporaire, le rapport aux autres risque d'être organisé sur le mode dominant/dominé. L'immédiateté interdit également à ce jeune la projection de soi dans un futur désiré qui nécessite l'intégration et l'acceptation d'un changement tant de soi-même que de l'environnement.

Cette base étant posée, il nous est possible d'aborder plus précisément les questions touchant au rapport au temps et à l'espace chez les adolescents et les jeunes confiés à la PJJ et ayant des comportements difficiles

à comprendre, ainsi que l'importance de la prise en compte de ces deux notions dans l'accompagnement éducatif.

Cet article fait de larges emprunts à l'ouvrage : *Le processus éducatif La construction de la personne comme sujet responsable de ses actes*, MARPEAU Jacques, Èrès, Rammonville-Saint-Agne, 2000, coll. Connaissances de l'éducation.

➤ La temporalité

Le temps vécu n'est comparable ni d'un individu à l'autre, ni pour un même individu, à deux moments du vécu d'une même situation. Le processus éducatif s'organise ainsi dans l'intersubjectivité de multiples partenaires, eux-mêmes inscrits dans des temporalités hétérogènes. La structuration de soi dépend en grande partie de la prise en compte de ces temporalités. Elle s'organise dans une dynamique d'existence conjuguant des rapports entre temps, espace, sens, désir, réalités, énergies, investissements... Un sujet humain « advient » dans la réalité des interactions complexes qu'il réalise avec son environnement. La durée au plan éducatif est donc à prendre en compte en terme de dynamique d'élaboration de sens introduisant à la possibilité de changement en même temps qu'à la prise de conscience de ces changements par et pour l'individu.

➤ Le rapport au temps

L'inscription dans le temps rend la répétition à l'identique et la prédictibilité impossible. Héraclite d'Éphèse disait déjà : « Un homme ne se baigne jamais deux fois dans le même fleuve, car la seconde fois ce n'est plus le même fleuve et ce n'est plus le même homme ». L'approche éducative doit intégrer des temporalités multiples et enchevêtrées : l'histoire, la durée, la synchronie et l'a-synchronie, le temps chronologique et chronométrique, l'altération du temps liée à l'échéance, et l'altération par le temps de certains des composants du vivant. La difficulté de l'élaboration de liens entre les différentes temporalités permettant la continuité de soi peut être illustrée par la situation d'enfants placés, qui ont du mal à se représenter ce qui se passe dans le même temps chez eux et au foyer, et qui vivent les changements constatés à leur retour comme une trahison. Ou encore les difficultés de certains autres à assumer le décalage des temporalités culturelles ritualisées par les célébrations et les fêtes de leurs différents milieux d'appartenance et



qui peuvent être vécues comme une mise en danger de leur continuité identitaire. On peut constater, dans ces mêmes situations, la difficulté des institutions éducatives à percevoir et à comprendre l'impact et les violences engendrées par ces décalages de temporalité dans l'élaboration d'un sens chez les jeunes. L'approche éducative doit interroger l'élaboration de sens liée aux différents vécus du temps et de l'événement par la personne, en tant que conjonction de possibilités momentanées inscrites dans le temps. Elle doit intégrer les phénomènes liés à l'éphémère, aux dynamiques projectives, à la maturation, à l'élaboration et à la perlaboration qui requièrent du temps.

La mise au travail du rapport au temps dans l'accompagnement éducatif permet l'accès à la perception de soi comme être en changement. La continuité de soi se construit dans et par l'expérience du changement dans les rythmes présence/absence, proximité/éloignement. Le temps permet l'expérience de l'altération de ce qui était mais qui ne peut demeurer en l'état antérieur et qui provoque la prise de conscience qu'il ne peut y avoir continuité sans changement. L'élaboration de la capacité de séparation s'opère dans l'expérimentation de la continuité de soi au-delà des moments dépressifs d'angoisse d'abandon dans les temps d'absence et de manque. Elle est d'autant plus difficile que l'angoisse de la perte chez des sujets pris dans le risque d'effondrement leur interdit l'expérimentation de toute nouveauté et donc d'opportunité de changement. Permettre à un jeune de faire l'expérience de la réalité des effets du temps, dans la continuité de soi, c'est ouvrir à la capacité de création c'est-à-dire d'un changement désiré dont on est partiellement auteur et responsable par les actes que l'on pose.

L'interrogation du rapport au temps chez un jeune en grande difficulté permet de percevoir certains traits essentiels de sa problématique et d'énoncer les capacités structurelles indispensables à mettre au travail chez celui-ci. Ainsi, toute centration excessive sur une des temporalités chronologiques: passé, présent, futur, signale un enfermement dans un rapport à l'un des aspects de la temporalité au détriment des autres et peut servir d'indicateur à un travail éducatif essentiel.

Ainsi :

- un **surinvestissement du passé** peut signifier une difficulté à s'inscrire dans le présent et le futur ou signaler l'organisation d'un rapport à soi-même dans lequel l'individu ne peut s'autoriser à vivre

ses propres perceptions et découvertes présentes, parce que les comparant à un passé idéalisé ou dramatique ou encore idéalisé parce que traumatique : « Si tel événement n'avait pas eu lieu, je n'en serais pas là... » ;

- un **désinvestissement du passé** peut correspondre à un déni de ce qui a été, ou une stratégie d'oubli d'un insupportable, d'un innommable provoquant la peur d'un dévoilement. La rupture avec son passé peut être liée au besoin de se « démarquer ». Cependant une telle rupture, tout en assurant une fonction défensive, interdit l'élaboration d'une continuité de soi en lien avec son histoire ;
- un **surinvestissement de l'instant** présent dans un vécu d'immédiateté peut signaler une incapacité à s'inscrire dans une histoire en en tirant une reconnaissance et une gratification durables. L'envahissement de l'instant présent interdit le travail de mémoire et de projection ; il traduit une perméabilité aux sollicitations et excitations externes et internes. Il témoigne d'une difficulté de distanciation et d'un rapport de toute puissance lié à une incapacité à anticiper les conséquences des actes posés et pouvant engendrer des conduites à risques ;
- un **désinvestissement du présent** représente une difficulté à saisir les opportunités, à évaluer ses capacités au regard des possibilités et des difficultés réelles de l'environnement, à s'engager dans une action délibérée. Il peut également y avoir difficulté à vivre un moment de bonheur sans culpabilité, hors d'un conflit de loyauté ou du réveil d'un manque insatiable ;
- un **surinvestissement du futur** ou un excès de projection dans le temps, sans lien avec le présent et son histoire, peut traduire un refuge dans l'imaginaire, un évitement de l'investissement, dans l'ici et maintenant, qui oblige à se confronter à la réalité, au choix et au travail de désillusionnement ;
- un **désinvestissement du futur** signale une difficulté à différer, à projeter ou à se projeter, une organisation défensive du rapport à l'inconnu, où tout changement est perçu comme une remise en crise parce que désorganisant un équilibre difficilement construit.

➤ Le travail éducatif avec le rapport au temps

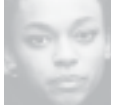
Tout moment de l'accompagnement peut être, pour un jeune, « le bon moment » de la mise au travail d'une capacité structurelle nouvelle. Un jeune en difficulté peut tout aussi bien apprendre à différer en jouant au foot, en préparant un repas avec les autres jeunes ou en gérant son argent de poche. Encore faut-il, au plan éducatif, ne pas confondre l'activité elle-même et son utilisation comme support éducatif. Cependant, si c'est bien le jeune et seulement lui qui peut faire ce travail d'élaboration, il ne peut le faire seul puisqu'il lui faut désorganiser les rapports précédemment installés, alors même que la frustration peut le conduire à la violence et à la répétition du passage à l'acte. Il est ainsi à une place impossible puisque le changement attendu entraîne chez lui une instabilité qui réactive son angoisse d'effondrement. C'est cependant au moment de ce doute face à cette remise en crise que le jeune a besoin de l'étaillage d'une relation de confiance, établie avec un éducateur et vécue comme fiable.

Un jeune en grande difficulté vit sur des équilibres précaires. La précarité est à la fois une condition dans laquelle la personne se trouve « à la merci des événements » [c'est-à-dire en danger] en même temps que l'état d'un équilibre, d'une structuration instable de constants et épuisants efforts de vigilance et d'équilibre, faute de quoi il y a chute. La précarité est un contexte favorisant l'organisation d'un rapport au temps défensif. « Cela tient, mais pour combien de temps ? ». Travailler avec la précarité, c'est toucher à des compromis eux-mêmes précaires, non stabilisés, et risquer de provoquer les effondrements redoutés et vécus comme dramatiques ; c'est risquer le dévoilement de fragilités secrètes, interdites, en laissant la personne à nu et sans défenses. L'étaillage et la validation des capacités et des ressources doivent s'effectuer à partir d'une connaissance réelle, dans une parole vraie attestant une expérience tangible de ses aptitudes par la personne elle-même. Faute de quoi, en voulant permettre la prise de confiance en soi, il y a masquage des réalités externes et internes et renforcement des défenses indispensables à la survie de l'équilibre précaire. Sortir de la précarité, c'est s'inscrire dans la sécurité de la continuité de soi et d'un rapport à autrui organisé dans la pérennité d'un droit et d'un statut. C'est sortir d'une relation basée sur l'arbitraire et la dépendance en l'inscrivant dans le cadre d'une relation fiable d'échanges offrant des garanties.

L'introduction du temps permet à l'individu le passage de la réponse immédiate à une sollicitation externe (sensation) ou interne (émotion) à une réponse délibérée. Il y a distanciation de la perception ou de l'émotion et sortie de la captation tyrannique de la quête d'un assouvissement immédiat. Ainsi, la distanciation émotionnelle représente un travail de différenciation de l'être et de la perception d'être, une dé-fusion de soi et de ses émotions. Accéder à la maîtrise émotionnelle ne va pas de soi pour un adolescent et ne peut se faire sans une reconnaissance de la perturbation psychique et physique de toute émotion. Laisser du temps à un jeune tout en énonçant et en tenant une échéance aux conséquences nommées, c'est déconstruire l'attitude de réponse en miroir du « tout, tout de suite ». Se donner du temps, et donner du temps à un jeune, c'est permettre un début de mise au travail de la capacité de différer et d'anticiper chez celui-ci. Un jeune doit pouvoir faire l'expérience pour lui impensable que, pour réaliser ce qu'il souhaite vraiment, il lui faut sortir de l'immédiateté du passage à l'acte et se construire comme être de désirs capable de choisir, c'est-à-dire de préférer, et donc de renoncer au tout. Le projet permet l'élaboration d'un lien entre le présent, le passé et le futur; entre le futur souhaité et le futur possible, entre les possibles de ses propres potentiels, entre le désiré pour soi, autrui, le contexte, et les possibles pour soi et autrui dans un contexte en changement. Il permet de se penser comme sujet en devenir dans un environnement lui-même en mutation.

➤ Le temps partagé

Le temps de la rencontre, le bon temps vécu à partir d'un intérêt commun, déstabilise le sens des rapports à un autrui hostile faits de domination, et instaure un rapport de gratification commune, sans risque d'envahissement. Le temps donné, parce que se prêtant au partage de ce que vit l'autre, représente pour le jeune une expérience de la possible sollicitude d'autrui pour soi et de soi pour autrui, dans une gratification sans danger d'intrusion et cependant socialement validée. Le temps vécu du « faire avec », en permettant le partage d'un plaisir commun sans dette, rend possible la proximité et la différenciation de soi et d'autrui. Il est un temps d'expérimentation de l'attachement et de la séparation c'est-à-dire d'élaboration d'un lien dans la distance. Le partage d'un vécu permet également à un jeune l'élaboration d'un lien de sens entre ses perceptions intérieures et la réalité extérieure qu'il peut objectiver en s'appuyant sur l'événement réel.



Ce serait cependant une illusion de croire qu'une telle expérience peut conduire à un apaisement durable alors que, déstabilisant les modes de rapports construits, elle met le sujet face à une nouvelle crise qui va le conduire à tenter de retrouver ses rapports défensifs antérieurs en détruisant la confiance nouvellement expérimentée et en se réfugiant dans le statut de « mauvais objet ». Ce nouvel assaut de destructivité est souvent d'autant plus difficile à comprendre pour l'éducateur et à assumer par l'environnement que cette destructivité tente d'invalider la relation de confiance nouvellement installée. L'éducateur mais aussi l'institution éducative dans son ensemble doit pouvoir résister à cette destructivité et témoigner de la consistance d'une relation basée sur la confiance. Il doit aussi permettre au jeune l'inscription de ce temps de réactivation de la violence dans un cycle d'instantanés vécus : découverte d'un nouveau type de rapports, crise engendrée par la déstabilisation des rapports antérieurs, risque, incertitude, dépression, expression de la destructivité, dépassement, apaisement. Cela permet l'accès à un sens du vécu qui intègre la durée d'un cycle plaçant la perception immédiate dans un ensemble de moments perceptifs. L'accompagnement en tant que travail d'inscription d'un temps partagé doit permettre l'élaboration de la capacité de sollicitude pour autrui à partir de l'expérience de la sollicitude d'autrui pour soi et de la prise de conscience de son propre pouvoir de création d'un temps habitable pour soi et pour les autres. Il s'agit là, par l'accès à la relation de sollicitude, d'un renversement du mode de rapport à soi-même et aux autres.

➤ Le rapport à l'espace

L'espace, à la différence du temps, offre au travail de distanciation un support concret et visualisable, par la distance matérielle de l'éloignement et de la proximité. Il rend possible le retour à un lieu quitté, alors que le rapport au temps est lui, du domaine de l'abstrait et n'offre aucun retour matériel possible au passé. Demander à un jeune de différer, c'est lui demander de renoncer à une possibilité sans garantie que l'opportunité se représentera à lui dans le futur.

L'analyse d'une institution, à partir des fonctions des différents espaces révèle les priorités implicites dans un travail éducatif. Dans tel foyer d'adolescents, aucun lieu ne permet le retrait et le retour au calme ; les éducateurs doivent sortir sur le parking pour s'isoler avec un jeune pris dans l'excitation du groupe.

Dans tel internat scolaire, il existe des salles d'étude mais pas de salle de jeu ; ce sont les couloirs et les chambres partagées par cinq pré-adolescents qui leur servent d'espace de jeu. Or, au plan de l'éducatif, l'espace physique est le lieu et le moyen concret de l'élaboration psychique de la capacité de différenciation de l'intime, du privé et du public, de ce qui se donne à voir dans ces différents espaces, comme de la fonction de protection contre les intrusions qu'ils remplissent différemment.

Les espaces de l'intime, chambre, salle de bain, toilettes, sont les lieux matériels protégés de la découverte et de la perception de soi dans les différentes composantes fantasmatique, émotionnelle, subjective, corporelle et psychique rendant possible la différenciation de l'autre. C'est l'espace de la rêverie, de l'imaginaire, de la pensée mais aussi de la solitude et de l'angoisse d'un vide intérieur en l'absence d'une capacité à imaginer, à projeter et à créer. C'est un espace qui doit être protégé de l'intrusion du regard d'autrui et qui doit permettre au jeune d'apprendre à se protéger.

L'espace privé est le lieu de l'expérimentation de la relation à l'autre dans la capacité à choisir, à poser des limites, à organiser une séparation permettant l'élaboration du lien dans la distance. C'est l'espace de l'élaboration de soi comme sujet individué. Accéder à la capacité de préserver un lieu ou un espace personnel, c'est devenir capable de se préserver de l'envahissement d'autrui. Cette élaboration est d'autant plus difficile pour un jeune qu'il a été pris dans des fusions/confusions inter-générationnelles le mettant à une place d'objet des attentes d'autrui, et que son expérience du rapport à l'autre s'est organisée dans un clivage fusion/rupture.

L'espace public est le lieu de la rencontre d'un autrui collectif, de la négociation, de la confrontation, de l'échange et de l'agir ensemble. C'est l'espace de l'élaboration de soi comme sujet social. C'est le lieu de l'identification de soi à la fois unique, différent des autres et cependant proche dans une appartenance humaine. C'est aussi le lieu de l'expérimentation des fonctions de la règle et de la loi, qui permettent de vivre ensemble et de « faire société » tout en garantissant le droit à l'existence et à la différence de chacun.

La différenciation des espaces matériels et de leurs fonctions en tant que cadres conteneurs peut aider un jeune à identifier les lieux et les objets

de dépôts possibles. Il apprend à ne pas tout livrer, à ne pas se répandre dans certains contextes, au risque de faire payer très cher ensuite à son environnement l'aveu de sa propre vulnérabilité. L'organisation du rapport aux différents espaces nécessite, au plan éducatif, une identification et une ritualisation des fonctions non pas dans une visée d'apprentissage ou de normalisation, mais dans un travail de différenciation. L'espace en tant que lieu ayant une fonction définie est au plan éducatif un élément constitutif du cadre, devant délimiter c'est-à-dire séparer et contenir. Il s'agit de partir de la confusion des espaces tant matériels que psychiques dans laquelle se trouve un jeune en difficulté, afin qu'il puisse progressivement travailler à la différenciation de ces espaces et de leurs fonctions alors même que, ne tolérant pas les limites d'un cadre vécu comme s'opposant à sa toute puissance agie, il va constamment tenter de le détruire. L'élaboration du rapport à l'espace conjugue ainsi le travail d'élaboration du rapport à soi-même dans le fait de trouver et de faire sa place dans un lieu d'accueil, mais aussi du rapport à la réalité dans le travail d'appropriation de ce lieu d'accueil, du rapport aux autres dans le partage de ce même lieu et du rapport à la règle, aux limites et à la loi dans l'expérimentation de ce qui permet de vivre ensemble dans la protection de chacun.

➤ L'accompagnement éducatif

L'accompagnement met l'accent sur l'importance de la proximité et du partage de moments de vie. L'accompagnement éducatif, par le compagnonnage, le partage du vécu, le cheminement commun, instaure une relation d'intersubjectivité, une dialectique de l'identique et de la différence, porteuse de sens en actes, qui permet au sujet accompagné d'accéder à une identité singulière grâce à une relation d'altérité, par laquelle il se découvre unique parce que différent. C'est le partage d'une situation objectivement commune, et cependant investie différemment, qui permet à l'individu d'échapper à l'attitude unique et aliénante qui s'impose habituellement à lui dans cette situation. En même temps qu'il vit son propre mode d'investissement, il voit vivre des modes différents d'investissement de cette même situation. Dans l'accompagnement éducatif de l'élaboration du rapport au temps, l'éducateur est le témoin des autres vécus, des autres perceptions de soi dans des temps autres, des autres possibles, entrevus et occultés dans l'enchaînement des événements comme des perceptions multiples et fragmentaires.

Il est le témoin d'une continuité et d'une évolution possible au-delà et grâce aux crises et aux changements.

➤ La parole dans l'accompagnement éducatif

La parole fait lien de sens et mémoire des différentes phases d'un ressenti en témoignant de la continuité de soi dans le vécu de l'insécurité d'un changement. Mais pour faire sens pour le jeune, elle doit être vraie, exacte et engagée. Elle suppose de la part de l'éducateur une capacité d'empathie lui permettant de percevoir la nature et l'intensité des perceptions et des émotions du jeune en situation. Elle ne peut se réduire à ce que le jeune peut dire de son vécu dans l'après-coup d'un entretien. Elle rappelle et témoigne de ce qui est omis ou occulté. Dire que la parole doit être vraie, exacte, engagée n'est pas une mince affaire dans la relation éducative. Avoir une parole « vraie » nécessite une connaissance des faits objectifs en même temps qu'une approche de ce qui s'est subjectivement passé chez ce jeune. Cela suppose une attention à la nature et à l'intensité des perceptions et des émotions au regard des enjeux de la situation tels que se les représente ce jeune. La production d'une parole « exacte » ne peut se faire qu'à partir d'une évaluation précise du contexte, des possibilités et impossibilités, des risques et des dangers comme des conditions de réussite habituelles dans un tel contexte. Elle doit également partir d'une évaluation des potentiels, des capacités, et des ressources personnelles de ce jeune, de ses limites et des impossibilités qui en découlent. Ce qui est témoigné comme possible doit l'être dans ce contexte là, pour ce jeune là, au regard des potentiels révélés et avérés dans d'autres contextes. Elle suppose en outre une traduction des phénomènes d'envahissements, un énoncé de ce qui se passe chez ce jeune au niveau perceptif pouvant être reconnu par celui-ci comme vrai, à partir de son propre vécu, afin qu'il se sente compris. Elle nécessite enfin une connaissance des processus de transformation passant par de nouvelles crises afin qu'il y ait anticipation des difficultés à venir pour que ces difficultés soient présentées et vécues comme faisant partie de l'itinéraire ordinaire des élaborations permettant à un jeune de « s'en sortir ». La parole doit être de plus « engagée », ce qui veut dire que ni l'institution ni l'éducateur ne laisseront tomber le jeune dans les difficultés qui l'attendent... Alors, la parole peut remplir sa fonction de conteneur et de soutien dans l'élaboration d'un sens permettant le passage



de la perception à la symbolisation et ouvrant au travail psychique, à la distanciation et à la mentalisation. La parole, parce qu'engagée et se référant à des actes effectifs, permet au jeune de faire l'expérience de la sollicitude d'autrui pour lui, dans un renversement des rapports dominant/dominé auxquels il adhère en raison de son expérience de la relation à l'autre.

➔ Les limites du travail à partir de la demande

L'éducatif ne peut se situer dans une réponse à la demande d'un jeune. Un jeune dans le « tout, tout de suite » ne peut demander à un éducateur : « aide-moi à sortir de la toute puissance, à différer la gratification attendue, à assumer la frustration et les désillusions de la réalité ». Un projet éducatif vise la mise au travail chez un jeune des capacités structurelles non encore élaborées et ne peut se confondre avec les demandes ou les projets de ce jeune. Si la démarche éducative tente de s'appuyer sur une demande ou sur l'amorce d'un projet, c'est pour partir de là où le jeune a commencé à mobiliser son énergie en tant que ressource lui permettant de commencer les élaborations indispensables, et que pourtant il refuse dans une protection de soi contre tout changement.

La microsociété de la cité : un lieu de refuge

Par Joëlle BORDET, sociologue

Aujourd'hui, accompagner les jeunes les plus marginalisés nécessite une compréhension fine et élaborée des rapports à l'espace et au temps de ces adolescents, et cela s'avère difficile.

Nos entretiens avec les éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse montrent qu'ils sont confrontés à des exigences souvent paradoxales dues à des rapports au temps profondément différentes des institutions et des jeunes eux-mêmes. Le temps judiciaire est souvent long, ou au contraire maintenant dans l'immédiateté, mais parfois peu adaptable aux détours et aux parcours des jeunes ; inversement le temps chronique et fragmenté de la cité est bien difficile à déceler et à transformer pour accéder à une temporalité de l'anticipation et du projet. Dans cet article nous viserons à éclairer les modes de rapport au temps et à l'espace des jeunes les plus marginalisés et à proposer quelques axes de réflexion par rapport à ces contradictions temporelles et à leur transformation dans un processus éducatif.

➤ De la bande à la microsociété des jeunes : une évolution profonde des rapports spatio-temporels

Comprendre les rapports au temps et à l'espace des jeunes fixés au pied des tours et dépendants de la vie interne de la cité suppose d'appréhender les processus historiques vécus par ces quartiers et les évolutions des bandes d'adolescents.

➤ L'époque de la bande : l'histoire fondatrice de la généalogie du groupe de jeunes

Dès la construction des grands ensembles, les bandes d'adolescents existent et défraient rapidement la chronique par des actes tels que les rodéos de voitures, les affrontements entre bandes rivales issues de différentes cités et parfois des réalisations de cambriolages. Une culture spécifique aux adolescents s'est développée alors avec ses rituels, ses codes et ses modes de leadership. Même si cela inquiète les adultes, ils ne se sentent ni impuissants, ni débordés et ils pensent que tôt ou tard ces jeunes deviendront adultes et prendront leur place dans la société, souvent dans l'entreprise. Ils partageront alors leur vie,

souvent leurs luttes et leurs revendications.

Le temps de la bande est extrêmement important à repérer, car il est fondateur souvent de l'histoire des jeunes, des rapports généalogiques qui se sont construits. Encore aujourd'hui, les rapports de groupes, certains modes de leadership s'inscrivent dans la filiation de cette époque. Les événements de la bande initiale se transmettent dans la mémoire des adolescents mais aussi des adultes qui vivent dans ces cités. Ainsi, dans la cité que nous avons longuement étudiée, un des jeunes nommé Garri s'inscrit dans cette filiation de leader héroïque ; pendant longtemps il a été la vigie et le gardien de l'entrée de la cité, et il s'est identifié à d'autres jeunes, dont l'un est mort dans une rixe avec un gitan pour tenir ce rôle. Aujourd'hui, Garri habite la cité, mais il est devenu père de famille et travaille à proximité. Il joue un rôle de « sage » pour d'autres jeunes eux-mêmes installés dans le quartier.

Découvrir cette histoire généalogique, identifier comment les murs de la cité parlent au-delà de leur dimension fonctionnelle constituent un axe central pour les éducateurs pour rentrer dans la vie de la cité, comprendre « son âme » et identifier les destins collectifs et individuels de ceux qui y vivent. Ceci est souvent difficile parce que souvent rien dans l'espace ne permet de le reconnaître ; la création sur le mode fonctionnaliste des grands ensembles n'a pas été dépassée, les projets de réhabilitation malgré parfois les coopérations fructueuses avec les sociologues et les architectes n'ont pas permis cette inscription des événements et des noms de la vie de la cité. Aujourd'hui, les opérations de renouvellement urbain et le déplacement des populations qu'elles entraînent risquent de porter fortement atteinte à cette histoire généalogique qui s'est inscrite essentiellement dans la mémoire des habitants. Cette approche souvent en fonction de critères de modernisation externes à la vie des gens, engendre de nouvelles formes d'insécurité et affaiblit les rapports de solidarité.

L'évolution des rapports entre jeunes et avec les institutions est fortement influencée par ces changements.

➤ Le chômage des pères : les fratries prennent la responsabilité du devenir familial et de celui de la cité

Les bandes de jeunes initiales ont connu de profondes transformations. Lors des années 70, le chômage des pères a souvent interrompu des trajectoires



sociales et résidentielles des familles et a mis en danger l'espoir suscité par l'exil et l'installation en France. Les fratries, face à ces grandes difficultés familiales, ont alors réagi différemment. Certaines, en particulier les fils, ont alors éprouvé une grande défiance par rapport aux institutions, ont refusé les métiers de leur père et ont construit parfois leur destin dans la revanche par rapport à la vie professionnelle de celui-ci ; les filles se sont alors plus souvent impliquées par rapport aux institutions, en souhaitant l'accès à une autonomie par la scolarité et le travail.

Le retrait des associations et l'affaiblissement de la culture revendicative, le chômage des jeunes, les difficultés des adultes à entrevoir l'avenir pour eux-mêmes et pour leurs enfants ont contribué à des partitions internes très grandes au sein des habitants en fonction des trajectoires sociales, à des retraits individualistes et à la stigmatisation des jeunes désœuvrés, « en galère », fixés au pied des tours.

La bande de jeunes n'est plus alors perçue comme un groupe transitoire nécessaire parfois aux adolescents pour s'affirmer et pour grandir, mais est devenue un lieu dangereux, représentant le risque de l'échec et de l'addiction par la drogue. La vie elle-même de ces groupes s'est beaucoup transformée. L'enjeu n'est plus tant la reconnaissance par l'accomplissement d'actes héroïques, mais devient davantage la nécessité d'occuper une place suffisamment assurée pour s'inscrire de façon bénéfique dans les réseaux de survie, d'échanges et de débrouilles. L'arrivée de la drogue constitue un facteur central de ces transformations ; beaucoup de jeunes sont à la fois dealers et dealés ; les relations entre les jeunes elles-mêmes se modifient en profondeur. La dynamique des réseaux et du rapport visibilité/invisibilité supplante celle de l'affrontement et de la prise de territoire, et celle de la transgression par le rapport montrer/cacher. De nouveaux modes de leadership émergent. Ainsi devenir « patron » représente une figure d'identification très forte. Celui-ci est souvent peu visible dans la vie quotidienne de la cité, mais il joue un rôle central dans les rapports d'échanges, de prise de décision et de relations avec l'extérieur de la cité. Lors de nos travaux, nous avons connu le leader « patron » après plusieurs mois de présence dans la vie des « jeunes de la cité » et nous n'avons jamais pu complètement expliciter avec lui-même son rôle, même, si par lui, nous avons connu de façon précise des réseaux internes à la cité.

Ces transformations sont au cœur de la vie quotidienne de ces jeunes. Au-delà du temps chronique et terriblement répétitif de la vie quotidienne de ces jeunes, ils sont confrontés à une nécessité d'adaptation très rapide aux changements internes des réseaux, à des prises de décision venues de plus en plus souvent de l'extérieur par des jeunes adultes et par l'attente du « bon plan » à réaliser dans l'instant. Décoder, repérer et définir une stratégie de travail pour l'éducateur constitue un axe d'élaboration nécessaire mais difficile. Comment accompagner le jeune en prenant en compte son temps quotidien mais aussi la demande des institutions caractérisée par l'anticipation, et le souhait de réalisation du projet ? Ceci suppose souvent des expérimentations, des négociations de part et d'autre et d'accepter de travailler dans des univers mouvants difficiles à repérer. Nous pensons, à partir de nos travaux avec les éducateurs, qu'il n'existe pas assez d'échanges au sein des services en milieu ouvert à ce propos. L'isolement des professionnels ou les échanges le plus souvent informels risque de les entraîner soit vers une difficulté de distance ou une sorte de suradaptation à la réalité temporelle des jeunes ou, inversement, à une rigidité trop grande, prenant en compte surtout le temps des institutions. Ainsi le rapport des éducateurs à l'économie souterraine et à ce qu'ils en savent, représente un axe d'analyse important à ce propos.

Dans les lieux où nous avons travaillé, nous n'avons pas repéré un point de vue construit et explicite à ce propos. Pourtant, tous les jeunes aujourd'hui sous mesure judiciaire, de près ou de loin y sont inscrits. Cela constitue un facteur central de leur évolution et de leur rapport à l'espace-temps de la cité. Comment le prendre en compte pour construire un accompagnement éducatif ? Que dire à ce propos aux magistrats ? Quel rôle cela peut-il avoir ?

Souvent, les jeunes sont condamnés pour des passages à l'acte violents, des vols, des recels, mais il est rarement évoqué la nécessaire protection de ces jeunes, de leur inscription dans ces économies parallèles qui à la fois les structurent et les emprisonnent.

Comprendre ces rapports à l'espace et au temps et les prendre en compte dans un parcours avec les jeunes suppose une élaboration de ces questions. L'absence de réflexion et de décision clairement posée par les institutions, en particulier la justice, ne permet pas facilement aux éducateurs de définir une position éducative et protectrice à ce sujet. C'est un chantier

important, car la seule approche éradicative de ces réseaux risque de les rendre encore plus invisibles, plus maîtrisés de l'extérieur ; il sera alors très difficile de mener à ce propos un travail éducatif.

➤ **Aujourd'hui, la vie de la microsociété des jeunes dominés par des réseaux internes/externes au quartier**

Dans certains quartiers, les rapports au temps et à l'espace évoluent rapidement. Lors de nos travaux, durant plusieurs années, le temps de la microsociété des jeunes était dépendant de la vie, des rapports d'alliances et d'échanges internes à la vie de la cité elle-même, même si celle-ci pouvait être dépendante de l'approvisionnement ou des échanges avec l'extérieur.

Aujourd'hui, nos travaux dans différents quartiers où les rapports entre les jeunes sont très structurés par des réseaux d'économie parallèle, montrent que les pôles de décision sont souvent externes. Des formes d'organisation, de violence instrumentale et de protection sont exercées par des personnes souvent externes au quartier, en lien avec des leaders internes. Ceci modifie considérablement les rapports de pouvoir, de domination territoriale mais aussi les rapports au temps et à l'espace de ces jeunes.

Ainsi, au quartier du Luth à Gennevilliers, suite à la destruction de leur fief la barre Gérard Philippe, les dealers se sont déplacés sur une autre barre et ont modifié les formes d'organisation interne. Certains jeunes sont employés comme guetteurs en « CDD » pendant trois mois, car un temps plus long risque de mettre en danger l'invisibilité de ces réseaux et permettre à la police d'accumuler trop d'indices. Les rôles, les places et les temporalités ne sont donc plus strictement internes à la microsociété des jeunes, mais sont sous l'autorité directe d'autres personnes. Ces modifications sont importantes à prendre en compte et nécessitent d'autres types de coopération entre les éducateurs, la police et la justice.

L'issue essentielle pour l'insertion sociale et professionnelle risque de devenir insuffisante, car certains jeunes deviennent dépendants de rapports d'emprise difficiles et peuvent difficilement quitter ces réseaux sans protection.

Comment dans un accompagnement éducatif, penser à la fois l'éducation, la protection et l'exercice de la répression ? Question difficile pour les éducateurs mais nécessaire à prendre en compte pour être crédible

face aux enjeux en profondeur de transformation de la délinquance.

L'analyse des rapports de pouvoir, de domination et d'emprise pourrait permettre de répondre à cette interrogation. L'analyse de l'espace et du temps vécu par ces jeunes peut alors aider à trouver le fil d'Ariane et construire leur sortie de ces rapports internes à la cité.

En conclusion de cet article, nous proposons aux éducateurs de réfléchir à une question préoccupante : ces nouveaux modes de vie caractérisés par la dépendance à des systèmes de pouvoir complexes, à des temporalités en réseau difficiles à repérer pour les jeunes eux-mêmes, à la fois chroniques et fragmentées, modifient profondément les rapports de ces jeunes à l'adolescence. Le temps de l'adolescence peut-il encore être caractérisé par le moratoire psychosocial défini par Erikson, et par la crise nécessaire à transformer ? Que signifie pour ces jeunes leur inscription dans ces microsociétés ? S'agit-il de lieux refuge, à la fois société secrète, lors d'une confrontation avec les adultes, ou au contraire une nouvelle emprise d'adultes en rupture avec les institutions ?

Ces questions nous paraissent très importantes à étudier pour mieux définir les significations de l'adolescence pour ces jeunes et les modes d'accompagnement éducatifs à mettre en œuvre.

L'inscription sociale parfois de plus en plus précoce dans une identité catégorielle qualifiée par la délinquance risque à terme de ne plus permettre de repérer comment évoluent et se construisent ces adolescents, et de ne plus s'adresser à eux qu'en fonction de cette catégorie stéréotypique. Les modes éducatifs ne seront plus alors définis que dans un objectif de réadaptation ou de répression et ne pourront plus prendre en compte les adolescents dans leur singularité de sujet social.

Connaître de l'intérieur leurs modes de vie, leur rapport au temps et à l'espace permet de lutter contre cette approche stéréotypique et de tenter de « donner du temps au temps », celui des détours, des essais et des erreurs, nécessité pour que le droit à l'adolescence puisse encore exister pour ces jeunes les plus en prise avec la marginalisation.



Quelques caractéristiques sociales du public sous protection judiciaire

Par François SICOT, sociologue

La population de la Protection judiciaire de la jeunesse est mal connue sur les plans sociaux et économiques, ou pour le dire autrement, des conditions objectives de vie. Aucune étude de population sur ce plan, ne serait-ce que descriptive, n'a été menée récemment. En outre, à la lecture des dossiers, à l'écoute des éducateurs, le sociologue est frappé par l'interprétation psychologique voire psycho-pathologique des situations.

Cette méconnaissance ajoutée à l'évidente diversité des jeunes sous protection judiciaire rend donc difficile leur caractérisation sociale et la lecture de ce qui suit doit se faire avec prudence. Pour ces développements, nous avons retenu comme principe que le public visé n'était pas qualitativement différent, n'était pas radicalement autre que les jeunes précaires et/ou des quartiers de relégation. Qu'ils ne s'en distinguaient que par degrés. Que des évolutions sociales plus générales y étaient simplement plus marquées, plus exacerbées.

➤ Les jeunes précaires de la cité, rapport au temps et au travail

C'est un phénomène sociologique massif et désormais bien ancré, l'âge de l'entrée dans la vie adulte a considérablement reculé et il est de plus en plus progressif (on parle de mise en couple « à l'essai » et on entre de moins en moins dans le monde du travail par un emploi stable). Dans cette jeunesse qui se prolonge, les jeunes sont davantage préoccupés par leur univers immédiat, « ils tentent de vivre intensément le temps présent, dans un cercle de relations sociales relativement fermé, où le loisir constitue un champ privilégié ». La moindre structuration du temps qui résulte de cet état est vécu comme un temps d'aventure, de flexibilité, de mobilité, d'ouverture des possibles. Se développe ainsi un temps à court terme dont il faut savoir profiter et qui s'oppose à l'ordre temporel adulte, qui est un temps plus long et plus structuré. La désacralisation de la temporalité dominante débouche sur des régimes temporels hétérogènes, la revendication d'un temps pour soi, une volonté

de réalisation de soi ici et maintenant.

Les éléments développés dans cet article sont tirés de recherches sur et avec les jeunes des quartiers d'habitat social et avec certains publics de la PJJ. Les citations entre guillemets proviennent de différents articles de sociologues.

Le terme de vagabondage est parfois utilisé pour évoquer non seulement ce rapport au temps mais également à l'espace, « vagabondage qu'il est possible d'entendre aussi bien comme expérimentation que comme errance spatiale, décontraction par rapport au temps, propension à la mobilité mentale, aspiration à de nouvelles expériences, à vivre de nouvelles sensations. Une culture de l'aléatoire dans laquelle l'incertitude serait un mode de vie et l'expérimentation un mode d'être et d'agir.

Le rapport au travail des jeunes précaires de la Cité s'inscrit largement dans une évolution que connaît l'ensemble de leur génération c'est-à-dire une relativisation de la valeur-travail par rapport à d'autres sources d'accomplissement de soi. On assiste à une dissociation grandissante entre les différentes dimensions du travail, en particulier le travail comme moyen de gagner sa vie (dimension instrumentale) et le travail comme moyen d'accomplissement de soi. Pour ceux qui vivent dans la précarité, il y a un véritable désenchantement du travail.

Les métiers de bas niveaux sont rejetés, surtout quand les jeunes sont issus de milieux où les parents ont occupé ces emplois. On trouve donc un rejet spécifique des emplois dégradants, harassants, qui cassent le corps, rapportent peu, bref ce que les jeunes issus de l'immigration appellent parfois du « travail d'arabe » accomplis par leurs parents. Sur le quartier, cette déconsidération se traduit par une injure courante, « trimard ». Le trimard, c'est celui qui accepte de travailler beaucoup pour pas grand chose.

On peut ajouter que selon des auteurs, « la combinaison de l'influence de la mère plus tournée vers la famille que vers le métier et une faible présence des pères parlant peu de leur travail contribueraient à participer du refus d'exercer la même profession que son père ».

Plus généralement, plusieurs auteurs étudiant les évolutions de la jeunesse évoquent un refus des assignations, des étiquettes, une distance aux rôles prescrits par l'ordre social. Cette expression

de distanciation n'est pas un simple refus, c'est aussi l'affirmation de l'autonomie et de la subjectivité de l'individu. Les jeunes font savoir qu'ils existent d'abord pour et par eux-mêmes, et que ce qu'ils sont ne se résume pas à des caractéristiques sociales, une origine, un statut, ni à des engagements vis-à-vis des autres. D'où l'importance des comportements de fuite et de désertion, l'exil plutôt que des formes trop institutionnalisées de rencontres.

➔ **Jeunes issus de l'immigration maghrébine et résidant dans les quartiers de relégation : une socialisation incomplète, et la distance aux rôles et aux institutions qui en résulte**

Pour leur éducation, ces jeunes ont entendu énoncer par leurs parents les principes normatifs prévalant dans la société globale française. Ces parents n'élèvent pas leurs enfants selon des principes et avec un rapport à la loi française spécifiques. Mais il ne suffit pas que ces principes soient énoncés pour qu'ils soient intériorisés par les enfants. Dans certains cas, les conditions d'appropriation des principes vertueux ne sont pas réunies. D'abord parce que ceux qui les énoncent sont disqualifiés pour le faire. Ils sont perçus par les enfants comme s'étant trop soumis à ces impératifs, avoir trop, par là même, accepté leur situation dégradante. Ils sont disqualifiés parce que déclarés incompetents pour cette société. Les fils disent de leurs pères qu'ils ne comprennent pas ce qui se passe, qu'ils sont dépassés. Les pères eux-mêmes avouent l'être : « Moi mon fils il brûle des voitures, qu'est-ce que je fais, je le tue ? ». L'exemple typique concerne l'injonction parentale à travailler à l'école. Quelle peut être la valeur de ce discours énoncé par des parents qui n'y ont jamais été, et qui, invalidation par incompetence, ne savent pas vraiment ce qui s'y passe.

Ce qui déconsidère ce discours c'est que les fils le trouvent inadapté à la société moderne française et à la cité. Qu'un père demande à son fils de rendre compte de tout de qu'il fait, de ne pas sortir, de ne pas participer à telle manifestation n'a pas de sens dans le contexte de la cité qui reste méconnu des parents.

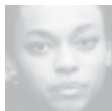
L'intégration des familles émigrées du Maghreb en France ne se déroule pas selon un schéma systématique. Elle dépend de la situation socio-économique et culturelle des individus dans le pays d'origine, des conditions de l'émigration et de l'installation en France. Les modalités de cette installation des parents ne sont évidemment

pas sans conséquences sur la socialisation des enfants. Un seul exemple suffit à le comprendre : pour un jeune, le fait d'être né en France, d'y être arrivé à l'âge de trois ans et avoir été inscrit immédiatement à la crèche ou de n'y arriver qu'à l'âge de 14 ans, pour intégrer l'école en classe de sixième, modifie considérablement le niveau d'intégration au système scolaire et à la société française.

Au-delà de la diversité des processus d'intégration des enfants nés de parents immigrés, il semble que beaucoup ont grandi dans des familles qui se caractérisaient par une incertitude quant à leur place en France. Immigrés le plus souvent pour raison de travail, les pères ont occupé des emplois successifs, instables, ont connu le chômage ou ont mal vécu des emplois difficiles ou dégradants. Ils ne sont pas sûrs de vouloir, ni même de pouvoir, et l'évolution de l'opinion française sur les immigrés les inquiète, rester en France. Certains parents ont du ressentiment, d'autres un véritable contentieux vis-à-vis de la France. C'est le cas en particulier des Algériens et l'on peut dire de ce point de vue que la colonisation française est en train de produire des effets sans doute inattendus. Tous ces sentiments et vécus des parents s'expriment d'une manière ou d'une autre devant les enfants, ils transparaissent dans des bribes de conversations, dans des attitudes perçues par les enfants.

C'est parce que, déjà pour ces parents, la place dans la société française n'est pas assurée, que les enfants eux-mêmes sont à distance des institutions françaises. Leur place en France est incertaine par « héritage familial ». Parler de socialisation incomplète c'est dire que si la socialisation est ce processus qui doit aboutir à rendre les institutions, les normes et les valeurs « naturelles » pour l'individu, certains jeunes ne conçoivent justement pas celles-ci comme allant de soi. On comprend dans ce cadre l'importance du groupe de pairs comme support d'identité.

Le rapport aux institutions éducatives (école, associations, travail social, justice) qu'ont certains jeunes résulte encore de cette incertitude parentale. Ce que l'on constate pour l'école vaut pour l'ensemble des instances qui ont une prétention éducative : les parents les plus éloignés de la sphère scolaire ne savent pas quelles sont les limites des prétentions éducatives que se donne l'école. D'un côté cette prétention peut être refusée : l'éducation c'est la famille. De l'autre, il peut y avoir une délégation, on s'en remet totalement à l'école pour l'éducation



des enfants. Ces parents sont dans l'incertitude quant au partage des compétences éducatives. Dans quelles limites l'éducation relève-t-elle encore de la famille, de la sphère privée ou communautaire, versus d'une prise en charge publique dont l'école n'est qu'un élément, les autres pouvant être les travailleurs sociaux, les éducateurs, les juges ?

Nous avons là pour ces jeunes une situation « d'apesanteur sociale », d'arrachement par rapport aux institutions et aux normes. Pour toutes choses, ils ne sont ni là ni d'ailleurs. Ce n'est pas qu'ils ne soient pas intégrés, ils sont incertains. Les normes ne leur sont pas une seconde nature. Ils n'acceptent pas l'autorité comme allant de soi. Qu'il s'agisse de celle des parents ou des professionnels (enseignants, animateurs, travailleurs sociaux), l'autorité ne repose pas pour eux sur un statut, elle ne découle pas nécessairement d'une fonction. Elle doit faire ses preuves. Celui qui peut exercer son autorité sur un de ces jeunes a montré sa considération, son respect, il s'est engagé pour lui. C'est sa personne qu'il a mis en jeu.

L'autorité des institutions de contrôle n'est pas considérée comme légitime car elle donne l'exemple de la transgression de ses propres règles. Si la justice n'est pas juste, comment respecter les lois ? Si les policiers sont considérés comme partiaux, comment les respecter ? C'est moins du côté d'une défaillance de la socialisation qu'il faut chercher le rejet de cette autorité que du côté du fonctionnement de ces institutions républicaines qui par leurs pratiques ont des effets délétères sur la légitimité des principes qu'elles défendent. Le problème est moins celui d'enfants qui ne respectent pas l'autorité que celui d'autorités qui, à leurs yeux, ne sont pas respectables.

➔ Importance du groupe de pairs dans la socialisation des jeunes de la cité

Pour comprendre les jeunes il faut analyser les conditions de leur socialisation et la place toute particulière que tient le quartier dans celle-ci. Non seulement le quartier et ses caractéristiques objectives, mais aussi la manière dont il est vécu.

Très rapidement, dès l'école primaire, les jeunes se choisissent et forment des petits groupes qui perdureront au-delà de l'adolescence. Indirectement, et dans le contexte spécifique du quartier de relégation, cette précocité des affiliations va favoriser un certain type de relations sociales,

des pratiques qui ne pourraient se développer ailleurs. Ce premier groupe de collègues va jouer un rôle normatif et d'entraînement essentiel. Avec les autres jeunes, on passe du temps dans la rue, on intériorise « le code de la rue », on se sent obligé de détenir tel ou tel attribut, d'interpréter les situations de telle manière.

L'intensité de la sociabilité juvénile et la culture de rue qu'elle engendre, s'originent dans le vécu du quartier comme quartier de relégation et dans la réalité objective d'une socialisation « entre soi ». Le taux de chômage dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville est de 24 %, soit plus du double de la moyenne nationale. Les actifs qui travaillent occupent pour plus du quart des emplois précaires. Le taux de chômage des enfants d'immigrés est beaucoup plus fort que celui de jeunes de parents français (32 % versus 18 %) ; ils vivent plus souvent des périodes de chômage sur une période donnée.

Quant à l'école de la ZEP, non seulement réussir y est plus difficile qu'ailleurs, beaucoup plus d'enfants d'immigrés sortent de l'école sans diplôme (26 % versus 16 % des enfants ayant deux parents nés en France), mais le diplôme n'est plus considéré comme une garantie contre le chômage. « Lorsqu'un jeune sort de l'Université et se retrouve manutentionnaire dans un supermarché à la fin de ses études, c'est toute la motivation à la réussite scolaire qui se trouve atteinte dans le quartier ». La différence de niveau de diplôme entre les jeunes nés de parents étrangers et ceux nés de parents français n'explique qu'en partie la différence du taux de chômage car à diplôme égal, les jeunes issus de l'immigration ont encore un taux de chômage supérieur : les jeunes issus de l'immigration connaissent des obstacles spécifiques et, au premier titre, la discrimination à l'embauche.

Les jeunes de ces quartiers ont également le sentiment d'être relégués parce qu'ils grandissent « entre eux », autrement dit, entre arabes. Si l'on ne retient que la catégorie juridique de nationalité, les étrangers représentent en effet plus de 18 % de la population dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, soit trois fois plus que la moyenne nationale. Si on s'intéresse à l'origine des jeunes c'est-à-dire au pays de naissance de leurs parents, c'est, dans certains quartiers, à plus de 80 % qu'ils sont d'origine étrangère. Leur vécu correspond d'ailleurs à cette réalité lorsqu'ils disent par exemple : « Je crois que le problème c'est que depuis tout petit on est là. On a notre monde. On est qu'entre maghrébins ».

Si l'intégration est un processus, il faut constater que pour certains la dynamique est bloquée. On assiste alors parfois à un repli identitaire, une « ré-ethnicisation » qui est une réaction au vécu de la relégation. L'auto-désignation ethnique, « nous les arabes, nous les blacks », est l'invention par les acteurs d'une identité nouvelle à partir d'emprunts à la modernité du pays d'accueil et à la culture du pays d'origine. Les garçons peuvent ainsi prétendre jouer un rôle d'aîné et donc d'autorité sur les plus petits, de contrôle des sœurs ou respecter une religion autant fantasmée que connue. « Les grands défis auxquels les individus sont prioritairement sensibles en situation de morcellement culturel sont bien les atteintes à leur unité de sens et à la valeur qu'ils s'attribuent ».

Sans même évoquer les difficultés liées aux recompositions familiales, on constate en outre qu'avec leurs parents, ces jeunes ont un rapport ambivalent qui ne leur permet pas de trouver un ancrage identitaire. En effet, les parents peuvent être à la fois respectés et méprisés car tenus pour responsables de la situation dans laquelle se trouve la famille, incapables de réagir ou de faire face à la précarité, impuissants à comprendre leurs enfants. Cette citation d'un jeune résume parfaitement ce que nombre d'autres disent autrement : « Nos parents souvent ils ont connu autre chose, ils viennent d'un autre milieu, d'un pays différent, d'une autre culture, ils comprennent pas. Ils savent pas ce que c'est une société de consommation, pourquoi les jeunes veulent ça. Eux ils se contentent de peu. Pour eux, rien que ce qu'ils ont ici, c'est formidable. Ouvrir le robinet, il y a de l'eau chaude. Ils disent : on remercie Dieu pour ce qu'on a, on n'a pas à se plaindre ».

La spécificité du contexte urbanistique, social, ethnique de la Cité engendre des modalités de socialisation qui échappent au contrôle des institutions, tout un univers de pratiques, de représentations ; une culture de rue, un code de la rue. « Des catégories fondamentales de perception du monde social, comme le rapport au temps et à l'espace, les relations à autrui et à soi-même, y sont subtilement décalées ». Sortir de son quartier, lieu refuge mais aussi lieu d'assignation, circuler dans la ville, signifie se déplacer vers un autre monde. « Leur rapport à l'espace produit un taux d'interconnaissance élevé sur le quartier, qui induit à certains égards une sociabilité de village ». « Le rapport à la temporalité s'infléchit également. Erikson a montré que le développement harmonieux

des adolescents exige qu'ils puissent anticiper un futur « ouvert ». Qu'ils aient les moyens de s'imaginer, plus tard, devenus adultes, avec un travail épanouissant, un salaire suffisant et une famille heureuse. Toujours selon Erikson, ne pas pouvoir le faire rend les adolescents pessimistes, agressifs et apathiques ».

Le groupe des pairs dit ce qui vaut la peine et ce qui ne vaut pas la peine, ce qu'il faut penser de tel événement. Plus les jeunes passent de temps sur ce quartier, plus en effet ils sont soumis à une pression à la conformité de leurs pairs. La « vie de quartier » leur procure une socialisation dont l'importance résulte de leur distance à l'école et à la famille, en même temps qu'elle la renforce. Dans le contexte de la relégation, avec l'ambivalence des relations parentales (amour/mépris), le groupe de pairs produit un individu dont l'identité est essentiellement collective. Il pense dans et par le groupe. Il n'existe que par lui. Avec l'altération de l'image de soi liée à certains vécus, le groupe de pairs joue un rôle essentiel de restauration de l'identité abîmée.

La pression du groupe à l'adhésion à un certain nombre de valeurs, qui peuvent s'opposer aux valeurs dominantes, est importante. Les jeunes de la Cité se racontent beaucoup d'histoires, ils se forgent un vécu commun. Et il y a des manières de raconter les histoires, de les interpréter, de donner du sens au monde qui les entoure, à leur situation, qui vont les souder. L'expérience qu'ils connaissent est celle d'une oscillation constante entre deux mondes de valeurs : celui de leur groupe de pairs et celui de leurs parents. Ce doute quant à l'identité sociale place le jeune dans une situation « d'anxiété statutaire » qui le conduit à alterner ses engagements auprès des uns et des autres.

➔ Ce que réalisent les prises en charge

On ne peut ignorer que les prises en charge et plus encore les placements ne se réduisent pas à réaliser un travail éducatif. Ils produisent aussi, plus ou moins, une redéfinition du moi de l'individu. Pris en charge par les institutions éducatives, le jeune s'engage dans des processus d'ajustement entre le sentiment subjectif qu'il a de sa propre personne et son identité « objective », celle qui lui est accordée par autrui. La prise en charge rompt - elle a parfois explicitement cet objectif - avec la représentation que l'individu a de lui-même.



À des degrés divers, les prises en charge s'accompagnent de perte d'autonomie et de maîtrise sur ses activités, de promiscuité physique, de dépossession biographique (la vie la plus privée est exposée, discutée). En même temps, l'individu va s'adapter à la nouvelle situation, c'est-à-dire modifier ses pratiques et son identité subjective. À mesure que la prise en charge éducative - en réalité ré-éducative - se prolonge, s'accroît la rupture et la distance avec l'univers familial et avec son moi antérieur.

Une des caractéristiques des jeunes en grande difficulté est sans doute d'être dans l'incertitude quant à la place qu'ils occupent : dans la famille, à l'école, dans la société. D'ailleurs il s'agit souvent pour les professionnels de trouver une place à un jeune qui n'en aurait donc pas, ou plus. Le jeune sait rapidement ou il comprend qu'on n'a pas de place pour lui, qu'on lui cherche une place. La place c'est le lieu physique dans lequel s'inscrire, construire son identité : être de quelque part. Mais avoir une place c'est aussi occuper une position dans l'espace social, remplir un rôle social (de fils, d'élève...). Les placements ont comme effet pervers de développer cette incertitude. Ils sont justifiés par la nécessité de mettre le jeune à distance de la famille, de l'école, de « l'environnement ». Lorsque le milieu de vie précédent (en famille, dans le quartier) est présenté comme néfaste, nécessitant un éloignement, les jeunes ne savent plus à quel « milieu de vie » ils appartiennent, où est leur place. La multiplication des lieux de placement (voire de prise en charge) accentue le phénomène : ils ne sont plus de nulle part.

Le placement sépare, il sépare des précédents lieux de vie. Plus les difficultés des mineurs au sein de leur nouveau lieu de vie s'affirment, plus il semble indispensable aux institutions responsables d'accentuer la distance entre « milieu naturel » et « milieu de placement », soit en amplifiant l'éloignement géographique, soit en accentuant l'étanchéité des « frontières ». Le placement peut conduire à une dynamique de restriction des liens et de séparation des lieux anciens. « Une telle dynamique semble à l'origine de leur instabilité spatiale qui peut s'affermir alors, devenir chronique. La propension des enfants placés, soit à fuguer, soit à réaliser des actes transgressifs systématiques dans l'objectif conscient ou non de se faire expulser d'un milieu incapable de les contenir, soit à s'enfermer dans un silence qui semble ainsi répondre au silence institutionnel, correspond à la genèse d'un mal-être » qu'on pourrait dire iatrogène, c'est-à-dire produit par la prise en charge elle-même. « C'est alors que peut s'entrouvrir, puis se développer un singulier espace, un « mi-lieu », dont les attraits se sont progressivement révélés au cours de leur incoercible mobilité, c'est-à-dire lors de leur quête d'un espace introuvable ». Les itinéraires de placement successifs peuvent donner l'impression aux jeunes qu'ils se dirigent vers une impasse et que plus aucun « espace », ni aucune place ne leur est plus attribuée.

« Soigner la violence » ?

Réflexion sur les processus de pensée de l'enfant violent et leur abord thérapeutique.

Par Catherine RIGAUD et Maurice BERGER, psychiatres

Dans notre pratique clinique, nous sommes de plus en plus souvent confrontés à des sujets, enfants ou adolescents, qui présentent comme principal symptôme une violence extrême, incoercible, imprévisible, et semblant parfois sans limite dans la destruction réelle de l'environnement humain et matériel qu'elle attaque (nous parlons ici de la violence individuelle, bien différente de la violence groupale exercée en bande organisée, structurée, et qui est une violence somme toute relativement « codifiée », régie par des lois internes au groupe). Ces sujets sont insensibles à la parole et à tout travail psychothérapeutique, malgré leur intelligence ; de même, les sanctions prises à leur rencontre par l'entourage, quel qu'il soit (familial, socio-éducatif, scolaire, judiciaire...), s'ils en comprennent manifestement la raison et le but, restent totalement inefficaces quant aux récurrences violentes et/ou à une tentative d'intériorisation et de réelle mise en sens. Quant aux compromis que l'on pense parfois faire avec ces jeunes souvent taxés de « manipulateurs », ils correspondent le plus souvent à une suspension temporaire de la confrontation, qui ne fait que repousser dans le temps l'issue violente qui se produit alors secondairement à l'occasion d'un prétexte minime ; de plus, le compromis est vécu sur le mode de la domination de l'autre ou de la soumission à l'autre, mais jamais dans la construction d'un espace commun.

Le sentiment éprouvé par ces sujets est trop souvent pris, à tort, pour de la colère ou de l'agressivité, lesquelles sont dirigées vers un objet différencié et correspondent à un certain niveau de mentalisation, dont ils sont incapables même s'ils font pourtant illusion. Ce comportement apparaît chez des enfants parfois très jeunes (trois – quatre ans), et il faut insister sur le fait que cette violence n'a pas d'âge biologique. Elle est présente depuis que le sujet est petit enfant ; simplement la force physique de l'individu croît avec l'âge si bien que l'on peut de moins en moins la sous-estimer. Cette violence n'a donc rien à voir avec l'adolescence en elle-même, même si, bien sûr, elle se poursuit à cet âge ; et nous considérons que pour ces sujets, il est réducteur de parler

de jeunes ou d'adolescents violents. Ils étaient déjà violents bien avant la période pubertaire, et la relecture après-coup des dossiers socio-éducatifs, judiciaires et médicaux de ces sujets en apporte la preuve.

Dans une partie de notre service, nous recevons en hospitalisation à temps complet ces enfants et ces jeunes, en bout de course en ce sens qu'ils ont mis en échec 14 ou 15 institutions et services de pédopsychiatrie auparavant, y blessant de manière importante des adultes ou des enfants (la plupart étaient déjà l'objet de plaintes pénales avant l'âge de 12 ans). Nous nous trouvons donc devant des situations extrêmes qui justifient des dispositifs thérapeutiques inhabituels, dans la mesure où nous savons que si nous échouons, ces sujets risquent un destin de meurtrier et/ou de violeur. Lorsque nous les recevons, deux options sont possibles : soit traiter la crise au moyen d'une hospitalisation brève, soit tenter un travail réellement mutatif au sein de leur structure psychique au cours d'une hospitalisation prolongée. Nous avons pris cette dernière option. Seul alors un travail reposant en permanence sur des concepts et une recherche psychanalytique permet de faire face au fonctionnement intrapsychique si sauvage de ces sujets, à condition d'accepter d'être confrontés à des processus déstabilisants et inconnus.

➤ Les processus originaires de la violence

L'échec de la séduction primaire

En rencontrant les professionnels avant qu'il ne soit fait appel à nous, ou en lisant les dossiers, on constate que dès bébés, ces enfants ont vécu une relation désastreuse avec leurs parents, lesquels ne présentaient pas forcément de troubles psychiatriques ou psychopathiques avérés, ni systématiquement de comportement de maltraitance physique. Ces pères et mères ne donnaient pas à leur enfant la possibilité de ressentir l'autre comme un double, ne tenaient pas de fonction miroir, n'étaient jamais un reflet corporel ni un reflet des états internes de leur bébé. Et l'on sait que la capacité de se différencier repose d'abord sur ce « bon fond » d'indifférenciation, sur cette expérience du double, cette homosexualité primaire suivant l'expression de R. Roussillon (2002). Par ailleurs, ces parents étaient aussi sans constance émotionnelle avec leur enfant,



qui était alors confronté à un environnement imprévisible et inintelligible. Ce que l'on retrouve à la lecture des dossiers anciens, comme dans l'observation des interactions familiales actuelles, est le fait qu'il n'existe aucun moment d'accordage, dans quelque registre que ce soit (du registre le plus primitif au plus élaboré : corporel, émotionnel, affectif, fantasmatique), c'est-à-dire pas de partage d'affect, pas de plaisir partagé, pas non plus de moments de câlin, de portage adéquat, avec les défauts de la représentation d'une enveloppe contenante qui s'en suit. Le sujet n'a jamais pu vivre l'expérience de se sentir bien, seul en présence de l'objet, ni intérioriser un bon objet interne. Mais ce que nous venons de décrire correspond à beaucoup de situations de souffrance narcissique identitaire, d'états de mal être, de sentiment de vide interne, et ce n'est ni spécifique ni suffisant pour expliquer l'hyperviolence. Ce qui nous a paru être spécifique au niveau familial, c'est ce que l'on peut appeler un échec de la séduction primaire dont nous avons pu reconstruire qu'elle se manifestait de deux façons :

1. La désignification de l'ensemble des signaux corporels

Dès les premiers jours, le sujet a subi une désignification des signes qu'il a adressés à l'autre, une déformation ou une annulation de leur sens. Ceci aboutit constamment à des troubles massifs de la représentation du corps et de son fonctionnement. La violence du sujet est alors à comprendre comme un symptôme, signe d'une terreur sous-jacente : celle de penser tout mouvement de l'environnement (et notamment les mouvements d'approche ou de retrait) comme **désignifiants**. Dans les interactions précoces s'est produit un défaut grave de l'environnement dans sa fonction de perception et de mise en sens des signes en provenance du nourrisson. Ces processus pathologiques se sont produits dans la toute petite enfance, mais pour peu qu'on les observe attentivement, les interactions actuelles (même quand le bébé est devenu adolescent !) sont marquées par les mêmes distorsions. Cette défaillance de l'environnement maternel se joue sur le plan psychique, mais est mise en acte dans une inadéquation mortifère envahissant tout le champ des interactions corporelles, sensorielles, émotionnelles, affectives et fantasmatiques. Le signal envoyé par l'enfant ne laisse pas trace en l'autre, et, d'une part, n'acquiert pas le statut de signe, d'autre part, ne peut être métabolisé et réadressé dans l'indispensable retour sur soi d'où pourra naître l'auto-érotisme. On comprend mieux alors les difficultés majeures de représentation et de symbolisation de ces sujets qui ne savent pas que le signe existe.

2. L'absence d'attirance pour le corps de l'enfant,

que la mère ne trouvait pas séduisant, et qu'elle rejetait physiquement. Elle n'avait aucun plaisir à s'occuper de lui ; plus même, ce corps lui répugnait ou l'angoissait (singulière remarque de la mère d'un enfant que nous avons reçu à l'âge de 12 ans, qui disait à propos de son nourrisson lors de son premier placement à l'âge de 8 mois : « je n'aime pas son corps »). Les travailleurs sociaux qui passaient à domicile, constataient que l'enfant était laissé de longs moments dans son berceau. Dans certains cas, il devait prendre son biberon seul, calé par un coussin, etc. En place de la séduction normale (« le plus beau bébé du monde »), l'enfant tenu à distance et mal traité a vécu des sentiments de solitude intolérable et de terreur. À défaut de s'être senti séduisant, il aura comme mode de contact l'agrippement violent, et parfois à l'adolescence, le sexuel brut, non intégré dans un mouvement de tendresse.

Le rapport de ces parents au corps de leur enfant était (et est toujours) très particulier, comme s'ils en avaient une mauvaise perception dans ses caractéristiques physiques : la taille, le poids, la résistance à la pression, etc. La maman d'une petite fille n'avait par exemple aucune idée de la taille du récipient qu'elle devait utiliser pour baigner son bébé. Jusqu'à la sortie de la maternité, elle pensait la lâcher dans la baignoire pour adulte remplie d'eau.

Quand la puéricultrice, inquiète, va ensuite la voir à domicile et lui demande si elle n'aurait pas quelque chose de plus adapté, elle sort du placard un plat à gratin qui est trop petit pour l'enfant. La mère d'une autre enfant ne la touche, lorsqu'elle est bébé, qu'en lui passant le bout du doigt sur un sourcil. Une autre mère répète à son enfant âgé de douze ans que depuis qu'il est bébé, et encore maintenant elle n'aime pas son corps. Les effets sur l'organisation psychosomatique de l'enfant sont considérables : ces enfants ne peuvent prendre conscience des caractéristiques physiques de leur corps que lorsqu'ils constatent la trace réelle qu'ils laissent dans le corps de l'autre, l'empreinte laissée (comme une identité « en creux », en négatif) sur l'environnement, empreinte qui va renseigner le sujet sur ses propres propriétés (le « je ne pensais pas que je pouvais taper aussi fort » de l'enfant qui vient de se montrer violent et qui regarde la trace de son coup sur le corps de l'autre n'est pas une preuve de jouissance sadique, mais une marque de satisfaction identitaire de l'être qui se découvre enfin, se voit, se mire dans l'environnement).

➤ La violence parentale

Quand la violence parentale physique a été présente, l'enfant n'avait pas d'autre choix que de « mettre en lui » la personne terrifiante, dans une sorte d'identification brute, d'incorporation globale, ce qui fait que l'on ne voit plus l'enfant terrifié qui existe derrière l'enfant violent. La toute-puissance de l'enfant, c'est celle du surgissement hallucinatoire du père ou de la mère violents en lui, et non pas projeté sur l'autre. Lorsque cette hallucination survient, l'enfant n'a pas les moyens de la contenir, il ne peut que se laisser emporter en y adhérant. Ainsi un enfant peut attaquer brusquement un autre enfant ou un adulte en hurlant : « C'est papa ! », ce qui ne signifie pas qu'il attribue à l'autre, à ce moment-là, les qualités paternelles, mais bien que le père terrifiant surgit en lui, anéantissant l'enfant-sujet ; l'enfant « tout-puissant » sur le plan symptomatique masque l'enfant « tout-impuissant » sur le plan intrapsychique. Ce qu'ont vécu ces enfants est très difficile à se représenter. Ainsi lorsque nous apprenons à Jacques, alors qu'il a 14 ans, que sa mère est en prison pour meurtre, sa réponse est : « pour vous c'est grave, mais pour moi ce n'est rien à côté de certaines choses qu'elle m'a faites ».

Le trans-générationnel

Bien sûr, il y a du trans-générationnel dans la manière dont un parent ne peut pas accueillir son enfant, et dans l'impossibilité dans laquelle il se trouve de développer la moindre identification même corporelle avec son bébé. Les processus décrits habituellement dans la transmission trans-générationnelle (A. Carel, 2002 ; H. Faimberg, 2002) peuvent être retrouvés, la séduction narcissique, l'identification aliénante, etc. Mais ce trans-générationnel présente trois caractéristiques.

- L'aspect quantitatif, massif, de la pathologie interactionnelle prime sur le qualitatif.
- Cet aspect donne une tonalité littérale aux affects. On n'est pas dans le déni, la mère dit littéralement : « tu me répugnes », et l'enfant dit littéralement : « c'est papa ».
- Les parents ne nous livrent jamais les fragments minimum de réalité - vérité historique qui nous aideraient à comprendre. En effet, malgré notre longue expérience du travail familial, toute tentative de proposer aux parents de penser sur leur propre histoire les renvoie à des vécus intolérables,

aux limites de leurs propres capacités de symbolisation, et ils nous signifient clairement qu'il ne faut pas aller plus loin sous peine d'arrêt des rencontres. Il faut souvent au moins un an et demi d'entretien avant qu'ils commencent à évoquer leur histoire, et encore seulement leur histoire avec leur enfant lorsqu'il était bébé. Ce n'est que plus tard que certains évoqueront un peu leur histoire personnelle.

Du fait de ces trois caractéristiques, nous ne disposons pas, si nous nous en tenons aux approches thérapeutiques classiques, des conditions permettant de symboliser, de mettre en représentation les processus et les affects en jeu. Du côté des enfants, existe la même impossibilité de penser que chez les parents. Leur principale réponse, quand on leur propose de réfléchir en consultation « libre », est : « ta gueule, tu me prends la tête ». Toute relation est attaquée avec violence dans la réalité, toute parole est ressentie d'abord comme risquant d'être désignifiante. On n'a donc pas non plus à disposition l'utilisation de la reconstruction historique, et nous devons longtemps réfréner notre envie d'utiliser cet outil qui serait refusé avec véhémence. Toute ébauche de pensée commune impliquant le début d'un lien, tout regard même parfois, entraîne une explosion violente. Certes, si on veut aller du côté du sens, on en trouvera toujours, mais rien ne pourra en être proposé au sujet tant qu'on n'aura pas commencé par immobiliser ce système de défense majeur que sont l'expulsion et la défense violente, et tant que le sujet n'aura pas acquis un minimum de cohésion corporo-psychique.

➤ Les orientations thérapeutiques

Il a donc fallu créer des dispositifs inhabituels pour que la pensée advienne. Notre première question dans ces circonstances n'était pas « que va-t-il penser ? », mais « va-t-il penser ? ». Au cours de cette aventure assez inquiétante, dans laquelle l'acte est là en permanence (et non pas une seule fois, ce qui le rendrait relativement élaborable), nous avons été soulagés de rencontrer les travaux de C. Balier, nous indiquant que certains sujets ne pouvaient commencer à penser que lorsqu'ils ne pouvaient plus agir, ceux de M.B. Lacroix et de M. Montmayrant montrant la nécessité de fournir une réponse physique contenante, souvent ressentie comme sadique par les autres adultes présents ; et aussi les travaux de J. Dufour sur l'aspect thérapeutique de l'isolement dans certaines circonstances cliniques. Ainsi nous



nous sommes sentis moins seuls, d'autant plus que ces modes de soin sont difficiles à intégrer. Il est en effet presque impossible à quelqu'un de « normal » de penser que certains sujets ne se sentent bien qu'isolés en chambre ou contenus par des attaches, alors qu'ils ont demandé à venir dans notre service en sachant que c'est ce que l'on leur proposerait. Le débat, lorsqu'il tourne autour de la liberté, comme c'est le cas à propos des centres éducatifs - doivent-ils être fermés ou pas ? - est complètement inapproprié, car les sujets en question n'ont aucune liberté interne, et la parole est totalement inefficace avec eux dans un premier temps.

La deuxième question, c'est de savoir, une fois l'acte violent rendu impossible, quel dispositif permet à ces sujets de s'approprier leur sensorialité et leur pulsionnalité, et quel dispositif d'écoute au sens large, écoute des manières physiques d'être et des paroles, on est capable de mettre en place. On mesure l'immensité de la tâche. Tout est à reprendre : la prise de conscience du corps, de son fonctionnement, de ses orifices (car ces sujets et nous-mêmes découvrons peu à peu qu'ils ne sentent pas certaines parties de leur corps, les lèvres, la profondeur de la cavité buccale, le dos, etc.) ; le long cheminement depuis des sensations enfin identifiées aux émotions, puis aux affects, le tout étant pris dans des processus de torsion massifs ; le travail sur la temporalité, la régression, la dépendance, et l'apparition du plaisir de la dépendance, l'apparition des premiers souvenirs, des rêves... Chez les préadolescents, il faut tenter de faire en sorte que la constitution d'une intersensorialité contenant des sensations soit réalisée avant la survenue de la poussée pulsionnelle de la puberté.

Revenons à la première question, « comment aider un sujet à contenir sa violence de manière à ce qu'il se mette à penser ? » Pour cela, nous utilisons trois dispositifs : la contention corporelle, une écoute spécifique, une attitude « anti-effacement ».

➤ La contention

Elle peut avoir lieu de deux manières en fonction du niveau de sécurité nécessaire et de l'âge. Pour les préadolescents, on utilise des attaches (poignets, chevilles, ceinture ventrale) pour une durée prolongée, parfois de plusieurs semaines. Ceci nécessite de relever le conflit, et de penser qu'un sujet omnipotent est un enfant terrorisé par un objet interne ; un des buts de la contention est de permettre au sujet

de tolérer quelque chose de son impuissance face à ces sensations - émotions internes. Pour les enfants petits, on utilise des enveloppements avec un drap non humide d'une durée de 40 minutes.

La contention est accompagnée de deux axes de travail : le « **nursing** » au sens large, et l'**écoute** formalisée par des entretiens quotidiens. Le nursing a la particularité d'être très codifié (par exemple, les infirmiers doivent toutes les heures frictionner les points de pression et de contention, et le jeune sait parfaitement, lorsqu'il l'a expérimenté quelquefois, que l'adulte ne touchera aucune autre partie de son corps à ce moment-là, situation inconnue pour ces enfants dont le corps a été le jouet de l'imprévisibilité parentale réelle, puis des attaques hallucinatoires ultérieures) ; ce travail de nursing requiert une disponibilité des soignants que l'on n'imagine pas (beaucoup plus importante que pour les enfants non contenus, car la contention est tout sauf un mouvement de rejet ou de désintérêt...) et un travail quotidien d'élaboration groupale des interactions vécues et observées. C'est à ce moment que l'on accède à ce qui jusqu'à présent était inapparent car balayé par les accès de violence. Tout d'abord, à la différence de ce qui se passe pour un enfant autiste qui se sent moins anxieux car moins morcelé lors d'un enveloppement, les sujets violents vivent, lorsqu'ils sont contenus, des émotions, sensations et bribes de pensée terrifiantes, celles qu'ils chassaient justement par l'acte : la contention, immobilisant la partie violente, révèle la partie-sujet de l'enfant, situation terrorisante pour le jeune en contention, car cette partie-sujet est la partie « toute-impuissante » que l'on a évoquée plus haut. Ensuite on peut commencer à reconstruire ce qu'a pu être la nature des échanges précoces car apparaissent toutes les distorsions que l'enfant a vécues dans l'interaction primaire, en particulier toutes les formes tordues de câlins. Ainsi Medhi chuchote et quand l'infirmière approche son visage de lui pour mieux le comprendre, il lui hurle brusquement dans les oreilles ; au moment du repas, nourri par l'infirmier, il ouvre la bouche à se décrocher la mâchoire, la refermant quand la cuillère arrive, la rouvrant immédiatement quand elle s'éloigne, pour finir par « mordre la main qui le nourrit ». Lorsque l'infirmier lui lave les dents, Medhi se rend compte qu'il n'a aucune sensation et voudrait que l'infirmier appuie sur la brosse à lui écorcher les gencives. Il pourra évoquer beaucoup plus tard un souvenir retrouvé (sans faire le lien avec l'épisode du brossage de dents sur lequel s'étaye pourtant le souvenir) : sa mère le maltraitant en lui griffant l'intérieur des joues avec ses ongles...

Nous avons eu une première idée du niveau de torsion interactionnelle vécue par ces enfants lorsque nous avons constaté que tous disaient qu'ils n'avaient pas supporté d'être contenus dans nos bras et qu'ils préféreraient que cela se passe par l'intermédiaire d'attaches, ou de draps qui les enveloppent.

Un temps particulièrement intéressant est celui de la décontention, c'est-à-dire le moment où l'on passe de la « contention-sécurité » à la réappropriation sensorielle et pulsionnelle, de la contention à la contenance (C. Rigaud, 2001). Ceci se fait très progressivement car on est confronté en permanence aux effets de l'imprévisibilité relationnelle à laquelle ces sujets ont été soumis. De ce fait, le principe de transformation n'est pas acquis, et si un cadre de soins varie trop vite, le sujet n'est pas capable de faire le lien avec le cadre précédent. De son point de vue, ce sera comme si on avait complètement changé de cadre, et probablement, le fait de changer brutalement ce « miroir de lui-même » qu'est le cadre entraîne la déstabilisante impression que lui-même n'est plus le même... Un cadre qui se modifie trop vite est vécu comme une répétition de l'imprévisibilité primaire. Il va donc falloir lui proposer de jouer avec l'idée du changement, par exemple se questionner devant lui et avec lui sur l'assouplissement du cadre, sans que cette réflexion n'entraîne forcément un changement dans la réalité. Et l'on est frappé de constater comment, chaque fois que l'on va trop vite, ces sujets nous l'indiquent. De plus, lorsqu'on commence à les décontenir, ils trouvent d'autres dispositifs de contention, par exemple en se mettant dans des cartons, dans des tunnels de jeu, moment où le sujet montre qu'il peut reprendre à son compte cette expérience psychosomatique. C'est lorsque ces sujets sont presque complètement décontenus que l'on constate à quel point la contention ne se situe pas dans le domaine de la répression surmoïque. Par exemple, ces jeunes peuvent aller au collège, mais gardent le besoin d'avoir une heure de contention par jour, comme un rappel des sensations qui leur permettent de contenir la violence en eux. On est alors dans un dispositif qui n'aurait aucun sens s'il s'agissait d'un problème de sécurité.

En ce qui concerne les enveloppements, un exemple sera donné plus loin à propos de Pierre, âgé de 5 ans 1/2. Précisons tout de même que ces enveloppements ont été mis en place « par défaut » car nous n'avons pas osé utiliser la contention chez un enfant si jeune ; nous travaillons donc dans ces séances d'enveloppement dans la même dynamique que lors d'un travail de contention.

➤ Le dispositif d'écoute

Nous mettons en place le dispositif d'entretiens dès le début de la contention, bien que le jeune ne l'utilise pas en tant que tel : il est d'une part le lieu où l'on observe les prémisses de la mentalisation, lorsqu'elle peut enfin s'étayer sur le quotidien relationnel et interactionnel, et d'autre part une sorte de borne indicative pour l'équipe et pour l'enfant, marquant qu'un jour l'essentiel sera la parole (quelque chose comme une « illusion anticipatrice »). Ce n'est que beaucoup plus tard qu'une psychothérapie pourra être mise en place.

Ce dispositif d'écoute assez « primitif » va alors servir de réceptacle à la pensée naissante qui s'étaye sur les dispositifs précédents. Ainsi, Medhi, 13 ans, qui n'a probablement jamais pu penser à son histoire ni se laisser aller à ressentir des affects, déclare au bout de quelques jours de contention : « je réfléchis aux 26 raisons pour lesquelles mon enfance s'est mal passée ». Ou encore, dans un mouvement transférentiel, il déclare que ce qu'il raconte à son infirmière référente va « à la benne » ; quand on explore cette expression avec lui, il indique qu'il ne peut pas montrer sa tristesse à sa mère (extrêmement violente par ailleurs), car il sait qu'elle se mettra alors à pleurer sur elle, et il sera dépossédé de ses pleurs, ce qui lui est intolérable. Ceci avait d'ailleurs été remarqué auparavant par les soignants au cours des rencontres médiatisées (en présence de deux membres de l'équipe) qu'il avait avec sa mère.

Il faut insister ici sur le fait que la position « transférentielle » qui nous est parfois attribuée est celle de témoin, témoin qui accepte la gravité de ce que l'enfant dit sur son état interne, sans chercher à réparer ou à consoler. L'éprouvé solitaire devient éprouvé partagé, accompagné, ce qui est une différence fondamentale par rapport à ce que ces sujets ont vécu auparavant, et la seule parole possible est parfois de dire ce que nous ressentons, quelle empreinte « psychique » cela fait en nous d'entendre ce qui nous est dit par ces sujets, ou ce qu'ils nous montrent enfin de leur état psychique.

➤ Les dispositifs anti-effacement

Nous rejoignons ce qu'a écrit M. Ciavaldini à propos des agresseurs sexuels. Pour nous, il est extrêmement important de ne pas effacer un acte violent, de manière à ce que le sujet puisse réfléchir sur ce qui s'est passé



juste avant l'acte. Qu'a-t-il pensé et ressenti alors ? Quelle image est venue à son esprit ? Le sujet, après avoir nié la réalité, ou l'intentionnalité, ou la dangerosité de son geste, nous décrit souvent la survenue d'un flash hallucinatoire ou de déréalisation juste avant qu'il ne frappe, hallucination dont la nature sera précieuse pour le travail psychique ultérieur. Dans ce registre, pardonner ne sert à rien, c'est au contraire faire perdre au sujet une occasion de penser et de rétablir une temporalité. On n'est pas encore dans le registre de la culpabilité « normale », les excuses n'ont aucune valeur et ne nous intéressent pas, car elles représentent pour l'enfant un véritable effacement de la trace. Il est dit à l'enfant : « On en reste là pour le moment », et l'épisode violent sera repris plus tard, éventuellement par et/ou avec un autre soignant.

Voilà comment la prise en charge de ces enfants déstabilise les théories sociologiques, politiques, et même psychanalytiques habituelles concernant la violence.

Pour mieux illustrer les processus dont nous avons parlé, nous allons évoquer la prise en charge de Pierre qui a actuellement cinq ans, et qui est rentré dans notre service à trois ans et deux mois (nous remercions René Roussillon de nous avoir aidés à comprendre et à tenir cette situation). Pendant les deux premières années de sa vie, il a fait 13 séjours en pouponnière, soit à la demande de ses parents, soit à la demande des éducateurs, l'issue de chaque placement étant un retour à domicile. Ses parents sont violents et abandonnants. Dans le dernier foyer où il était, lors des visites médiatisées, sa mère lui ordonnait de tout détruire dans l'institution. Elle-même, française de souche catholique, s'est mariée depuis deux ans avec un homme intégriste musulman, et il s'agit probablement du seul moyen externe qu'elle a trouvé afin de contenir sa violence et sa psychopathie. Elle se soumet à des règles très strictes, refuse de serrer la main des hommes, et porte un double voile qui a transformé l'apparence de son visage du jour au lendemain, ce qui a beaucoup perturbé Pierre qui avait du mal à la reconnaître. On peut penser qu'en disant à son enfant de tout détruire, elle lui fait agir la partie violente qui demeure active en elle.

Pierre présente une violence extrême vis à vis de lui, des autres et des objets. Il fonce la tête en avant sur les adultes, comme pour les traverser, sans retenue aucune (on voit que l'issue de son mouvement, à savoir la blessure de l'autre ou la sienne, ne lui importe pas ; on voit même que l'idée de savoir

quelle consistance physique il va trouver en face de lui ne l'effleure pas). C'est donc un enfant que l'on est obligé d'accueillir les mains en avant pour ne pas se faire mal. Nous avons considéré comme un premier progrès le fait qu'il puisse se servir de projectiles contre les autres au lieu de se comporter lui-même comme un projectile. Il est nécessaire de l'isoler dans sa chambre tant il détruit tout. Il casse en quelques secondes tout objet mis à sa disposition dans sa chambre. Le premier dispositif qui a calmé son activité de destruction des objets, après laquelle il se sentait particulièrement mal, a consisté à utiliser un appareil photo polaroïd pour photographier les objets. Pierre pouvait ainsi garder une photo des objets qu'il pouvait à loisir détruire (nous reconnaissons donc et acceptons ce mouvement plutôt que de lutter contre), et une autre photo était mise dans son dossier au cas où il détruirait la sienne. Cette survivance de l'image de l'objet, de la représentation, lui a permis de cesser d'attaquer les objets, et actuellement il les photographie lui-même. Mais sa violence contre les autres et lui-même persistait. Il lui a alors été proposé des enveloppements deux fois par semaine, nécessitant quatre soignants, d'une durée de 40 minutes. Pendant ces séances, il demandait qu'un soignant reste debout contre la porte de la pièce de crainte que quelqu'un ne rentre (une forme de l'imprévisible pouvant surgir au moment où il essaie de se laisser aller et où il est alors très vulnérable). Ces enveloppements ont été efficaces mais ont soumis les soignants à des identifications corporelles très primaires et épuisantes. Le principe était de laisser Pierre entrer en contact avec l'enfant terrifié en lui-même, en tolérant à notre niveau qu'il passe par une période « informe », c'est-à-dire que nous ne savions pas ce qui allait surgir en lui, et ne cherchant pas absolument à le comprendre, à donner du sens (car le « trop de sens, trop vite » était assimilé au contraire, à savoir la désignification dont nous avons parlé). Comme si ce « premier non-sens », cet informe, était la première appropriation de soi par l'enfant, à respecter sous peine de l'en déposséder. Il suffisait de dire : « c'est difficile, on ne sait pas ce qui se passe. Peut-être que c'était comme ça quand tu étais petit ». En voici quelques extraits (donnant une allure découpée assez artificielle hélas).

Au cours des premiers enveloppements, il dit « vous ne pourrez rien pour moi, vous n'avez pas assez de mains ». Plus tard, lorsque les soignants essaient de s'éloigner un peu de lui : « est-ce qu'elles sont prêtes, vos mains ? »

Au début, il respirait très vite, sans affect apparent. Il avait besoin qu'il y ait une poupée enveloppée à côté de lui qu'il regardait quand il était très angoissé et cela le calmait. À un moment, il a pu dire « je retrouve mon corps ». Un jour où il a réussi à se dégager les bras, il s'est mis à faire des jeux de mains de bébé à vingt centimètres de son visage.

Lors du cinquième enveloppement, les choses se sont mal passées car il a demandé que l'on fasse « clic clac », ce qui veut dire pour lui : « ferme ta gueule, ferme ta gorge » et les adultes ont accepté de se taire complètement. Il a été très mal après. Avec de tels enfants, il faut distinguer sans arrêt dans leurs demandes celles qui sont héritées du parent fou, comme « ferme ta gueule » qui signifie la perte du lien, c'est-à-dire l'anti-communication, de celles qui sont « pro-communication ».

Les premiers mouvements d'accordage se sont produits avec les mouvements de langue de la psychologue, langue qu'il avait besoin de voir pendant qu'elle chantonait, la bouche entrouverte, assise à côté de lui. L'accordage ne se situait donc pas encore sur l'air qu'elle chantonait sans parole, mais sur le corps, littéralement.

Après 22 mois de prise en charge, Pierre va mieux, ne se mutile plus, ne s'arrache plus les cheveux, a repris sa scolarité dans un cadre individuel, s'est comporté sans problème lors d'un camp d'une semaine. Il a cessé d'être totalement envahi par des préoccupations morbides, lui qui hurlait régulièrement : « je vais m'arracher la peau, puis manger mon squelette ». Quand il se sent trop excité lorsqu'il fait seul des jeux dans sa chambre, il se met dans sa caisse à jouets, et dit alors à l'infirmière : « regarde, ça me coince ». Un jour, lors de l'entretien dans sa chambre, il déclare avoir constaté que son caca sort par un trou, et qu'il en a vérifié deux fois l'existence en regardant dans un miroir. Comment concevait-il auparavant son corps ? Pensait-il qu'il y avait une déchirure dans l'enveloppe qu'il se refermait ou qui cicatrisait à chaque défécation ?

Quelques semaines après le début des enveloppements, il a pu être accessible à une psychothérapie, à raison de deux séances par semaine. Pendant longtemps, les entretiens n'ont pu avoir lieu que s'il était assis sur ou contre un infirmier, sinon il s'agitait, se mettait à marcher, n'arrivait pas à penser, et le travail n'était plus possible. Le dispositif utilisé était le récit à deux, sorte de squiggle parlé dans lequel le thérapeute et lui inventaient une histoire en disant chacun à leur tour

une phrase que le thérapeute notait. Il était difficile de faire autrement pour obtenir une production de valeur symbolique, car il ne dessinait pas, ne jouait pas encore vraiment, et ne parlait pas de ce qu'il ressentait. Dans ce cadre, il ne réfléchissait qu'en étagage sur le corps d'une infirmière et sur la pensée du psychothérapeute, et à condition que ce dernier soit à distance de lui, assis à au moins deux mètres. Au début, dès que l'on commençait à construire une histoire, un objet tombait sur la tête des personnages et détruisait tout. Et il ne fallait surtout pas lui proposer d'interprétation car il ressentait cela comme si l'interprétation lui tombait dessus. Maintenant il poursuit le même récit depuis plusieurs séances et on peut commencer à lui dire que ce qu'il vit est en relation avec le passé, c'est-à-dire qu'on peut commencer à lui proposer des représentations d'un bébé en interaction corporelle et psychique avec ses parents, et à évoquer des mouvements transférentiels.

Voici le compte rendu d'une séance, la première où Pierre laisse affleurer la violence des sentiments qu'il éprouve à l'égard de sa mère. Il débute en évoquant un courrier qu'elle vient de lui adresser, lui donnant de ses nouvelles de manière banale. Sa mère ne s'était pas manifestée depuis six mois. Il dit qu'il voudrait la voir. Je lui demande pourquoi il pense qu'elle ne vient pas aux visites qu'on lui propose. Il réfléchit et répond que c'est à cause de Catherine Rigaud qui lui interdit de venir parce qu'elle lui a apporté trop de cadeaux lors de la dernière visite médiatisée. L'infirmière explique qu'au contraire, cette mère avait promis des cadeaux au cours de la dernière visite et qu'elle ne les a jamais apportés. Le thérapeute dit alors à Pierre qu'il est peut-être en colère contre sa mère mais que c'est trop difficile à penser pour lui et qu'il préfère être en colère contre Catherine Rigaud. À ce moment, et c'est l'aspect le plus important à souligner ici, il prend la précaution de demander à l'infirmière de le tenir très serré avec ses bras (étagage antérieur thorax-ventre différent de l'appui dorsal). Il dit alors qu'il n'est pas en colère contre sa mère mais contre son père car ce dernier ne vient pas le voir non plus, puis il se met à se taper la tête, puis à taper son doudou en chiffon, puis à crier dans les oreilles de l'infirmière, puis il vient vers le thérapeute et lui crie dessus. Quand on lui demande s'il a peur que sa colère ne soit si grande qu'elle mette sa mère en morceaux, il répond par la négative. Par contre, il craint que sa mère ne soit fâchée contre lui et ne se mette très en colère à son tour. Pour qu'il pense sa colère sous une forme plus mentalisée, il lui est proposé de continuer le récit



Partie 1

Approches théoriques

à deux. Nous en étions restés à une histoire d'arbres qui demandent à un crabe comment cela se fait qu'il ne pince plus alors qu'il le faisait auparavant.

Le crabe (Pierre) : « Je tapais parce que j'avais peur que vous me battiez. »

Les arbres : « On t'avait déjà battu ? »

Pierre : « Non. Si. »

Les arbres : « Et pourquoi on te battait ? »

Pierre : « Parce que je voulais battre. »

Les arbres : « Alors tu ne sais plus comment ça commençait, si c'était toi ou les autres qui voulaient battre. »

On constate que Pierre est dans un état de confusion concernant l'origine de la violence. Vient-elle de sa mère ? Ou est-il fondamentalement mauvais, et c'est sa simple existence (sans qu'il ait besoin d'agir, ou plutôt quels que soient ses agirs) qui créerait la destruction ? C'est ce que nous avons commencé à élaborer avec lui. Il a pu depuis organiser sa violence « anobjectale » en colère contre sa mère : parfois, à l'acmé d'une crise d'agitation, il ouvre la fenêtre de sa chambre en criant au dehors « ta gueule, méchante maman ».

Pour terminer, nous pouvons dire que les enfants et préadolescents que nous avons pris en charge ainsi vont mieux sur le plan symptomatique, et que quelque chose de réellement mutatif s'est produit au sein de leurs processus de pensée (nous avons évidemment une somme de matériel clinique qui dépasse largement le cadre de cet article, et qui nous permet de parler ainsi). Ils peuvent accéder à un niveau de fonctionnement psychique qui leur permet de prétendre, enfin, à des modalités thérapeutiques beaucoup plus classiques ; ils ont touché du doigt leur souffrance, et l'ont comme mise en forme, humanisée ; elle a un sens, même si elle est toujours présente.

Le niveau de fonctionnement psychique le plus difficile à atteindre est la capacité d'avoir de l'humour, de pouvoir dans l'instant faire semblant, « comme si », ce qui est le signe que l'activité de représentation est bien en place (un mot n'est pas seulement une chose).

Par contre la poésie peut apparaître, comme le montre le début du texte de Mehdi fait en atelier poésie, concernant sa mère (ceci après 1 an 1/2 d'hospitalisation à temps plein, alors que Mehdi est toujours en contention physique 1 heure par jour) :

« Maman,
Je n'aime pas parler de toi.
Tu es belle ;
Tu me donnais peu d'affection (...)
Ton visage est sévère ;
Tu serres tes lèvres pour montrer ta colère.
Tu dégageais une lueur sombre.
J'avais peur de toi.
J'ai reçu un seul câlin de toi, que je n'ai pas compris.
Je finissais par chercher les coups
pour me rapprocher de toi,
C'était ta seule manière de t'occuper de moi ;
Je me sentais bizarre
Après (...). »

Il faut savoir que Mehdi, dans l'instant qui précède l'écriture de ce « poème », en a écrit un autre, très bref, au sujet de son infirmière référente, Corinne, dans lequel il montre bien la nécessité d'un lien transférentiel massif sur lequel peut s'étayer l'élaboration :

« Corinne
Me rappelle ma mère ;
Corinne,
C'est ma mère »

À propos de certaines caractéristiques de l'espace et du temps chez les adolescents présentant des troubles graves de la personnalité à expression antisociale prévalente

Par Jean-Claude CHANSEAU, psychiatre

À l'adolescence le temps comme l'espace vont varier sensiblement face aux exigences de déploiement ou de retrait de l'adolescent. Les errances, les explorations sans fin de territoires devenant hostiles dès que rencontrés, le temps cherché pour être le plus souvent perdu, le refus des cadres et des contraintes deviennent les moyens prévalents d'expression de leurs difficultés. Ce que ces adolescents ne peuvent ni résoudre ni même contenir dans leur espace psychique interne va s'agir et s'exprimer dans l'environnement spatial selon une temporalité sensiblement différente de celle des adultes.

Le fond dépressif, voire même la véritable peur de l'effondrement, qui habitent ces adolescents les poussent à un agir incessant qui devient pour beaucoup d'entre eux une question de survie psychique. Ils leur font redouter par dessus tout l'attente et la confrontation à la passivité qui les renvoient à leur absence de ressources et de sécurité interne. La sidération psychique, le refus de toute activité et ce qu'on peut appeler la passivité active peuvent en être paradoxalement l'expression opposée.

Les accueils en institutions, quelles qu'en soient les caractéristiques, la créativité et les qualités, proposent (imposent ?) systématiquement des modes répétitifs de réponses qui calquent l'espace familial, réel ou mythique, de la maison organisée, se voulant ouverte sur la cité. Ces structures veulent ainsi se démarquer de l'ancienne conception des centres isolés au « bon air de la campagne ».

Mais la ritualisation de la vie autour des organisateurs sociaux et familiaux traditionnels (le lever, le coucher, le manger, la toilette, l'ouverture et la fermeture des volets), organisation qui veut signifier et soutenir la limite entre le dedans et le dehors sont les modèles retrouvés sous une forme ou une autre à ce jour dans toutes les institutions qui accueillent ces adolescents sans repères et en perte de limites. Si les qualités de ces institutions sont le plus souvent réelles, elles confrontent, de façon parfois caricaturale,

ces adolescents en mal de liens avec le mythe familial, à un espace-temps trop rapproché des représentations familiales qui leur sont intolérables en raison des charges affectives liées au passé.

Ces établissements subissent dès lors la même disqualification que la famille accusés d'être trop contraignants, de confronter les sujets à la clôture des espaces avec des relations insoutenables car trop proches et qui dès lors sollicitent de façon répétitive des « fantasmatisations » soit du côté de la violence ou de l'agression, soit du côté « d'œdipes flamboyants » qui mettent la prestance, l'opposition, le défi au cœur des liens au sein même de ces institutions.

Ce modèle institutionnel, qui garde son sens en particulier dans les processus à évolution favorable lorsque les premiers infléchissements positifs seront perceptibles chez les sujets, n'est pas pertinent, et n'ouvre à aucun investissement possible autre que dans la négativité, dans les situations d'urgence ou dans les cas particulièrement sévères avec répétition des échecs institutionnels.

Dès lors, ces liens, prisonniers de ce mode référentiel familial, sont rendus ingérables par les angoisses et les fantasmes d'abandon, de rejet et de haine quérulente de ces sujets rejetés encore plus dans l'errance et la rupture.

Si ce risque de disqualification institutionnelle est réel, il convient d'aller au delà de cette constatation.

On doit considérer que l'espace-temps spécifique de ces pathologies doit être pris en compte pour ce qu'il est, avec ses caractéristiques pour être « exploité » dans une perspective autre à proposer aux sujets. L'espace confiné, quelle que soit la « générosité » des intentions, le temps établi ritualisé et prévisible, quelles que soient la légitimité et la cohérence du projet, ne sont pas compatibles avec la rencontre avec ces sujets qui se sentent (sont ?) justement et spécifiquement agressés par les paramètres habituellement sécurisants de la vie référencée au mythe de la vie familiale normale. C'est au cœur de leur espace bouleversé, changeant, imprévisible et souvent chaotique que doivent s'expérimenter des liens originaux qui viseraient à apporter à ces sujets des éléments de nourriture affective, de vie relationnelle, soutenant quelques activités psychiques et mentales non tributaires d'un cadre qui leur est insupportable. Nous faisons référence pour ces situations à l'habilitation d'un « moment de parole temporo-spatialisée », projet qui vient en alternative du dispositif classique en échec. Une part de cet échec est imputable à l'exigence sociale de produire « de l'acte »,



« du faire », du « pragmatisme de l'agir » considérés comme seuls efficaces, s'opposant à la parole, accusée d'être fille du vent et sans consistance.

Que signifie la formule « moment de parole temporo-spatialisée » ? L'hypothèse est que la parole serait instituée comme le seul lien possible entre ces sujets, en rébellion contre les temps et les espaces socio-familiaux, et les autres. Cette parole, sans condition, figure une réalité de présence d'un autre qui crée une possible espérance en cet autre qui osera ce « parler », avec ce que cela supporte d'ouverture possible à un étayage éventuel, à un espoir, sans que ces sujets soient mis au défi ou soumis à la condition d'être confrontés à un contenant figuré et spatialisé imposé. Ces contenants imposés ont la prétention d'éradiquer les craintes et de contrôler les transgressions. Ils réalisent le fantasme du « bon lieu » capable en isolant et en enserrant les sujets de résoudre les problèmes « d'éclatement » qu'infligent et subissent ces sujets.

Or, cette intolérance à la contenance temporo-spatiale est une des caractéristiques cliniques essentielles de ces situations. La dimension dépressive qui habite leurs errances apragmatiques, la lutte contre l'effondrement qui est souvent le moteur agissant au cœur des actes transgressifs ou agressifs de ces sujets, exigent que les cliniciens et travailleurs sociaux gardent leur indispensable écart avec la « demande normative » sociale pour se définir autour de leur seule compétence éducative et d'aide spécifique pour interpréter les paramètres de la souffrance psychique de ces sujets dans le seul registre de leur compétence spécifique.

Reconnaître leur souffrance psychique, la situer et la respecter à la place qu'elle occupe, ne saurait être opposé à la nécessaire protection sociale qui représente un autre problème qui relève d'autres compétences. Ce n'est pas en stigmatisant et en déniait l'espace spécifique de leur souffrance qu'on fera advenir des relations harmonisées avec ces sujets et qu'on protégera le milieu social de leurs transgressions ou agressions. L'assignation imposée à ces sujets représente un sacrifice infligé inopérant. Cette réflexion n'est pas un argument contre les légitimes expressions du refus social des transgressions, les justes revendications de la nécessaire protection des lieux, des institutions et des personnes. Cependant, de façon concomitante, en séparant « pour de vrai et pour de bon », comme diraient les enfants, le champ du travail institutionnel et de cure des professionnels de la santé et du monde

éducatif, du champ du social qui n'est pas de même nature ni de même exigence, champs qui ne sont pas congruents dans ces situations, on vise à réhabiliter un travail sur l'authentique dépression et les menaces d'effondrement de ces sujets en repérant et respectant les caractéristiques qui en découlent dans la confrontation au temps et à l'espace. Une majorité de ces sujets, parmi les plus endommagés, n'ont aucune possibilité exploitable pour investir de façon régulière et positive un lieu, pas plus qu'ils n'ont de possibilité de pouvoir différer avec pondération, par un travail psychique, besoins et désirs. Dans ces situations de contractions et d'éclatements des temps et des lieux, on doit instituer, sans préalable, un mode transactionnel organisé pour eux, sinon avec eux, sous la forme des réseaux qui exigent certaines caractéristiques spécifiques. Ces sujets doivent être reconnus dans leur « incapacité » à pouvoir être inscrits dans un « projet institutionnel » au long cours un peu structuré. L'impossibilité à laquelle ils sont confrontés de manière permanente d'être accueillis dans un site sans préalable institutionnel et organisationnel, site qui n'aurait pas, à ce moment de cette rencontre, l'exigence du temps qui doit durer et de l'espace qui doit être contenu, les condamne à la fuite sans fin. Il s'agirait d'établir des « étapes » sur le chemin de cette souffrance où le seul fait d'être dans « cette » souffrance spécifique ouvrirait à un accueil (dans certains sites) d'une façon « inconditionnelle » par rapport aux paramètres temporo-spatiaux.

Le lieu « choisi » à un moment par le sujet, hasard d'une rencontre ou proposition, aurait comme première caractéristique que l'adolescent peut en partir à son gré sans condition. Ce sacrifice par l'institution de sa maîtrise, de sa puissance organisatrice « légitime », protocole suggéré ici qui est, d'un certain point de vue, anti-éducatif puisque sans contrat, doit être mis à une place spécifique et non généralisable, d'un temps spécifique de création d'une chaîne signifiante de lieux « possibles » pour ces situations. On verrait ainsi se constituer une configuration en réseau, de « lieux-étapes » en différents points du territoire de leur errance avec les modes de communication contemporains (téléphone et contacts médiatiques) à déployer. En effet, le mode transactionnel qui pourrait être privilégié aurait l'ambition de faire « ressentir » au sujet qu'on répond à ses « seuls besoins fondamentaux » que le professionnalisme des intervenants a repéré dans sa souffrance, avec l'angoisse de solitude, la dépression d'abandon et l'incapacité à soutenir des relations transactionnelles trop saturées

en charge émotionnelle et souvent sursexualisées. Dans ce contexte, le sujet saurait que l'assouvissement jamais respecté de ses besoins fondamentaux, assouvissement auquel il aspire sans les mots pour l'exprimer et les représentations pour les reconnaître, serait engagé sous forme d'un accueil inconditionnel avec un soin possible pour son corps, un pouvoir « être nourri » et de bénéficier de la seule protection des murs (et non de leur dite contenance ambiguë qui ligature « être et rester ») avec la « chaleur » des lieux sans hostilité. Cela serait proposé d'une manière « inconditionnelle » et sans « rétribution comportementale » à fournir de la part du sujet. Doté dès son entrée de moyens d'appel (téléphone mobile ou carte téléphonique) il pourrait, dans les moments d'extrême difficulté, poursuivant son inéluctable errance et son sabotage des espaces d'accueil, rencontrer un autre site-étape qui proposerait à nouveau la réalité d'une « inconditionnalité » voulue de l'accueil. Le sujet serait ainsi dans un cheminement, avec des relais possibles et réparables sur une voie de rencontres à oser, avec de l'aide « imaginable », sans subir les restrictions ou les rétractations du contexte institutionnel qui ont valeur d'incarcération pour lui et exaltent ses processus de défense et d'opposition.

Cette chaîne ne signifierait pas la promotion de lieux autonomes et spécifiques qui viendraient s'ajouter à un existant qui ne se révèle pas pertinent dans ces situations. Ces actions d'accueil étapes représenteraient une part dans le temps de l'activité et de l'accueil de certaines de ces structures déjà en place s'ouvrant sans conditions de temps ou d'espace imposées au sujet sur le chemin de sa dérélition. Ce projet viserait à permettre que seules des paroles soient utilisées, seuls des mots épurés d'un préalable de contrat inaccessible à ces sujets. Accueil qui n'engage pas l'espace et le temps. Ainsi le sujet pourrait se « déployer », multiplier les espaces, élargir son temps et rester pourtant en proximité et d'espaces et de lieux figurés par la qualité signifiante de la trame de paroles, avec les mêmes ambitions « dépouillées » d'objectifs à imposer ou de prestations exigées. Ces étapes figureraient ainsi une qualité spécifique de l'espace et du temps, offerte sans exigence autre que de rester aussi vides de « programme ».

Cette approche est critiquable au titre de ses aspects « utopiques ». Cependant, il faut rappeler la gravité de ces situations, pour comprendre que ces accusations paraissent pouvoir être retournées en doigt de gant pour figurer, à contrario, une réalité « réaliste » urgente à comprendre pour figurer des espaces-temps

parlés nouveaux, face aux impasses des techniques traditionnelles. Où est l'utopie ? N'est-ce-pas de vouloir réussir à faire entrer un sujet si blessé dans un cadre temporo-spatial dont il ne peut ni ne veut rien faire, qui, en soi, représente pour lui une effraction menaçante et une agression qui l'expose à une fuite éperdue dans la solitude ? Est-ce utopie de signifier par la réalité d'une offre que le temps minimum de l'accueil, réduit à cette rencontre singulière et inconditionnelle entre les « besoins fondamentaux » au cœur de son histoire et un sujet-tiers qui « inconditionnellement », répondra, sans demande de retour, justement à ses seuls besoins fondamentaux par une parole formulée qui ne demande rien ? En matière de maternage et de reproduction d'un modèle de liens primitifs, la régressivité d'une telle configuration d'aide et d'amorçage de soins vise effectivement à reproduire quelque chose de la nécessaire inconditionnalité du lien premier et primitif à la mère qui n'exigera pas, pendant longtemps... (mais pas toujours) en retour, autre chose que la protection qu'elle « se sent donner » à son nourrisson, qui suffit à la faire mère et à lui permettre de représenter, pour le nourrisson, une « inconditionnalité » de la protection de survie qui le rend vivant. Dans ces espaces et temps parlés, ces sujets restent affrontés à la vie, à la peur des rencontres, à l'indistinction des désirs et des besoins, cependant que se constitue peu à peu l'inconditionnalité d'une parole visant à apporter, sans demande de retour, le fondement du « ce qui manque » chez eux, manque qui n'est pas celui qui préside à la constitution du désir mais celui qui est issu de la dérélition des liens écrasés dès que formés. Le paradoxe est qu'en ne lui demandant rien, on donne au sujet une part de l'essentiel qui permettra, dans un deuxième temps, (apprentissage du différé, d'un après, d'une attente « pensable ») que le sujet devienne apte à un autre mode de relation enrichie d'une capacité d'attente, sans conditions ni objet imposé, attente d'une demande devenue possible du fait de l'inconditionnalité sans exigence préalable de l'écoute.

Il y a une nouvelle qualité possible du temps et de l'espace qui peut se parier dans ce « deuxième temps ». Dès que ces paroles auront pu induire ces « émotions possibles », l'espace révélera certains lieux de rencontres, rencontres devenues des rendez-vous possibles, avec un temps possible d'anticipation, de représentation, amorces de premiers repères, fragiles, labiles mais inscrivant des paramètres réparables et par le sujet et par celui qui va lui



formuler cette qualité de présence en mots. Il s'agit de l'ébauche constituée d'une relation « à venir » structurante de et dans ce « deuxième temps ».

Le troisième temps serait alors de « jouer » sur la qualité et la compliancance du temps et de l'espace retrouvant progressivement à partir de ce moment les techniques de l'hospitalisation à temps partiel ou les soins en CATTP (Centre d'Action Thérapeutique à Temps Partiel) hôpitaux de jour, lieux de vie, expériences de séparation ou d'aventure, modalités courantes de nos actions de soins.

Les éventuelles craintes et résistances attachées à une telle pratique seraient celles d'une « libéralité » sans frein qui ouvrirait des espaces sans limite et des lieux sans « loi » à la « furie destructrice » de ces sujets. Nous proposons de signifier que le sacrifice initial et volontaire par l'institution, d'un temps et d'un espace conditionnels, institués, régulés et imposés, toujours impossibles à investir pendant longtemps par ces sujets au profit d'une « aire de parole », évoquant un « possible » dans un « possible » de lieu non institué comme tel, un possible de temps, non lié à l'exigence de la cohérence chronologique, rencontre les besoins fondamentaux de ces sujets. En organiser, par le seul discours, la trajectoire suggérée sans attente de réponse ou de retour, représente par ce seul désir créatif, face au vide des liens et avec le dépouillement de cet espace-temps une « intentionnalité » parlée à la limite de l'ébauche de liens régressifs, devant ces situations dont l'exceptionnelle gravité justifie ce décalage par rapport à l'orthodoxie éducative et soignante en échec.

Ces réflexions se fondent sur une pratique de vingt ans dans notre service pour des situations identiques ou différentes. La disparition des possibilités d'hospitalisation à temps complet a créé un vide thérapeutique et d'assistance consternant (dès lors que ces lieux de soins remplissent des exigences très spécifiques dont nous avons défini les caractéristiques ailleurs). Nous avons conservé une telle structure d'accueil à temps complet « possible » qui tire une part de son adéquation et de sa légitimité du fait qu'elle n'est gérée par aucune contrainte contractuelle de temps et peut accueillir dans l'urgence ou le différé, pour des temps jamais limités, les situations d'impasse. La réponse proposée est construite dans l'ici et maintenant de la présence et de la plainte du sujet et éventuellement parentale et selon ce qu'ils peuvent supporter de l'insupportable et désirer de possible. Ainsi le sujet peut être accueilli inconditionnellement pour une heure ou une journée, une nuit ou un jour, une semaine ou un mois ou plus, selon toutes les compliancances adaptatives d'hospitalisation à plein temps, de jour, de nuit, à temps partiel, en complémentarité avec d'autres actions, polymorphisme jamais prédéterminé, toujours adaptable. Une telle description d'une structure dans le service public pourrait laisser croire à un projet utopique mais il fonctionne chaque jour depuis longtemps.

Espace procédural et temps éducatif pour les jeunes en grande difficulté

Par Denis SALAS, magistrat

L'histoire est bien connue. Peu nombreux mais ô combien omniprésents, les adolescents en grande difficulté monopolisent toujours plus d'intervenants. Autour d'eux, le cercle de sollicitudes subies ou voulues ne cesse de s'élargir. La dispersion des interventions est le signe d'un épuisement éducatif compréhensible car leur ampleur est proportionnelle aux déficits dont ils sont atteints. Dans l'esprit de l'ordonnance de 1945, nous avons professionnalisé pour ces « incasables » un espace de traitement éducatif. Une culture commune, pluridisciplinaire, s'est peu à peu soudée autour de cette exigence partagée. Le droit marquait bien les frontières d'un traitement spécialisé. De quoi est-il constitué ? Avant tout d'une articulation entre un **espace procédural souple** et d'une **action éducative autonome** à qui le temps est donné pour produire ses effets. Sa structure, son efficacité propre, son âme habitent un juge et une équipe éducative « suffisamment bons ». Le déroulement du travail éducatif se fait dans un espace d'autonomie reconnu dont les résultats (consignés dans un « rapport ») seront évalués par le magistrat le jour de l'audience.

Or, on constate qu'au même moment – et ce n'est certes pas un hasard – la procédure change de sens et la crédibilité de l'éducatif s'essouffle. On assiste à une évolution de la procédure dans un sens libéral alors que la fonction de l'éducatif est frappée d'une singulière opacité. Cette ouverture des ciseaux désarticule la dialectique entre judiciaire et éducatif et ébranle la structure même de la juridiction des mineurs.

1. Une procédure informelle est avant tout un **espace de parole** qui a pour vertu de réinvestir chacun à sa place, de placer à distance les émotions, bref de mettre en langage le conflit. Par son cadre souple, elle est la condition de possibilité d'une décision judiciaire ouverte sur une action éducative. Sa vertu est de donner au juge des enfants un large pouvoir d'intervention ; la question de l'excès de pouvoir ne se pose pas car il incarne un ordre public de protection. Ce qui compte est sa capacité d'ouverture à une action possible sur le mineur et sa famille. Le temps qui est concédé au mineur est articulé

à la personnalité des adolescents à travers la **révision** possible des mesures en fonction de l'évolution de sa personnalité. Celle-ci est la clé de voûte de l'édifice, sa perspective d'ensemble. De ce point de vue, l'assistance éducative dont le dossier reste indéfiniment ouvert n'a fait que reprendre à son compte une procédure en boucle issue à l'origine de l'ordonnance de 1945. La séparation entre l'audience et le jugement ouvre un espace médian à l'acte éducatif pour qu'il positionne la décision judiciaire sur un versant positif, prospectif, reconstructif. On peut dire que la procédure pénale issue de l'ordonnance de 1945 est organisée non pour produire (ou non) un coupable ou infliger (ou non) une peine mais avant tout pour favoriser une dynamique éducative. Sa force est dans cette extrémité. Le but est d'aller jusqu'au bout d'une individualisation, à l'exclusion de tout autre souci. L'éducatif n'est jamais une dernière chance avant la prison, mais une chance toujours à saisir, et la procédure s'ordonne selon cette priorité indiscutée.

Ce qui **suppose** deux choses : d'abord qu'un juge assure de bout en bout le suivi du processus (c'est le principe de continuité d'intervention) et **garantisse** que les actes du mineur seront aussi appréciés sur la scène de leur symptôme intra-familiaux ; et ensuite, qu'au nom de ce pari, la société accepte de sacrifier une partie de sa sécurité, que les victimes renoncent à exiger réparation et, surtout, que l'acte éducatif produise à terme des effets de réinsertion. Ce dispositif participe d'une éthique de l'intervention dont les risques sont acceptés politiquement et socialement.

Or, la procédure subit une inflexion nouvelle. Au pénal, l'espace procédural tend à se refermer, à accepter moins bien la logique d'investigation voire de traitement. Temporalités éducative et judiciaire ne convergent ni ne s'articulent plus. D'abord, parce que le parquet joue sa propre partition au – stade des poursuites et des choix de politique pénale – ce qui explique le gonflement du pénal (environ 60 % du contentieux des cabinets) par rapport à l'assistance éducative. Le traitement en temps réel a professionnalisé l'urgence, ce qui le place en résonance avec les préoccupations non exclusivement individuelles.

Au niveau du siège, ensuite, le temps d'épreuve donné à une individualité tend à se réduire. Après les « rendez-vous » judiciaires, on a connu la comparution à « délai rapproché », et beaucoup ne verraient que des avantages à instaurer



la comparution « immédiate » pour afficher un objectif de tolérance zéro. À eux seuls les déferrements (surtout quand ils sont réitérés) placent le dispositif de protection dans une surchauffe permanente et conduisent vite l'action éducative dans un cul de sac. La société demande une action efficace et veut « répondre » immédiatement. Ce que le slogan politique que tous reprennent « pas d'acte sans réponse » exprime, c'est le refus de toute impunité au profit des mineurs. Les élus trouvent, par exemple insupportable qu'un éducateur dûment mandaté se borne à « observer » un mineur délinquant. À quoi bon observer, analyser, patienter quand il est urgent d'agir.

L'ambiguïté de cette demande pose question. Peut-on faire l'économie d'une réponse pertinente sans un minimum de temps ? Le temps d'investigation sur l'acte n'est-il pas incompressible ? Le sens d'une action qui ne soit pas le réflecteur de la violence suppose un délai d'élucidation. Plus encore, la « bonne » réponse suppose de passer par le détour éducatif. Les expertises psychologiques pour les déviations initiatiques et surtout les cas lourds sont indispensables ; mais nous aurions besoin aussi d'une expertise sociologique (initiative de la police de proximité ? outil de politique pénale des parquets ?) pour les actes de prédation urbaine qui supposent une analyse collective à l'échelle des quartiers. Comment traiter utilement un phénomène récurrent (incendie de véhicules, par exemple) sur un quartier sans cette expertise ? Il va de soi qu'on ne peut aborder de la même manière ces deux délinquances : il faut traiter individuellement avec des moyens pénaux et éducatifs les cas lourds, et collectivement et préventivement les violences prédatrices ponctuelles.

Parallèlement, au civil, la procédure d'assistance éducative semble changer d'objectif. Elle tend à s'orienter vers l'organisation d'un débat contradictoire plus que vers une dynamique transformatrice de la famille. Là où elle avait pour but l'action sur le mineur, elle recherche davantage la garantie des droits des familles, notamment avec l'accès au dossier qui leur est promis. Dans ce cadre la famille peut camper sur ses droits et dénoncer l'intrusion des travailleurs sociaux dans sa vie privée. Au lieu d'un espace de dénouement des conflits familiaux où est pris l'enfant, on peut créer un pôle de conflictualité cimenté par la défense, même si, sur le fond, cette exigence d'équilibre n'est pas discutable. La question est de savoir ce qu'il reste de la marge de manœuvre du juge dans ce nouveau cadre procédural. On mesure mal encore les effets

que peuvent avoir la conjonction de deux discours, l'un qui voit dans la famille une victime des travailleurs sociaux et l'autre, dans les droits formels, une reconnaissance de leur dignité, une protection contre les abus de pouvoirs. L'éducatif démasqué comme une violence de classe euphémisée ferait le lit d'une justice enfin débarrassée d'une « police » des familles, de son insupportable domination. Tout ce débat est sous-jacent de la campagne lancée par l'association ATD et reprise politiquement contre les placements d'enfants pour des raisons économiques. Il faudrait avoir une meilleure perception des conséquences d'un discours nourri de bonnes intentions sur le strict point de vue de la protection de l'enfance.

L'espace procédural est donc moins ouvert, plus formel. Moins encline à reconnaître un temps long (au pénal) et plus portée aux garanties des droits individuels (au civil), la procédure devient à elle-même son propre but. Orientée en ce sens par le législateur, elle organise un débat contradictoire qui n'a plus *a priori* de finalité décisionnelle éducative. Nullement préparée, la décision tombe et on fait appel. Elle épuise ses effets dans la procédure. Aucune finalité éducative ne la transcende. La notion d'adhésion à la mesure passe au second plan. Ce qui s'impose, au pénal, est l'esprit libéral de loi du 15 juin 2000 au sens d'une force accrue des droits individuels face à l'État. La procédure, dont le faible formalisme était la plate-forme d'une action éducative, devient la condition d'une meilleure défense. Ce qui n'était qu'une condition devient une fin en soi. Une telle évolution n'est pas sans danger même si elle va dans le sens d'une structure plus libérale de notre droit : l'exemple le plus net est l'apparition, y compris pour les mineurs, d'une distinction entre **détenir et instruire** qui circonscrit le débat sur la détention des mineurs à un rapport entre les actes et la légalité et non entre les actes et une personne située, le tout devant un juge impartial et non spécialisé (le JLD). Sur la continuité éducative brisée fleurissent les droits formels.

2. Au moment même où la procédure change de sens, le doute s'est installé sur la promesse éducative. Notre regard sur les adolescents en grande difficulté change. Plus lointain, il est plus amalgamant. Il est moins porté à accepter la sollicitude éducative suspecte d'être compassionnelle et indifférente aux victimes. Les phénomènes des violences urbaines, la massification des actes de délinquance, la détérioration des relations sociales dans certains quartiers brouille notre perception de cette délinquance.

Les catégories policières (les délinquants « réitérants ») ou médiatiques (violences « urbaines ») ne collent plus avec la culture éducative. On fait comme s'il n'y avait pas aujourd'hui des délinquances des mineurs supposant une gamme de traitements différenciés - les cas lourds, mais aussi la délinquance de groupe, les déviances initiatiques, le petit business organisé au profit de mafias plus ou moins organisées...

Mais veut-on vraiment voir cette diversité ?

Il y a comme une opacité sur le sens d'actes qui nous est désormais caché par le nuage d'insécurité qu'ils provoquent et la peur qu'ils engendrent.

Nous ne voyons plus dans leurs actes le symptôme de difficultés multiples d'origine familiale, sociale, géographique. Mieux, l'invocation de l'origine de ces difficultés est suspecte. Après l'excuse psychologique de l'enfance malheureuse, les procureurs de l'insécurité rejettent l'excuse sociologique d'une origine sociale malencontreuse. Après tout, nous disent-ils, d'autres qui ne sont pas délinquants s'en sortent dans le même quartier défavorisé et dans les mêmes familles immigrées. Reste une lecture globale d'une menace indifférenciée, « la violence des voyous », où se mêlent jacqueries protestataires, passages à l'acte de toxicomanes, déviances initiatiques et les actes de prédation attribués à des jeunes de plus en plus jeunes et invulnérables. De là vient l'appel à une intervention policière comme le « couvre-feu » qui contribue à créer dans les quartiers une clientèle captive du type « ennemi intérieur ». Cette menace peut « constituer » un discours politique « schmittien » (C. Schmitt est le théoricien de l'ennemi intérieur) conscient qu'il doit défendre la société des menaces de désagrégation surtout quand approche le moment où il faut rendre des comptes à ses électeurs. Comment s'étonner qu'à une indifférenciation de la délinquance des mineurs réponde une indifférenciation des réponses ? On ne sait plus distinguer la réparation pénale, la composition pénale et la médiation. D'où le glissement des solutions applicables aux majeurs, jugées plus efficaces face à des mineurs de plus en plus jeunes, dangereux, incontrôlables.

La catégorisation des jeunes notamment issue de l'immigration comme classe dangereuse est le revers de la fragmentation des analyses et des réponses à la délinquance des mineurs. Le consensus éducatif ne fait plus unanimité.

Notre société voit la menace que la jeunesse représente pour sa sécurité et refuse de voir dans les délinquances des objets sociologiques différenciés. Ce qui fait sens

pour tous n'est plus l'action éducative pour les réputés inéducables, mais le vieux ressort anthropologique de la victime émissaire dont seul le sacrifice peut ramener la paix dans la communauté. Ce nouveau consensus émotionnel nous porterait spontanément à l'exclusion de cette portion de la jeunesse inéducable.

Nous sommes bien loin de concevoir le temps éducatif comme nécessairement long. Alourdi par les déficits antérieurs, il ne peut garantir aucun résultat.

Au contraire, il est fait d'échecs et de progrès, d'avancées et de retours en arrière. Il faut sans cesse lutter contre le poids d'une histoire lourdement carencée, d'acquisitions éducatives manquées, de régressions inévitables tant l'estime de soi est profondément atteinte. Le temps éducatif est à l'échelle d'un projet fragile mais soutenu par la confiance des adultes et la réussite dans les étapes intermédiaires. Voilà pourquoi son autonomie est indispensable. Sanctionner pénalement tout échec ou marquer une indifférence éducative au moindre progrès serait contre-productif. Bref, indexer l'éducatif à une échelle d'incriminations sanctionnées, c'est le supprimer. Ce qui ne veut pas dire pour autant que l'éducatif est de l'ordre du compassionnel : au contraire, son rythme consiste à ouvrir sans cesse des espaces de liberté et à marquer des limites. Le fait est là, impensé et massif : nous ne savons plus penser l'éducatif pour les jeunes en grande difficulté. On ne peut qu'être frappé de la problématique actuelle de l'hébergement : des trois fonctions éducatives (avec l'investigation et le suivi en milieu ouvert), c'est vers elle que les attentes convergent. Mais comment ne pas voir l'ambiguïté de cette attente ? On raisonne presque exclusivement en terme d'hébergement **alternatif** de courte durée (cas des Centres d'Éducation Renforcée et des Centres de Placement Immédiat) sur fond de disparition des structures lourdes et d'absence d'internats scolaires, en nombre cruellement insuffisant. Seul compte l'évitement de l'incarcération et dans l'illusion qu'un placement bref va tout régler, l'hébergement est pensé en terme de **solution** pour le parquet ou le juge mais nullement en fonction des besoins éducatifs du jeune. Comment penser un seul instant qu'on peut reconstruire un adolescent en grande difficulté par une série de « séjours de rupture » ou de placements de courte durée ? Ne faut-il pas remettre sur le chantier des structures d'hébergement qui épousent le temps long de la reconstruction identitaire ? Il ne s'agit pas de faire revivre les anciennes structures mais de considérer que le détour ségrégatif durable – au sens où il y a



contrainte éducative – est incontournable si on veut conserver sa crédibilité au pari éducatif. Faute de quoi, l'hébergement sera condamné à rester au mieux une fausse bonne idée éducative, au pire un ersatz de solution sécuritaire.

Voilà pourquoi, il nous faut resserrer les liens qui ne cessent de se distendre entre espace procédural et temps éducatif. Il n'est pas question de revenir à une articulation linéaire – de l'instruction au jugement – entre les fonctions d'investigation, d'orientation et de placement comme le schéma initial de 1945 le prévoyait. Mais il est pour autant indispensable de préserver cette dialectique entre judiciaire et éducatif qui est le ressort de la justice des mineurs. Une procédure plus contradictoire n'est pas incompatible avec une action éducative nécessairement autonome et longue. Une grande politique éducative différenciée et impulsée par un État éducateur et adaptée aux nouvelles formes de délinquance devient urgente. D'une alliance maintenue entre justice et éducation, par delà leurs contenus renouvelés, dépendra largement l'avenir.

Évolution du cadre législatif et réglementaire

Filières constituées et enjeux de l'action inter-institutionnelle

Par Jacques de MAILLARD, chercheur et enseignant de sciences politiques à l'IEP de Grenoble

Composée de textes disparates puisque relevant de domaines différents (de la santé, à la sécurité en passant par le social et le médico-social), aux significations parfois implicites, la réglementation concernant les jeunes en grande difficulté n'est pas toujours d'un abord aisé. Aussi, deux précautions doivent être posées, avant de livrer les résultats de la recherche. D'abord, si les règles de droit encadrent, orientent les pratiques sociales, elles ne les déterminent pas : au gré des interactions interindividuelles, des stratégies, des contextes locaux, les règles de droit peuvent se voir traduites, inappliquées, contournées, voire ignorées. À l'inverse, certaines règles de droit inexistantes peuvent être utilisées, voire inventées, par certains acteurs. Nous avons ainsi l'exemple d'une circulaire qui, après avoir beaucoup voyagé dans les différentes directions d'un ministère, n'a finalement pas été adoptée... mais cette même circulaire se retrouvait citée par un chercheur lors d'un séminaire (« il a fallu attendre la circulaire X... »). Curieux paradoxe, où le droit qui n'existe pas formellement peut se voir donner une existence sociale. Ensuite, deuxième difficulté, où s'arrête l'éventail des textes relatifs aux jeunes en « grande difficulté » ? Sachant que ce qualificatif déborde des seuls jeunes sous mandat judiciaire, c'est potentiellement un grand nombre de textes relatifs à la jeunesse qui se trouvent concernés. Faut-il y inclure les textes relatifs à la lutte contre le suicide ? Ou à la prévention de la toxicomanie ? On le voit, une pluralité de questions émerge quant à la délimitation des frontières de notre objet... et notre inventaire pourra toujours être considéré comme trop partiel et partial.

Dans la présentation qui suit, nous nous appuyons principalement sur des textes de nature juridique (lois, décrets, circulaires). Au total, entre 80 et 100 textes ont été recensés et analysés. À propos de ces textes, nous allons différencier deux phases : une période où les filières se constituent, sous la forme de secteurs d'intervention publique, appuyés sur des identités professionnelles définies, des institutions spécifiques, des normes de fonctionnement préétablies ;

une période où la globalité des problèmes oblige une redéfinition des réponses dans le sens d'actions – à la fois nécessaires et difficiles – collectives et partenariales. Si tout découpage est hasardeux, on peut néanmoins considérer que la première phase recouvre les Trente Glorieuses, tandis que la seconde démarre au tournant des années 80 avec des interventions conjointes, intersectorielles, qui ne vont cesser de s'intensifier. Après avoir présenté la structuration de filières spécifiques pendant cette première période, nous nous centrerons sur les transformations contemporaines.

➔ La construction de filières

Des filières spécifiques

On peut considérer que le traitement des jeunes en difficulté s'est organisé selon 5 filières – ou secteurs – différentes : santé, social, justice, éducation, médico-social. Globalement, ces domaines d'intervention commencent à se développer dans l'après seconde guerre mondiale, soit dans la phase de consolidation de l'État social en France. C'est durant cette période que sont adoptés ordonnances, lois et décrets qui constituent le socle d'une intervention sociale volontariste de l'État. Que l'on pense à l'ordonnance de 1945 relative à la délinquance des mineurs ou à la loi de 1975 en faveur des handicapés, on a des exemples emblématiques de productions réglementaires de grande ampleur dotées, aujourd'hui encore, d'une impressionnante force symbolique.

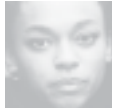
Donnons rapidement quelques indications sur chacun des secteurs :

■ La santé mentale

la politique de santé mentale en direction des enfants et adolescents s'inscrit dans le cadre plus général de l'action en matière de santé mentale, inaugurée en France au début des années 60. Elle repose sur la logique de sectorisation, c'est-à-dire sur l'accueil des patients par des équipes pluridisciplinaires. Plusieurs circulaires ont favorisé l'adaptation de ce dispositif aux enjeux contemporains, et notamment à la nécessité de prendre en compte la prévention primaire et de mieux articuler dispositifs privés et publics.

■ L'action sociale

Depuis la décentralisation (loi n°86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide



sociale et de santé), les conseils généraux sont les principaux financeurs de la prévention, soit directement, par l'action de leurs services sociaux, protection maternelle et infantile (PMI), aide sociale à l'enfance (ASE), prévention spécialisée, soit par le biais des associations qu'ils habilitent et qui mettent en œuvre actions éducatives en milieu ouvert (AEMO) et placements.

■ L'action judiciaire

Cette filière est organisée autour de la figure du juge des enfants, en matière civile comme pénale. Ce dernier est investi de quatre rôles différents : il juge les mineurs délinquants pour les délits qu'ils ont commis, il protège les mineurs en danger, il assure la protection des jeunes majeurs entre 18 et 21 ans et peut prendre des mesures à l'égard de la famille.

■ L'action dans le cadre scolaire

Il n'existe pas de politique en direction de ces jeunes à proprement parler mais plutôt une diversité de dispositifs progressivement constitués. Quatre axes différents peuvent être distingués : services de santé scolaire ; actions d'intégration des jeunes handicapés ; classes relais ; actions de prévention et de lutte contre la violence.

■ Le domaine médico-social

Créé dans l'après-guerre, et progressivement structuré, le domaine médico-social est composé d'une pluralité d'établissements accueillant des enfants et adolescents handicapés.

Ces filières ne sont pas restées statiques, elles ont évolué de plusieurs façons. On a pu observer, d'abord, certains transferts de compétences, l'aide sociale a été par exemple transférée aux départements avec la décentralisation. Les prestations offertes par les différents secteurs ont pu également connaître quelques inflexions. Si l'on prend l'exemple des services de santé mentale, les structures d'accueil permettant d'accueillir des adolescents ont considérablement augmenté depuis la création des secteurs dans les années 60 (arrêté du 14 mars 1986). De la même manière, en matière judiciaire, la palette de réponses aux mineurs ayant commis des actes de délinquance s'est considérablement diversifiée sous l'effet de plusieurs circulaires adoptées dans les années 90.

Certes, les frontières entre ces différents secteurs ne sont pas toujours claires : beaucoup de mesures, comme la protection de l'enfance par exemple, sont à la croisée entre le social et la justice.

Il n'en demeure pas moins que sont ainsi définis des espaces d'action indépendants les uns des autres avec des règles propres. C'est ce que nous allons aborder maintenant.

Des fonctionnements séparés

Chacun de ces secteurs d'action publique s'est constitué avec un certain nombre de référents spécifiques :

- **des professions** (c'est-à-dire sur des métiers précis, caractérisés par des savoirs et savoir-faire, des normes de comportements). Il s'agit, par exemple, dans le cas de la santé mentale de la figure du psychiatre, censé animer une équipe pluridisciplinaire. Dans le cas de la Justice, il s'agit de l'ensemble des métiers spécialisés dans la justice des enfants (magistrats et éducateurs).
- **des règles spécifiques encadrant les pratiques** : textes de loi, décrets, circulaires encadrent les pratiques des acteurs de chacune de ces filières. C'est ainsi que pour la psychiatrie infanto-juvénile, les circulaires du 16 mars 1972 et du 9 mai 1974 servent de base juridique au fonctionnement du secteur (jusqu'à sa consécration par loi du 31 mars 1985). Pour les établissements médico-sociaux, les annexes 24 et 32 du décret de 1956 servent de cahier des charges pour définir les conditions de fonctionnement des différents établissements.
- **une étatisation des modes de financement** : si les initiatives peuvent être originellement privées (c'est le cas par exemple du secteur médico-social) et si certains établissements peuvent être gérés par des associations, il faut souligner l'implication massive de l'État au cours de cette période. Qu'il s'agisse des enfants et adolescents concernés par la Justice des mineurs ou des jeunes placés en établissements médico-sociaux, ce sont les pouvoirs publics (État et organismes de sécurité sociale) qui prennent en charge les frais de fonctionnement (la décentralisation apportera un correctif d'importance à cette situation en matière de protection de l'enfance).
- **un public particulier** : chacun de ces dispositifs est censé traiter un public différencié (malade mental, handicapé, délinquant, enfant en danger...) ou, tout au moins, avoir un regard différent sur un même public.

Chaque segment de politique se définit autour de ces quatre pôles (une profession, un système de règles, une logique d'étatisation et un public). Ces systèmes sont relativement stabilisés, ils sont régis par des règles reconnues par tous. Ils se rapprochent de ce que l'analyse des politiques publiques a appelé un « secteur », c'est-à-dire comme un « assemblage de rôles sociaux structuré autour d'une logique verticale et autonome de reproduction »^[1]. Les secteurs, produits d'une logique de spécialisation et de professionnalisation des politiques sociales, sont structurés verticalement, avec des règles de fonctionnement interne (sélection des élites, élaboration des normes et des valeurs) stabilisées.

L'émergence des « nouveaux pauvres » au début des années 80 a quelque peu bousculé ce bel ordonnancement des politiques sociales. Le développement du chômage et des phénomènes de fragilisation sociale (bouleversement de la famille, déstructuration de la classe ouvrière) a conduit à l'émergence d'une « nouvelle » pauvreté, caractérisée non pas par le cumul de difficultés et de handicaps qui caractérisaient la pauvreté traditionnelle, mais induites par des ruptures plus radicales et des phénomènes de basculement. Ces « nouveaux pauvres » ne constituent pas une population sociale au sens classique du terme, dans le sens où ils échappent à la catégorisation classique (en induisant des problèmes beaucoup plus transversaux) et s'inscrivent dans des situations de précarité marquées par l'urgence. Ces nouvelles caractéristiques ne manquent pas de poser plusieurs séries de difficultés aux pouvoirs publics. Comme nous allons le voir maintenant, le traitement des jeunes en grande difficulté génère des problèmes identiques.

➤ Affronter des problèmes communs

Pour les administrations, le travail sur les « jeunes en grande souffrance » vient bouleverser les catégories traditionnelles, dans la mesure où ce problème ne peut être traité par une seule administration ou profession. De tels enjeux obligent les administrations à tenter d'aborder la complexité du problème, à mettre en place des systèmes de coopération et de circulation de l'information.

➤ Montée de nouveaux problèmes et nouvelles orientations réglementaires

Cette question des jeunes en difficulté correspond bien à la situation envisagée par Patrice Duran où les autorités publiques sont confrontées à un univers caractérisé par des problèmes qui échappent aux organisations prises individuellement, par des controverses fréquentes dans la gestion des problèmes publics et par une interdépendance croissante entre les organisations génératrice de conséquences inattendues^[2]. La question des jeunes en difficulté ou en souffrance correspond bien à cette problématique. D'abord, la pluri-dimensionnalité des problèmes qu'ils rencontrent – social, familial, scolaire, judiciaire... – fait qu'ils échappent au champ d'une seule organisation et/ou profession. Ensuite, les orientations différentes des filières que nous avons évoquées sont de nature à renforcer ces problèmes de traitement, en rendant illisibles les systèmes de prévention et de traitement au public... et quelques fois aux intervenants eux-mêmes. Enfin, ces problèmes sont accentués par les conséquences imprévues des décisions prises dans d'autres filières.

Face à ces questions transversales, on peut repérer, à partir du milieu des années 80, une série de circulaires ou de décrets qui traduisent cette importance de l'action conjointe entre plusieurs administrations. L'un des points de démarrage de cette coopération est sans doute la circulaire du 21 août 1985 cosignée par l'Éducation nationale et la Justice pour la prise en charge des jeunes sous mandat judiciaire dans le cadre des classes-relais. Cette circulaire confère la possibilité d'initier des expérimentations locales entre personnel du ministère de la Justice et de l'Éducation nationale pour gérer un public qui paraissait jusque là insaisissable, voire « incasable ». Par la suite, le développement des classes-relais s'inscrit dans une dynamique de réponse collective des institutions face à des jeunes considérés comme difficilement « gérables ». Le rapport de la commission « Jeunes et politiques publiques » du Commissariat Général au Plan commente à propos de ces dispositifs : « L'exclusion de l'établissement scolaire n'est plus prononcée par défaut, mais elle est assumée comme une démarche éducative ; elle se traduit par une démarche éducative adaptée »^[3].

[1] Muller (Pierre), « Un schéma d'analyse des politiques sectorielles », Revue française de science politique, 35 (2), avril 1985, p. 166-67.

[2] Duran (Patrice), « Le partenariat public-privé entre réglementation et régulation », dans I. Chatric et J.-M. Uhaldeborde (dir.), Partenariat public-privé et développement territorial, Paris, Le Monde Éditions, 1996, p. 272.

[3] D. Charvet (dir.), Jeunesse, le devoir d'avenir, Commissariat Général au Plan, Paris, La Documentation française, 2001, p. 327.



La circulaire relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents (du 11 décembre 1992), si elle n'est pas cosignée (elle relève du seul ministre de la Santé), s'inscrit dans une recherche similaire d'articulation intersectorielle, en proposant de travailler « à la qualité du réseau non spécifique dans les lieux de l'enfance et de l'adolescence » (c'est-à-dire avec les autres intervenants en charge des enfants et adolescents, « dans un esprit de coordination et de complémentarité ») : « partenariat avec le milieu scolaire », « collaboration avec les services du département », « relations avec les services de la justice » sont les orientations proposées, censées permettre des interventions spécialisées précoces et le développement des approches intégrant les préoccupations de santé mentale au sein d'autres services.

Dans cette perspective, on ne peut que noter la multiplication au cours de ces dix dernières années de nouvelles préoccupations. Le traitement du problème des jeunes difficiles s'est traduit par un accroissement de la dynamique interministérielle. La multiplication des conseils de sécurité intérieure placés sous la responsabilité du 1^{er} ministre est un indicateur de cette tendance. Les thèmes qui y sont débattus sont à cet égard symptomatiques. Par exemple, pour le CSI du 27 janvier 1999, il s'agissait de l'éventuelle réforme de l'ordonnance de 1945, des mesures de placement des jeunes, des mesures de répression pénale à l'égard des atteintes aux enseignants, de la sécurité des sorties de lycées : autant de décisions qui nécessitent l'accord entre plusieurs ministères. La multiplication des circulaires interministérielles – et interservices au sein d'un ministère – à partir du début des années 90 en est un autre indicateur : les questions de santé, d'éducation, de délinquance ne peuvent plus être dissociées. L'instruction interministérielle du 10 janvier 2001 relative à la protection de l'enfance est par exemple signée par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, le Secrétariat d'État à la Santé et aux Handicapés, le ministère délégué à la Famille, le ministère de l'Éducation nationale, le ministère de la Défense, le ministère de la Justice, le ministère de l'Intérieur, le ministère de la Jeunesse et des Sports, le secrétariat d'État aux Droits des femmes et à la Formation professionnelle. La lutte contre la violence à l'école implique, outre l'Éducation nationale, le ministère de la Justice, de l'Intérieur, de la Défense et de la Ville (ces 5 ministères sont signataires de la circulaire

interministérielle du 2 octobre 1998 relative à la lutte contre la violence en milieu scolaire et au renforcement des partenariats).

Les récentes propositions issues d'un groupe de travail interministériel demandant la création de « groupes de veille éducative »^[4] permettant d'assurer un suivi global, continu, des jeunes en souffrance et/ou en échec constituent sans doute l'emblème de cette quête contemporaine d'une action globale, coordonnée, des différentes institutions et professions mobilisées dans les questions d'insertion et de soutien aux jeunes. Au cœur de ces propositions, on trouve la nécessité de donner, à l'échelon territorial adapté (commune ou agglomération), des réponses éducatives plus cohérentes, plus réactives, aux demandes des jeunes les plus en difficulté.

Au sein du matériau analysé, ceci se traduit par trois caractéristiques majeures

■ La fréquence des recours au « multi » partenariat institutionnel/professionnel

« Partenariat actif », « meilleure coordination », « partager l'information » : c'est autour de notions qui sont censées traduire un effort partagé, conjoint, collectif que se réorganise le discours des directives. À propos des conférences régionales de santé, la circulaire du 20 novembre 1997 stipule : « Ce groupe [le groupe de programmation] est multi-institutionnel, multidisciplinaire et représente l'ensemble des professionnels de la région ». À propos des politiques de prévention, la circulaire du 6 novembre 1998 souligne qu'il est « nécessaire de jouer un partenariat actif entre les services de ces collectivités et les responsables de la protection judiciaire de la jeunesse et des autres services de l'État ».

■ La pratique de l'appel à projets

Plusieurs circulaires ont été suivies d'appels d'offres pour des actions partenariales dans différents secteurs. Dans le domaine de la prévention et de la prise en charge de la souffrance psychique, la circulaire du 8 septembre 1998 prévoit notamment un budget de 7,5 millions pour « la mise en place d'actions innovantes en faveur des jeunes et des adolescents pour une meilleure prévention et prise en charge de leur souffrance psychique, par le développement d'un partenariat associant les professionnels de la santé mentale et les professionnels socio-éducatifs en contact avec les jeunes ». En matière d'appui et d'accompagnement

[4] Veille éducative, Plan d'action présenté par Claude Brévan, Jean-Pierre Blazy, Pierre Cohen, Délégation interministérielle à la ville, novembre 2001.

aux parents, le ministère de l'emploi et de la solidarité a lancé un appel à projets pour développer les opérations d'appui et de soutien aux parents (circulaire du 9 mars 1999 relative aux réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents).

La mise en place de Conseils, de Comités de pilotage Groupes de suivi, comités de pilotage, groupes de travail, comités techniques, cellules de coordination constituent ces nouvelles instances de dialogue, de discussion, où doit circuler l'information, se construire des réponses en commun, s'élaborer des solutions partagées. En matière de protection de l'enfance, par exemple, l'instruction interministérielle du 10 janvier 2001 rappelle que « dans un secteur où l'action publique est de fait conduite par des autorités différentes, il importe plus que jamais que les services de l'État coordonnent leur action au service d'une politique efficace de protection de l'enfance, notamment lorsqu'aucun dispositif opérationnel n'a pu être mis en place entre l'État et les conseils généraux. C'est pourquoi vous voudrez bien mettre en place et réunir dans votre département un groupe de coordination départemental » (relative à la protection de l'enfance).

➔ Vers un droit procédural ?

Ces politiques se traduisent donc par la mise en place de commissions de concertation qui fonctionnent comme des scènes de négociation et d'ajustement entre de multiples intérêts et des acteurs aux traditions d'action différentes. Elles répondent aux caractéristiques dégagées par P. Duran et J.-C. Thoenig à propos d'une politique constitutive, laquelle se contente d'« édicter des règles sur les règles » et « délègue le traitement du contenu ».^[5], sans définir a priori ni le problème, ni les acteurs pertinents, encore moins les solutions.

Dans ce cadre, les textes analysés remplissent trois fonctions :

- ils précisent les acteurs qui sont associés à ces groupes, en indiquant la liste des institutions qui doivent être représentées. Si les circulaires fixent souvent une liste des participants, elles peuvent certaines fois, « conseiller » ou simplement « recommander » d'y associer certains acteurs : « Parmi les associations ou organismes que vous pouvez inviter aux réunions de ce comité régional, nous signalons particulièrement le comité régional

d'éducation sanitaire et l'observatoire régional de la santé, mais aussi les associations qui œuvrent au quotidien pour les personnes démunies » (circulaire DGS/SP2 n°99-110 du 23 février 1999).

- ils indiquent également comment seront réparties les fonctions officielles (présidence du groupe, secrétariat) de ces groupes. Dans les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins par exemple, la circulaire du 23 février 1999 indique que le comité régional sera présidé par le préfet (ou en son absence par directeur régional des affaires sanitaires et sociales, par le secrétaire général de préfecture ou par un préfet de département). Elle précise également que le secrétariat du Comité sera assuré par la DRASS.
- ils peuvent enfin signaler le rôle joué par des acteurs spécifiques, comme les coordinateurs. Si l'on revient sur la mise en œuvre des PRAPS, il est indiqué que le directeur régional doit choisir un coordinateur du groupe technique régional, dont il est précisé qu'il « peut être un cadre de la DRASS ou d'une DDASS ou une personnalité n'appartenant pas aux services de l'État » (circulaire du 23 février 1999).

Autrement dit, les circulaires (et décrets) s'assurent des procédures à mettre en place pour assurer une programmation, peuvent donner des conseils méthodologiques, précisent les moyens juridiques et financiers mobilisables, mais elles n'indiquent pas le contenu des objectifs. Elles se contentent de fixer un cadre, dans lequel se déroule ensuite la négociation, le dialogue entre les différents acteurs mobilisés. Ces contrats, dont l'usage est aujourd'hui généralisé dans la conduite de l'action publique, contiennent généralement trois types de dispositions : ils expriment un accord sur des objectifs généraux, dotent l'action d'un échéancier et traduisent une mise en commun de moyens. Ils fixent les principes généraux d'une action commune entre des acteurs multiples, en répartissant les rôles entre préfets et services déconcentrés, entre préfet et directeur de l'agence régionale d'hospitalisation..., sans pour autant trop « normer » les attributions et les statuts de chacun.

De telles politiques ne sont pas sans parenté avec une logique de démocratie procédurale, dans le sens où leur fonctionnement repose sur une logique de négociation et de discussion encadrée par des règles qui assurent le bon déroulement de l'échange. Ces règles délimitent des missions

[5] Duran (Patrice) et Thoenig (Jean-Claude), « L'État et la gestion publique territoriale », Revue française de science politique, 46 (4), août 1996, p. 601.



aux différentes commissions, désignent les acteurs mobilisables, opèrent des articulations entre différents dispositifs. Bref, elles garantissent les conditions de fonctionnement des échanges – durée, modalités – sans en déterminer les objectifs. Un tel changement se traduit d'ailleurs par une modification du droit mobilisé dans la régulation de ces échanges, dans la mesure où c'est de plus en plus un droit procédural fixant des procédures d'ajustement entre divers acteurs. Jacques Lenoble et André Berten relèvent par exemple « l'apparition de mécanismes institutionnels qui tendent à transformer les processus juridiques classiques, telle la concertation ou la médiation dans le traitement des problèmes collectifs ou individuels. Les formes de gestion des intérêts publics sont en train de se transformer progressivement, dans le sens d'une « procéduralisation » des fonctions administratives et judiciaires »^[6].

Une telle diffusion des contrats ne va pas sans générer une certaine complexité, puisque l'on peut retrouver sur un même territoire une multiplicité de contrats emboîtés, entrelacés, qui se recouvrent et se superposent partiellement. La question qui accompagne la prolifération de ces nouvelles procédures est celle de leur ajustement mutuel, des éventuels effets d'apprentissages qui peuvent en naître. Désormais, l'action publique s'inscrit dans un régime d'interdépendances accentuées entre une multiplicité de procédures semblables mais présentant chacune des inflexions spécifiques. En créant une nébuleuse de dispositifs, cette tendance complexifie – opacifie ? – considérablement l'action publique.

Nous nous permettrons de conclure en formulant une précaution. Si on ne peut que se féliciter de la multiplication d'actions conjointes entre des secteurs et des acteurs habituellement cloisonnés, on doit rester attentif aux effets pervers de cette prolifération de dispositifs partenariaux de toutes sortes. Parés des meilleures intentions, ils courent le risque permanent d'être détournés, mal appliqués par des acteurs locaux qui peuvent avoir le sentiment d'une surcharge de travail induite, d'une complexification de leur activité ou d'une perte de lisibilité de l'action publique.

[6] Lenoble (Jacques) et Berten (André), « L'espace public comme procédure », dans Pouvoir et légitimité (Raisons Pratiques 3), Paris, Editions de l'EHESS, 1992, p. 85.

Transition

Amélioration des conditions de prise en charge des jeunes en grande difficulté

Par Michel PERDIGUES

Dans le prolongement du séminaire organisé par les ministères de la solidarité et de la Justice « Prise en charge des mineurs en grande difficulté » qui s'est déroulé en mai 2000, il est apparu souhaitable de proposer aux professionnels des différents domaines concernés un document écrit à caractère pluri-disciplinaire auquel ils puissent se référer pour enrichir leurs réflexions et guider leurs actions.

Pour autant il ne saurait s'agir d'une méthode infaillible de construction d'outils standardisés de prise en charge de ces mineurs mais davantage d'un ensemble de textes et de projets autorisant la mise en débat d'une problématique complexe qui à notre sens représente un préalable à toute élaboration d'outils communs aux champs de l'éducatif et de la santé.

➤ « Pourquoi un nouveau guide ? »

Ce projet résulte d'un constat important, celui du repli et du cloisonnement professionnel, de la méconnaissance des réflexions qui sous-tendent les pratiques professionnelles des partenaires d'autres champs que les siens. Il est aujourd'hui nécessaire de faire ressortir ce que nous avons comme lecture commune de cette population qui nous mobilise : les jeunes en grande difficulté. Il existe une tension entre le psychisme et le social, dans laquelle ces jeunes se construisent et dont on ne peut faire l'économie.

Pour en parler, nous disposons d'éléments dans l'ensemble des champs concernés : sanitaire, social, judiciaire, éducatif. Toutefois ces données sont éparpillées et souvent méconnues. En tout état de cause, elles ont besoin d'être reliées entre elles et croisées. Nous nous sommes efforcés, en premier lieu, de décrire et analyser ces données, ainsi que les textes et dispositifs institutionnels qui sont mis en place pour répondre à la complexité des réalités que vivent ces jeunes.

La recherche, par les professionnels concernés, d'une approche de ces publics en grande difficulté est profondément marquée par le champ propre de connaissance et d'intervention professionnelle. Ainsi, le pédopsychiatre donnera une définition à partir de ses outils conceptuels psychiatriques ou analytiques, le magistrat à partir de sa grille d'intervention (enfant délinquant ou en danger), l'éducateur à partir du comportement du jeune dans la relation, etc.

Il nous fallait donc prendre une voie d'entrée commune à l'ensemble des professionnels qui soit décalée de leurs critères d'intervention classiques. Il est apparu que ces adolescents ont un rapport à l'espace et au temps qui leur est propre et qui a une incidence à la fois sur l'approche de ces jeunes et sur les réponses apportées par les structures. C'est pourquoi au delà de la prise en compte des textes et références de chaque institution, il nous a semblé intéressant de demander à des professionnels du judiciaire, de l'éducatif et de la santé mentale, ainsi qu'à des chercheurs en sciences humaines, d'apporter un éclairage théorique sur la question du rapport à l'espace et au temps de ces adolescents.

Au delà de ces éléments textuels et réflexifs une caractéristique forte de ces jeunes est qu'ils mettent les institutions en difficulté, du fait de leur violence et de leur mal-être. Il s'ensuit que les institutions sont souvent mises à mal et peuvent être amenées à fonctionner en miroir face aux difficultés de ces adolescents et s'inscrire dans le principe de répétition. Le travail de réflexion que propose cet ouvrage prend donc sa source non seulement dans la recherche d'une meilleure connaissance de ce public, mais également dans une compréhension des limites et des difficultés institutionnelles.

La première partie de ce document constituée d'une série de textes introduite par la contribution du Professeur Jeammet, apporte des éclairages particuliers sur les jeunes en difficulté. Ces contributions contiennent toutes des éléments forts d'aide à la compréhension, qui gagneront à être partagés lors de réunions d'équipe et de rencontres entre professionnels concernées. De ces échanges doivent pouvoir émerger des projets communs sans lesquels toute prise en charge réelle et efficace de ces jeunes apparaît compromise.



En plus des quelques éléments d'analyse proposés, cet ouvrage souhaite également ouvrir des pistes en rendant compte de tentatives inter-partenariales intéressantes, menées par certaines équipes. Il essaie ainsi de mieux comprendre les freins existant au plan local pour la prise en charge de ces publics. En effet il ne suffit pas de connaître les textes, d'élaborer des corpus communs, et de maîtriser une réflexion théorique sur la matière ; encore faut-il être confronté aux expériences – la sienne comme celle des autres – comme autant d'éléments qui viennent sans cesse ré-interroger les pratiques.

À cette fin, la deuxième partie du document s'est appuyée pour son élaboration sur les résultats d'une enquête construite dans le cadre d'une collaboration interministérielle qui s'est matérialisée par deux questionnaires adressés aux directeurs départementaux de l'action sanitaire et sociale, aux directeurs départementaux de la protection judiciaire de la jeunesse et quelquefois, par l'intermédiaire de ces directeurs, aux conseils généraux. Bien renseignés, ces questionnaires ont permis une lecture crédible du fonctionnement actuel inter-partenarial, de ses possibilités et de ses limites. Ils ont également permis le repérage d'expériences intéressantes et innovantes. La présentation de ces expériences sous forme de fiches synthétiques contribue à cette volonté de concrétisation et de diffusion.



Partie 2

Projets locaux



Conventions et chartes ayant pour objet d'optimiser le dispositif, sans le modifier

FICHE 1 : Protocoles de partenariat émanant du Conseil général et de la Protection judiciaire de la jeunesse

Engagement de différentes administrations dans une réflexion et des réalisations communes

FICHE 2 : Charte de coopération départementale entre les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et les établissements médico-éducatifs

Engagement des deux partenaires sur les modes de passage des jeunes d'un système à l'autre, centré sur un projet pour l'adolescent, et non en fonction des impératifs de service

Optimisation de la collaboration des intervenants d'une même structure

FICHE 3 : Prévention du suicide à la maison d'arrêt d'Angoulême

Association des surveillants pénitentiaires au repérage des détenus déprimés et susceptibles d'attenter à leurs jours

Soutien aux professionnels aux prises avec une situation difficile

FICHE 4 : Dispositif expert régional pour les adolescents en difficulté (DERPAD)

Structure mixte santé-justice à la disposition des professionnels s'occupant d'adolescents, elle propose une aide à la prise de distance et des adresses pour une orientation adaptée

FICHE 5 : Mission d'accueil relais soins (MARS) à Vienne

Création d'un poste de psychologue pour l'accueil, l'orientation et l'accès aux soins spécialisés de mineurs délinquants récidivistes ; travail en réseau, convention multipartenariale

Adaptation du dispositif de prise en charge psychiatrique

FICHE 6 : Création d'un département d'hospitalisation pour adolescents

Proposition de création d'un département d'hospitalisation pour compléter le dispositif existant ; indications d'hospitalisation des mineurs

Principaux acteurs

Pyrénées-Atlantiques

C.G. ; PJJ ; IA ; DDASS ; DDJS

Yvelines

IME ; IMPRO
intersecteur

Charente

Tous les personnels et intervenants de la maison d'arrêt mission locale (CCAS)

Île-de-France

PJJ ; Psychiatrie ; Mutualité française

Isère

DDASS, Psychiatrie, PJJ, Éducation nationale, Police, gendarmerie, CPAM, Municipalités, centres sociaux, préventions spécialisée, SIPREDEL

Rhône

DDASS, CH psychiatrique

Structures intersectorielles spécifiques pour adolescents

FICHE 7 : Centre de crise et de soins spécialisés : prise en charge concertée d'adolescents difficiles

Collaboration entre professionnels de tous les secteurs concernés pour construire un projet médical et éducatif adapté à chaque jeune

FICHE 8 : Structure intersectorielle pour adolescents difficiles (SIPAD)

Création et fonctionnement d'une structure d'hospitalisation pour bilan et développement d'un projet de soins et de suivi éducatif ; mise à disposition d'éducateurs et d'enseignants dans une structure hospitalière ; réflexion sur la violence

FICHE 9 : La Maison de l'Adolescent (MDA)

Création et fonctionnement d'un centre d'accueil, d'orientation et de soins, ouvert sur la ville, et permettant l'accès direct des adolescents à des équipes soignantes et éducatives ; importance du partenariat

FICHE 10 : Centre de soins pour adolescents

Fonctionnement d'un centre de soins pour adolescents proposant une très large palette de modalités de soins ; convention définissant des échanges avec plusieurs institutions ; description de la prise en charge de mineurs en grande difficulté. Dispositifs éducatifs innovants

FICHE 11 : Dispositif Autrement

Organisation de séjours de dégageant pour des jeunes en crise, présentant des troubles du comportement marqués par la violence ; dispositif permettant une prise de distance temporaire et un travail de collaboration pour rompre la spirale de l'exclusion des structures de prise en charge.

FICHE 12 : Service d'hébergement individualisé

Dispositif de suivi éducatif par l'hébergement en studio de mineurs de plus de 16 ans suivis par l'intersecteur de psychiatrie ; collaboration psychiatrique-justice

Principaux acteurs

Gironde Centre de crise, ASE, PJJ, IR, DDASS, ARH, CG, Éducation nationale

Alpes-Maritimes DDASS, PJJ, ARH, Psychiatrie, JE, ASE, Éducation nationale, Municipalités, Secteur médico-social, Sauvegarde

Seine-Maritimes Psychiatrie, pédiatrie, PJJ, CG, Éducation nationale, Foyers, associations

Vendée DDASS, PJJ, ASE, Éducation nationale, CPAM, Psychiatrie, Pédiatrie, Sauvegarde

Moselle ASE, PJJ, Justice, Psychiatrie, Éducation nationale, Police

Hauts-de-Seine Intersecteur, PJJ, ASE, Association santé mentale

Sigles utilisés

ASE aide sociale à l'enfance	DDJS direction départementale de la jeunesse et des sports
ARH agence régionale de l'hospitalisation	IA inspection académique
CCAS centre communal d'action sociale	IME institut médico-éducatif
C.G. Conseil général	IMPRO institut médico-professionnel
CPAM caisse primaire d'assurance maladie	IR institut de rééducation
CDES commission départementale d'éducation spécialisée	PJJ protection judiciaire de la jeunesse
DDASS direction départementale de l'action sanitaire et sociale	



Introduction

Dr Patrick Alécian, Psychiatre

Les exemples qui suivent, décrivent des projets mis en place récemment sur le territoire français, dédiés spécifiquement à l'aide aux adolescents difficiles.

Par adolescents difficiles, le comité de pilotage propose de comprendre, ici, les adolescents qui se signalent par les trois difficultés suivantes :

- ils présentent des signes suffisamment graves pour que leurs parents ou l'institution qui les suit envisagent un nouveau soutien. Les signes peuvent être d'ordre **pédagogique** (échec scolaire, absentéisme scolaire...), d'ordre **médical** (accidents en deux roues, tentatives de suicide, amaigrissement, comportements thérapeutiques inadaptés dans l'évolution d'une maladie chronique comme l'asthme ou le diabète...), d'ordre **éducatif** (déviations, conduites addictives, délinquantes, violences, isolement, troubles sexuels.) ;
- les signes, malgré des réponses des adultes concernés, sont réitérés (aggravation) ;
- les signes provoquent une désorganisation du cadre familial et/ou du cadre institutionnel concerné.

Cette triade est repérée chez des adolescents suivis dans différentes sphères institutionnelles et nous laissons ici volontairement des termes génériques comme « signe » plutôt que symptôme, terme trop médicalisé.

Il apparaît de fait au comité de pilotage que la désignation d'adolescents difficiles existe aussi bien à l'école, qu'à l'hôpital ou dans les services éducatifs. À l'analyse des histoires singulières et de recherches/actions il a été retenu que ce type de manifestation débordait les compétences de l'institution concernée et de son savoir-faire habituel. Ainsi l'école est parfois débordée par les violences de quelques-uns comme parfois le service d'urgences à l'hôpital mais aussi le quartier des mineurs en maison d'arrêt. Cependant il a été retenu que ce n'est pas tant une hyperspécialisation de l'institution concernée qui suffirait à répondre, mais plutôt sa capacité à travailler avec d'autres institutions. Cette mutualisation de compétences vise des enjeux qui renvoient plus à une compréhension du genre humain dans l'approche de ces adolescents qu'à celle

de maladies nouvelles ou rares qui relèveraient de réponses en filières.

Il ne faut pourtant pas s'y tromper. Ce qui est présenté dans ces exemples est une professionnalisation de ces approches avec des organisations et des méthodes rigoureuses, coûteuses en temps, en formations, en accompagnements. C'est dire que l'adage « c'est une crise d'adolescence, ça passera, surtout ne faites rien » est écartée pour une action comprise comme « c'est une crise, elle présente des risques pour l'enfant (adolescent) et son environnement (adultes), il va falloir beaucoup de temps, beaucoup de personnels pour accueillir, apaiser, accompagner l'enfant et aider les adultes concernés à tenir bon ».

Ce dernier point, est celui de l'**aide aux adultes, parents ou équipes**, qui ont à accompagner dans leur vie quotidienne un adolescent difficile. La crédibilité des professionnels capables d'aider ces adultes reste indissociable de leur crédibilité auprès des adolescents eux-mêmes qui sont sous leur responsabilité pédagogique, thérapeutique et éducative. Il faut y voir l'hypothèse, reconnue aujourd'hui féconde, qu'à aider les adultes proches des adolescents difficiles, nous aidons ces derniers. Le comité de pilotage a considéré en effet qu'une difficulté impossible à dénouer pour un enfant est alors déposée par lui dans la pensée des adultes de proximité qui ont alors à charge de la dénouer. Cette hypothèse éclaire autant les problèmes liés à la désorganisation du cadre que les effets dits de « burn out », sous le jour de la contagion des troubles de l'enfant qui lui-même les porte déjà secondairement.

Autant dire que ces exemples visent à écartier définitivement des idées organisées traditionnellement autour de la « crise d'adolescence » comme : confier le travail nécessaire pour les adolescents à des professionnels inexpérimentés, voire isolés des professionnels les plus anciens, voire même le confier à des adultes non avertis, idéalistes ou altruistes. Ils montrent aussi que les administrations ne peuvent plus penser les budgets en terme de saupoudrages bienveillants mais bien en terme de masse, de complexité, de réflexivité (aux aggravations comme aux allègements... !).

C'est pour cela que ces exemples concernent aussi bien les instances politiques, administratives que techniques. Il s'agit de montrer à quel point un projet pour les adolescents doit être accompagné

par des compétences spécifiques, de l'apparition de l'idée jusqu'à sa réalisation en passant par le stade des conventions, de la mise en place jusqu'aux évaluations d'activités. Les cheminements sont longs, difficiles tant, par exemple, les constats ou l'analyse des besoins sont aujourd'hui encore reliés à des enjeux subjectifs ou intrinsèques aux institutions. Tous ces sites ont eu à surmonter le morcellement des informations et analyses initiales pour trouver une cohérence qui préserve la présence de tous les partenaires. Ne sont pas là en cause que des idéologies ou des politiques.

L'inscription récente, donc tardive des projets institutionnels pour adolescents difficiles, a laissé longtemps la place à des initiatives individuelles voire charismatiques. Cela a paré aux problèmes mais a aussi aidé à les masquer. Ainsi, jusqu'en 1995 les adolescents restent les parents pauvres d'une société qui les sollicite de plus en plus d'un point de vue consumériste. Sans expliquer là les difficultés relatives à l'autorité dans ces générations adolescentes, on peut y voir un signe de plus de la distance entre deux générations qui voient se renforcer méfiances et dépendances mutuelles.

Attention donc à ne pas transformer le réseau en rets et le cadre contenant en murs inertes.

Tous ces exemples encouragent le groupe comme lieu du lien intergénérationnel de transmission. Pour autant le groupe n'est pas prétexte à morcellement. Il y a nécessairement dans ce type de travail une cohésion appuyée sur un pilote. Ici, ces exemples ont le plus souvent comme pilote des acteurs et institutions sanitaires. Ce n'est pas lié uniquement à la masse financière qui circule dans ces établissements. C'est surtout l'expérience clinique, celle de l'observation du signe et du sujet qui met le sanitaire en avant, comme fer de lance, car ces adolescents difficiles doivent malgré tout être abordés comme des sujets en devenir. C'est d'ailleurs cela qui amène la proximité mais aussi la tension entre le sanitaire et l'éducatif.

Ce fonctionnement groupal autour d'un pilote, avec sa cohésion, suppose que les arrimages interprofessionnels et inter-institutionnels puissent se faire avec le support d'un langage commun aux professionnels concernés. Ce langage commun ne vise pas à esquiver les technicités respectives et leurs rigueurs (médicales, pédagogiques, juridiques) mais à authentifier un socle commun de connaissances pour les enfants les plus en difficulté.

Les exemples ici retenus apparaissent comme des sites qui participent à la production mais aussi la transmission de connaissances sur l'adolescent. Ils peuvent contribuer à ce socle et permettre ainsi des enjeux comme les préventions primaires, secondaires, voire les traitements précoces.



→ Conventions et chartes ayant pour objet d'optimiser le dispositif, sans le modifier

Fiche 1 : Protocoles de partenariat émanant du Conseil général et de la Protection judiciaire de la jeunesse (Pyrénées-Atlantiques)



Objectif

Permettre des réponses plus proches des enfants et des jeunes en difficulté, en danger ou délinquants, et mieux adaptées à leurs besoins.

Pour ce faire, des protocoles ont été signés, qui :

- organisent les modalités de coordination et de collaboration entre les services concernés ;
- prévoient des actions symboliques et spécifiques, qui sans modifier les dispositifs, visent à la construction de connaissances communes et d'un partenariat effectif.

Signataires

Trois protocoles différents ont été signés entre le Président du Conseil général et le Directeur de la Protection judiciaire de la jeunesse d'une part, et d'autre part :

- l'Inspecteur d'Académie (il est précisé qu'une convention spécifique sera signée avec le représentant de l'enseignement catholique sous contrat) ;
- le Directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation d'Aquitaine et la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales ;
- le Préfet des Pyrénées-Atlantiques pour la direction départementale de la Jeunesse et des sports. La DDJS précise dans le protocole sa volonté d'adapter l'approche des intervenants socioculturels et sportifs au public des jeunes en difficulté. Elle fait en effet le constat de l'évolution du type de public fréquentant les structures d'accueil de son champ de compétence, et des interrogations que suscite cette évolution chez les acteurs de terrain, qui ont de plus en plus de mal à maintenir les schémas d'animation classique.

Engagements réciproques

Ces engagements sont regroupés en trois chapitres. Certains d'entre eux sont communs à tous les partenaires, d'autres sont spécifiques à chaque institution.

➤ Favoriser une meilleure adaptation de la réponse aux mineurs et aux jeunes majeurs en difficulté, en danger ou délinquants

Engagements communs

- Les structures signataires s'engagent à participer à la Conférence départementale annuelle, instance visant à faire le point sur l'adaptation des réponses institutionnelles aux mineurs et jeunes majeurs en difficulté.
- Si des inadaptations ou des manques sont repérés, elles s'engagent à participer aux groupes ressources locales pour tenter de trouver des solutions.

Engagements spécifiques

■ La DDASS s'engage :

- à favoriser l'intervention des secteurs de pédopsychiatrie dans les circonscriptions d'actions médico-sociales pour l'évaluation des situations individuelles de jeunes, en précisant qu'il faudra trouver un accord mutuel et des complémentarités lisibles et dynamiques ;
- à favoriser et à coordonner la participation aux groupes ressources locales des services de l'éducation spécialisée, de pédopsychiatrie et de pédiatrie.

■ L'Inspection académique précise :

- que les personnels sociaux et de santé scolaire mettent en place des lieux d'écoute et d'orientation dans les établissements ; si des dispositifs complémentaires faisant intervenir des personnels extérieurs étaient mis en place, ils pourraient trouver un soutien de l'établissement, avec l'accord du Comité d'environnement social et du chef d'établissement ;
- s'engage, avec la Direction de la solidarité départementale et la DDPJJ, à mettre en place à titre expérimental une classe relais faisant intervenir ensemble des enseignants et des éducateurs.

Le protocole de partenariat précise que ces deux types de dispositifs nécessiteront pour leur mise en œuvre l'élaboration de conventions spécifiques.

➔ Améliorer la communication et l'information réciproque entre les services

Engagements communs

- La DDPJJ et la Direction de la solidarité départementale s'engagent à dispenser des informations présentant leurs dispositifs et leurs missions dans les formations initiales (BAFA, BAFD, Brevet d'éducateur sportif) ou continues (Éducation nationale, secteur sanitaire) de l'ensemble des professionnels relevant des structures signataires.
- Les signataires s'engagent à co-organiser en tant que besoin des journées techniques ou des colloques sur des thèmes éducatifs ou sanitaires fédérateurs et favorisant les échanges entre professionnels.
- Tous les signataires s'engagent à permettre aux professionnels de leur secteur d'effectuer des stages dans les autres secteurs, pour une meilleure connaissance des terrains de travail réciproque.

Engagements spécifiques

- L'Inspection académique relayera les informations sur les dispositifs et missions du Conseil général et de la Protection judiciaire de la jeunesse auprès des bénévoles et des professionnels pratiquant l'accompagnement scolaire et l'aide aux devoirs.
- La DDASS s'engage à inviter les services de pédopsychiatrie à dispenser des informations sur leur mode de fonctionnement aux professionnels sociaux de la DDPJJ et du secteur habilité ASE – PJJ.

➔ Susciter des actions de prévention communes

Engagement commun

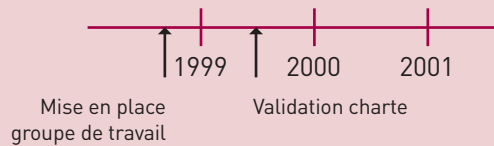
- Une plaquette sur la procédure et le contenu du signalement sera réalisée dans le cadre du schéma départemental de l'enfance et de la famille. Les signataires s'engagent à la diffuser auprès de tous les professionnels de leur secteur.

Engagements spécifiques

- Éducation nationale : les signataires s'engagent à susciter des temps de rencontre entre parents, enseignants et professionnels éducatifs et de soins, sur des thèmes de la vie quotidienne, comme les rythmes de l'enfant, par exemple.
- Affaires sanitaires et sociales, ARH, Conseil général et DDPJJ : les administrations et services partenaires de ce protocole précisent leur souhait de lancer un chantier relatif à une approche commune des jeunes en grande difficulté et aux réponses concertées à leur apporter.



Fiche 2 : Charte de coopération départementale entre les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et les établissements médico-éducatifs (Yvelines)



Objectif

Améliorer le suivi des enfants et des adolescents dont la pathologie mentale et/ou le handicap nécessitent des prises en charge conjointes ou alternées.

Signataires

La charte a été envoyée aux intersecteurs de psychiatrie du département et à l'ensemble des associations gestionnaires d'établissements médico-éducatifs.

Principes généraux

- Une reconnaissance par les deux types de structures de la nécessité d'une concertation dans le suivi des enfants et des adolescents qu'ils accueillent.
- Le respect des champs d'intervention de chacun, traitement de la pathologie mentale d'une part, et éducation spécialisée des handicapés d'autre part.
- L'intégration du soin psychiatrique dans le projet médico-éducatif de l'enfant ou de l'adolescent, et réciproquement, la garantie d'accès et de continuité des soins psychiatriques.
- Les deux types de structures informent régulièrement et soutiennent les familles dans le respect des choix qu'elles opèrent pour leurs enfants. Elles considèrent la participation et l'engagement des familles aux prises en charge comme primordiaux.
- Le chef de service du secteur de psychiatrie infanto-juvénile et le directeur de l'établissement médico-éducatif œuvrent en commun pour préparer les adaptations nécessaires à la prise en charge des enfants et des adolescents orientés par la Commission départementale de l'éducation spéciale (CDES) et assurer la continuité de leur suivi.
- Si une difficulté surgit dans l'application de la charte, les signataires en désaccord informent la CDES et le service des établissements de santé à la DDASS.

Engagements réciproques

➔ Cadre général de coopération

- Rencontres régulières entre le chef de service de psychiatrie et le directeur de l'établissement médico-éducatif pour s'informer sur l'évolution de leurs activités et échanger au sujet des enfants dont ils s'occupent conjointement.
- Recherche, pour chaque enfant ou adolescent bénéficiant d'une coopération, d'un consensus sur les modalités de soins.
- Intégration dans la coopération, en fonction des besoins, d'autres intervenants (ASE, Éducation nationale, PJJ) pour s'assurer de toutes les compétences disponibles et œuvrer dans le sens d'un projet global pour l'enfant ou l'adolescent.

➔ Soutien du secteur de psychiatrie infanto-juvénile à l'établissement médico-éducatif en cas de crise ou d'urgence psychiatrique

- Quand un jeune présente des troubles psychiques tels, que l'établissement ne peut pas prodiguer les soins nécessaires, ou ne peut le garder dans des conditions convenables pour lui-même, les autres jeunes accueillis et les équipes, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile peut éventuellement être sollicité pour compléter la prise en charge de l'établissement ou pour prendre en charge temporairement le jeune concerné.
- Cette intervention sera poursuivie selon des modalités à définir entre les deux partenaires, jusqu'à ce que l'état de l'enfant ou de l'adolescent lui permette de recouvrer une activité habituelle au sein de l'établissement dont il relève.
- Durant le temps de la prise en charge par le secteur de psychiatrie, l'établissement s'engage à suspendre toute décision d'exclusion du jeune concerné.
- Si l'état du jeune pris en charge par le secteur de psychiatrie ne s'améliore pas suffisamment pour envisager son retour durable dans l'établissement, les deux partenaires conviennent d'une saisine de la CDES pour définir une orientation plus appropriée à la situation. Dans l'attente de cette décision, ils s'assurent, par une mise en commun de leurs moyens, que la prise en charge ne souffre pas de discontinuité, et demeure optimale.

➔ Soutien apporté par le secteur psychiatrique aux établissements médico-éducatifs à la sortie des enfants et adolescents d'une prise en charge primitivement psychiatrique

- Quand un enfant ou un adolescent suivi par un secteur de psychiatrie est orienté vers un établissement médico-éducatif, un contact est pris pour préparer l'arrivée du jeune dans les meilleures conditions.
- L'établissement médico-éducatif met à disposition du secteur psychiatrique son expérience et sa capacité d'évaluation dans l'élaboration d'un projet d'intégration. Ce partenariat peut comprendre des réunions d'information, des évaluations conjointes, des synthèses, l'accueil temporaire du jeune dans l'établissement, pour évaluer sa capacité d'adaptation à ce type de structure, ou un stage d'admission.
- Si le chef de service de psychiatrie et le directeur de l'établissement envisagent des périodes de transition avec intégration partielle et prise en charge psychiatrique et médico-sociale coordonnées, ils soumettent leur projet à la CDES.
- Après l'admission définitive du jeune dans l'établissement médico-éducatif, le chef de service du secteur de psychiatrie s'engage à coopérer avec l'établissement pour faciliter la réussite du projet. Il peut s'agir d'une simple information, mais également d'une poursuite ou de la reprise du soin psychiatrique, intégré dans le projet médico-éducatif du jeune.

➔ Lien avec le secteur de psychiatrie générale

Le passage du secteur de psychiatrie infanto-juvénile au secteur de psychiatrie générale, du fait de l'âge des jeunes suivis, se fait entre les deux équipes de psychiatrie et en collaboration avec l'établissement médico-éducatif.

➔ Évaluation et suivi de la charte

Chaque année, le chef de service du secteur de psychiatrie infanto-juvénile et le directeur de l'établissement médico-éducatif procèdent à l'évaluation de leur coopération, en mettant en lumière les progrès réalisés, mais aussi les difficultés rencontrées. L'évaluation dénombre et caractérise les enfants et adolescents pour lesquels la poursuite d'une prise en charge en partenariat se révèle trop difficile ou non appropriée.

- L'évaluation produite, éventuellement contradictoire, est transmise à la CDES et au service des établissements de santé de la DDASS.
- L'évaluation peut contenir des propositions d'amendement de la charte, à introduire lors de sa reconduction.



→ Optimisation de la collaboration des intervenants d'une même structure

Fiche 3 : Prévention du suicide à la maison d'arrêt d'Angoulême (Charente)



Les principaux facteurs de risques de passage à l'acte suicidaire en maison d'arrêt

➤ Les études menées à la maison d'arrêt d'Angoulême rejoignent l'étude de N. Bourgoin (INED, novembre 1991)

- Les premiers jours de l'incarcération.
- La détention provisoire.
- La mise en quartier disciplinaire (taux de suicide multiplié par 7).
- Le fait que le délit ou le crime à l'origine de l'incarcération ait été commis sur un proche.
- Le niveau élevé du statut social, de l'insertion familiale et du niveau d'instruction.
- La rupture sociale et familiale.
- La toxicomanie.
- La survenue d'événements familiaux, l'approche des fêtes, des anniversaires.
- La solitude en cellule, ou au contraire la surpopulation.
- Les week-ends et la nuit, générateurs d'angoisse, et plus particulièrement pour les mineurs :
 - l'éloignement géographique dû à l'incarcération ;
 - le passage brutal du quartier des mineurs au quartier des majeurs ;
 - l'absence d'activité pendant les week-ends et la période des vacances scolaires ;
 - les rapports difficiles avec les majeurs.

➤ Caractéristiques de la population pénale de la maison d'arrêt d'Angoulême

- Une augmentation du nombre de détentions provisoires et de la durée moyenne de la peine.
- La précarité croissante des détenus du point de vue médical, social et psychologique.
- L'accroissement du nombre de pathologies psychiatriques et de troubles psychologiques, se caractérisant par exemple par des actes d'auto-agression.

Objectifs

Réduire les facteurs de risques de dépression et de suicide auprès des mineurs et des jeunes adultes incarcérés à la maison d'arrêt d'Angoulême par :

- Des propositions d'amélioration de la situation actuelle.
- La mise en place d'une permanence hebdomadaire.
- La proposition d'une formation interprofessionnelle pour les intervenants de la maison d'arrêt.

Les projets

➔ Propositions d'aménagement de l'existant

- Élargissement de la pluridisciplinarité aux surveillants, non conviés à la plupart des réunions.
- Diversification des soins : ne sont possibles aujourd'hui que l'entretien duel, la prescription médicale, le groupe de parole pour les mineurs et l'orientation vers le Service médico-psychologique régional (SMPR) de Poitiers ou les hôpitaux de proximité. L'équipe médico-psychologique réfléchit à une nouvelle offre de soins, comme par exemple l'ouverture d'ateliers thérapeutiques.
- Une meilleure articulation entre la maison d'arrêt, le SMPR et le centre hospitalier Camille Claudel : diminution du délai entre le repérage de la détresse chez un détenu et son transfert vers une structure de soins (le délai d'attente pour le SMPR peut être de un à deux mois).
- Renforcer l'accueil des détenus, favoriser les liens avec les avocats et les magistrats instructeurs pendant la détention provisoire, améliorer les conditions de détention dans le quartier disciplinaire, et mieux préparer la sortie.
- Être plus attentif aux détenus à l'approche du jugement et pendant le procès.
- Mieux préparer le transfert du quartier des mineurs à celui des majeurs.

➔ Permanence hebdomadaire destinée aux professionnels

Objectif

Permettre une meilleure collaboration entre les différents professionnels travaillant auprès des détenus, pour prévenir si possible et traiter les difficultés médicales, sociales et psychologiques rencontrées lors de la période d'incarcération.

Les surveillants, en contact quotidien avec les détenus, sont souvent les premiers à pouvoir remarquer les changements dans la situation ou l'humeur d'un détenu. Or, ils ne sont en général pas conviés aux réunions des équipes médico-sociales et éducatives.

Une permanence d'une demi-heure est tenue tous les mardis de 13h à 13h30, par des représentants de l'équipe médico-psychologique et/ou de l'Unité de consultation et de soin ambulatoire, de la mission locale, du CCAS d'Angoulême, du personnel de surveillance et des visiteurs de prison. Tous les surveillants et les autres professionnels de la maison d'arrêt peuvent se rencontrer à cette occasion, dans l'objectif de favoriser le repérage des détenus en souffrance, et de participer à la recherche de solutions adaptées. Les personnels qui ne peuvent pas se rendre à la permanence peuvent inscrire leurs observations et leurs remarques dans un registre mis à leur disposition dans la salle d'appels. Il est prévu de déposer également un registre dans la maison accueillant les parents des détenus.

➔ Projet de formation interprofessionnelle

Objectif

Permettre aux différents acteurs du secteur pénitentiaire d'élaborer une culture commune relative aux risques suicidaires des jeunes et de développer une démarche d'intervention en réseau, visant à la prévention de ces risques en milieu carcéral.

Public

Un groupe de 15 intervenants ayant déjà pour certains réfléchi ensemble aux problématiques suicidaires : 5 surveillants, 2 éducateurs PJJ, 1 magistrat, 1 soignant de l'UCSA et 1 soignant de l'équipe médico-psychologique, 1 instituteur, 1 professionnel de la mission locale, 1 professionnel du Service pénitentiaire d'insertion et de probation, 1 visiteur de prison et 1 professionnel de l'APS.

Contenus

Développement de l'adolescent et du jeune adulte, les conduites à risques à l'adolescence. Le repérage des risques et les spécificités liées au passage à l'acte. Place et rôle des professionnels et autres intervenants.

Durée

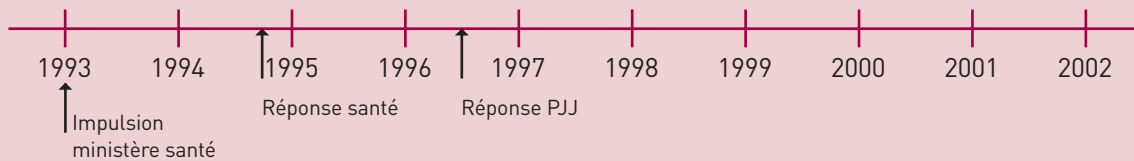
Deux journées consécutives suivies d'une journée à distance.

L'action de formation des personnels de surveillance peut être reconduite chaque année en fonction de la demande.



→ Soutien aux professionnels

Fiche 4 : Dispositif expert régional pour adolescents en difficultés (DERPAD) (Île-de-France)



Objectifs

- Aider les équipes en Île-de-France, qu'elles soient éducatives ou sanitaires, lorsqu'elles se trouvent en impasse dans leur prise en charge d'adolescents, par une double écoute :**
 - celle d'un professionnel du champ sanitaire (psychiatre de formation psychanalytique) ;
 - celle d'un éducateur de la Protection judiciaire de la jeunesse connaissant parfaitement les rouages juridiques et administratifs ainsi que les cadres et les pratiques éducatives.
- Mutualiser et diffuser les savoir-faire sur les prises en charge d'adolescents en difficulté, en menant des activités d'information et de formation, et en organisant des colloques et des séminaires.**
- Plus récemment, aider au développement de projets innovants.**

Publics

Toute structure ou tout professionnel d'Île-de-France intervenant dans la prise en charge d'adolescents et de jeunes adultes en grande difficulté.

Fonctionnement

Les professionnels en difficulté qui le souhaitent prennent rendez-vous au DERPAD et sont reçus par un binôme psychiatre/éducateur, pour une consultation d'accueil et d'évaluation.

Parfois, la proposition est faite d'une seconde rencontre, quand la situation est très complexe et que plusieurs services interviennent auprès d'une même famille, ou quand il est essentiel d'approfondir la réflexion et de relativiser l'impératif de l'urgence, peu compatible avec la nécessité d'un temps pour comprendre.

À partir de ce temps initial d'accueil et d'évaluation, le soutien peut intervenir de plusieurs manières :

- en utilisant le lieu tiers, qui crée un cadre destiné à l'ensemble de l'équipe concernée, lui permettant, à son rythme, une prise de distance et une remise en fonction de la capacité de chacun à élaborer des projets ;
- en utilisant le lieu ressources, pour bénéficier d'une aide à la recherche et de la mise à disposition d'une banque de données qui recense l'ensemble des structures sanitaires, éducatives, sociales et scolaires destinées aux adolescents en Île-de-France, ainsi que les structures d'hébergement spécifiques dans toute la France.

Résultats

Le DERPAD est bien identifié dans la région Île-de-France et est très sollicité. Ainsi, en 2001, 251 situations de jeunes ont été présentées par 254 professionnels intervenant dans 201 institutions différentes.

Ces 251 situations ont débouché sur l'utilisation :

- du lieu tiers pour 126 d'entre elles ;
- du lieu ressources pour 137.

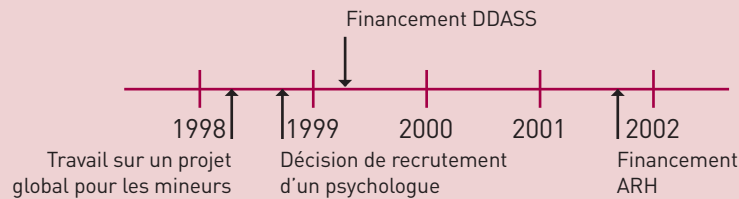
2 137 professionnels ont été rencontrés lors de séances d'information ou de formation, et 493 professionnels ont assisté aux séances du mardi organisées au DERPAD.

Soucieuse d'évaluer son action, l'équipe du DERPAD a mené plusieurs enquêtes visant à mieux qualifier son impact. En 1998, un questionnaire adressé aux personnes venues présenter une situation nouvelle durant l'année 1997 fait ressortir les éléments suivants (96 répondants sur 134 questionnaires envoyés) :

- 55 % des professionnels sont venus chercher une réponse concrète en termes d'orientation du jeune, et dans le même temps, 32 % viennent chercher une supervision, 41 % une évaluation psychopathologique et 47 % une évaluation du projet éducatif : à situation complexe, demande multiforme ;
- le fait d'avoir été reçu par deux consultants (éducatif et psy) est apparu comme essentiel à 51 % des répondants et comme plutôt utile à 47 % d'entre eux ;
- l'évaluation de la consultation par les utilisateurs fait apparaître un fort indice d'évaluation positive : la consultation a permis de susciter une réflexion (68 %), de découvrir des aspects de la problématique du jeune non initialement perçus (53 %), d'élaborer un nouveau projet éducatif (31 %). Seules 9 personnes sur les 96 répondants se déclarent mécontentes parce qu'elles ont trouvé que la consultation n'avait pas répondu à leurs attentes ;
- la consultation est apparue comme ayant eu un impact positif sur la situation du jeune dans les deux tiers des cas (23 % pensent que non, et 12 % ne se prononcent pas).



Fiche 5 : Mission Accueil Relais Soins (MARS) à Vienne (Isère)



Objectifs

Mise en place d'un dispositif et d'une structure spécifique d'accueil des jeunes délinquants récidivistes, relevant éventuellement de soins psychologiques ou psychiatriques, qui repose sur le recrutement d'un/une psychologue.

Différentes solutions ont été envisagées pour le rattachement de ce poste : en confier la gestion à l'association de prévention spécialisée, au syndicat intercommunal de prévention de la délinquance, ou créer une association ad hoc, gérée par l'ensemble des partenaires. En définitive, le poste de psychologue a été rattaché au service de pédopsychiatrie, le plus à même de fournir un cadre de référence. Le recrutement a pu s'opérer en avril 1999.

Partenariat

Le Contrat local de sécurité (CLS) de Vienne rassemble, outre les représentants de l'administration d'État (préfet et sous-préfet, DDASS, DDPJJ, Éducation nationale), les représentants de l'assurance maladie, des collectivités locales, de la police et de la gendarmerie nationale, du service de psychiatrie, de centres sociaux, de l'Association de prévention spécialisée, et du Syndicat intercommunal de prévention de la délinquance, qui a été nommé chef de projet.

Il est évident que les projets faisant intervenir autant de partenaires, si différents en termes de mission, de mode d'organisation et de culture, sont très difficiles et très longs à mettre en place. Les projets servent souvent de terrain d'expérimentation, sur lequel les acteurs locaux apprennent à travailler ensemble, à se connaître. Ainsi par exemple, plus d'un an et demi après le début des réunions du groupe de réflexion sur les mineurs, le service de psychiatrie a demandé qu'un organigramme de l'ensemble des structures présentes soit diffusé à tous.

Au début de l'année 2001, une convention multipartenariale a pu être définie après sept ébauches qui s'amélioraient au fil des mois. Après avoir défini un objet général, la convention précise les objectifs propres à chacun des partenaires :

- pour la DDASS : permettre à des jeunes connus par les services de la justice et présentant des troubles du comportement avec étiologie éventuellement psychologique, de bénéficier de soins psychologiques ou psychiatriques ;
- pour l'Inspection académique : accroître la coordination entre les différents intervenants. Avant judiciarisation ou immédiatement après, favoriser en priorité la prise en charge des jeunes soumis à l'obligation scolaire, en voie de délinquance, avec troubles comportementaux et pour lesquels les réponses psychosociales (du service social scolaire) et éducatives (commission de suivi éducatif) s'avèrent insuffisantes ;
- pour le centre d'action éducative PJJ de Vienne : sur décision judiciaire, favoriser localement la prise en charge partenariale (accès aux soins, insertion sociale, professionnelle, scolaire) des mineurs délinquants ou les plus en difficultés ;
- pour le service pénitentiaire d'insertion et de probation : prise en charge vers des services spécialisés pour une prise en charge des personnes placées sous main de justice, en situation de fragilité psychologique ;
- pour les communes de Vienne, Chasse-sur-Rhône et Pont-Evêque : conformément au chapitre 3 du contrat local de sécurité, favoriser une prise en charge des mineurs délinquants au sein d'un dispositif, en concertation avec les services de l'État, et créer ainsi une chaîne d'insertion et de réinsertion ;
- pour les services de psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie adultes : conjointement aux autres approches (judiciaire, policière, sociale, scolaire, familiale) évaluer la dimension psychique dont résulte la délinquance et convoquer à une rencontre avant d'entreprendre un travail sur l'histoire du sujet (itinéraire, mouvement de bascule, mouvements affectifs, réponse des tiers) ;

- pour l'Association de l'agglomération viennoise pour le développement de l'action sociale et éducative (AAVDASE) : dans le cadre de la libre adhésion, accompagner des jeunes pour lesquels la réponse en prévention spécialisée trouve ses limites ;
- pour les centres sociaux de Pont-Evêque et Chasse-sur-Rhône : faciliter l'accompagnement psychologique des jeunes délinquants et prédélinquants repérés comme ayant des troubles du comportement. Apporter au sein du groupe de travail pluridisciplinaire des éléments de connaissance de l'environnement social et culturel des jeunes concernés. Favoriser une approche globale des problématiques des jeunes dans les quartiers, comme complémentaire à une approche individuelle, pour contextualiser le travail établi avec eux ; Développer un travail préventif auprès de jeunes ayant une attitude asociale et présentant des signes de fragilité.
- pour la Police nationale et la Gendarmerie nationale : coopérer au sein du groupe « mineurs », chargé de la mutualisation des connaissances, au regard des mineurs récidivistes interpellés par les forces de l'ordre ;
- pour le Syndicat intercommunal de prévention de la délinquance : favoriser et développer le travail de réseau dans le respect de la déontologie de chaque institution.

On le voit, chaque institution expose avec son vocabulaire propre les raisons pour lesquelles elle s'engage dans ce projet commun. La rédaction de la convention se situe au démarrage de l'action, alors que les partenaires n'ont pas encore tous travaillé ensemble. Le développement du projet va progressivement permettre l'élaboration d'une expérience commune et la construction d'une culture partagée.

Description du projet

Concrètement, il s'agit d'un partenariat entre les services de l'État, les collectivités locales et associations concernées en vue de détecter un besoin éventuel de soins psychologiques ou psychiatriques et d'organiser une prise en charge adaptée et concertée pour ces jeunes qui mettent en échec toutes les institutions publiques et privées.

Dans un local mis à disposition gracieusement par la CPAM de Vienne, une psychologue à plein temps, recrutée par l'hôpital avec prise en charge financière DDASS puis ARH à compter de 2001, accueille et oriente si nécessaire vers l'hôpital des jeunes adressés par la PJJ, l'Éducation nationale, la prévention spécialisée ou la police et la gendarmerie éventuellement à l'issue d'une garde à vue. Supervisée par un superviseur didactique, elle est placée sous l'autorité du chef de service de pédopsychiatrie de Vienne et bénéficie d'une formation ponctuelle.

Évaluation

➤ Un comité de pilotage technique assure le suivi et l'évaluation de la mission.

Les indicateurs d'évaluation portent sur les résultats des différents services au regard :

- de la mise en œuvre d'un dispositif global visant à une cohérence des réponses à l'échelle de l'Agglomération ;
- du nombre de réinscriptions dans une démarche scolaire et/ou de formation ;
- de l'évolution du taux de récurrence des jeunes suivis ;
- du nombre de jeunes accédant aux soins lorsque cela s'avère nécessaire.

➤ Des critères qualitatifs sont également pris en compte, comme :

- le mode d'accès au dispositif ;
- la situation du jeune lors de son entrée dans le dispositif ;
- son mode de relation au dispositif ;
- les raisons de la sortie du dispositif ;
- la forme du partenariat.



Résultats

➔ Quelques éléments à tirer du bilan après un an d'activité

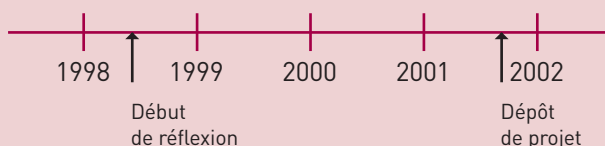
- Le dispositif a concerné peu de jeunes, il est question d'élargir la zone géographique aux communes voisines, également en Contrat local de sécurité (Canton de Roussillon) qui sont demandeuses.
- Des points de vue différents s'expriment pour expliquer le succès relatif du dispositif en termes quantitatifs :
 - pour certains, il semble que les jeunes éprouvent des difficultés à aller au devant du dispositif et que certains travailleurs sociaux sont réticents à orienter vers MARS car cette mission leur évoque trop le soin psychiatrique ;
 - pour d'autres, la psychologue a éprouvé des difficultés à faire reconnaître les spécificités de sa mission par l'ensemble des partenaires. Les modalités de fonctionnement et la fiche de poste de la psychologue devront être revues.
- Un autre problème est soulevé, celui du suivi après l'intervention de MARS. Les centres médico-psychologiques sont saturés, et il manque un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel sur la zone géographique.
- La collaboration de la mission, accueil, relais, soins avec la police et de la gendarmerie est en bonne voie.

Le Procureur de la République a donné son accord pour des permanences de psychologue d'une demi-journée par semaine dans les locaux des forces de l'ordre, un entretien peut être proposé aux jeunes et/ou à leur famille à l'issue de la garde à vue, lors de la remise aux parents. La gendarmerie souhaite mettre en place une intervention plus précoce auprès des jeunes interpellés.

- Intéressé par ce dispositif, le Procureur a demandé la mise en place d'un dispositif similaire à Grenoble et à l'Isle d'Abeau.

→ Adaptation du dispositif de prise en charge psychiatrique

Fiche 6 : Création d'un département d'hospitalisation pour adolescents (Rhône)

**Objectifs**

Aboutir à un maillage, à l'échelle du département, des moyens d'hospitalisation complète et des alternatives par la création d'un département d'hospitalisation pour adolescents, susceptible de répondre aux besoins constatés dans le Rhône.

État des lieux de l'existant en matière d'hospitalisation

Les adolescents présentant des problèmes psychologiques et/ou psychiatriques sont aujourd'hui hospitalisés :

➤ Dans le secteur psychiatrique

Au C.H. Le Vinatier

- Clinique universitaire Hubert Flavigny : 10 lits d'hospitalisation temps plein, 5 lits d'hôpital de jour et un lit d'hôpital de nuit, recevant des adolescents de 12 à 20 ans. La durée moyenne de séjour est de l'ordre de deux mois.
- Unité médicale d'accueil (UMA) : 3 lits réservés aux adolescents dans ce service d'urgence de l'hôpital, pour une durée ne devant pas dépasser 72 heures.

Au Centre hospitalier Lyon - Sud

- Enfants et adolescents jusqu'à 16 ans, articulation avec une unité de soir.

➤ À l'hôpital général

- En neurologie (orientation neuropsychologie), en pédiatrie (quelques lits pour les urgences), aux urgences, parfois en réanimation ou en traumatologie pour les tentatives de suicide graves et en endocrinologie pour quelques adolescentes atteintes d'anorexie mentale.
- Dans quelques cliniques privées : anorexie, autres pathologies de faible intensité.

Les indications d'hospitalisation des adolescents

L'hôpital ne doit pas être réduit à une plaque tournante, même lors d'une hospitalisation brève et urgente, mais doit représenter un des maillons de la chaîne des soins.

L'hospitalisation est un acte médical, et son indication doit toujours en être posée par un médecin, ce qui rend le soin et la séparation imposée d'avec l'entourage plus acceptables, atténuant une possible culpabilité de l'adolescent et/ou de sa famille.

Les adolescents en crise, présentant des troubles du comportement, ne relèvent pas tous de l'intervention d'un psychiatre, encore moins d'une hospitalisation, et le recours à un médecin généraliste peut dans nombre de cas permettre une gestion locale de la crise. L'indication d'hospitalisation doit se faire après une évaluation psychopathologique, et non pas seulement sur une indication comportementale.



Les indications d'hospitalisation comprennent bien sûr les références nosographiques traditionnelles, mais il faut y ajouter les répercussions individuelles et familiales d'une affection, ainsi que les facteurs de co-morbidité et de personnalité. Les symptômes qui mettent en danger immédiatement la vie de l'adolescent ou compromettent les chances d'un suivi thérapeutique cohérent, sont également des indications d'hospitalisation. Selon l'expérience de Flavigny et de l'unité 502 à l'hôpital neurologique, les indications peuvent se répartir en plusieurs groupes :

- **les pathologies de la lignée psychotique** : bouffées délirantes aiguës, schizophrénies débutantes, manies ou mélancolies délirantes, dysharmonies psychotiques en période de décompensation ;
- **les pathologies dépressives**, notamment les dépressions graves et les troubles bipolaires ;
- **les pathologies narcissiques**, dont certaines peuvent se rapprocher des états limites, et où l'on trouve une prédominance de l'agir. Un certain nombre d'actes délictueux sont parfois à tort inclus dans cette catégorie, et il est impératif que le soin ne se substitue pas au travail judiciaire ;
- **les troubles du comportement alimentaire**, qui sont en constante augmentation. Il s'agit en premier lieu des anorexies mentales graves. Parfois, il peut s'agir de patients boulimiques, mais alors l'hospitalisation est plutôt indiquée lors d'une décompensation grave sur le plan alimentaire, dépressif ou de l'agir ;
- **les troubles anxieux graves** : troubles obsessionnels, compulsifs, troubles d'allure hystérique, troubles phobiques graves, notamment les phobies scolaires, qui demandent souvent un travail long, en articulation avec l'Éducation nationale ;
- **certaines situations traumatiques**, et des situations de rupture, notamment pour certaines « crises d'adolescence » graves, où une distance par rapport au milieu familial est indispensable afin d'amener une élaboration des liens intra-familiaux ;
- **les tentatives de suicide**, dont la prise en charge a fait l'objet de recommandations de l'ANDEM en 2000, afin d'éviter les récurrences ;
- **les troubles graves de la personnalité**, vécus par des adolescents qui ne font pas parler d'eux, qui ne sont pas perturbateurs, mais qui présentent néanmoins un réel danger psychique, voire physique (raptus anxieux, délire à bas bruit...) justifiant une hospitalisation dans certains cas urgente.

Propositions pour le développement du dispositif de soins dans le département du Rhône

➤ Le projet déposé prévoit pour compléter le dispositif départemental :

- la création d'un service hospitalier de 8 places et de 4 places d'hôpital de jour, implanté sur le site du centre hospitalier Saint-Jean de Dieu pour septembre 2003 ;
- la création de trois places sur le site du centre hospitalier général de Villefranche, avec en préalable la constitution d'une équipe de bilan et d'orientation pour adolescents (EBOA) à l'horizon 2003 ;
- le développement de CATTP, de manière à en disposer dans chaque zone géographique du département pour le début 2003 (Nord – Sud – Lyon intra-muros) ;
- à terme, des réponses alternatives à l'hospitalisation, qui permettraient de poursuivre le travail de réinsertion démarré dans les services. Plusieurs cadres peuvent être proposés :
 - l'accueil familial thérapeutique,
 - la création d'un petit lieu de vie à vocation thérapeutique,
 - un appartement thérapeutique, situé à l'extérieur de l'hôpital, d'une capacité de 4 à 5 places.

Par ailleurs, une articulation avec les structures de soin en amont et en aval, ainsi qu'avec tous les dispositifs prenant en charge les mineurs et les familles s'avère indispensable. Un réseau devra se développer entre :

- tous les services d'urgence du Rhône ;
 - les services de pédiatrie ;
 - les différents secteurs de psychiatrie ;
 - l'hospitalisation en psychiatrie et ses alternatives ;
 - les acteurs de la médecine libérale et privée, l'ensemble des acteurs et structures suivant les mineurs en difficulté.
- Il faut signaler à ce propos la collaboration active du centre de santé mentale de la Mutuelle générale de l'Éducation Nationale au dispositif, avec la création d'un pôle santé jeunes.

→ Structures intersectorielles spécifiques pour adolescents

Fiche 7 : Prise en charge concertée d'adolescents difficiles (Gironde)**Objectifs****➤ Objectif général**

Répondre au besoin de traitement social, judiciaire, pédagogique et thérapeutique d'adolescents vivant des situations particulièrement difficiles, en rupture violente avec leur famille, les institutions de protection et/ou l'école, du fait de facteurs complexes (psychopathologie individuelle ou familiale, migration mal vécue, maltraitance et négligence, traumatismes divers).

➤ Objectifs opérationnels

Produire un travail en réseau à partir des situations rencontrées entre les différentes équipes et institutions suivant des jeunes difficiles.
Constituer un réseau durable et fiable sans confusion des rôles, par des rencontres régulières de ses membres et l'actualisation permanente du projet commun.

Fonctionnement

Rencontres des intervenants judiciaires, sociaux, éducatifs et psychiatriques pour définir un projet individualisé, s'ajustant selon les besoins de la situation de chaque adolescent, et non selon des impératifs institutionnels et budgétaires.

➤ Chaque adolescent peut bénéficier :

- de soin psychiatrique et psychothérapeutique (individuel, familial, de groupe) ;
- d'une assistance éducative, judiciaire ou administrative ;
- d'un soutien pédagogique pour l'élaboration d'un projet professionnel et peut être suivi tant que sa situation le nécessite.

Cette collaboration fonctionne sur la seule volonté des acteurs concernés, et les partenaires ne souhaitent pas pour l'instant la formaliser davantage.

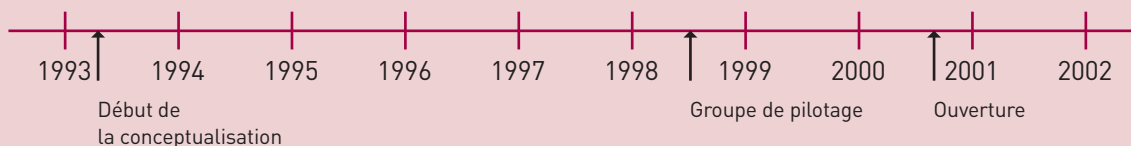
Résultats**➤ L'analyse de cette collaboration encore jeune amène plusieurs commentaires**

- L'absence de moyens est importante, tant au centre de crise (nombre de lits insuffisant, inadéquation des locaux, manque de personnel...) qu'au niveau des structures de soin (CATTP, hôpitaux de jour...) et des institutions éducatives et médico-sociales, qui pourraient servir de relais de prise en charge à la sortie du centre.



- Les personnels des différents services et structures ont pris peu à peu l'habitude de travailler ensemble, ce qui se manifeste par :
 - une meilleure connaissance du fonctionnement et des pratiques des uns et des autres ;
 - une plus grande rapidité dans les décisions engageant la situation des mineurs ;
 - un meilleur ajustement des réponses à la situation des adolescents, grâce à la transmission systématique et complète des informations nécessaires ;
 - le centrage de toutes les actions sur l'intérêt de l'adolescent, et non sur la défense d'intérêts institutionnels ou corporatistes.
- Le travail en réseau semble aujourd'hui plutôt efficace pour les jeunes victimes d'abus ou de maltraitance, mais les choses sont plus complexes quand la délinquance est présente. Dans ce cas, le juge, pour sanctionner la transgression, au lieu d'envoyer le jeune dans un centre clairement identifié comme socio-judiciaire, ordonne une hospitalisation. Alors, pour le jeune et pour sa famille, cette hospitalisation est vécue comme une punition, une forme d'incarcération, et la coopération, pourtant indispensable, est difficile à obtenir. Tant qu'un espace socio-judiciaire n'a pas pu être posé à côté de l'espace du soin, cette confusion entre hospitalisation et sanction vient entraver l'évolution du jeune.
- Cette dimension de punition, cette vision du centre de soins spécialisé comme un centre fermé où l'on place les jeunes délinquants ainsi privés de liberté et empêchés de nuire, est encore partagée par de trop nombreux professionnels sociaux et éducatifs. Le travail en réseau, qui permet la démythification de la psychiatrie, entraîne heureusement une évolution de ces représentations.

Fiche 8 : Structure intersectorielle pour adolescents difficiles (SIPAD) (Alpes-Maritimes)



Objectifs

Le temps de la prise en charge médicale des adolescents à la SIPAD doit permettre de :

- pratiquer une évaluation clinique au contact d'une équipe pluridisciplinaire ;
- préparer un projet pour la sortie, en partenariat avec tous les intervenants extérieurs concernés (famille, Éducation nationale, travailleurs sociaux, ASE, magistrats, employeurs...), conciliant l'aspect éducatif et une formation ou une réadaptation scolaire, en articulant les prises en charge thérapeutique et éducative.

Public

Jeunes de 12 à 19 ans présentant le plus souvent des troubles du comportement :

- violence hétéro-agressive ;
- auto-agressivité ;
- déviance sexuelle ;
- sous-tendus par une pathologie psychiatrique ;
- fugues, errances ;
- troubles des conduites : alcool, drogues.

Nombre de ces jeunes bénéficient d'une mesure de protection administrative ou judiciaire.

Activité

➤ Quelques données chiffrées

86 hospitalisations entre le 1^{er} octobre 2000 et le 30 avril 2002, concernant 33 filles et 53 garçons.

Moyenne d'âge : 14 ans et 5 mois.

Mode de placement

- | | |
|----------------------------|--------|
| • autorité parentale | 55,8 % |
| • placement judiciaire | 38,4 % |
| • hospitalisation d'office | 2,3 % |
| • à la demande d'un tiers | 1,2 % |
| • DAMS | 2,3 % |

Provenance des placements judiciaires

- | | |
|-------------------|----|
| Alpes-Maritimes : | 21 |
| Var : | 6 |
| Monaco : | 1 |
| Corse (2a + 2b) : | 4 |

Autres caractéristiques du public

- la violence était présente dans 98,9 % des cas ;
- 56 % des jeunes vivent hors de leur famille ;
- 23 % présentent une pathologie psychotique ;
- 17,5 % ne présentent aucune pathologie psychiatrique ;
- 53,5 % présentent des troubles de la personnalité ;
- 45 % sont déscolarisés.



La violence

L'équipe de la SIPAD est bien consciente que ce sont souvent les répercussions de la violence des jeunes sur leur entourage qui servent d'argument principal à la demande d'hospitalisation, mais elle inscrit résolument son action aux côtés du jeune, pour l'aider à surmonter la crise et s'inscrire dans un projet de vie.

La violence correspond à l'extériorisation de l'état intérieur d'un individu, dû à un dysfonctionnement du contrôle émotionnel et du discernement. L'état intérieur, ou mental, peut être influencé par une pathologie ou par un sentiment, comme la peur, l'honneur, la vengeance... La violence peut se traduire par un comportement agressif et même dangereux, pour soi-même et/ou pour les autres.

Par ailleurs, il convient de distinguer **la violence active**, à laquelle sont confrontés auteurs et victimes d'agressions, et **la violence par procuration**, telle qu'elle est rapportée quotidiennement dans les médias, et qui contribue à créer l'idée que nous vivons dans un monde d'une violence extrême et d'une grande dangerosité. La violence indirecte, tout autant que la violence active, fait progresser le sentiment d'insécurité qui fait aujourd'hui vivre tant de personnes dans la peur d'un acte violent.

La faculté d'adaptation est une caractéristique importante de notre fonctionnement. Le problème posé par l'extériorisation de la violence est celui de la possibilité de savoir ou pouvoir se maîtriser, face à une stimulation extérieure vécue comme périlleuse, qu'elle soit verbale ou physique. C'est du fait des pressions et des contraintes exercées directement ou indirectement par d'une part, les lois, codes et règlements, et d'autre part par l'éducation et la morale, que chacun d'entre nous acquiert et apprend à utiliser des capacités de contrôle et de discernement. La déficience ou la détérioration de ces capacités permet l'apparition de comportements violents.

Un travail qui combine les approches du soignant et de l'éducateur peut permettre de restaurer ou même dans certains cas d'acquiescer ces capacités.

Fonctionnement

La SIPAD peut accueillir en même temps douze jeunes de 12 à 19 ans pour une période de quinze jours renouvelables. L'hospitalisation à la SIPAD débouche sur un projet de soins et de suivi éducatif adapté à chaque jeune. Il s'agit donc bien de soins, même si certains adolescents, et particulièrement ceux qui sont admis sous le coup d'une obligation de soins, y voient plutôt une sanction.

L'hospitalisation, qui peut être à temps complet ou partiel, est mise à profit pour réaliser des bilans et des évaluations sur le plan, médical, psychologique, scolaire, social, psychomoteur..., qui aboutissent à la rédaction d'une synthèse clinique.

La matinée est plutôt consacrée aux bilans et aux entretiens ; l'après-midi est dédiée aux activités encadrées par les éducateurs, les enseignants et les intervenants extérieurs.

➔ Activités intégrées

La prise en charge éducative est effectuée par les personnels de la PJJ (2 équivalents temps plein) et de l'ASE (2 temps partiel), mis à disposition de la SIPAD. Ils entrent en contact et maintiennent le lien avec la famille et le cas échéant, l'équipe éducative et/ou le magistrat qui suivaient le jeune avant son admission. Ils organisent des activités pour les adolescents, et préparent avec eux un projet de sortie.

Un mi-temps d'enseignant mis à disposition par l'Éducation nationale et une association pour le soutien scolaire interviennent en cas de besoin.

Des activités sportives qui visent à augmenter les capacités de maîtrise des adolescents sont proposées par un professeur de Qi-Cong, une association spécialisée dans les sports à risques et un groupe de gendarmes.

Une illustration : l'histoire d'Alexandre

Alexandre est hospitalisé à l'âge de 12 ans pour des troubles du comportement variés : insolence, violence sur les autres enfants et conduites suicidaires, dans un contexte de conflit parental, avec alternance de séparations et de retrouvailles. Un suivi pédo psychiatrique est tenté de 1996 à 1999, puis interrompu du fait de l'hostilité des parents et de l'opposition de l'enfant. Une place en Institut de rééducation est proposée en 1999 mais refusée par les parents. Placé dans un foyer, Alexandre aurait abusé sexuellement deux enfants, ce qui motive son hospitalisation pour bilan.

L'hospitalisation aboutit à la synthèse clinique suivante :

Au plan psychiatrique

Alexandre ne présente pas de maladie mentale avérée, mais des troubles de la personnalité marqués par un vécu abandonnique, une dépression et une instabilité psychomotrice venant en contrepoint des affects dépressifs. Cette instabilité peut parfois adopter une présentation clinique de type maniaque.

Au plan psychologique

Les capacités intellectuelles sont très supérieures à la moyenne (Q.I.=121). Son agressivité, son opposition et son instabilité sont une lutte contre des angoisses de mort vécues au niveau corporel. Il ne présente pas de fonctionnement pouvant l'identifier comme un adolescent délinquant sexuel, voire abuseur.

Au plan psychomoteur

L'image corporelle est perturbée, avec évitement des zones sexuelles.

Au plan de l'évaluation psychomotricienne en situation à risque.

Alexandre est l'auteur de comportements dangereux pour lui-même, parfois incapable d'intégrer les consignes protectrices.

Au plan scolaire

Alexandre s'est bien intégré à la classe, malgré son comportement souvent difficile, mais il ne pourra pas suivre dans un collège de type traditionnel. Une classe à effectif réduit lui serait favorable.

Au plan socio-éducatif

Alexandre montre un comportement social inadapté dans les actes et le discours, se montrant tour à tour fusionnel, distant ou inabordable, et dérangent par le biais des thématiques sexuelles faisant irruption dans ses propos.

Évaluation comportementale à partir de l'observation infirmière

La problématique d'Alexandre paraît se résumer dans le fait d'exister et de disparaître à tout moment dans la rencontre avec l'autre.

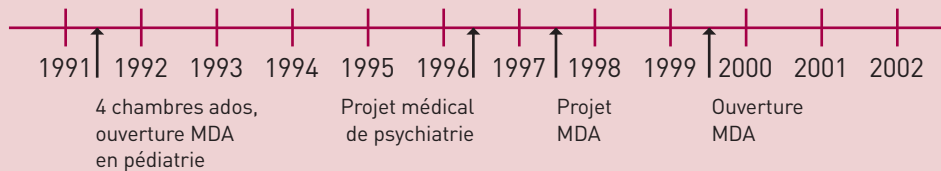
Le projet de fin d'hospitalisation débouche sur un **contrat de sortie**, co-signé par Alexandre, ses parents et des représentants de l'équipe soignante. Le principe d'un retour au domicile familial est accepté, dans le but de briser le cercle vicieux qui se créait entre la mère d'Alexandre et les différentes institutions éducatives et thérapeutiques, menant à chaque fois à un échec.

Les modalités suivantes sont retenues :

- Alexandre accepte un suivi au CMP avec un médecin de l'équipe. Il s'engage à respecter cette prise en charge. Si pour une raison quelconque il ne peut se présenter au rendez-vous, son père s'engage à venir en consultation à sa place ;
- la mère d'Alexandre accepte un suivi psychologique personnel ;
- compte tenu des expériences passées, une proposition de scolarisation dans une école privée spécialisée à effectifs réduits semble une solution envisageable par l'ensemble des intervenants. Alexandre sera présenté à cette structure avant sa sortie de la SIPAD ;
- une mesure d'AEMO et proposée.



Fiche 9 : La Maison de l'adolescent (MDA) (Seine-Maritime)



Objectifs

Structurer la prise en charge des adolescents entre 13 et 20 ans en définissant une filière coordonnée : accueil, orientation et soins.

➤ Hypothèses de travail

Un suivi pertinent et organisé contribue à enrayer le développement de pathologies et/ou de comportements désocialisés coûteux humainement et socialement.

Il existe suffisamment de lieux d'hébergement sur l'agglomération havraise à condition de garantir à ces structures l'accès à des compétences spécifiques et le repli en cas de besoin sur les lits d'hospitalisation.

Le travail en réseau doit permettre d'organiser une filière de soins, d'inventer de nouvelles modalités d'intervention et d'utiliser autrement les ressources locales, et notamment les lieux où vivent les adolescents.

Il est nécessaire de disposer d'une équipe pluridisciplinaire, compétente et disponible.

Les soignants doivent être là quand « il y a dysfonctionnement », pour aider le jeune à trouver le sens de ce dysfonctionnement.

Les liens qui vont lui permettre de se réinsérer, de poursuivre sa scolarité, de retisser des liens familiaux, d'assumer ses actes délictueux, ne peuvent se tisser sans l'intervention active de l'ensemble des partenaires.

Public

Tous les adolescents en souffrance psychologique, somatique et/ou psychiatrique, âgés de 13 à 20 ans et domiciliés au Havre ou dans sa région (territoire couvert par quatre secteurs de psychiatrie générale et deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, soit environ 20 000 adolescents).

Résultats

➤ Quelques données chiffrées

À l'ouverture de la MDA en mai 1999, la file active prévisible annuelle était de 600 adolescents ; ces prévisions ont largement été dépassées dès l'année 2000.

	2000	2001
file active	902	997
nouveaux cas		63,3 %
filles	63,1 %	62,6 %
garçons	36,9 %	37,4 %
âge :		
13-14 ans	37,5 %	25,0 %
15-16 ans	33,7 %	37,6 %
17-18 ans	22,9 %	27,1 %
19-20 ans	5,9 %	10,3 %
nombre d'actes	9 095	8 725

Origine de la demande	2000	2001
pédiatrie	191	202
autres services G.H.H.	78	86
psychiatrie	99	65
médecins libéraux	65	79
Éducation nationale	177	187
foyers	53	48
services socio-éducatifs	75	67
justice	18	22
I.M.E.	9	10
individuelle	136	170

Fonctionnement

Située en zone urbaine et facilement accessible, la Maison de l'adolescent est une maison de 300 m² répartis sur trois niveaux, accueillante et chaleureuse.

La MDA repose sur trois pôles :

1. La consultation ambulatoire

Dans les locaux de la MDA, du lundi au samedi, en journée et en soirée, sur rendez-vous. Elle propose des suivis psychothérapeutiques, chimiothérapeutiques et psychiatriques. Les actes sont gratuits.

2. L'équipe mobile

Assure une permanence pour l'accueil physique et téléphonique spontané des adolescents, intervient tous les jours de la semaine dans le service de pédiatrie ; elle peut se rendre à l'extérieur, et notamment au domicile du jeune ou dans la structure où il vit. Son rôle est d'évaluer la situation de l'adolescent et d'orienter la prise en charge, en collaboration avec l'ensemble des structures du groupe hospitalier du Havre et les acteurs du réseau Adolescents. Elle est également une référence pour les partenaires extérieurs, qui font appel à elle pour un avis, une information, une intervention.

3. Le CATTP

Est ouvert du lundi au vendredi, avec une possibilité d'activités extérieures à la journée, voire de séjours thérapeutiques. L'accueil se fait sur des plages horaires de deux heures, pour des activités de groupe (8 participants maximum) orientées vers la réadaptation et la réinsertion sociale.

Un accueil familial thérapeutique pour des séjours de rupture, avec 3 familles d'accueil, doit devenir le quatrième pôle d'activité de la MDA. Ce projet est prévu dans la convention, mais des contraintes budgétaires n'ont pas encore permis sa mise en place.

L'équipe de la MDA

Les personnels travaillant à la MDA sont :

- la consultation ambulatoire : 3 psychiatres (2 ETP), 1 pédiatre (mi-temps), 1 vacation de gynécologie, 1 vacation de médecin nutritionniste, 1 vacation de dermatologue, 3 psychologues (1,5 ETP) ;
- l'équipe mobile : 3 éducateurs à temps plein, 4 infirmiers (3,8 ETP), 1 psychologue à temps plein ;
- le CATTP : 3 infirmières (2,6 ETP) et 1 éducatrice à temps plein.

Complètent l'équipe :

1 assistante sociale (mi-temps), 1 cadre infirmier à temps plein et 1 cadre infirmier supérieur (0,20 ETP), 2 secrétaires (1,5 ETP) et 2 agents des services hospitaliers (1,5 ETP).

Les temps de réunion :

- tous les matins a lieu la réunion « flash », pour évoquer brièvement les problèmes les plus aigus rencontrés la veille ;
- une heure chaque semaine est consacrée au fonctionnement institutionnel ;
- une heure par semaine sert à l'acquisition de connaissances cliniques communes ;
- les trois équipes bénéficient d'un temps de travail clinique spécifique autour des adolescents pris en charge, avec pour chacune son référent médical et son référent psychologique ;
- chaque équipe dispose, avec son psychologue référent, d'un temps d'analyse des pratiques.

Constat

L'origine de la demande montre bien l'état du partenariat, mais également la facilité avec laquelle les adolescents poussent la porte de la MDA de leur propre initiative, sans avoir été orientés. C'est une des réussites de la Maison de l'adolescent que d'avoir pu échapper à l'image négative qui colle trop souvent aux services de psychiatrie, tant auprès de la population générale que des professionnels des champs éducatifs et sociaux.



L'analyse du motif exprimé lors de la demande et du diagnostic posé apporte d'autres informations intéressantes, et notamment la contribution importante de la MDA à la prise en charge des jeunes ayant fait une tentative de suicide :

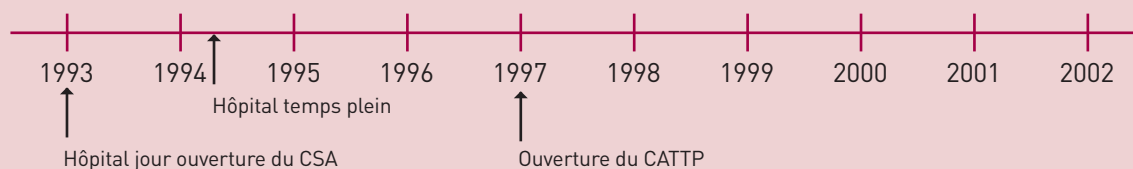
Motif de la demande	2000	2001
troubles de l'adaptation scolaire	91	118
troubles des relations familiales	163	174
tentative de suicide	151	179
mal-être de l'adolescence	83	95
angoisses	100	100
inadaptation sociale	56	46
traumatisme	55	59
somatisation	40	37
troubles alimentaires	20	26
toxicomanie	10	6
alcoolisme	6	5
obligation de soins	-	6
Autres et inconnu	127	145

Diagnostic	2000	2001
troubles des conduites et du comportement	331	308
dépressions	261	293
personnalités névrotiques	67	80
réaction aiguë à un facteur de stress	50	90
somatisation	45	43
alcoolisme + toxicomanie	13	10
syndrome post-commotionnel	15	-
psychoses	23	23
personnalités psychotiques	15	15
retard mental	8	14
boulimie	11	16
autres	64	104

Persepectives

- Renforcer les équipes, pour faire face à l'activité, supérieure aux prévisions.
- Travailler plus en amont avec les structures et foyers dépendant du Conseil général, pour éviter les hospitalisation indues et trouver des lieux d'hébergement aux adolescents en errance.
- Développer un projet avec les parents, en liaison avec le comité local de suivi de la parentalité.
- Mettre en place un suivi spécifique des adolescentes enceintes, en collaboration avec le service de néonatalogie.
- Compléter le dispositif de soins aux adolescents sur la région du Havre, par la création :
 - d'une structure d'hospitalisation à temps plein (7 lits) ;
 - d'un hôpital de jour pour adolescents.

Fiche 10 : Centre de soins pour adolescent (CSA) (Vendée)



Objectifs

Pouvoir assurer en même temps, de façon complémentaire et cohérente les interventions thérapeutiques, scolaires et éducatives nécessaires aux adolescents admis au CSA.

Publics

Jeunes en crise ou présentant des troubles psychiques, psychologiques ou du comportement, en provenance de toute la Vendée. Leur situation est souvent complexe, et ils sont en général déjà suivis par des structures ayant développé des relations étroites avec le CSA.

Partenariats

Dès le départ, des conventions ont été signées avec les principaux partenaires, définissant les modes de collaboration, souvent sous la forme d'échanges :

- **avec le service de pédiatrie** : les psychiatres du CSA assurent à la demande des consultations en pédiatrie, et un pédiatre examine et assure certains soins somatiques un après-midi par semaine au CSA ;
- **avec l'Éducation nationale** : des enseignants du collège viennent donner des cours aux hospitalisés (hospitalisation de jour ou hospitalisation temps plein), et pour ceux capables de suivre un enseignement à l'extérieur, des conventions d'intégration sont signées. L'équipe du CSA intervient dans les lycées et collèges du département, et assure la supervision des points écoute ;
- **avec la PJJ** : prise en charge commune d'ateliers thérapeutiques et animation de groupes de parents.

L'**Aide sociale à l'enfance** sollicite le CSA pour des jeunes placés en famille d'accueil, en lieu de vie ou en foyer. Si l'hospitalisation est indiquée, l'équipe veille, en étroite collaboration avec les éducateurs ASE, à ce que le jeune préserve ses liens affectifs et garde sa place à l'extérieur.

Le travail avec la **Protection judiciaire de la jeunesse** s'apparente à celui développé avec l'ASE. Une bonne connaissance des compétences respectives et des réunions de synthèse régulières créent autour de l'adolescent une cohérence qui va lui permettre de repenser son histoire, et, pour beaucoup, de passer du registre de l'acte à celui de la mentalisation. Mais comprendre la genèse du trouble ne signifie pas effacer la responsabilité des actes ; c'est pour cela que l'éducateur délégué par la justice reste bien présent, garant de la loi sociale. Pour certains jeunes, les soins sont impossibles à mettre en place d'emblée, tant l'adolescent est dans l'errance, et la famille défaillante ; un placement en structure éducative précède alors le démarrage des soins.

Les échanges avec la **Sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence** sont très comparables à ceux développés ci-dessus. La présence plus constante de la famille permet une analyse des interactions actuelles et un soutien plus direct de la fonction parentale.

Le centre hospitalier départemental, et particulièrement les services des urgences et de pédiatrie, reçoivent beaucoup d'adolescents exprimant leurs plaintes dans le registre somatique. De plus, les pompiers intervenant pour des passages à l'acte violents (agression, défenestration, tentative de suicide...), conduisent systématiquement l'adolescent au centre hospitalier. Si les médecins qui reçoivent les jeunes l'estiment nécessaire, les psychiatres



du CSA sont appelés pour une évaluation de la problématique et posent éventuellement une indication de prise en charge, voire d'hospitalisation en milieu spécialisé.

La médecine scolaire et les milieux scolaires (collèges, lycées, maisons familiales et rurales), sont bien présents dans le réseau. Les échanges réguliers permettent de temps en temps de mettre en place des pédagogies plus adaptées et des aménagements du temps scolaire pour certains jeunes. L'intervention de professeurs au CSA peut être particulièrement dynamisante dans les cas d'inhibition névrotique sévère ou d'échec scolaire ancien.

Les médecins généralistes et spécialistes adressent leurs patients au CSA quand il s'avère qu'une prise en charge institutionnelle est nécessaire.

Fonctionnement

➔ Le CSA propose une large palette de modalités de soin

- Suivi ambulatoire simple.
- Hospitalisation de jour continue du lundi au vendredi ou partielle sur certains jours (8 places).
- Hospitalisation de nuit et de week-end, lorsque l'intégration scolaire à l'extérieur est maintenue, ou hospitalisation à temps plein (12 lits, en chambre individuelle).
- Le Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel dépend du CSA. Il s'agit d'un lieu de consultation et d'accueil limité à deux heures, qui permet de concevoir les soins en complémentarité avec le CSA. Lieu neutre situé en ville, à l'extérieur de l'hôpital, il est d'un accès plus facile pour les jeunes qui ont peur de la psychiatrie et qui craignent d'être étiquetés. Le CATTP place les thérapies de groupe au centre de son dispositif de soin : ateliers thérapeutiques, clubs thérapeutiques, groupe de parole pour adolescents, groupe de parole pour leurs parents...). Certains ateliers sont co-animés par des éducateurs PJJ et des infirmiers psychiatriques.

L'équipe de la MDA

La prise en charge des jeunes en grande difficulté :

Du point de vue des psychiatres du CSA, le déficit chronique du holding familial, le manque de repères sécuritaires et identitaires font basculer ces jeunes à l'adolescence, d'une position infantile où ils subissaient les événements, à une position d'acteurs, mais sur un mode de conduite d'échec et de violence. Le passage à l'acte, réponse impulsive aux frustrations par défaut de mentalisation, devient par la spirale de la récurrence un mode d'adaptation à la réalité.

Sans une inscription dans le circuit éducatif, administratif ou judiciaire, sans un accompagnement par leurs éducateurs, ils n'accéderaient pas aux soins psychiatriques.

La notion de réseau organisé autour du jeune prend dans le cas de ces adolescents en grande difficulté tout son sens. Pendant longtemps, ces mineurs peu demandeurs de soins n'étaient adressés aux services de psychiatrie que lorsqu'ils présentaient des comportements autodestructeurs ou antisociaux ne leur permettant plus d'être maintenus en milieu ordinaire. Mais ce type d'hospitalisation aggrave le phénomène d'exclusion.

Une intervention précoce, avant les situations de violence, est de loin préférable. Les soins psychiatriques ne s'effectuent pas forcément en hospitalisation, ni même à l'hôpital psychiatrique. Une structure comme le CATTP offre aux jeunes qui refuseraient l'hôpital psychiatrique et qui ne sont pas prêts à une relation duelle avec un thérapeute, d'autres modalités de prise en charge, et notamment les thérapies de groupe.

La collaboration des équipes éducatives et soignantes assure la cohérence, la permanence et la continuité. Et c'est là justement ce dont ont besoin ces jeunes hypersensibles aux ruptures et qui réactivent leurs expériences d'abandon.

Le suivi dure en moyenne deux ans. Le travail psychothérapeutique lors des consultations se poursuit, et peu à peu le jeune devient capable d'un travail d'historicité, de reconstruire des repères essentiels, de parler de son inscription et de son origine. Il abandonne peu à peu les comportements violents et se restaure sur le plan narcissique. On le voit alors abandonner les conduites d'échec initiales et s'investir dans des choix et des activités.

La prise en charge des adolescents demande des moyens importants et diversifiés, et la collaboration entre intervenants de champs différents, se traduisant par une confiance et une estime réciproque. La rencontre entre les soignants et les éducateurs PJJ n'a pas été simple. Les éducateurs ont manifesté plus de réticences, en partie parce qu'ils devaient venir travailler en psychiatrie. Mais les échanges se sont révélés très riches, et une culture commune s'est peu à peu élaborée. Cette collaboration a débouché sur le projet d'un petit noyau de familles d'accueil thérapeutiques, cogérées par l'ASE, la PJJ et le CSA.

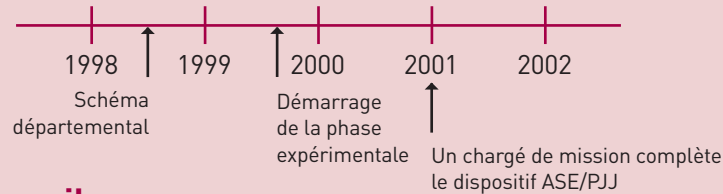
Si le réseau est essentiel, il ne se fait pas tout seul, et le développer demande un investissement extérieur important : des actions de formation par exemple permettent de l'améliorer. Le thème de la prévention du suicide s'est révélé particulièrement fédérateur. Le comité de pilotage de ce projet de formation, animé par la CPAM, a défini trois bassins géographiques autour des trois services de pédiatrie de la Vendée. Des professionnels très divers ont participé à ces sessions, qui ont entre autres mérites celui de faire progresser les connaissances sur l'adolescence chez des adultes qui les côtoient quotidiennement, et de faire connaître le travail des différents acteurs prenant en charge les jeunes en grande difficulté.

Plus récemment, à l'initiative de la pédopsychiatre, un groupe de psychologues exerçant en Vendée dans des institutions de type très différents on décidé de se rencontrer régulièrement pour travailler ensemble. Nul doute que les jeunes suivis en ressentiront rapidement le bénéfice.



→ Dispositifs éducatifs innovants

Fiche 11 : Dispositif « Autrement » (Moselle)



Hypothèses de travail

- La prise en charge individuelle, dans le cadre du « dégageant » sur des temps définis et cadrés permet de baliser le parcours du mineur et de l'aider à donner du sens à ses actes. Les termes de « dégageant », et « dégageant » sont entendus au sens de « délivrer, libérer, faire sortir d'une situation critique, débarrasser des obstacles » (dictionnaire Larousse).
- Jouer sur l'alternance de la prise en charge individuelle et collective en institution peut permettre de mettre fin à la spirale des placements. La crise peut s'utiliser comme un outil de travail pour l'adolescent, la famille et l'institution.
- En mutualisant les savoir-faire et les moyens institutionnels, on enrichit l'observation et les réponses possibles en faveur du jeune.
- Le dispositif devrait permettre, à moyen terme, d'anticiper les crises et de développer une solidarité entre partenaires. Il peut devenir une ressource pour les jeunes et l'ensemble du dispositif départemental de protection de l'enfance ASE/PJJ.

Objectifs

Mieux répondre à la mission de prise en charge des cas complexes confiés aux services et établissements de la Moselle, en :

- permettant la compréhension et l'apaisement de la crise ;
- créant un espace intermédiaire souple et contenant ;
- construisant au cas par cas un parcours spécifique avec le mineur ;
- rompant avec la spirale de l'exclusion, et apportant des réponses alternatives à l'incarcération ;
- instaurant une solidarité inter-institutionnelle dans le cadre d'un réseau de partenaires ;
- accompagnant des jeunes en situation difficile lors de séjours de dégageant individualisés.

Fonctionnement : les intervenants

➤ **Le projet est dirigé conjointement par le directeur départemental de la PJJ et la directrice de l'Aide sociale à l'enfance (ASE)**

Le comité de pilotage

Le groupe « cas lourds » instauré par l'Observatoire départemental de l'enfance et de l'adolescence remplit la fonction de comité de pilotage technique. C'est une instance de réflexion, d'analyse et d'évaluation du projet. Il se réunit tous les trimestres.

Les juges et l'Aide sociale à l'enfance (ASE)

Les demandes d'inclusion dans le dispositif émanent des Juges des enfants ou, après accord de ces derniers, des travailleurs sociaux et des institutions. Elles sont adressées au directeur départemental de la PJJ pour

les mineurs relevant de la protection judiciaire et à la directrice de l'ASE. Les magistrats et l'ASE veillent au respect des droits des familles et des mineurs, jouent leur rôle contradictoire dans la prise en charge, et sont informés de tous les changements de situation du mineur. Le juge est le repère nécessaire à l'évolution du mineur et à sa reconnaissance en tant que sujet responsable de ses actes dans la société.

Le groupe de liaison

Il est composé de quatre membres permanents représentant leur institution : l'Aide sociale à l'enfance, la Protection judiciaire de la jeunesse, le secteur psychiatrique et le secteur habilité justice, ainsi que les deux accompagnants. Il se réunit tous les mois, et suit l'ensemble des dossiers. Après l'accord des Juges des enfants ou de l'ASE, le groupe recueille les éléments concernant la situation du mineur, élabore des hypothèses de travail et un projet pour chaque jeune, puis le confie à un accompagnant et détermine les modalités d'intervention de l'ensemble des acteurs concernés. Il garantit le suivi des programmes proposés au magistrat ou à l'ASE.

Le référent mandaté

C'est le professionnel de la structure ou du service chargé de la mesure éducative par le juge ou l'ASE. Il reste mandaté pendant toute la durée de la mesure, quel que soit le projet mis en place. Il participe à ce titre aux travaux du groupe de liaison concernant le jeune dont il a la charge. Il est l'interlocuteur privilégié du jeune, de la famille, du magistrat ainsi que de l'accompagnant. C'est le référent qui est chargé de rassembler les informations concernant le jeune pour le groupe de liaison :

- situation pénale ;
- rapport d'évolution de l'ensemble des établissements ayant accueilli le jeune ;
- rapports psychologiques et psychiatriques ;
- histoire familiale ;
- bilan des projets mis en place antérieurement, et d'en faire un rapport de synthèse écrit ;
- sur le plan de la responsabilité, le mineur reste confié à son établissement de référence, quelles que soient les orientations temporaires.

Les accompagnants

Le projet repose sur l'engagement professionnel des deux éducateurs accompagnants qui, tout au long de la prise en charge, servent de « fil rouge », de repère et de lien entre le jeune et les différents services qui se mobilisent autour de lui. Ils doivent permettre l'apaisement de la crise autant par rapport au mineur que par rapport à l'institution et à la famille.

Leur intervention se situe en dehors de la pression de l'urgence et a pour missions :

- **par rapport au réseau :**
de repérer l'ensemble des dispositifs et des partenaires qui peuvent intervenir dans la prise en charge de jeunes, et auxquels il peuvent être utiles en tant que ressource ;
- **par rapport aux mineurs :**
d'intervenir directement auprès du jeune et de servir de lien entre les intervenants du réseau, d'organiser si nécessaire un projet de « dégagement » en différents lieux (mer, montagne...), à différents thèmes (sport, animaux, éloignement du milieu habituel...), de différentes durées (week-end, court et moyen terme) rester en contact permanent avec le mineur tant que dure la situation de crise, que ce soit en lieu de vie, en foyer, en famille, en maison d'arrêt.

Le personnel d'encadrement

Les accompagnants sont encadrés par un responsable pédagogique de la PJJ, qui anime une réunion hebdomadaire de coordination, et depuis janvier 2001 par un chargé de mission ASE, qui organise la logistique des prises en charge complexes et coordonne les moyens financiers et matériels relevant de l'ASE.

Le superviseur

Permet de soutenir les accompagnants et les référents mandatés qui le souhaitent.



Les séjours de dégageement

Les accompagnants et le référent mandaté présentent le dispositif au mineur comme une offre de temps pour faire le point, comprendre avec lui son parcours, faire et/ou trouver sa place, restaurer l'image de soi, tenter de faire émerger une envie, un désir, en étant dégageé du poids familial et/ou institutionnel, mais avec un cadre qui pose des limites.

Le jeune sera accompagné pendant son séjour de dégageement par un accompagnant ou par les deux, et chaque séjour est très spécifique à la situation telle qu'elle se présente. Le jeune pourra rencontrer s'il le souhaite un psychologue, un psychiatre ou les deux. Pendant les séjours du mineur, le référent mandaté travaille à l'élaboration du sens de la crise avec la famille et/ou l'institution, et prépare le retour.

Les synthèses mensuelles faites avec le groupe de liaison permettent de décider au fur et à mesure de la poursuite du programme défini ou d'éventuels ajustements, ce qui confère au dispositif une grande souplesse. Quand la situation de crise est dépassée, les accompagnants se retirent de l'action, laissant le mineur poursuivre son parcours avec les intervenants mandatés.

Résultat

➔ Quelques chiffres

- Nombre de jeunes pris en charge durant le dernier trimestre 1999 et l'année 2000 : 12 garçons et 5 filles.

âge : 14 ans	3
15 ans	5
16 ans	3
17 ans	5
18 ans	1

- Orientation : PJJ : 9
ASE : 7

- Durée de la prise en charge :

1 à 3 mois	6
4 à 6 mois	3
7 et 12 mois	4
plus d'un an	4

- Nombre de jeunes pouvant être accompagnés en même temps : 8 à 10 maximum.

Quelques commentaires

➔ Sur l'importance de l'engagement des institutions référentes :

Faire intervenir *Autrement* ne permet pas de se « débarrasser » d'un jeune encombrant et dangereux. La réussite du dispositif tient notamment à la place « d'entre deux » que peut jouer *Autrement*, et au surcroît de temps et d'énergie que l'institution passe avec les accompagnants sur la situation du jeune, comme l'illustre l'exemple suivant :

Un adolescent est pris en charge par *Autrement*, suite à des passages à l'acte violents, mettant les autres jeunes en danger. Une alternance est mise en place, pendant un mois, à raison de trois jours à l'institution et trois jours à *Autrement* :

- l'adolescent s'est senti rassuré, il n'a pas eu peur d'être « viré » une fois de plus, il a pu prendre de la distance, se remobiliser et passer un cap, en faisant seul, mais orienté dans le réseau, un certain nombre de démarches pour son avenir. Après l'accompagnement, il a accepté pour la première fois de se faire suivre sur un plan thérapeutique ;
- l'institution s'est sentie épaulée ; elle a participé à la prise en charge du jeune, a eu le sentiment d'avoir pu éviter d'autres passages à l'acte violent, et a changé son regard sur le jeune ;
- *Autrement* a joué le rôle « d'entre deux » et a permis au jeune de dépasser sa crise et d'envisager un après.

➔ **Sur le travail en équipe des accompagnants :**

- importance de la mixité (un homme, une femme) ;
- recherche de la cohérence, pour garantir la protection et l'accompagnement du jeune ;
- respect de l'autre dans ses engagements et décisions ;
- utilisation des temps d'échange : réunions, supervision ;
- modestie dans l'approche des équipes confrontées à un jeune en situation de crise, pour surmonter la méfiance, la peur d'être remis en question.

➔ **Sur les différences d'impact constatées auprès des jeunes en fonction du sexe :**

Le dispositif semble moins correspondre aux adolescentes qu'aux adolescents : elles ont plus de mal à supporter la solitude et/ou l'éloignement, expriment leur angoisse de ne plus faire partie d'un groupe, sollicitent la présence d'adultes pour des motifs anodins... Elles demandent à se retrouver avec d'autres filles. Une adaptation du dispositif est à l'étude.

➔ **Sur le travail en réseau**

Le rapprochement avec le secteur psychiatrique a provoqué un début de reconnaissance mutuelle et la volonté de développer des approches complémentaires au bénéfice des mineurs suivis, mais le partenariat doit se travailler sans cesse.

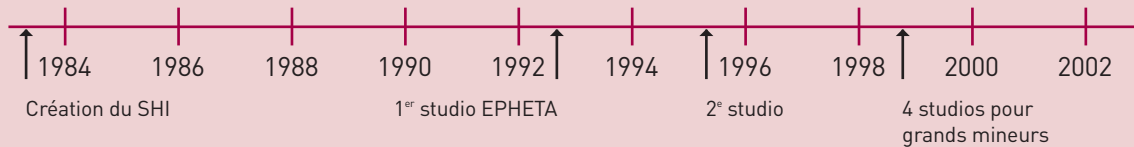
L'image des psychiatres et des services de psychiatrie reste très négative ou très marquée par le stigmata de la folie, aussi bien du côté des jeunes et de leur famille que de la part de nombreux professionnels du secteur social.

Les professionnels des institutions sont en général demandeurs de soutien, mais nombre d'entre eux se replient rapidement sur eux-mêmes, particulièrement quand les conditions de travail ne sont pas optimales...

Il est souvent difficile de faire reconnaître la part de violence que les institutions exercent sur les jeunes (non prise en compte de leur histoire, morcellement des prises en charge...).



Fiche 12 : Service d'hébergement individualisé (SHI) (Hauts-de-Seine)



Hypothèses de travail

- Placé dans un rapport inversé à l'adulte et au collectif, qui lui sont proposés et non plus imposés, et confronté de fait à la solitude, le jeune peut abandonner sa symptomatologie bruyante et peut percevoir l'adulte et le groupe comme un recours, une aide pour sa reconstruction identitaire.
- Du cadre contenant, quoiqu'à distance, dessiné par l'accompagnement éducatif et de l'écoute d'un personnel spécialisé psychiatrique peuvent émerger des stratégies nouvelles favorisant le dépassement de la répétition des échecs et des ruptures.
- La distance et l'autonomie permettent aux liens familiaux de se détendre et de se renouer sur un mode moins destructeur.

Objectifs

Prendre en charge, sur une ordonnance de placement prononcée par le Juge des enfants, des adolescents de plus de 16 ans (éventuellement 15 ans et demi), dont les troubles de comportement et la potentialité destructrice pour les groupes rendent problématiques les réponses institutionnelles classiques, aussi bien en milieu psychiatrique que dans des foyers à caractère socio-éducatif.

Publics

Mineurs à partir de 16 ans présentant des troubles psychiques et/ou du comportement, suivis par le service de psychiatrie infanto-juvénile.

Fonctionnement

Hébergement en studios pour six mois renouvelables avec intégration progressive dans une dimension collective, construite comme une institution « éclatée autour d'une maison mère », tenue par trois éducateurs PJJ dans des locaux permettant de partager des temps quotidiens de manière souple (repas, échanges verbaux, problèmes concrets, recherche d'activité, loisirs...). Un régisseur chargé de la maintenance des studios et une secrétaire complètent l'équipe de la PJJ.

Le psychiatre de l'intersecteur travaille avec l'équipe PJJ sur les mouvements transférentiels permis par le cadre, qui fait alterner temps de mise à distance et temps d'échange. Il intervient en tant que superviseur et de ce fait aide à la conceptualisation et à l'élaboration du dispositif, et peut également intervenir directement au niveau du groupe de jeunes. En plus du psychiatre, l'intersecteur intervient par l'intermédiaire de l'assistante sociale, des éducateurs et des infirmiers qui suivent individuellement chaque jeune.

Loin de se limiter aux jeunes installés dans les quatre studios communs, la prise en compte de la souffrance psychique et des troubles du comportement est étendue à l'ensemble des jeunes suivis par le SHI, en cas de besoin.

Chefs de projet : directrice du service d'hébergement individualisé (SHI) et médecin-chef d'intersecteur.

Les studios sont situés dans des quartiers différents, à distance du siège administratif nommé par les jeunes « la maison SHI ». Cet éloignement a obligé l'équipe d'éducateurs à penser et construire un cadre éducatif permettant aux jeunes de progresser. Le principe de base est celui d'une vigilance permanente. L'apprentissage de l'autonomie et de la liberté, c'est aussi l'acceptation de règles communes de vie sociale. Un grand travail de proximité a été réalisé progressivement autour de chaque studio. Les éducateurs sont connus des commerçants, du voisinage, des concierges. Ils ont construit un maillage social, une forme d'alliance, permettant ainsi une mobilisation constructive de l'environnement en faveur du jeune hébergé. Pour favoriser encore l'inscription sociale, c'est le jeune qui quitte le studio qui présente le quartier à son successeur.

Pour le jeune qui entre dans un studio, l'indépendance tant réclamée, loin des règles trop contraignantes de l'institution ou de la famille, se traduit dans les premiers temps par une solitude qui pèse, et qui fait peur. C'est alors l'envahissement du studio par les copains, mais cela ne dure qu'un temps. Assez vite, le jeune se plaint de ne plus être chez lui, de n'être jamais tranquille et il vient demander de l'aide. Avec le soutien des adultes, il apprend progressivement à construire un espace sécurisant, qui n'est pas traversé par les excitations les plus violentes venant de l'extérieur, et qui permet de fantasmer, rêver, penser. Le studio représente l'espace psychique du jeune, espace qu'il faut apprendre à préserver, et c'est une des raisons pour lesquelles une des contraintes imposées est l'interdiction absolue d'héberger quelqu'un, même un membre de la famille et même pour une seule nuit.

Une autre obligation absolue est la rencontre régulière avec un éducateur à la maison SHI, à des horaires adaptés à chaque jeune. C'est lors de cette rencontre que le jeune reçoit l'argent nécessaire pour vivre une semaine et qu'il présente les justificatifs de dépense de la semaine précédente. Dans les premiers temps, ces rencontres sont houleuses, et il n'est pas rare que le ton monte. Mais c'est dans ces moments-là que se construit une relation aux adultes du SHI, que le jeune les teste, peut prendre la mesure de leur engagement affectif et découvrir le sien.

C'est à la maison SHI que les jeunes hébergés peuvent se retrouver. Trois fois par semaine environ, un des éducateurs prépare le repas de midi, et ceux qui veulent venir sont les bienvenus. Ce rendez-vous informel est très suivi, et il est possible pour ceux qui ne sont pas disponibles de passer chercher une barquette à réchauffer le soir chez eux. Ces temps d'échange autour d'un repas sont fondamentaux pour de nombreux jeunes. Ils y racontent des histoires, celles de leur jeunesse, en réélaborant leur histoire familiale, et celles de la rue aussi, et de la violence qui traverse leur vie. C'est dans ces moments de partage que le travail commun consiste à essayer de trouver les mots qui remplaceront le coup de poing.

L'histoire de la maison SHI joue également un rôle important, à travers ceux qui y sont passés, qui restent présents en photo, et dont beaucoup reviennent en visite, à l'occasion d'un déjeuner par exemple. Les nouveaux arrivants voient ainsi que l'on peut s'en sortir, même si les parcours sont difficiles. Il n'est pas rare qu'un éducateur propose à un jeune de rencontrer un ancien, qui a vécu une situation similaire à la sienne, pour lui demander un conseil, un coup de main.

Une solidarité s'est instaurée progressivement, fondée sur un sentiment d'appartenance. Les jeunes s'appellent entre eux « les shiliens et les shiliennes », ils défendent leur groupe quand l'un d'entre eux le dénigre, certains s'occupent de ceux qui sont en prison...

Certains jeunes suivis par le SHI bénéficient des ateliers thérapeutiques développés par l'intersecteur de psychiatrie dans le cadre d'un CATT à partir d'une médiation sportive, artistique, ludique et même para-pédagogique. Le psychiatre de l'intersecteur qui travaille avec l'équipe du SHI pense que la « maison SHI » fonctionne comme un groupe thérapeutique avec l'hébergement comme médiation, en s'appuyant sur la dynamique de la bande, une bande certes un peu particulière, puisqu'elle englobe des adultes.



Résultats

➔ Pour les jeunes

Il est manifeste que le passage par la « maison SHI » a d'importants effets de socialisation chez les jeunes. Le cercle vicieux « exclusion – rupture des liens », enchaînant les discontinuités de prise en charge, est rompu, et les jeunes peuvent s'inscrire dans une histoire et dans une dimension collective.

La durée de la prise en charge est en général plus longue que celle prévue initialement, les périodes de six mois sont renouvelées plusieurs fois, mais beaucoup de ces jeunes acquièrent une maturité qui leur permet de se questionner sur leur passé, d'en faire une analyse et de se positionner en acteurs capables de prendre des décisions engageant leur avenir.

➔ Pour la pratique professionnelle

L'expérience accumulée par les éducateurs du S.H.I. leur a fait redécouvrir deux éléments essentiels :

- l'importance de la dimension collective dans un travail avec les jeunes ;
- l'utilisation du tissu social en tant que support à un travail éducatif.

La supervision est fondamentale, car elle pousse les professionnels à analyser constamment leurs attitudes contre-transférentielles, et ce faisant, les oblige à réélaborer régulièrement le dispositif, sur le plan théorique comme sur le plan pratique.

➔ Pour le travail en partenariat

La collaboration entre l'intersecteur et le S.H.I. permet la continuité et une bonne articulation des prises en charge éducative et thérapeutique. Les excellentes relations développées entre la psychiatrie, la PJJ et l'ASE ont débouché sur l'élaboration commune de nouveaux projets. Ainsi, une convention de partenariat a été signée en 2000, pour la création et la gestion d'un dispositif d'accueil familial thérapeutique pour adolescents.

Conclusion

La prise en compte des jeunes en difficultés dans une démarche de santé publique

Dr Jean-Yves FATRAS, médecin de santé publique à la DPJJ

➔ La démarche

Le constat très largement partagé, des difficultés rencontrées par les professionnels de multiples horizons institutionnels, dans la prise en charge éducative, judiciaire et sanitaire de jeunes en très grande difficulté, préside à l'ensemble de la démarche initiée en 1999 entre la direction de la protection judiciaire de la jeunesse, la Direction générale de la Santé, la direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins et la direction générale de l'Action sociale. Le ministère de l'Éducation nationale, l'association des présidents de conseil généraux, l'association des instituts de rééducation se joignent ensuite à la démarche.

Ces jeunes, mettent les institutions en grandes difficultés le plus souvent parce qu'ils ont des itinéraires de vie chaotiques et cumulent des problématiques concernant divers champs de compétences : notamment cliniques, sociaux, éducatifs et/ou judiciaires. Les modalités de réponses que chaque institution génère sont singulièrement cloisonnées et le mineurs est souvent l'objet de réponses fragmentaires et non harmonisées entre elles.

Un premier temps fort de travail a été le « séminaire santé-justice » des 25 et 26 mai 2000 qui fut l'occasion, lors des nombreux échanges entre professionnels de différents métiers, du constat que les participants parlaient bien des mêmes jeunes dont l'inscription dans telle ou telle institution ne représentait qu'une séquence. La nécessité d'une véritable interdisciplinarité et d'une plus grande coordination entre les institutions se traduisant en trois axes de travail :

- L'élaboration d'une circulaire conjointe DGS/DGAS/DHOS/DPJJ 2002/282 du 3 mai 2002.
- La mise en place d'un diplôme universitaire interprofessionnel intitulé « Adolescents difficiles : approches éducatives et psychopathologique » sous la responsabilité du Professeur Philippe Jeammet.

Une première session a eu lieu en 2001-2002 à Paris et se renouvelle en 2003, l'extension vers d'autres universités est en cours d'élaboration (Marseille, Toulouse notamment).

- L'élaboration d'un outil de guidance, initié en 2001.

➔ L'outil de guidance

Partie intégrante d'un triptyque portant sur l'approche des adolescents difficiles, l'élaboration de cet ouvrage sous la présidence conjointe de Monsieur Perdignes de la PJJ et du Professeur Jeammet a été l'objet d'une élaboration en deux modules reliés par un comité de pilotage conjoint. Le premier groupe de travail a d'une part confié à un chercheur le recueil et l'analyse des différents textes législatif et réglementaires émanant des administrations concernées et régissant les dispositifs existants. Il a par ailleurs mis à contribution des auteurs de champs théoriques distincts pour qu'ils donnent différents éclairages sur cette population des jeunes en difficulté. Le second groupe a procédé à un recensement d'expériences d'élaborations de réponses interinstitutionnelles territorialisées et à leur analyse.

Le comité de pilotage regroupant des professionnels des différents champs concernés et des administrations s'est réuni régulièrement durant deux ans afin d'affiner les hypothèses de travail de rectifier des choix de méthodes, d'échanger des informations et faire le lien avec d'autres initiatives portant sur des sujets voisins et nécessitant le cas échéant de réinterroger la pertinence des orientations prises.

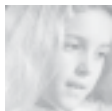
L'ouvrage final qui en résulte s'adresse à un public de professionnels (éducateurs, assistantes sociales, enseignants, infirmiers, médecins, magistrats, directeurs d'établissements, décideurs, psychologues...) et fournit à la fois des pistes de réflexions théoriques pour une meilleure compréhension du phénomène et des pistes concrètes de modalités de réponses pratiques envisageables.

Il ne s'agit ni d'une publication scientifique, ni d'un travail de vulgarisation destiné au grand public, ni d'un rapport administratif. C'est un ouvrage technique émanant de différents services de l'État dans une optique d'amélioration qualitative du service au public. Il témoigne de la volonté de l'État de prendre en compte la complexité d'une réalité sociétale et des histoires individuelles qui la composent et d'impulser les modalités de travail coordonnées qui en résultent.





Annexes



Annexe 1

L'administration de la santé

La Direction générale de la Santé (DGS) est chargée de développer des politiques de santé publique, de protéger la santé des citoyens en assurant la surveillance et la gestion des risques sanitaires, de promouvoir la prévention et la qualité des soins, d'adapter les politiques et l'organisation sanitaire en fonction des progrès scientifiques et techniques, de faire participer les citoyens à la gestion des actions de santé.

La Direction générale de l'Action sociale (DGAS) est chargée de l'élaboration, de la coordination et de la mise en oeuvre des politiques d'interventions sociales, médico-sociales et de solidarité. À ce titre, elle veille à la coordination des actions de prévention, de lutte contre les exclusions et d'insertion des personnes en situation de précarité. Elle définit, anime et coordonne la politique de prise en charge d'intégration sociale, d'aide à domicile et d'aide à l'autonomie des personnes handicapées. Elle participe en liaison avec le ministère de la justice à l'élaboration des règles relatives à la protection des jeunes majeurs.

La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS) a pour mission d'organiser les soins, de veiller au fonctionnement qualitatif des établissements de santé publics et privés et d'en assurer le financement. En outre, elle a en charge les professions para-médicales et médicales.

➔ Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH)

Ce sont des groupements d'intérêt public associant l'État et l'assurance maladie. Elles ont été créées par l'ordonnance du 24 avril 1996 et sont devenues opérationnelles au cours du premier trimestre 1997. Les ARH sont chargées de mettre en oeuvre, au niveau régional, la politique hospitalière définie par le Gouvernement, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de conclure avec eux des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et de déterminer leurs ressources. Elles s'appuient sur les travaux des conférences régionales de santé

qui définissent annuellement les priorités régionales de santé et sur les avis des comités régionaux de l'organisation sanitaire (CROS). Elles élaborent, en partenariat avec tous les professionnels de santé, les schémas régionaux de l'organisation sanitaire qui tracent, tous les cinq ans, le cadre de l'évolution de l'offre de soins hospitalière en adéquation avec l'ensemble du système de santé. Instances de coordination, les agences font appel aux services de l'État (DRASS, DDASS, médecin inspecteur régional) ainsi qu'à ceux de l'assurance maladie (CRAM et échelon régional du contrôle médical).

➔ Les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS)

Les DRASS et les DDASS sont des services déconcentrés des ministères chargés de la Santé et du Travail. Elles agissent sous l'autorité, respectivement du Préfet de région, et des Préfets de département. Elles assurent la mise en oeuvre des politiques nationales, la définition et l'animation des actions régionales et départementales dans le domaine sanitaire, social et médico-social.

Leurs missions s'articulent autour de trois pôles essentiels :

- **la santé** : politique régionale de santé, la sécurité sanitaire, la participation à la politique hospitalière en concertation avec l'ARH ;
- **la cohésion sociale** et le développement social par l'animation des différents dispositifs d'insertion, d'intégration et de lutte contre l'exclusion ;
- **la protection sociale** par le contrôle des organismes de sécurité sociale et l'évaluation des résultats des contrats d'objectifs et de gestion négociés au niveau national. Cette mission est assurée par les DRASS.

Annexes 2

Présentation de l'organisation des soins psychiatriques

➤ La mise en place du dispositif de soins psychiatriques

Pendant une très longue période, dans la société occidentale, les maladies mentales isolaient entièrement les personnes qui en étaient atteintes. Celles-ci étaient considérées comme incapables de vivre en société, étrangères aux autres. On les désignait couramment sous le terme d'aliénés (du latin alienus : étranger). Aussi l'organisation des soins psychiatriques traduite par la loi du 30 juin 1838 était articulée autour d'une structure hospitalière spécialisée : « l'asile d'aliénés ». Cet asile devait répondre à un soin marqué par le nécessaire isolement des malades. C'est l'isolement qui était considéré comme devant favoriser la guérison.

En 1960 et par voie de circulaire, est créé « le secteur psychiatrique » permettant de soigner dans la communauté et de proposer à tous les patients des soins d'égale qualité, par le maillage de l'ensemble du territoire. Certains secteurs se développent et mènent une politique active de prise en charge, alors que d'autres restent centrés sur l'asile de 1838. Il faut d'ailleurs noter la persistance à cette époque de la loi de 1838 qui, prévoyant l'aliénation des malades mentaux, ne favorise pas l'évolution du dispositif de soins.

Il faudra attendre 1985 pour que le secteur bénéficie d'une reconnaissance juridique et devienne pour tous un outil reconnu de santé publique capable de faciliter l'accès aux soins pour une population donnée.

En 1990, une circulaire relative aux orientations de la politique de santé mentale, importante pour la psychiatrie, réaffirme la mission du secteur et insiste sur l'intérêt de développer la prévention, d'assurer les missions d'intervention dans la communauté et de favoriser les actions de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle rappelle l'intérêt qui s'attache à l'ouverture de la psychiatrie d'une part sur les centres hospitaliers généraux et d'autre part, sur le monde extra-hospitalier.

La loi du 31 juillet 1991 renforçant cette approche, a intégré la psychiatrie aux disciplines de court séjour, supprimant la séparation entre la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et la psychiatrie.

La circulaire du 11 décembre 1992 a précisé les orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents. Il s'agit d'un enjeu de santé publique en contribuant à l'amélioration des conditions de développement psycho-affectif et intellectuel des enfants et adolescents, en traitant précocement les troubles d'ordre psychopathologique survenant au cours de l'enfance et de l'adolescence et en prenant en considération les risques évolutifs à plus long terme et leurs conséquences à l'âge adulte. Deux objectifs : poursuivre l'amélioration du dispositif public et assurer la complémentarité dans le domaine sanitaire et médico-social. La coordination avec le dispositif social et médico-social est également une priorité.

L'ordonnance hospitalière de 1996 a permis aux établissements de santé de gérer des structures médico-sociales ce qui a une forte incidence dans le domaine de la santé mentale.

Outre le dispositif de soins sectorisés, l'offre de soins psychiatrique est constituée des médecins libéraux (psychiatres installés en ville) et les établissements de santé privés ne participant pas au service public hospitalier (cliniques privées).

➤ La sectorisation psychiatrique

L'organisation du dispositif public ou privé participant au service public repose sur la sectorisation psychiatrique. Elle regroupe l'essentiel du dispositif public, à l'exception de quelques services de psychiatrie implantés dans les centres hospitaliers universitaires.

Fondée sur les notions d'accessibilité et de continuité des soins, la sectorisation vise à promouvoir une évolution du dispositif de soins sortant d'une logique institutionnelle au profit de prises en charge diversifiées et de proximité adaptées aux besoins des patients. Théoriquement, l'assiette territoriale d'un secteur correspond à 70 000 habitants pour la psychiatrie générale et un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile correspond à 2 ou 3 secteurs.



Annexes

En 1997, la France est divisée en 829 secteurs de psychiatrie générale destinés aux adultes et en 321 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile accueillant les enfants et les adolescents. Ces secteurs peuvent être rattachés à un centre hospitalier « spécialisé », à un centre hospitalier « général » ou à un établissement privé participant au service public de lutte contre les maladies mentales.

Les équipements et services de lutte contre les maladies mentales sans hébergement

■ Les centres médico-psychologiques (CMP)

Ce sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, mises à la disposition de la population. Ils peuvent comporter des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique.

■ Les centres d'accueil permanent (CAP)

Sont des CMP habilités à répondre à l'urgence psychiatrique, ouverts 24 heures sur 24, disposant notamment d'une permanence téléphonique reliée avec les organismes d'aide médicale urgente et organisant l'accueil, l'orientation et, le cas échéant, les soins d'urgence ambulatoires et à domicile nécessaires. Ces centres peuvent disposer de quelques lits pour des prises en charge ne dépassant pas 48 heures.

■ Les hôpitaux de jour (HJ)

Ils assurent des soins polyvalents, individualisés et intensifs prodigués dans la journée, le cas échéant à temps partiel.

■ Les ateliers thérapeutiques

Ils utilisent des techniques de soins particulières, groupes thérapeutiques notamment, en vue du réentraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale.

■ Les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)

Ils visent à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe.

■ Les services d'hospitalisation à domicile

Ils organisent des prises en charge thérapeutiques à domicile, associées s'il y a lieu à des prestations d'entretien nécessitées par l'état de dépendance du patient.

Les équipements et services de lutte contre les maladies mentales avec hébergement

■ Les unités d'hospitalisation à temps complet

Ce sont les lits d'hospitalisation installés dans les centres hospitaliers et prenant en charge les patients 24 sur 24 heures.

■ Les centres de crise

Ce sont des centres d'accueil permanents disposant de quelques lits permettant des prises en charge intensives et de courte durée pour répondre aux situations d'urgence et de détresse aiguë.

■ Les hôpitaux de nuit

Ils organisent des prises en charge thérapeutiques de fin de journée et une surveillance médicale de nuit et, le cas échéant, de fin de semaine.

■ Les appartements thérapeutiques

Ce sont des unités de soins à visée de réinsertion sociale, mis à disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante, sinon continue de personnels soignants.

■ Les centres de postcure

Ce sont des unités de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome.

■ Les services de placement familial thérapeutique

Ils organisent le traitement des malades mentaux de tous âges, placés dans des familles d'accueil, pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible.

Les alternatives à l'hospitalisation hors arrêté de 1986

D'autres alternatives ont été développées en faveur des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Certaines entrent clairement dans le champ médico-social ou social, pour d'autres la frontière avec le secteur est plus floue.

On peut citer notamment :

- les appartements associatifs ;
- les clubs thérapeutiques ;
- les entreprises d'insertion.

Des structures de type médico-social ont parfois été créées par les établissements de santé en faveur des personnes présentant des troubles mentaux :

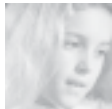
- les accueils familiaux sociaux ;
- les CAT ;
- les foyers à double tarification ;
- les maisons d'accueil spécialisé.

➤ **Les personnels intervenant dans les structures psychiatriques sectorisées**

Une équipe pluridisciplinaire placée sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier intervient dans chaque secteur de psychiatrie. Elle doit garantir aux malades la continuité, la complémentarité et la coordination des prestations et prises en charge nécessaires dans et hors l'hôpital.

Cette équipe pluridisciplinaire est notamment composée de :

- psychiatres ;
- infirmiers ;
- psychologues ;
- éducateurs spécialisés ;
- assistants de service social ;
- ergothérapeutes ;
- kinésithérapeutes ;
- psychomotriciens.



Annexe 3

Présentation de la Protection judiciaire de la Jeunesse

La protection judiciaire de la jeunesse, administration du ministère de la justice a pour objet d'assurer l'accueil des mineurs et jeunes majeurs qui lui sont confiés par décision de justice.

➤ Les textes

La protection judiciaire de la jeunesse est régie par une législation spécialisée visant trois catégories de jeunes :

Les mineurs délinquants : l'ordonnance du 02/02/1945 sur l'enfance délinquante fixe un principe de responsabilité atténuée des mineurs. En vertu de ce principe, les juridictions spécialisées privilégient les mesures de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation par rapport à la sanction pénale. Ce principe est absolu pour les mineurs de moins de treize ans qui ne peuvent faire l'objet d'une condamnation.

L'assistance éducative : (articles 375 et suivants du code civil) est une procédure de protection appliquée à un mineur en situation de danger. Le danger peut menacer sa santé, sa sécurité ou sa moralité. Il peut aussi résulter du fait que « les conditions de son éducation sont gravement compromises ». Le juge des enfants dispose d'une série de mesures éducatives en milieu ouvert et en hébergement.

Les jeunes majeurs : le décret du 18/02/1975 (code civil) permet aux jeunes majeurs qui éprouvent des difficultés d'insertion sociale de solliciter eux-mêmes du juge des enfants une aide par la mise en œuvre d'une action de protection judiciaire. Au pénal l'article 16 bis de l'ordonnance du 02/02/1945 (code pénal) a permis d'atténuer, comme pour les jeunes majeurs en assistance éducative, les conséquences de la majorité civile à 18 ans.

➤ Les jeunes pris en charge par la protection judiciaire de la jeunesse

Au 31/12/01, 151 231 jeunes étaient pris en charge par les services du secteur public de la PJJ ou du secteur habilité Justice :

- 116 471 mineurs en danger ;
- 29 947 mineurs délinquants ;
- 4 813 jeunes majeurs.

Environ 77 151 jeunes ont par ailleurs fait l'objet d'une mesure d'investigation cette même année. L'ensemble de ces jeunes peut faire l'objet de mesures éducatives diversifiées, tant en matière pénale que civil.

➤ La direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ)

Elle remplit principalement deux missions : la prise en charge éducative des mineurs délinquants, la protection des mineurs en danger moral ou physique. À cette fin, elle assure l'administration des établissements et services du secteur public et le contrôle des établissements et services habilités.

Le système de protection judiciaire de la jeunesse repose sur une étroite collaboration entre l'autorité judiciaire et le secteur éducatif. L'originalité de la protection judiciaire en France tient à la volonté de créer un droit des mineurs unitaire dont la spécificité est fondée sur l'appréhension de la personnalité du jeune. Cette législation est appliquée par des juridictions spécialisées de la jeunesse (380 juges des enfants, 139 tribunaux pour enfants).

La DPJJ dispose pour remplir cette mission d'un secteur public et d'un secteur associatif prédominant qu'elle habilite, finance pour partie et contrôle dans la mesure où il concourt à la mission de service public de la PJJ.

Le secteur public (7 153 fonctionnaires) comprend une administration centrale, 15 directions régionales et 100 directions départementales, qui gèrent sur 544 lieux de travail, 327 établissements et services dont :

- 10 services éducatifs auprès du tribunal (SEAT) ;
- 75 foyers d'action éducative (FAE) ;
- 8 centres éducatifs renforcés (CER) ;
- 43 centres de placement immédiat (CPI) ;
- 173 centres d'action éducative (CAE), dont 5 assurent la fonction d'hébergement collectif ;
- 9 centres éducatifs fermés.

Cette administration est dotée en outre d'un centre national de formation et d'études (CNFE) à Vaucresson. La formation continue est dispensée dans 11 centres régionaux de formation.

La Direction de la protection judiciaire de la jeunesse dispose d'un secteur associatif prédominant qu'elle habilite, finance pour partie et contrôle dans la mesure où il concourt à la mission de service public de la PJJ.

Ce secteur prend en charge les 2/3 des mineurs principalement au titre de l'assistance éducative. Le secteur associatif est composé de 502 associations gérant 1128 établissements et services employant 25 750 personnes (qui travaillent également pour l'aide sociale à l'enfance).

➤ **Les services de prise en charge des mineurs : établissements et services du secteur public**

Les services éducatifs auprès du tribunal (SEAT) : créés par arrêté en 1987 et implantés au sein des tribunaux de Grande Instance dotés d'un tribunal pour enfants, les SEAT sont chargés, conformément à l'article 12 de l'ordonnance de 1945, de l'orientation éducative des mineurs déférés et de formuler des propositions alternatives à l'incarcération. Ils assurent également le suivi de mesures de milieu ouvert ordonnées en matière pénale et civile, et sont chargés du suivi des mineurs incarcérés. Enfin, ils ont une mission d'accueil et d'orientation auprès des jeunes et de leur famille.

Les foyers et centres d'action éducative exerçant la fonction d'hébergement (FAE et CAE) : Ils reçoivent, parfois en urgence, des jeunes délinquants ou en danger, aux fins d'une prise en charge éducative et d'hébergement. D'une capacité d'une douzaine de places, implantés en milieu urbain, ils proposent des solutions adaptées à chaque situation individuelle.

Les centres éducatifs renforcés (CER) : initialement appelés « Unité à encadrement éducatif renforcé » (UEER), ils ont vocation à prendre en charge, sur le fondement de l'ordonnance de 1945, des mineurs délinquants multirécidivistes en grande difficulté ou en voie de marginalisation ayant souvent derrière eux un passé institutionnel déjà lourd. Ils se caractérisent par des programmes d'activités intensifs pendant des sessions de trois à six mois selon les projets et par un encadrement éducatif permanent.

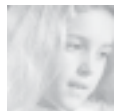
Ils visent à créer une rupture dans les conditions de vie du mineur et à préparer sa réinsertion. Ils accueillent un groupe de huit mineurs maximum.

Les centres de placement immédiat (CPI) : lors du conseil de sécurité intérieure du 27 janvier 1999, il a été décidé de créer ces centres pour accueillir des mineurs en priorité sur le fondement de l'ordonnance de 1945. Ils sont chargés de réaliser un travail d'évaluation et d'observation de la situation personnelle, familiale, scolaire ou professionnelle du mineur pendant un délai d'un à trois mois puis de proposer au magistrat une orientation. Le contrôle strict des mineurs est assuré tant par le cadre judiciaire du placement que par la mise en œuvre d'une pédagogie de l'accompagnement éducatif intensif.

Les centres d'action éducative en milieu ouvert (CAE) : ils sont chargés, d'une part d'une fonction investigation en vue d'apporter une aide à la décision du magistrat, et d'autre part de la prise en charge éducative des mineurs maintenus dans leur famille, qu'ils soient délinquants ou en danger. Dotés d'équipes pluridisciplinaires, ces centres interviennent tant auprès du jeune confié par l'autorité judiciaire que son environnement social et familial.

Les centres de jour (CAE f et i) : ils proposent, pour les jeunes confiés, des activités d'insertion et de formation professionnelle selon des modalités diverses allant de la lutte contre l'illettrisme à l'acquisition d'une formation professionnelle qualifiante ou non. Des professeurs techniques de l'enseignement professionnel concourent à cette formation ou socialisation, en lien avec les personnels éducatifs.

Les centres éducatifs fermés (CEF) : ils sont destinés à la prise en charge exclusive des mineurs de 13 à 18 ans délinquants multirécidivistes ou « multirécidivistes ». Ces derniers y font l'objet d'un placement dans un cadre pénal, dont le contour est déterminé par une décision de contrôle judiciaire ou un jugement prononçant une condamnation assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve. Ces centres sont une alternative à l'incarcération. Les activités de réapprentissage des gestes professionnels, comme le travail pédagogique sur la santé et le corps, à partir des activités sportives et d'une offre sanitaire pertinente, doivent figurer dans les projets d'établissement.



Annexes

➤ Les principaux métiers de la PJJ

Le directeur de service : est un fonctionnaire qui anime et dirige un établissement ou service éducatif du secteur public, sous l'autorité d'un directeur départemental. Il dirige une équipe pluridisciplinaire et met en œuvre un projet de service.

L'éducateur : il assure la prise en charge des jeunes. Il remplit principalement deux missions : accompagner le jeune et l'aider à reconstituer les liens qui l'unissent à sa famille et à la société, le conseiller et le soutenir pour surmonter ses difficultés.

L'assistant de service social : il aide au diagnostic des problèmes sociaux rencontrés par le mineur et recherche des solutions adaptées à ces situations et aux objectifs d'insertion sociale des jeunes.

Le psychologue : il contribue à la connaissance des mineurs confiés par les magistrats ainsi qu'à l'élaboration et au suivi des projets éducatifs les concernant.

Le personnel de formation professionnelle : composé de professeurs techniques, il assure les cours et la formation pratique et technique des mineurs ; cette formation est parfois assurée dans le cadre d'associations et d'entreprises d'insertion.

Le personnel d'hébergement : veilleurs de nuits, cuisinières, lingères jouent un rôle important au sein des établissements.

Le personnel administratif : est chargé des moyens de fonctionnement du service public.

➤ Les diverses prises en charge effectuées par la PJJ

En matière pénale

- les actions de réparation ;
- les mesures de liberté surveillée préjudicielle (LSP) suivies en milieu ouvert par un éducateur ;
- les mesures de placement dans un centre approprié (foyers, CPI, CER...) ;
- l'accueil et l'orientation au tribunal ;
- la permanence et l'entretien éducatif au tribunal (article 12) avant une éventuelle incarcération ;
- le sursis avec mise à l'épreuve (SME) ;
- le contrôle judiciaire (GJ) ;
- le travail d'intérêt général (TIG) ;
- la liberté surveillée (LS) ;
- la mise sous protection judiciaire (article 16 bis) ;
- les expertises psychologiques et psychiatriques ;
- enfin, le suivi éducatif et de préparation de la sortie des mineurs incarcérés.

Les mesures d'investigation

Ce sont les mesures d'investigation ordonnées par les magistrats et exercées par les services de la PJJ :

- les enquêtes sociales ;
- les IOE (investigations et orientations éducatives) civiles et pénales ;
- les expertises psychologiques et psychiatriques ;
- les recueils de renseignements sociaux éducatifs (RRSE), enquêtes rapides au civil et au pénal exercées par les équipes des SEAT.

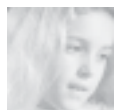
En assistance éducative

- les mesures de suivi en milieu ouvert (AEMO), par un éducateur, quand le mineur demeure dans son milieu naturel de vie ;
- les mesures de placement dans un centre approprié (foyers, centres de formation, familles d'accueil...). La mesure de placement est constituée par une ordonnance de placement provisoire susceptible d'appel (OPP).

Annexe 4

Évolution du cadre législatif et réglementaire

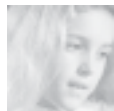
<p>1945 à 1960</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ordonnance n°45.174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante ; • décret du 9 mars 1956 fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux ; • circulaire de la direction générale de la santé publique du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales ;
<p>1961 à 1970</p>	<ul style="list-style-type: none"> • loi du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale ;
<p>1975 à 1971</p>	<ul style="list-style-type: none"> • circulaire DGS du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents. Buts et moyens de la sectorisation en psychiatrie infantile ; • circulaire DGS 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile ; • décret du 18 février 1975 relatif à la protection judiciaire des jeunes majeurs ; • loi n°75-534 du 30 juin 1975 modifiée d'orientation en faveur des handicapés ; • loi n°75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales ;
<p>1976 à 1980</p>	
<p>1981 à 1985</p>	<ul style="list-style-type: none"> • instruction du 24 août 1981 portant sur la psychiatrie infanto-juvénile et les adolescents ; • circulaire du ministère de l'Éducation nationale et du ministère de la Solidarité nationale du 28 janvier 1982 relative à l'intégration scolaire ; • circulaire du ministère de l'Éducation nationale et du ministère de la Solidarité nationale du 29 janvier 1983 relative à l'intégration scolaire ; • circulaire DGS du 9 juillet 1985 relative à l'accueil et à la prise en charge, par les établissements d'hospitalisation publics et privés, des enfants en danger, victimes de sévices ou de délaissements ; • circulaire n° 85-76 du 21 août 1985 relative à la coopération entre ministère Justice et Éducation nationale pour des jeunes sous mandat judiciaire ; • décret n°85-936 du 23 août 1985 relatif aux droits des familles dans leurs rapports avec les services chargés de la protection de la famille et de l'enfance ; • loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique ;
<p>1986 à 1990</p>	<ul style="list-style-type: none"> • loi n°86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé ; • circulaire du 18 février 1986 d'adaptation de la loi n°86-17 du 6 janvier 1986 ; • décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique ; • arrêté du ministère des Affaires sociales et de la solidarité nationale du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement ; • décret du 14 janvier 1988 relatif à l'organisation des services de prise en charge des mineurs ; • circulaire du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions de d'hospitalisation des adolescents ; • décret du 22 avril 1988 modifiant les annexes XXIV du décret du 9 mars 1956 ; • décret du 27 octobre 1989 modifiant les annexes XXIV du décret du 9 mars 1956 ; • circulaire (Éducation nationale, Jeunesse et sports, Solidarité, santé et protection sociale) n°89-17 du 30 octobre 1989 relative à la modification des conditions de prise en charge des enfants ou adolescents déficients intellectuels ou inadaptés par les établissements et les services d'éducation spéciale ;



Annexes

	<ul style="list-style-type: none"> • loi du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance ; • décret n°89-798 du 27 octobre 1989 modifiant annexes XXIV, XXIVbis et XXIVter du décret du 9 mars 1956 (fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux) ; • circulaire n°89-17 DAS/DE/DLC du 30 octobre 1989 relative à la modification des conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents déficients intellectuels ou inadaptés par les établissements et services d'éducation spéciale ; • loi n°89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé ; • circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale ; • arrêté du 1^{er} octobre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services d'accueil familial thérapeutique ;
1991	<ul style="list-style-type: none"> • arrêté du 11 février 1991 relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques ; • circulaire du 24 juin 1991 relative au service de santé scolaire ; • circulaire n°91-302 du 18 novembre 1991 relative aux classes d'intégration scolaire ;
1992	<ul style="list-style-type: none"> • circulaire DH/DGS n°39/2 du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques ; • décret n°92-785 du 6 août 1992 relatif à la protection maternelle et infantile ; • circulaire DGS/DH n°70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents ;
1993 1994 1995	
1996	<ul style="list-style-type: none"> • ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins ; • circulaire PJJ/DAS 96-02 du 12 mars 1996 relative à la contractualisation des relations entre l'État et les conseils généraux en matière de protection de l'enfance ; • circulaire interministérielle n°96-135 du 14 mai 1996 relative à la coopération entre l'Éducation nationale, la Justice, la Défense et l'Intérieur pour la prévention de la violence en milieu scolaire ; • circulaire n°96/378 du 14 juin 1996 relative à la mise en place de points d'accueil pour les jeunes, âgés de 10 à 25 ans ; • circulaire n°96-167 du 20 juin 1996 relative aux Enseignements généraux ; • loi n°96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville ;
1997	<ul style="list-style-type: none"> • décret n°97-216 du 12 mars 1997, relatif à la coordination interministérielle en matière de lutte contre les mauvais traitements et atteintes sexuelles envers les enfants ; • circulaire n°97/280 du 10 avril 1997 relative à la mise en place de points d'écoute pour les jeunes et/ou les parents ; • décret n°97-360 du 17 avril 1997 relatif aux conférences régionales de santé ; • circulaire DGS/DH n°97/380 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles (modifiée par circulaire n°2000/399 du 13 juillet 2000) ; • circulaire DGS n°97-731 du 20 novembre 1997 relative aux conférences régionales de santé ;
1998	<ul style="list-style-type: none"> • relevé de décisions du Conseil de sécurité intérieure du 8 juin 1998 ; • circulaire n°98-120 du 12 juin 1998 relative aux classes relais en collège ; • la loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs ; • circulaire du ministère de l'Éducation nationale n°98-108 du 1^{er} juillet 1998 relative à la prévention des conduites à risques et au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté ; • circulaire du 15 juillet 1998 relative à la politique pénale ;

	<ul style="list-style-type: none"> • circulaire interministérielle du 15 juillet 1998 relative à la politique pénale en matière de délinquance juvénile ; • décret n°98-648 du 28 juillet 1998 portant création de la délégation interministérielle à la famille et du comité interministériel de la famille ; • loi n°98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, notamment article 71 visant à améliorer l'accès des populations en situation précaire au dispositif de prévention et de soins (et créant des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins) ; • circulaire DGS/DAGPB/DAS n°98/568 du 8 septembre 1998 relative à la mise en œuvre de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions sur les exercices 1998 et 1999 : action sociale et santé publique – programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins ; • circulaire du 1^{er} octobre 1998 n°98-09 de présentation générale de la loi n°98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et la répression des infractions sexuelles et à la protection des mineurs ; • circulaire interministérielle (Éducation nationale, Justice, Intérieur, Défense, Ville) n°98-194 du 2 octobre 1998 relative à la lutte contre la violence en milieu scolaire et au renforcement des partenariats ; • circulaire interministérielle du 6 novembre 1998 relative à la délinquance des mineurs : mise en œuvre des décisions adoptées par le conseil de sécurité intérieure ; • décret n°98-1216 du 29 décembre 1998 relative aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins ;
1999	<ul style="list-style-type: none"> • relevé de décisions du Conseil de sécurité intérieure du 27 janvier 1999 ; • circulaire DGS/SP2 n°99-110 du 23 février 1999 ; • circulaire du 24 février 1999 d'orientation relative à la protection judiciaire de la jeunesse ; • circulaire DIF/DAS/DIV/DPM n°99/153 du 9 mars 1999 relative aux réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents ; • circulaire interministérielle du 7 juin 1999 relative aux contrats locaux de sécurité ; • circulaire n°99-147 du 4 octobre 1999 complétant la circulaire n°98-120 relative aux classes relais en collège ;
2000	<ul style="list-style-type: none"> • décret n°2000-110 du 4 février 2000 portant publication de la Charte sociale européenne ; • circulaire DGS/SP2 n°2000-324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire ; • circulaire DGS/DH n°2000/399 du 13 juillet 2000 relative à l'extension aux mineurs victimes de toutes formes de maltraitance des dispositions de la circulaire n°97-380 (du 27 mai 1997) relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles ; • circulaire DAS/DGS/DH/DESCO/DPJJ n°2000/334 du 24 juillet 2000 relative au soutien aux équipes des dispositifs relais par les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres médico-psychologiques (CMP) des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ; • décret n°2000-762 du 1^{er} août 2000 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans et modifiant le code de la santé publique ; • circulaire DHOS/DGS n°2000/460 du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour les personnes ayant des conduites addictives ;
2001	<ul style="list-style-type: none"> • instruction interministérielle n°2001/152 du 10 janvier 2001 relative à la protection de l'enfance ; • circulaire du ministère de l'Éducation nationale n°2001-012 du 12 janvier 2001 relative aux orientations générales de la politique de santé en faveur des élèves ; • circulaire du ministère de l'Éducation nationale n°2001-013 du 12 janvier 2001 relative aux missions des médecins de l'Éducation nationale ; • circulaire du ministère de l'Éducation nationale n°2001-014 du 12 janvier 2001 relative aux missions des infirmier(ère)s de l'Éducation nationale ; • relevé de décisions du Conseil de sécurité intérieure du 30 janvier 2001 ; • circulaire du ministère de l'Éducation nationale n°2001-144 du 11 juillet 2001 relative à l'accueil des élèves handicapés – rentrée scolaire 2001 ;



Annexe 5

Textes les plus récents

➤ Justice /Protection judiciaire de la jeunesse : Assistance éducative, mineurs délinquants, jeunes majeurs

- loi n°2002-305 du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale ;
- circulaire du 24 avril 2002 commentant les dispositions pénales de la loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale ;
- décret n°2002-361 du 15 mars 2002 modifiant le nouveau code de procédure civile et relatif à l'assistance éducative ;
- circulaire DSJ/DPJJ du 26 avril 2002 sur la réforme de la procédure d'assistance éducative ;
- loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice ;
- circulaire du 7 novembre 2002 de présentation des dispositions portant réforme du droit pénal des mineurs et de certaines dispositions du droit pénal spécial résultant de la loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice ;
- circulaire du 13 décembre 2002 portant sur la politique pénale en matière de délinquance des mineurs ;
- circulaire du 28 mars 2003 sur les centres éducatifs fermés ;
- décret du 4 janvier 2004 sur la sanction éducative de stage de formation civique ;
- loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité (pour les mineurs : nouvelles missions du JE et du service public de la PJJ en matière d'aménagements de peine) ;
- circulaire du 28 septembre 2004 sur la sanction éducative de stage de formation civique ;
- décret du 27 septembre 2004 sur la peine de stage de citoyenneté ;
- circulaire du 14 janvier 2005 sur les modalités d'intervention continue des éducateurs de la PJJ auprès de l'ensemble des mineurs incarcérés ;
- note du 4 février 2005 sur le rôle de la PJJ concernant les stages parentaux ;
- circulaire du 23 mars 2005: orientation relative à la mise en oeuvre de la protection judiciaire en faveur des jeunes majeurs.

➤ Texte conjoint Santé/Justice

- circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et des adolescents en grande difficulté.

➤ Santé, action sociale, éducation

- loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ;
- loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;
- circulaire DGS/DGAS n°2002-145 du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre des points d'accueil et d'écoute jeunes ;
- circulaire DGAS/PHAN 3c n°2002-291 et DESCO n°2002-111 du 30 avril 2002 relative à l'adaptation et à l'intégration scolaire ;
- circulaire DESCO n°2003-210 du 1 décembre 2003 : la santé des élèves : programme quinquennal de prévention et d'éducation ;
- loi n° 2004- 806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé mentale ;
- décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs, pédagogiques ;
- plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008.

Les mineurs en grande difficulté

Ce document se veut une aide pour tous les intervenants auprès des enfants et adolescents en grande difficulté : médicale, sanitaire, sociale, éducative, judiciaire... afin d'éviter le morcellement de la prise en charge et de permettre une approche cohérente, globale et concertée. Il présente une analyse des cadres législatif et réglementaire concernant les différents champs de l'intervention, et reprend l'état des connaissances théoriques et multidisciplinaires actuelles. Un recueil des actions conduites aux échelons régionaux et locaux, qu'ils soient politiques, institutionnels ou professionnels, permet d'élaborer des prises en charge inter-institutionnelles.

Direction générale de la Santé

14, avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 60 00 - Fax : 01 40 56 40 56

www.sante.gouv.fr
www.sante.fr