Belgique-België
P.P
5000 Namur 1
BC
5588

N° 26 - JUIN 2011

CONFLUENCES

REVUE DE L'INSTITUT WALLON POUR LA SANTÉ MENTALE

DOSSIER : JEUNES « INCASABLES » ?

Catherine, Atelier des Artistes Anonymes, Clinique de Bonsecours

Autorisation de fermeture: 5000 Namur 1 - BC5588

Ed. Resp. : C. Bontemps, Rue Henri Lemaître, 78 B-5000 Namur - Bureau de dépôt: Charleroi X

éditorial

Editeur responsable :
Christiane Bontemps

Coordination :
Hélène Carpiaux
Sylvie Gérard
Pascal Minotte

Secrétariat :
Muriel Genette

Avec la contribution de :
Pascaline Annet
Jean-Marc Bradfer
Luc Fouarge
Catherine Hector
Annick Hicorne
Michel Thiteux
Salvatore Tona
Francis Turine

Illustrations :
Merci :
Aux Artistes Anonymes,
Clinique de Bonsecours

Institut Wallon pour la Santé Mentale
Rue Henri Lemaître, 78
B-5000 Namur
☎ +32(0) 81 23 50 15
🖷 +32(0) 81 23 50 16
confluences@iwsm.be
iwsm@iwsm.be
www.iwsm.be

Réalisation :
Pixfactory
www.pixfactory.be

« Pourquoi "faire simple" quand on peut "faire compliqué" ? » lance-t-on souvent sous forme de boutade dans notre petit pays du compromis. Et bien, je vais vous le dire. Quand on simplifie, il est difficile de tenir compte des réalités, des personnes et de leur complexité…, en un mot, de tout ce qui fonde notre travail dans le secteur de la santé mentale ! COMPLEXITE, le mot est lâché ! Dès que l'on s'intéresse au psychisme, que l'on tente de comprendre la souffrance des gens, que l'on cherche à rencontrer leurs problèmes, plus rien n'est simple ! Impossible de réduire, impossible de trouver des « cases » toutes faites où ranger chaque situation, impossible d'appliquer un mode d'emploi prêt à l'usage ! Heureusement que des trésors de créativité et d'énergie sont déployés dans le secteur pour faire face aux situations les plus compliquées ! Heureusement que nombre d'acteurs confrontés à ces situations extrêmes sont prêts à réfléchir ensemble pour trouver des solutions ! Heureusement que les politiques peuvent s'ouvrir pour intégrer ces difficultés dans les cadres qu'elles régissent. Et le travail est loin d'être terminé !

Dans ce numéro de Confluences, vous trouverez de quoi mettre de l'eau au moulin de cette réflexion… Le dossier y est tout particulièrement consacré. Il s'intéresse aux situations des jeunes qui ne s'inscrivent pas exactement dans le registre de la folie, ni dans celui du handicap, ni dans celui de la protection des mineurs, ni dans celui de l'aide à la jeunesse, etc … sans être non plus tout à fait hors de ces registres !
Une réponse semble s'imposer avec évidence, celle qui force la rencontre : la TRANSVERSALITE. Si les jeunes concernés cumulent différentes problématiques, il devrait aller de soi que les acteurs et les secteurs impliqués se mettent ensemble pour trouver des solutions. Mais du « dire » au « faire », la route est parfois longue pour ne pas dire sinueuse ! Vous pourrez lire le parcours du combattant qui doit être mené par les parents - lorsqu'on a la chance qu'ils soient encore bien présents – pour trouver une solution acceptable pour leur enfant tout en gardant suffisamment la tête hors de l'eau ! Ce n'est pas qu'il manque d'offre pourtant ; le tableau que nous renvoient la diversité et la multiplicité des ressources possibles en témoigne !
Chercheurs, sociologues, psys, juristes se sont penchés sur la question pour nous aider à en comprendre les contours mais c'est dans les témoignages des pratiques développées sur le terrain, en amont ou en aval, quel que soit le secteur où se dépose la situation, qu'on se rend compte que la seule possibilité de réponse suppose de dépasser son propre angle d'approche, de voir plus loin, plus haut, d'aller vers les autres et de prendre appui sur les ressources du jeune lui-même ; un travail qui est chaque fois à recommencer, en fonction de chaque situation, de chaque jeune, de chaque famille.

Dans l'actualité, il n'est rien dit d'autre, ni dans la façon d'aborder des problématiques spécifiques, ni dans les questionnements des intervenants, ni dans les approches élaborées chez nous ou au-delà de nos frontières, dans les associations d'usagers ou dans les institutions. C'est dans le transfrontalier des régions, des secteurs, des métiers que l'on trouvera à alimenter la réflexion, à améliorer les pratiques, à rencontrer les situations les plus compliquées.

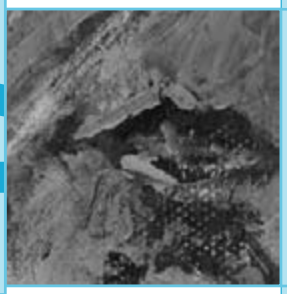
Bonne lecture.

Christiane Bontemps

sommaire

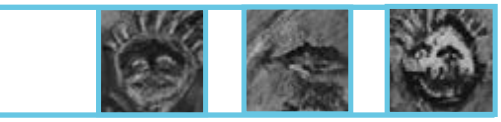
Actualités

- Un regard anthropologique sur le quotidien de la psychiatrie 2
  Lydwine Verhaegen
- Ouvrir les portes de la psychiatrie 4
  Rencontre avec Martin Kaiser
- Un Congrès pour changer le Monde 6
  Marianne Prévost
- Homosexualités, homoparentalités, comment combattre les idées reçues ? 8
  Emilie Moget
- Paroles d'usagers pour une santé mentale citoyenne 10
  Christiane Bontemps
- Pour une psychiatrie démocratique 11
  Rencontre avec Alex Neybuch
- Regards croisés sur les hôpitaux de jour 14
  Hélène Carpiaux



Dossier : Jeunes « incasables » ?

- Préface 15
  Sylvie Gérard et Luc Fouarge
- Quand les parents cherchent un filet de sécurité pour leur enfant équilibriste, dans un labyrinthe institutionnel ! 16
  Témoignage de parents
- Les situations « complexes » 18
  Pascal Minotte
- De quelques raisons de la complexité des situations 21
  Jacques Moriau
- Allons-nous psychiatriser le social ? 24
  Jean-Pierre Lebrun
- Richesse et complexité de l'offre d'aides et de soins adressée aux enfants et aux adolescents en Belgique 26
  Pascal Minotte
- Karibu 29
  Etienne Joiret
- Quelques réflexions sur l'impuissance et le réseau 32
  Emmanuel Thill & Pauline Macé
- Partage d'une pratique nouvelle en psychothérapie pour adolescents délinquants 34
  L. Humpers, A-C. Blavier, V. Georgis, M. Loukh & D. Wégimont
- Rencontre avec une éducatrice spécialisée en C.A.U. 36
  Entretien avec Valérie Favier
- La non-exclusion ou la permanence du lien 38
  Marc Coupez & Diane Mongin
- La prévention avant tout ! 43
  Rencontre avec Isy Pelc
- Plaidoyer pour le jeune 46
  Rencontre avec Amaury de Terwangne
- Repères et références bibliographiques 48



Un regard anthropologique sur le quotidien de la psychiatrie

On connaît aujourd'hui les travaux et rapports qui traitent de la crise de la psychiatrie publique et de l'augmentation de la demande en psychiatrie, mélangeant d'ailleurs santé mentale et troubles psychiatriques. Mais, comme le souligne Alain Ehrenberg[1] dans son introduction à l'ouvrage de Livia VELPRY, que savons-nous de la psychiatrie ordinaire ? Celle qui s'intéresse à la fois à la vie des personnes atteintes de maladie mentale, aux nouveaux publics caractérisés par l'intrication des problèmes psychiques et sociaux et aux professionnels qui les accompagnent.
Avant de proposer des remèdes, il faut d'abord « décrire » et c'est là tout l'objectif pour un sociologue.

Lydwine VERHAEGEN [2]
Sociologue, Research Fellow
Institute of Health and Society (I.H.S.), Ecole de Santé Publique, UCL, Bruxelles

Le livre de Livia Velpry est un compte rendu analytique d'un très long travail d'observation des patients et des professionnels fréquentant un centre médico-psychologique (CMP) dans un secteur psychiatrique parisien.

Aujourd'hui, l'institution totale, l'asile, décrit magistralement par Erving Goffman[3], n'est plus la seule forme d'inscription en psychiatrie. L'individu « patient » se doit d'être agent de son changement et viser à l'autonomie dans un milieu le plus ouvert possible. La maladie mentale met en question la qualité d'acteur raisonnablement rationnel de la personne atteinte. Mais concrètement qu'en est-il ?

La psychiatrie de secteur

Une première partie du livre décrit la psychiatrie de secteur dans le paysage actuel et complexe de la psychiatrie en France où la sectorisation territorialise la prise en charge publique de la folie dans la communauté.

L'auteur décrit l'activité d'un CMP, son fonctionnement et le travail d'équipe marqué par une tension qui traverse l'ensemble de la psychiatrie aujourd'hui entre l'accessibilité et la continuité des soins. Elle analyse les procédures de travail, tant le fait de travailler en équipe - fait partagé par d'autres services du même type dans d'autres pays - que les procédures de prises en charge et d'admission. Comment une histoire de vie devient-elle un cas psychiatrique ?

Les caractéristiques sociodémographiques des personnes qui s'adressent à un CMP sont brièvement évoquées, un peu trop rapidement peut-être car c'est un des enjeux de la psychiatrie publique d'aujourd'hui. En effet, depuis toujours la psychiatrie entretient des rapports particuliers avec l'ordre social et les patients souffrant de troubles sévères sont le plus souvent dépendant d'allocations sociales.

L'auteur observe deux types de population distincts : les « cas psychologiques » où le social est un élément incontournable et les « cas psychiatriques » (plus lourds peut-être) définis par le suivi antérieur et le comportement.

Livia Velpry évite soigneusement la définition par les diagnostics psychiatriques et c'est une des grandes forces de son analyse. Elle fait plutôt appel à des éléments de contexte.

Les registres d'action

Dans la deuxième partie du livre, Livia Velpry distingue trois registres d'action des professionnels, correspondant chacun à une capacité graduelle d'autonomie que les professionnels attendent du patient montrant ainsi l'itinéraire idéal d'un patient.

Il y a le registre du « laisser faire », c'est à dire l'accueil d'un patient en grande souffrance, sans lui demander de s'engager dans une relation thérapeutique. Ici le patient est jugé peu autonome et peu capable de le devenir.
Le second registre est celui du « faire pour », où le patient accepte la relation thérapeutique mais n'est pas à même de contrôler sa maladie et de prendre les bonnes décisions. L'objectif est dans ce cas d'amener progressivement le patient à agir par lui-même.
Et enfin, il y a le troisième registre, du « faire faire », lorsque le patient arrive à faire des actions par lui-même, il peut négocier des objectifs, les modalités de sa prise en charge et se libérer petit à petit.

C'est dans la négociation avec les professionnels et la maladie que joue l'implication du patient et sa capacité d'autonomisation entraînant la distinction dans cette typologie.

L'illustration par le cas des appartements associatifs[4] éclaire cette partie du livre.

L'auteur parle de l'expérience de la maladie mentale et, comme l'écrit encore Alain Ehrenberg, parler d'expérience équivaut à décrire la maladie mentale comme un système de relations où la maladie est partagée de manière asymétrique entre tous les

acteurs. Et à nouveau, tout en n'étant pas opposée à la nosologie psychiatrique, Livia Velpry n'a aucun recours au moindre concept psychologique. Comme l'ont décrit plus tôt Erving Goffman et Sue Estroff[5], il s'agit d'acteurs à part entière, agissant dans un univers de contraintes données et qui répondent à la question : quels hommes cherchent quelles solutions à quels problèmes ?

Le patient

Et enfin, la troisième partie du livre part du point de vue du patient et fait un détour par la littérature sur le sujet[6].
Qu'est ce qu'être un patient en psychiatrie ? Quelles sont les organisations de vie des personnes rencontrées et le rapport instauré avec la psychiatrie ? A partir de 18 entretiens approfondis de patients, l'auteur retient de la notion de carrière morale, définie par Erving Goffman dans Asiles, l'idée qu'il existe un point de rupture qui signe l'entrée dans un statut de malade mental.
Elle décrit l'itinéraire d'entrée en psychiatrie où l'hôpital est un lieu parmi d'autres et n'entraîne pas nécessairement une rupture avec la socialisation extérieure.
Dans la composition de nouvelles formes de carrières psychiatriques, l'ensemble des ressources dont dispose le patient joue un rôle majeur.
Et plus que l'âge, c'est le moment où intervient la psychiatrie dans la vie de la personne qui différencie les parcours et le rapport établi avec les soignants.

Livia Velpry fait appel aux notions de processus et d'affiliation définie par Albert Ogien[7] pour distinguer les profils d'usagers.
Elle repère « la coopération distanciée » avec la psychiatrie qui peut se négocier si les personnes, surtout au parcours récent, disposent d'autres ressources. Ces personnes tentent toujours de préserver la maîtrise des relations avec la psychiatrie et leur projet est, à terme, de s'en détacher.

D'autres qui pratiquent « la coopération intégrée » avec la psychiatrie en font une ressource centrale dans leur organisation de vie. Elles ont souvent un parcours psychiatrique plus ancien et ne pensent pas pouvoir se détacher de l'institution psychiatrique. Elles arrivent néanmoins à maintenir des inscriptions sociales extérieures.
Cette analyse a le mérite de poser la question cruciale et un peu négligée aujourd'hui de la chronicité et de la dépendance en psychiatrie.

Une approche anthropologique

Dans ce travail conséquent, Livia Velpry privilégie le travail de terrain qui permet de résoudre des problèmes plutôt que des questions. Et l'analyse stratégique et pragmatique effectuée par l'auteur[8] pour comprendre les pratiques psychiatriques et l'univers des patients d'aujourd'hui offre une réponse plus opérationnelle que les critiques radicales de l'institution telles que les a pratiquées Michel Foucault[9]. Ce dernier a eu un effet salutaire sur les pratiques mais peu d'effets sur les théories pour comprendre le comportement des acteurs.

Livia Velpry a appliqué le principe anthropologique qui veut que « l'indigène » ait toujours raison, évitant ainsi une position de pouvoir sur la parole de celui qui ne l'a pas.

Au cœur du noyau dur de la psychiatrie

En ces temps où l'on parle beaucoup de la dépression et de la déstigmatisation de la maladie mentale, l'auteur a le mérite de mettre l'accent sur les troubles mentaux graves, qui sont peu mis à l'avant de la scène et font l'objet de moins d'attention de la part des pouvoirs publics, sauf quand surgit un drame qui les ramène au devant de l'actualité.

Si on banalise aujourd'hui la dépression et la santé mentale, ce n'est pas le cas pour le noyau dur de la psychiatrie qui souffre de troubles sévères qui durent toute la vie, handicapant lourdement l'existence. Ceci devrait tous nous affecter.

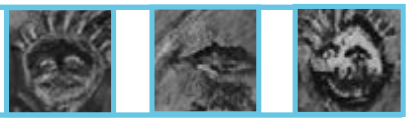
Une référence utile

Cet ouvrage a le mérite de décrire d'une manière novatrice cette réalité dans sa diversité, tout en proposant une perspective d'ensemble. Au-delà, il rejoint les questions d'autonomie, de capacité et de dépendance qui, conclut l'auteur, s'annoncent centrales pour les années à venir, que ce soit dans le cas du vieillissement, du handicap ou des maladies chroniques.

Ce livre a donc une portée qui va bien au-delà de la description de l'univers de la psychiatrie stricto sensu et c'est là aussi un de ses mérites. On ne peut qu'en encourager la lecture auprès de tous ceux qui de près ou de loin, praticiens ou chercheurs, ont à voir avec la psychiatrie d'aujourd'hui. ●

VELPRY Livia,
Le quotidien de la psychiatrie : sociologie de la maladie mentale
Armand Colin, Collection *Sociétales,* 2008.

[1] Voir aussi Ehrenberg A., « La société du malaise », Odile Jacob, 2010.
[2] lydverhaegen@gmail.com.
[3] Goffman E., « Asyliums », Editions de Minuit, 1968.
[4] Correspondant aux IHP (Initiatives d'Habitations Protégées) en Belgique.
[5] Estroff S., « An Etnography of psychiatric clients in an American Community », The Regents of the University of California, 1968.
[6] Voir entres autres : Lovell A. M., « Mobilité des cadres et psychiatrie « hors les murs » », in Joseph I. & Proust J. (dir), « La folie dans la place », EHESS, Raisons Pratiques 7, 55-81, Paris, 1996 et Verhaegen L., « Quelques éléments pour une analyse des nouvelles carrières psychiatriques », Sociologie et Sociétés, 17, (1), 51-60, 1985.
[7] Ogien A.,.« Le raisonnement psychiatrique », Paris. Meridien-Klincksieck, 1989.
[8] telle que l'avait pratiqué Erving Goffman.
[9] Foucault M., « Histoire de la folie à l'âge classique », U.G.E., Coll « 10/18 », Paris, 1964.



Ouvrir les portes de la psychiatrie

Evolution du paysage et des pratiques en santé mentale en Sarre

Depuis bientôt 3 ans, l'IWSM participe, avec la Plate-forme luxembourgeoise de concertation en santé mentale et la Province de Luxembourg, à un projet transfrontalier Interreg [1] qui vise la promotion de la santé mentale et l'accessibilité aux soins. Nous y développons ensemble un projet-pilote « Eole Luxembourg » [2] mais notre participation nous permet aussi de découvrir comment évolue le paysage et les pratiques en santé mentale chez nos voisins.
Ici, Confluences se penche sur la situation en Sarre [3], avec un coup de projecteur sur une initiative d'insertion socioprofessionnelle particulièrement réussie.

Rencontre avec **Martin KAISER**
Psychiatre, Médecin–chef, CHR de Merzig

*Texte préparé et mis en forme par **Christiane BONTEMPS**, IWSM*

Le paysage actuel de la santé mentale dans le Land sarrois est le résultat d'une évolution qui, comme un peu partout, a traversé tout le XXème siècle. Les grandes et généreuses constructions hospitalières du XIXème siècle témoignent, aujourd'hui encore, du respect de la personne du malade mental dans le temps. Elles sont toujours là mais elles ont évolué de l'intérieur ! A Merzig par exemple, l'hôpital psychiatrique a été transformé en hôpital général pour le district.

Une prise de conscience générale

Au lendemain de la guerre, la psychiatrie allemande était partagée entre psychiatrie universitaire d'un côté et psychiatrie asilaire (les grands hôpitaux) de l'autre. Le travail, dans le pays alors dévasté, s'appuyait sur les structures préexistantes. L'ambulatoire était peu développé et les maigres acquis perdus. Le passé nazi pesait lourd sur les structures et le personnel psychiatrique, mis à rude épreuve pendant la guerre, voyait tout désir de s'engager dans une nouvelle utopie de travail en santé mentale vite étouffé.

En ex-RDA, c'est en 1976 qu'une 1ère structure communautaire voit le jour, à Leipzig. Côté ex-RFA, une réflexion sur la psychiatrie s'engage au niveau des professionnels dès les années 60. Un 1er débat est organisé au Parlement fédéral en 70, à la suite duquel le Parlement et le Gouvernement lancent une vaste enquête sur l'état de la psychiatrie dans le pays. En 75, les résultats suscitent de vives discussions tant du côté des politiques que des professionnels et débouchent sur une série de principes traduits sous forme de recommandations, qui seront à l'initiative de nouvelles politiques de santé mentale :

1. L'égalité entre maladie mentale et maladie somatique ;
2. La décentralisation des structures hospitalières ;
3. La réduction des lits psychiatriques ;
4. L'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général.

Les compétences en matière législatives et politiques se situant au niveau des Lands, ces recommandations fédérales ont toutefois été diversement appliquées. Dès 72 déjà, l'hôpital psychiatrique universitaire de Hanovre s'est réorganisé sur base du principe de sectorisation mais son exemple n'a été suivi que par une minorité de CHU en RFA. Ce n'est que depuis deux décennies, après la réunification de l'Allemagne qu'on a commencé à voir des résultats : une réduction de moitié des lits hospitaliers, l'accueil de plus de 50% des traitements hospitaliers dans des lits d'hôpitaux généraux, la mise en pratique du postulat d'égalité entre maladies psychique et somatique.

Soutenue en Sarre

C'est au début des années 90 que s'officialise en Sarre l'implémentation de la sectorisation de la psychiatrie. Elle avait commencé dans les années 80, à partir du CHS de Merzig, avec l'ouverture d'un hôpital de jour et d'une polyclinique. En 1991, une 1ère unité psychiatrique s'ouvre en hôpital général, suivie de l'installation d'un secteur intégré dans chaque CHR en Sarre, avec service d'hospitalisation, service de jour, policlinique et service ambulatoire, chacune de ces fonctions étant assurée par des initiatives publiques ou associatives, locales ou régionales.

L'asile du CHS de Merzig est définitivement fermé en 1998 pour renaître en CHR. Celui-ci couvre un secteur de 100.000 habitants et regroupe, au sein de l'ancien hôpital psychiatrique, tous les services habituels d'un hôpital général : médecine, neurologie, chirurgie, gynécologie, pédiatrie, etc., y compris les lits psychiatriques correspondant aux besoins de cette population. Le service médicolégal, lui, devient un hôpital indépendant sous la responsabilité du Land.

En pratique, à Merzig

Depuis 1990, le service de psychiatrie en hôpital général de Merzig accueille des populations mixtes, c'est à dire qu'il reçoit, dans un même service, toute personne quelle que soit la pathologie, le sexe, l'âge, le type d'admission (aigu ou long séjour), etc.

Le travail est coordonné par une seule et même équipe, dans une région définie et limitée (des sous-secteurs d'environ 30.000 habitants). Il repose sur le principe de la continuité des soins.

Le service est un service ouvert qui reçoit également les placements, même si, il y a 20 ans, on était convaincu de la nécessité de prévoir des portes fermées qui ont donc été prévues… pour rien !

Il n'y a donc pas de rupture. Le travail s'organise pour que chaque intervenant puisse vivre l'évolution du patient et récolter avec lui et avec l'équipe les fruits du travail commun. Il permet aussi au patient de rester dans un cadre et avec quelqu'un qu'il connaît, qui connaît son histoire et qui a sa confiance. Cette organisation permet même de suivre des personnes agitées qui demandent une approche intensive et spécialisée, sans devoir fermer des portes ni augmenter particulièrement la médication. L'expérience montre même qu'il est nettement plus gérable d'intégrer un ou deux malades plus difficiles dans un service ouvert que de les regrouper dans un service fermé.

L'ouverture et la mixité de la population contribue tout particulièrement à l'intégration du service dans l'hôpital général. Au départ, cette orientation était une concession en faveur des sous-secteurs mais l'équipe a pu constater qu'elle facilite l'adaptation des patients aux règles de la coexistence et limite les complications inhérentes à tout milieu artificiel.

Il va sans dire que l'approche est adaptée aux besoins de chaque patient. Chacun doit pouvoir bénéficier des soins qui lui sont nécessaires : psychothérapie, pharmacologie, travail social, ergothérapie, ateliers créatifs, loisirs, hospitalisation partielle ou complète, soins ambulatoire ou encore réadaptation ; un arsenal qui s'enrichit de l'évolution des connaissances scientifiques.

Une autre condition encore, essentielle, porte sur la nécessité pour les travailleurs d'y croire et de s'y investir. Le travail repose en effet sur la qualité de la relation avec le patient, la sincérité et la confiance aussi ainsi que sur la responsabilité du thérapeute, ce qui suppose un engagement personnel de tous les collaborateurs du service.

Un travail à poursuivre

On peut dire aujourd'hui que l'expérience est concluante. Les problèmes n'ont pas augmenté : pas plus d'actes de violence, d'évasions ou de suicides par exemple, et les phénomènes de désintégration sociale auxquels on est habituellement confronté en psychiatrie restent limités. La sectorisation avec une réelle implémentation dans la cité influence positivement les interactions sociales du dedans et du dehors, surtout lorsqu'elle est soutenue par l'entraide mutuelle, une meilleure connaissance de l'individu et de son histoire de vie et un travail centré sur le patient.

C'est toutefois encore un leurre de croire que l'accueil de la folie dans la société est aujourd'hui une réalité, mais par la proximité, on peut dire que la santé mentale commence à être l'affaire de tous ! Les liens entre professionnels, familles, amis, médecins généralistes, autres soignants et acteurs locaux et régionaux se font plus facilement dans un service sectorisé, sous-sectorisé qui a ouvert ses portes ! ●

[1] PPSM : Prévention et Promotion en Santé Mentale, Interreg IV, Grande Région (une alliance entre partenaires du Grand-Duché de Luxembourg, de Lorraine, de Sarre et de Wallonie).

[2] « Eole-Luxembourg » met à disposition des intervenants de 1ère ligne une aide par téléphone pour les accompagner et les aiguiller dans les difficultés qu'ils rencontrent avec des personnes qu'ils suivent.

[3] La présentation s'appuie sur une conférence donnée à Nancy lors d'une journée transfrontalière organisée par les partenaires lorrains : « Pratiques innovantes en Psychiatrie », le 19.05.11.

Chez Paulus : Tradition, Production, Intégration

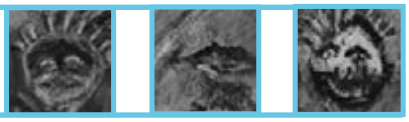
B. Paulus GmbH est une entreprise familiale florissante. Implantée en Sarre depuis 1954, elle conditionne des produits surgelés. Elle occupe aujourd'hui 250 travailleurs.

Si l'on en parle ici, c'est que parmi ses travailleurs, une centaine sont des personnes qui souffrent de handicap mental ou de maladie mentale. Cette initiative remonte à la fin des années 70. Elle a été prise par le père des actuels propriétaires qui en a fait son « image de marque » !
Le travail partagé et la solidarité soutenue entre travailleurs permettent à chacun de trouver sa place. Les plus fragiles sont encadrés par d'autres travailleurs et tous bénéficient d'une formation professionnelle.
Les travailleurs peuvent aussi disposer si c'est nécessaire d'un logement « de fonction ». Dans la pratique, un tiers des personnes vivent en famille et les deux autres tiers sont en habitation protégée. Un encadrement 24h/24 est prévu, partiel ou total, pour rencontrer les problèmes du quotidien ; il est adapté aux besoins de chacun.
L'entreprise est une entreprise comme toutes les autres mais elle bénéficie, pour les travailleurs concernés, d'un statut d'atelier protégé et donc d'un soutien de l'Etat.

Située non loin de l'hôpital de Merzig, des liens particuliers se sont créés et l'entreprise accueille régulièrement des patients du Dr Kaiser dans une coopération hospitalier/ extrahospitalier. Un psychologue de l'hôpital assure la liaison dans le cadre d'un travail en réseau, dont les places en ateliers protégés sont un des éléments.

Il faut savoir que cette situation qui a fait ses preuves reste exceptionnelle. En Allemagne pourtant, en principe, les entreprises doivent accueillir, en fonction de leur taille, un certain nombre de personnes handicapées mais celles qui sont en règle ne sont pas légion…
Ce qui a fonctionné chez Paulus, c'est la volonté des propriétaires, depuis la création de l'entreprise, d'adopter une attitude sociale, de la « penser » et puis de la mettre en pratique. Il y avait aussi un intérêt au niveau de l'hôpital et un contexte politique qui le permettait. Mais, à la base, il y a surtout des personnes qui se sont engagées.

Quand on connaît la valeur donnée au travail dans la société, on peut dire que cette initiative contribue à donner une place à chacun, même s'il ne faut pas oublier qu'il y a différentes portes d'entrée pour l'intégration !



Un Congrès pour changer le Monde[1]

Un couple s'avance dans le grand hall de la gare centrale. Elle a la tête enfermée dans des feuilles de journal. Il la guide, hésitant. Un autre couple, trois, dix, cinquante … Tous s'arrêtent ici ou là, un peu figés. Je passais par là, je m'arrête, des gens s'arrêtent. Instant suspendu. Soudain un des aveuglés lève les bras, un autre tourne sur lui-même. Devant moi une jeune fille « enjournalée » appelle, demande qu'on la délivre. Un passant sourit, un homme détourne les yeux, un enfant s'agrippe à sa mère … La fille suffoque, chancelle, là j'y vais j'arrache les feuilles. Elle me prend dans ses bras.
Un peu plus loin, d'autres aveuglés tombent par terre : personne n'a bougé. Et si c'était vrai ?[2]

Marianne PREVOST
Sociologue, Fédération des maisons médicales

Osons rêver

Rassurez-vous Madame, c'était une turbulence publique clôturant le congrès « *Je rêve d'un autre monde. Relever la tête, c'est résister pour un avenir en santé* », organisé par la Fédération des maisons médicales ces 18 et 19 mars, veille d'un nouveau printemps. Un congrès pour dire tout simplement que le monde doit changer. Pour de vrai.

Osons rêver : tel était le fil – rouge ! – réunissant les 250 participants qui, des Brigittines aux Ateliers des Tanneurs, sont venus croiser leurs questions, leurs pratiques, leurs regards. Un congrès résolument ancré dans une vision politique de la santé, réaffirmant les valeurs qui ont fait naître le mouvement des maisons médicales dans les années 70 : solidarité, justice sociale, citoyenneté, respect de l'altérité, autonomie. Des valeurs à soutenir plus que jamais face au « *modèle néolibéral qui est en place à l'heure actuelle presque partout au niveau planétaire (et dont) les conséquences à l'échelle mondiale sont visibles partout : alliance des pouvoirs politiques et économiques, inégalité croissante dans la distribution des richesses avec un transfert de richesses des populations pauvres vers les populations riches ; diminution de l'accessibilité à l'enseignement, aux soins de santé, au logement, mais aussi à l'eau, à la nourriture, au travail, …* »[3].

Horizons multiples

Pour s'en sortir, il faut se mettre ensemble, créer des liens avec ceux qui, ailleurs, dans d'autres sphères, développent des alternatives. La fédération a ainsi invité des acteurs de la santé bien sûr, mais aussi du social, de la culture, de l'économie.

La petite Belgique, mais aussi la Guinée, le Brésil, la France, l'Espagne, le Canada, la Roumanie. Des acteurs de terrain, des institutionnels, des experts … des médecins, des infirmières, des accueillants, des travailleurs sociaux, des éducateurs, des militants, des chercheurs, des gens.

L'OMS, le Forum Social, des initiatives citoyennes.

Des vieux routiers avec leurs lendemains qui chantent, des jeunes qui cherchent sous les pavés la plage. Sous l'œil attentif de Marco Shetgen, représentant de Laurette Onkelinx, Vice-Première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

Plein de petits mondes différents qui se sont reconnus dans un désir de créer un autre Monde. Plus juste, plus équitable, plus humain.
Accueillir la diversité, c'est aussi s'ouvrir à différents langages. Les organisateurs ont proposé plusieurs dispositifs pour que les idées se croisent et rebondissent. A côté des conférences, table-ronde, ateliers, un « speed meeting » : rencontre de quelques participants avec une personne présentant l'action alternative qu'elle mène dans son petit monde. Debout autour d'une table de bar, les yeux dans les yeux pendant 10 minutes, et puis au suivant. Groupements d'achats communs, services d'échanges locaux, écoles alternatives, véhicules partagés, habitats groupés, institutions de microcrédit … quels sont les points communs de ces pratiques, quels en sont les écueils, les leviers, en quoi constituent-elles un choix de société ?

Après ça, ou avant je ne sais plus, vision d'un film réalisé à l'occasion du congrès : divers professionnels témoignent de la manière dont ils ancrent leur activité dans un engagement politique. Le vendredi soir, un bar autogéré, histoire de passer à la pratique. Et un spectacle un peu « trash » – diversement accueilli, ça fait des bulles - pour dire tout ça autrement. Et puis la turbulence finale : s'élancer ensemble dans l'espace public, aller ouvrir quelque chose – on ne sait pas trop quoi mais on y va.

Réduire les inégalités

C'était un leitmotiv du Congrès. Elles ne cessent de s'aggraver : problématique majeure au niveau mondial, souligne Denis Porignon, de l'OMS-Genève[4]. Pourtant des solutions existent : d'ordre organisationnel et financier, elles nécessitent avant tout un engagement politique. Et c'est possible : le Brésil, Cuba, la Thaïlande, le Chili, le Portugal, réussissent ainsi à améliorer l'état de santé de leur population.

Mais la tendance dominante est toute autre, elle va vers toujours plus de commercialisation et de fragmentation des services et des soins. L'invité plaide contre cette évolution et rappelle que l'enjeu fondamental, c'est d'améliorer les conditions de vie, de lutter contre les inégalités de pouvoir, de moyens financiers, de ressources.

Au Brésil, on parle de « qualité de vie », manière de considérer d'emblée les déterminants de la santé ; cela rejoint tout à fait la vision globale qu'en ont les habitants et permet de mettre en place un système de gestion intersectorielle pour agir sur les conditions de vie, dans un cadre où la participation citoyenne prend tout son sens.

Les expériences locales peuvent-elles changer le monde ?

C'est en quelque sorte le pari de ce congrès, et son espoir : attiser les initiatives locales, soutenir l'alliance des acteurs de terrain, faire remonter « vers le haut » les expériences et les revendications, trouver des leviers, nourrir des politiques résolument tournées vers l'intérêt public.

Du bas vers le haut, et réciproquement, divers intervenants ont expliqué, dans l'atelier « territoires », comment ils tentaient de susciter ce type de mouvement. Un constat commun, c'est la difficulté du système belge, avec ses différents niveaux de pouvoirs, ses découpages de compétences, ses différents secteurs souvent repliés sur eux-mêmes. Et un frein majeur envahissant : la pilarisation. Absence de vision systémique à tous les étages. On a beaucoup parlé de co-construction, de concertation, de partenariat, de taches d'huile : « quand quelque chose bouge sur le terrain, les élus locaux sont très vite attentifs ».

Soutenir une dialectique, pour éviter les rigidités technocratiques et bureaucratiques tout autant que les particularismes identitaires et corporatistes. Utopie, empowerment, capacitation, réformisme révolutionnaire, socialisme libertaire … trouver d'autres mots, pour une nouvelle époque, une nouvelle génération.

Démarchandiser ?

Un autre monde, ça veut dire aussi un monde qui ne serait plus dominé par une logique productiviste. Mai 68 alors ? Bon, allez, le monde a changé, faut pas rêver ! Si on veut développer les protections sociales, il faut bien produire plus ! ?

Mais pas du tout, répond avec ferveur Jean-Marie Harribey, enseignant à l'Université de Bordeaux, et membre du comité scientifique d'Attac-France[5]. Un autre monde est possible en termes économiques : la question fondamentale n'est pas de savoir comment produire toujours plus, mais bien d'opter pour une autre répartition des richesses créées par le travail. L'enjeu fondamental : diminuer la part du profit (dont seule une minorité bénéficie - largement) et augmenter la part réservée aux salaires et à la protection sociale.

« Démarchandiser » le monde : développer les services publics, particulièrement les services non marchands, opter pour la démocratie participative, s'écarter du productivisme : c'est la seule manière, pour cet économiste engagé, de fonder un nouveau développement qualitatif, soutenable socialement et écologiquement.

Le modèle « maison médicale »

Pas simple tout ça. D'où la nécessité, pour les acteurs de la santé, de faire des ponts, dans l'ensemble du champ social, avec les porteurs d'alternatives à un système néolibéral qui se mondialise en renforçant les inégalités.

Faire des ponts mais aussi questionner ses propres pratiques, revisiter le modèle alternatif de soins proposé par les maisons médicales en fonction des évolutions actuelles – notamment la crise de la médecine générale, la pénurie de soignants. Les participants ont ainsi pu, dans divers ateliers, travailler des problématiques spécifiques : participation, métiers de la première ligne, interdisciplinarité, modes de financement, intersectorialité mise en œuvre à l'échelle d'un territoire – c'est quoi un territoire, comment on le définit, qui… ?

Ces questions ont rebondi vers d'autres territoires, lors de la table-ronde internationale où différents invités ont présenté leur manière de définir un centre de soins de santé primaires : à la recherche de critères communs traversant les frontières.

Le mot de la fin

Il n'y en a pas, bien sûr : ce congrès n'était qu'une étape printanière dans un long trajet. Le cahier spécial sur le congrès, paru dans la revue « *Santé Conjuguée* » [6], en ouvre bien d'autres. On peut aussi entendre plusieurs interventions en *podcast* sur le site de la fédération[7], qui relayera par ailleurs les différentes avancées démarrées au congrès.

Et cela ne s'arrêtera pas là : le projet de la fédération, c'est de continuer à réfléchir, à mobiliser de multiples acteurs pour « relever la tête, résister, pour un avenir en santé ».

---

[1] Article paru dans la revue « Education Santé », n° 267, mai 2011, publié avec l'aimable autorisation de diffusion de l'auteur et de la revue. Seules quelques modifications mineures ont été apportées à l'article original.

[2] Le flashmob des maisons médicales du 19 mars à la gare centrale de Bruxelles, qui a fait un buzz sur le net, est accessible à l'adresse http://www.youtube.com/watch?v=aPVXZIUkLI8.

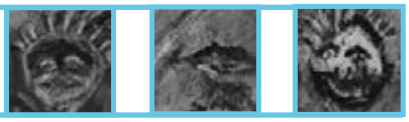
[3] Charte des Maisons Médicales, 2006.

[4] Département des systèmes et des politiques de santé.

[5] Association pour la taxation des transactions financières et pour l'action citoyenne.

[6] Sante Conjuguée, revue de la Fédération des maisons médicales, n° 54, octobre 2010.

[7] www.maisonmedicale.org .



Homosexualités, homoparentalités, comment combattre les idées reçues ?

« L'homosexualité n'est pas normale », « les homosexuels choisissent d'être comme ça », « c'est génétique », « être homosexuel ou être parent, il faut choisir ! » … Malgré la dépathologisation de l'homosexualité en 1973 et les avancées législatives en faveur des personnes homosexuelles dans notre pays (mariage en 2003, adoption en 2006, PMA[1] en 2007), les idées reçues à leur encontre ont la vie dure ! Ces fausses croyances favorisent la stigmatisation. Comment dépasser les préjugés et intervenir adéquatement ?

Emilie MOGET
Doctorante, Faculté de Psychologie, UCL, Louvain-la-Neuve

Les homosexualités

Vous avez dit normal ?

Ces présupposés véhiculent, avant tout, une conception relativement simpliste de l'homosexualité. Comme en témoigne la clinique, la sexualité des uns et des autres est beaucoup plus complexe. L'homosexualité, tout comme l'hétérosexualité, n'est pas à penser en termes d'unicité ; la réalité sexuelle est plurielle. Lorsque l'on parle de normalité, de quoi s'agit-il ? La norme est une construction sociale, elle est donc arbitrairement définie par l'homme. En matière de sexualité, la normalisation conduit à une hiérarchisation, avec pour conséquence de penser l'homosexualité comme « seconde », comme « inférieure » à l'hétérosexualité. Or, en dehors de la visée procréative que permet la rencontre sexuelle entre un homme et une femme, rien n'autorise une telle affirmation. De plus, si l'on approche la normalité en opposition au pathologique, connaître l'orientation sexuelle d'un individu ne nous apprend rien sur son mode de fonctionnement, sur sa structure, sur sa santé mentale, sa maturité psychique.

« Ils en ont fait le choix, qu'ils assument ! »

Si un choix doit être posé par une personne homosexuelle, il ne concerne pas son attirance sexuelle proprement dite (elle lui « tombe » dessus !) mais plutôt l'acceptation et le dévoilement de sa situation à son entourage, ce que l'on nomme « coming out ». La socialisation des gays et des lesbiennes est conditionnée par l'hétéronormativité qui caractérise notre société, avec à la clef, pour ces personnes, une absence de reconnaissance sociale et de modèles identificatoires. Le fait d'être « hors-norme » génère le stigmate et s'en suit de la souffrance, souvent corrélée par la honte de soi-même. La peur d'être discriminé(e) peut conduire à un repli sur soi et à un isolement, provoquant une rupture du lien social. Le choix de vivre sa sexualité en accord avec ses désirs provoque dès lors un cheminement souvent douloureux, pouvant conduire à une homophobie intériorisée, c'est-à-dire à l'intériorisation du stigmate. Un travail de déconstruction des schémas inhérents à l'éducation sera alors nécessaire afin de s'accepter.

Inné ou acquis ?

Alors, est-ce inné ou acquis ? De nombreux chercheurs se sont interrogés quant à l'origine de l'homosexualité… en vain ! De la longueur des doigts en passant par un taux d'hormones mâles anormalement élevé chez certaines femmes lesbiennes, les études n'ont pu aboutir à aucune conclusion solide. Le danger de ces recherches réside notamment dans le fait qu'elles sont fondées sur des préjugés, cherchant alors le premier lien causal susceptible de nous renseigner à ce sujet. Mais la destinée de l'être humain est-elle aussi linéaire que certains veulent bien le croire ? De son côté, l'origine de l'hétérosexualité, elle aussi, est énigmatique. Freud, le premier, s'interrogeait à ce sujet et soutenait que l'être humain est psychiquement bisexuel : c'est-à-dire que, en chacun d'entre nous, il y aurait l'élan homosexuel et l'élan hétérosexuel, que l'un serait refoulé, l'autre conscientisé. Le culturel interviendrait dans cette « restriction » du choix d'objet sexuel. Le poids de l'hétérosexualité reposerait sur la nécessité pour notre espèce de se reproduire. Vous avez dit : naturel ? Il nous paraît donc plus pertinent de tenter de comprendre les mécanismes du désir quelle que soit l'orientation sexuelle plutôt que de centrer les recherches uniquement sur l'homosexualité.

Une lesbienne au masculin, un gay au féminin ?

Enfin, il est également courant d'observer une confusion entre l'orientation sexuelle et l'identité de genre[2], celle-ci se rapportant à la féminité et à la masculinité. On entend alors des affirmations du type : « oh lui, il est gay, il est tellement efféminé ! » ou encore « les lesbiennes sont des camionneuses ». Il s'agit pourtant de deux choses distinctes et indépendantes. Il y a tout autant de gays très masculins et de lesbiennes très féminines. De plus, nous avons tous en nous du féminin et du masculin, et cela n'oriente en rien notre attirance pour une personne de même sexe ou de sexe opposé. De nouveau, l'effet de la culture intervient : l'éducation invite chaque enfant à refouler les identifications qui ne sont pas culturellement compatibles avec le sexe anatomique. Comme si notre sexe social devait inévitablement « coller » avec notre sexe biologique. Cette confusion – conceptuelle – génère des stéréotypes de genre qui ont la vie dure et qui ne nous permettent pas d'appréhender la réalité humaine dans toute sa complexité.

Les homoparentalités

Les familles homoparentales ne dérogent pas à la règle : elles aussi sont prises dans l'imbroglio des idées reçues. Il est un fait certain, grandir auprès de parents de même sexe comporte son lot de différences. Néanmoins, la différence n'est pas à confondre avec un déficit. Des particularités dans le cheminement de ces enfants sont observables, mais elles ne s'orientent pas nécessairement vers un devenir pathologique, en tout cas pas plus que dans les familles hétéroparentales.

« L'homoparentalité, c'est l'adoption d'enfants par des homosexuels »

L'homoparentalité correspond à l'exercice de la fonction parentale par un couple formé de personnes de même sexe. Ce terme recouvre des réalités familiales multiples : enfant(s) né(s) d'une union hétérosexuelle antérieure, recours à l'adoption, techniques PMA et co-parentalité[3]. Leur diversité rend compte de différentes situations où axes conjugal et parental ne se recouvrent pas nécessairement. En filigrane de cette idée reçue, on retrouve un amalgame souvent réalisé entre homosexualité et stérilité. Or, individuellement, ces personnes ne sont pas nécessairement stériles. Des centaines de couples lesbiens ont d'ailleurs recours aux techniques d'aide à la procréation qu'offre la médecine d'aujourd'hui. Donneur anonyme ou donneur connu, leur choix se réalisera selon leur représentation de la famille. Il en est de même pour les couples s'orientant vers la co-parentalité, pour qui, la présence conjointe de figures paternelle et maternelle reste importante.

« Un enfant a besoin d'un père et d'une mère »

Mais est-ce réellement le cas ? Un enfant doit-il nécessairement être entouré d'un père et d'une mère pour se développer sainement ? La question est posée et suscite beaucoup d'émois. De nombreuses études empiriques ont été menées ces dernières années, et globalement, leurs conclusions vont dans le même sens : « ces enfants ne se portent ni mieux ni moins bien que ceux qui évoluent en famille traditionnelle ». Dès lors, de quoi un enfant a-t-il besoin pour grandir ? De différence ! Ce qui importe, c'est que chacun des parents ait une place différente auprès de l'enfant, qu'une triangulation s'instaure au sein de la famille. Car une fonction qui incombe au père dans la famille traditionnelle est de venir séparer l'enfant de sa mère et de l'ouvrir au monde extérieur. Dans les études cliniques récemment réalisées auprès de couples lesbiens, l'observation de ce phénomène est courante : celle qui a porté l'enfant, la mère biologique, remplit la fonction dite maternelle. L'autre, sa compagne, représente un tiers séparateur. Un rôle équivalent à celui d'un père.

« Les enfants portent le stigmate attribué à leurs parents »

C'est en effet une inquiétude partagée par les parents homosexuels eux-mêmes : notre enfant ne risque-t-il pas de souffrir du choix que nous avons posé ? Mais n'est-ce pas le manque d'informations à leur sujet qui est source de stigmatisation ? Les enfants de parents divorcés ont connu jusqu'il y a une vingtaine d'années des conditions similaires. Les mentalités évoluent et la pluriparentalité étant le modèle dominant, ces familles ne font plus figure d'exceptions. Des études portant sur les qualités relationnelles de ces enfants n'indiquent pas de problèmes majeurs. Bien au contraire, leur ouverture d'esprit face à la diversité est couramment démontrée. De plus, quel enfant ne doit pas composer avec les choix de ses parents ?

Que retenir ?

En tant qu'intervenant social, il nous paraît important d'être attentif au poids de la culture sur nos représentations en termes de sexualité. Nous avons tendance à présupposer de l'hétérosexualité d'une personne, sauf lorsque celle-ci ne « rentre » pas dans les stéréotypes de genre. Ces préconceptions ont inévitablement des retentissements sur le vécu des personnes homosexuelles. Comment sortir de ces stigmatisations ? Penser la sexualité comme plurielle peut nous y aider, tout comme être sensible à la singularité du sujet. Il y a lieu également de s'interroger sur ce qui fait souffrance chez la personne rencontrée. L'homophobie en est souvent – pas uniquement – la source. Il en est de même concernant les familles homoparentales : lorsqu'elles sont amenées à nous consulter, ne tombons pas dans le travers du lien causal entre les difficultés rencontrées et leur structure familiale. La réalité sera bien souvent plus complexe et les causes de la problématique, multifactorielles. Le regard de la société joue un rôle considérable pour une intégration favorable des personnes concernées par nos propos. Il semble donc nécessaire de sensibiliser les professionnels mais également nos enfants, futurs citoyens du monde, génération pour qui la tolérance peut prendre tout son sens. ●

Pour en savoir plus :

HEENEN-WOLFF Susann (Dir.) **« Homosexualité et stigmatisation »**, avec les contributions d'Éric Baruffol, Caroline Dayer, Patrick De Neuter, Susann Heenen-Wolff, Francis Martens, Moïra Mikolajczak, Émilie Moget et Claude Rabant, PUF, Coll. S*ouffrance et théorie*, 2010.

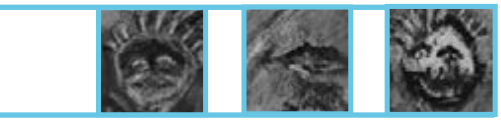
Jusqu'à aujourd'hui, aucune avancée scientifiquement étayée n'a pu prouver l'existence d'une psychopathologie spécifique dans le contexte de l'homosexualité et de l'homoparentalité.

Ce livre fait l'inventaire d'études réalisées dans le passé et d'expériences cliniques menées avec des adultes et des enfants à partir de perspectives psychanalytiques, psychologiques et linguistiques. Il présente une lecture critique de la discussion actuelle ainsi que le résultat des recherches et analyses en cours.

[1] Procréation médicalement assistée.

[2] L'identité de genre correspond à l'identification au genre masculin ou au genre féminin. La plupart du temps, cette identification se réalise en concordance avec notre sexe anatomique.

[3] Il s'agit par exemple d'un couple de gays et d'un couple de lesbiennes qui décident d'avoir un enfant ensemble. Ce dernier évoluera entre leurs deux foyers. Il y a ainsi la présence conjointe de figures paternelle et maternelle.



Paroles d'usagers pour une santé mentale citoyenne

Dans le cadre du projet européen transfrontalier PPSM[1], Espoir 54 à Nancy, un des partenaires[2] du projet, a réalisé un film de témoignages qui en dit long sur sa vocation d'accompagner et de soutenir les personnes en situation de handicap psychique. L'association milite sans relâche pour que les personnes en souffrance psychique prennent leur place de citoyen et se réapproprient leur destinée. Elle mène avec eux, ensemble, un combat pour donner aux usagers la place et le pouvoir qui leur reviennent… Comme tout le monde !

Christiane BONTEMPS[3], IWSM

Parmi l'ensemble des activités et des services déjà proposés aux usagers de son territoire, Espoir 54 a choisi, dans le cadre du programme transfrontalier, de réaliser un film de témoignages de patients[4]. Conçue pour soutenir et favoriser la parole des personnes en situation de souffrance psychique et développer leur *empowerment*,[5] cette vidéo, entend sensibiliser les acteurs, professionnels ou proches, et servir de support de communication et d'échanges. Les thèmes du film sont centrés sur trois registres[6] : individu (interaction sociale entre acteurs du microsystème), institutions (registre du collectif et de l'interaction sociale), inscription temporelle de ces interactions (dynamique de la trajectoire).

Après une introduction qui explique pourquoi les usagers de la psychiatrie doivent s'exprimer, une série de témoignages de patients aborde les thèmes suivants : solitude, regard d'usagers sur la santé mentale, toxicomanie, couple, rythme de vie, regard de l'autre sur la maladie, médecins généralistes, violence, connaissance du système de soin. Une fiction réalisée par des usagers complète ces témoignages.

Dans le cadre du programme PPSM, une analyse approfondie du sens de la parole des usagers montre que dans la réalisation de ce film, les usagers s'engagent directement dans « *un processus d'apprentissage dont la première étape est une écriture à plusieurs mains d'un récit partagé/mutualisé qui tente de fixer une identité fragile entre citoyenneté et maladie mentale* »[7].

Comme plusieurs des actions-pilotes du PPSM, ce film permet d'offrir un autre point de vue sur la santé mentale, une alternative au discours médical et à l'opinion publique en développant *l'empowerment*.

Quoi de plus normal qu'il soit mis en exergue lors de la prochaine journée de rencontres entre initiatives novatrices sur le thème : « La réhabilitation, c'est l'affaire de tous ! » au cours de laquelle seront décernés les *Reintegration Awards 2011*[8]. Rendez-vous ce 25 novembre à Namur. ●

Espoir 54 est une association reconnue d'intérêt général qui œuvre depuis 1998 en Meurthe-et-Moselle afin de permettre à la personne en situation de handicap psychique de retrouver sa place dans la cité.

Plus d'infos sur www.espoir54.org.

[1] Prévention et Promotion en Santé Mentale - Interreg IV Grande région – Voir aussi p.4.

[2] Le projet associe onze partenaires issus de Lorraine, du Grand Duché de Luxembourg, de Sarre et de Wallonie, sous la coordination du CRP Santé (GdL).

[3] Sur base de : www.espoir54.org et de l'article de Laurence Fond-Harmant et Stéphane Voison : *Programme transfrontalier de promotion en santé mentale : des actions pilotes d'empowerment,* publié dans LA SANTÉ DE L'HOMME, n°413, mai-juin 2011, pp.40-41, avec leur aimable autorisation.

[4] *Paroles d'usagers pour une santé mentale citoyenne* sera consultable dès 2012 sur le site Internet de PPSM. Il est aussi disponible à Espoir54. Infos : stephanie.knockaert@espoir54.org.

[5] Baillon G. *Les usagers au secours de la psychiatrie : la parole retrouvée,* Toulouse, Érès, 2009, 443 p.

[6] En référence au modèle écologique du développement humain : Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design.* Cambridge, MA, Harvard University Press, 1979.

[7] Absil G., Vandoorne C., Fond-Harmant L. « L'écriture du nous, autobiographie collective contre les fictions sociales de stigmate ». In : *Récit et fictions dans la société contemporaine,* dir. Constantopoulou C., Coll. Logiques sociales. Ed. L'Harmattan, Paris, 2011.

[8] Plus d'infos sur www.iwsm.be.

En France, on parle de « Handicap psychique ». La reconnaissance du handicap psychique en tant que tel est très récente : elle correspond à la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Nos voisins soulignent que cette reconnaissance permet de mieux cerner ce handicap et de proposer des prises en charges adaptées. Si la loi ne parle pas directement de handicap psychique, son article 2 enlève toute ambigüité entre handicap et troubles psychiatriques : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activités ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* » Cette définition est clairement une avancée pour les personnes en souffrance psychique puisqu'elle met en évidence que les troubles cognitifs ou psychiques peuvent constituer une cause de handicap.

La loi marque aussi une seconde avancée, situant l'approche dans une perspective dynamique. Elle ne classe plus les personnes en fonction de leurs déficiences mais interroge leur interaction avec leur milieu de vie, en termes de système, dans la recherche d'un équilibre. Il s'agit d'interroger non seulement la maladie, mais ses effets sur la vie quotidienne.

Cette révolution conduit à quitter une approche uniquement médicale pour un travail interprofessionnel. Le travail en réseau sera centré sur le projet de vie de la personne, le premier acteur de ce réseau étant la personne elle-même.

Cette conception met en avant toute l'importance de la réhabilitation pour permettre à la personne de vivre comme tout citoyen au cœur de la cité.

Pour une psychiatrie démocratique

Ce sont les hommes et les femmes qui font « bouger le monde »… En santé mentale aussi ! Nos valeurs, nos convictions, notre engagement reposent sur une histoire, celle qui s'est élaborée pas à pas avec ceux qui nous ont précédés. En Wallonie comme ailleurs, ils sont nombreux à avoir apporté leur pierre à l'édifice. *Confluences* a décidé d'aller à leur rencontre.

Voilà maintenant plus de 7 ans que le fondateur du Siajef et du Centre Franco Basaglia[1] a décidé, avant l'heure, de mettre fin à ses activités professionnelles. Il vit, aujourd'hui, bien loin de la cité ardente dans laquelle il a découvert la psychiatrie. Nous l'avons rencontré pour qu'il revienne avec nous sur son parcours, ses convictions, ses choix et la façon dont il a pu les mettre en pratique. Il ne le cache pas, il ne s'est pas fait que des amis pendant ce quart de siècle où il n'a eu de cesse de questionner les orientations dans le secteur… Mais l'engagement de cet « homme aux bottines » et sa volonté de joindre le « dire » et le « faire » pour repenser et soutenir une psychiatrie qui va à la rencontre des besoins de l'usager restent incontestables pour tous ceux qui ont croisé sa route.

Rencontre avec **Alex NEYBUCH**, Psychologue

*Un entretien réalisé par **Christiane BONTEMPS**, IWSM*

Pourquoi la Psycho ?

Après avoir vécu « mai 68 » par procuration, j'avais alors 14 ans, j'ai terminé mes humanités au Préventorium marin de Coq sur mer où j'ai eu la chance d'avoir un enseignement individualisé basé sur l'implication personnelle. Je me suis ensuite rendu à Liège pour poursuivre des études à l'Université. Là, j'ai découvert un mouvement de réflexion critique au sein de l'Union générale des étudiants. Très vite, j'en deviens un membre actif et je rejoins la communauté où ils vivaient. On est en 74-75.

Après 2 années dans cette mouvance, ce type de réflexion politique « tout azimut » - et donc très superficielle - ne me suffit plus. Je voulais une réflexion plus approfondie liée à une pratique de changement. J'ai lu Marx, Lénine, Illich… Mais c'est Reich, et particulièrement « *Écoute petit homme* » qui m'a amené à m'orienter vers la Psycho. À partir de là, je me suis intéressé aux approches qui ont émergé à l'époque : les AA, le cri primal, mais aussi au développement des Maisons médicales, au Front d'Action Santé de Liège, aux mouvements de Psychiatrie alternative dans leurs diversités (psychiatrie démocratique italienne, anti-psychiatrie anglo-saxonne, secteur en France), etc.

Quelques-unes des références qui t'ont marqué ?

Après cette réflexion menée à l'université, j'ai eu envie d'aller à Trieste. J'ai eu l'occasion d'y aller en stage en 79, jusque 80, 81, etc. Là, j'ai rencontré Basaglia et découvert la psychiatrie démocratique italienne. Mais aussi à Manchester et à Liverpool, dans le secteur de Basse Normandie, en Andalousie, …
Toutes ces références théorico-pratiques ont été la toile de fond dans ma réflexion sur la psychiatre en Belgique et sur la réforme de 75. J'ai participé au mouvement de psychiatrie alternative à Liège, animé par Josepha Vermotte et les gens du Club André Baillon, et, parmi les derniers participants, les Drs Ludo Spruyt et Michel Martin qui en étaient, en quelque sorte, les leaders… Mais le mouvement s'est rapidement essoufflé.
A Bruxelles, en 80-81, s'est développé l'Autre lieu - RAPA[2], en même temps que de notre côté, on créait, avec des gens de Louvain, la revue « Perspectives » dont le 1er numéro sortait en 1983.
Tout ce parcours m'a permis de rencontrer Robert Castel, de découvrir Michel Foucault, Erving Goffman, David Cooper, Ronald David Laing, Thomas Szasz, … Edgard Morin aussi ; autant de références qui faisaient partie des incontournables, entre autres pour les étudiants auxquels j'ai eu l'opportunité de donner un cours à l'ULg pendant 5 ans (de 2000 à 2005).

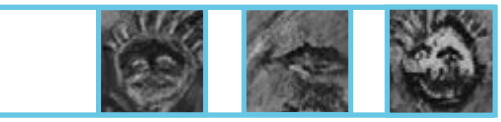
Et après les études ?

A la fin de mes études déjà, je me disais que la psychiatrie n'était qu'un champ particulier où devrait s'appliquer la réflexion et l'action de démocratisation.

Quand je sors de l'université, mon 1er emploi se situe dans le secteur de la protection de la jeunesse, et plus particulièrement dans un home. Les apports de la psychiatrie démocratique sont tout à fait applicables à ce secteur. On est toujours en train d'extraire les gens et de les ranger dans des « boîtes » qui ne leur correspondent pas vraiment, plutôt que d'adapter les outils à leur réalité et de les respecter en tant que personne. Cette réflexion est identique dans de nombreux secteurs. L'institution créée correspond plus à une recherche de pouvoir qu'aux besoins réels des gens. Le travail de rue, de quartier, de proximité,… a du mal à faire sa place parce qu'il n'a pas la même visibilité que l'institution qui brasse des millions et donne beaucoup de pouvoir.

Ton regard sur l'évolution dans notre secteur ?

Y a-t-il vraiment eu évolution ?
Avant 75, la psychiatrie était asilaire, les gens étaient placés une fois pour toutes et le personnel connaissait bien ses malades qui ne changeaient pas beaucoup.
En 75, il y a un début de quelque chose de nouveau… On crée des Services de santé mentale (SSM), avec l'idée de faire sortir les gens de l'hôpital et puis,



dans les faits, le résultat est globalement assez anecdotique ! Les SSM ne font pas mouvement. Chacun développe ses propres projets, plus en fonction de l'intérêt des travailleurs que de la réalité des gens et de leurs besoins.
Finalement on passe de « l'asilaire » à « l'hospitalier ». L'objectif de soins au bénéfice de la personne semble apporter de l'instabilité. La permanence à l'intérieur des murs n'est plus de mise ! On ne peut plus garder tous les malades, alors on les fait sortir, avec la difficulté que, si ça marche, les gens seront bien dehors et il y aura des trous à l'intérieur !

Bien que plus de la moitié des patients restent toujours à l'hôpital, ce que l'on observe alors (cf rapport Groot et Breda, 1985), c'est qu'il y a des gens qui sortent et qui rentrent. C'est le « revolving doors », une situation qui amène de l'instabilité pour les usagers comme pour les travailleurs.
On pense alors à des incitants pour que les gens restent dehors et on crée de nouvelles institutions extra-muros, comme les Maisons de soins psychiatriques ou les Initiatives d'habitations protégées, souvent si proches de l'hôpital que le risque est grand d'aller/retour !

Tout cela sans aucune remise en question ni évaluation critique du modèle proposé par la réforme de 75 ! Il reste au modèle dominant de beaux jours devant lui…

Quelles perspectives alors ?

Quand tu as une réflexion sur le changement, il est important de mettre en scène ce dont les gens ont besoin. Cela ne peut toutefois pas se faire en dehors de ce qui est établi… Il faut pouvoir travailler sur une répartition territoriale. Ma proposition repose sur des UPI (Unités Psychiatriques Intégrées), à concurrence d'environ 50 pour le pays (1 pour environ 200.000 habitants en fonction des réalités locales). Dans chaque UPI, des districts socio-sanitaires prennent appui sur des SSM.

Sur cette base, on peut commencer à réfléchir à partir des budgets dont chacun dispose. Les patients deviennent l'enjeu principal du projet qui va se mettre en place autour de leurs besoins. Les moyens sont conservés et les emplois aussi ! Il y a même la perspective de nouveaux emplois parce que les structures légères coûtent beaucoup moins cher que les grosses institutions comme l'hôpital. Le principe est de faire « autre chose » avec les mêmes moyens et les mêmes opérateurs, pour partie en les préparant à cette nouvelle pratique et en faisant appel à des projets basés sur leurs diverses compétences. Tout le monde s'y retrouve, chaque opérateur investit où bon lui semble, il a sa part de responsabilité en fonction de ce qu'il investit et l'ensemble s'organise pour un organe de gestion transversal… Libre cours à la créativité !

Mais voilà, je ne suis pas vraiment entendu…
Dans d'autres pays, comme en Italie, les réformes se sont bien passées …, parce qu'il y avait la volonté d'y arriver et qu'on a formé les gens.

Les besoins de l'usager ?

L'essentiel est d'apporter une présence stable, proche du lieu d'émergence et de développement de la souffrance des gens, plutôt que d'attendre que la situation se détériore. Quand quelqu'un vient me demander de l'aide, la solution est quasi trouvée… parce que la personne a, alors, déjà fait son propre parcours.

Il y a plusieurs étapes à prendre en compte dans l'évolution de la personne :

1) elle ne se rend pas compte du caractère pathogène de sa situation ;
2) elle arrive à exprimer que quelque chose ne va pas bien dans sa situation ;
3) elle veut que les choses changent ;
4) elle fait en sorte que cela change… et la demande d'aide fait partie de cette étape.

Donc, quand quelqu'un te dit : « Il faut que tu m'aides à… », tu dois être le plus léger possible parce que la personne a déjà fait tout un travail. Simplement, invite-la à le poursuivre, à faire en sorte qu'elle l'approfondisse pour elle-même et qu'elle trouve elle-même les solutions. Personne n'a la solution toute faite, le laisser croire, c'est manquer de respect pour les gens. Respecter la personne, c'est chercher, avec elle, comment pouvoir appuyer son processus, sans se l'approprier.

Notre travail est axé sur la permanence. Notre boulot, c'est d'être là aux côtés des gens qui ne savent même pas eux-mêmes qu'ils vont très mal, de leur faire comprendre que ça ne va pas, que ça ne peut pas continuer comme ça, qu'il faut que ça change, qu'il faut mettre en place des choses pour y arriver.

L'universalité du droit à l'aide et aux soins des personnes souffrantes réside notamment dans cette attitude proactive qui consiste à aller vers elles alors qu'elles n'en formulent pas explicitement la demande.

Les ressources de l'usager ?

Dans les années 90, la Plate-Forme Psychiatrique Liégeoise a fait une étude épidémiologique en Province de Liège. Un élément m'a beaucoup marqué dans la partie concernant les dépendances. L'étude constate que parmi les personnes qui ont souffert (85%) ou souffrent (15%) d'une assuétude au moment de l'enquête, très peu avaient consulté (12%). Et quand elles le font, la plupart du temps, elles vont vers leur médecin généraliste.

Cela signifie que la majorité des gens trouvent eux-mêmes des réponses à leurs problèmes, seules ou avec l'aide de non professionnels. C'est cela qui m'intéresse, ce sont tous ceux qui ont résolu leurs problèmes sans consulter un professionnel de la santé … Cela m'intéresse de savoir pourquoi, comment ils ont fait. Cela peut nous aider à repenser l'offre d'aide et de soins dans une attitude plus respectueuse des personnes et plus confiante en leurs propres capacités et compétences.
Malheureusement, dans la foulée de cette enquête, la réflexion des partenaires de la Plate-forme s'est focalisée sur l'énorme potentiel en usagers révélé par l'étude, avec en corollaire, une interpellation des pouvoirs publics sur la nécessité d'investir et de donner plus de moyens aux services pour que plus de gens puissent accéder aux soins. Comme s'il s'agissait d'une étude de marché !

Juste ses propres forces ?

Si quelqu'un est en souffrance, les voisins, les proches, etc. s'en rendent bien compte mais, en

général, personne ne réagit, jusqu'au moment où, en fin de parcours, la personne s'enferme sur elle-même … ou dérange. Ils ne supportent plus la situation parce que « ça pue », « c'est dangereux », … et ils se plaignent à l'autorité publique que « ça ne peut pas continuer comme ça » !
Mais ça fait combien de temps que cela dure, que les gens se sont rendu compte que quelque chose ne va pas ? Quelles possibilités pour intervenir ? Quelles ressources pour aller voir cette personne-là, comment elle va et ce qui se passe ?
C'est là qu'il faut agir … aux côtés de la personne, dans la communauté, là où elle vit, au plus près possible de sa réalité, puisqu'il faut qu'elle continue sa vie … avec des supports plus ou moins présents selon les capacités qu'elle aura conservées/retrouvées. Et avec l'aide du SSM qui devrait faire partie intégrante de cet environnement.

Juste ses ressources et celles de son environnement ?

Chez nous, on a la chance d'avoir une bonne couverture sociale. Chacun a des ressources financières propres : CPAS, chômage, pension d'invalidité, de handicapé, et donc, par exemple, pas de problème pour trouver un logement. Il y a une réponse sociale à un problème social.

Je me souviens qu'on a fait sortir de psychiatrie une femme de 32 ans (hospitalisée depuis 16 ans) parce qu'un autre usager nous a parlé d'elle ; ils s'étaient fiancés à l'hôpital. On a été voir les parents de la jeune dame. Le père a sorti une farde et a dit : voilà ce qui s'est passé, elle est bien là où elle est et c'est là qu'elle doit rester… ! C'était un NON catégorique à toute perspective de changement ! On a mordu sur notre chique et on a expliqué aux parents qu'on n'allait pas la ramener chez eux, qu'elle aurait un appartement, qu'on pourrait s'occuper d'elle… et on est arrivé à faire sortir cette femme.
Du côté du garçon, idem ! Et puis progressivement ses parents sont entrés en contact avec lui, d'abord via notre intermédiaire : « Vous voulez bien lui donner ça », etc …. On a dû leur rappeler qu'il n'habitait pas loin et qu'ils pouvaient y aller eux-mêmes, qu'il serait content de les voir …. Et de fil en aiguille, les parents ont compris que leur fils n'était pas dans leurs pieds, qu'ils pouvaient continuer à vivre tranquilles et même, qu'ils aimeraient bien aller le voir et c'est ainsi que la relation commence à se reconstruire ….
Ici, c'est une belle histoire parce que, quelques mois plus tard, les parents se sont mis ensemble pour trouver, près de chez eux, une maison pour le jeune couple …

Sans cette couverture sociale, comme c'est le cas en Italie par exemple, la pression reposerait, de fait, sur la famille !

Tout a commencé avec le Siajef, non ?

Le Siajef est un service d'accueil, inscrit dans l'esprit de la réforme de 75, respectueux de l'universalité du droit à l'aide et aux soins. C'est un service de santé mentale qui n'a pas été reconnu de suite comme tel (cela a prit plus de 20 ans !).
Il a d'abord fonctionné avec des subventions facultatives et des aides à l'emploi. Il constitue le service de base… pour 50.000 habitants. C'est l'incontournable à préserver quoi qu'il arrive ! Il s'agit pour nous de la 1ère ligne d'intervention psychiatrique spécifique.

Et puis, sur cette base, d'autres services se sont développés, liés à la qualité d'existence. On a pris deux orientations : l'une du côté culturel, l'asbl Revers, et l'autre du côté professionnel, avec « Article 23 », en référence à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et « Le Cheval bleu ». Nous avons choisi des professions utiles dans la vie quotidienne de chacun : le bâtiment, pour apprendre à équiper une maison et la restauration, pour apprendre à faire à manger. Ces services participent aux soins psychiatriques, ils en constituent la 2ème ligne. Et s'ils permettent de relier avec le monde commun, c'est super !

Où en est-on aujourd'hui ?

On ne peut pas vraiment dire que les choses évoluent… Des projets naissent à différents endroits, mais restent anecdotiques … Tu peux les citer tous ! Ce sont des particularismes, pas des changements en profondeur, pas tant qu'on ne parle pas de programmer la fermeture des hôpitaux psychiatriques !
Il suffit de regarder les budgets respectifs et où se trouvent les moyens ! Si le budget se déplaçait vers la communauté, on pourrait commencer à parler de changement. Il y aura du changement quand on pourra travailler dans la communauté sur trois niveaux complémentaires :

- *1er niveau* : Le SSM, avec la proximité, une présence 24h/24, et une capacité d'accueil de quelques lits « au cas où » ;
- *2ème niveau* : Une 2ème ligne d'insertion sociale globale : culturelle, socioprofessionnelle, etc.,
- *3ème niveau* : Un niveau d'urgence hospitalier.

Le tout, avec une seule équipe et des réunions de travail régulières, de manière à faire le lien.Voilà ce qui, pour moi, serait une bonne base organisationnelle pour une psychiatrie démocratique !

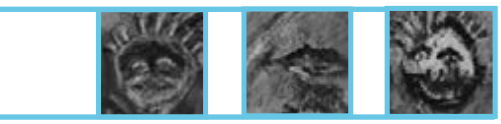
Le mot de la fin ? Ou du début !

Le chemin est encore long pour un changement fondamental … Des initiatives existent mais elles restent une goutte d'eau dans la mer… Le pouvoir et les moyens se trouvent toujours du même côté. Une vraie réflexion sur « les psychiatries » se laisse toujours désirer : Qu'est-ce que la psychiatrie ? Et la santé mentale ? C'est quoi la souffrance des gens ? Qu'est-ce que la psychiatrie a à voir avec la souffrance des gens ? Comment améliorer la qualité de vie des gens ? Chaque intervenant devrait pouvoir travailler sur ces questions.

Pour moi, il faut être là où les gens vivent, être à leurs côtés, et éviter l'urgence qui ne laisse pas beaucoup de recours contre des solutions extrêmes. Un usager m'avait appelé « l'homme aux bottines » parce que lorsque j'allais à sa rencontre, je mettais mon pied dans l'entrebâillement pour qu'il ne ferme pas la porte, et je discutais avec lui !

L'intervenant doit s'investir, mouiller son t-shirt, aller vers les gens.
L'absence de cette pro-activité est la plupart du temps synonyme d'abandon dans la souffrance.
Et cet abandon me semble intolérable, inacceptable. ●

[1] www.psychiatries.be.
[2] Recherche-Action sur les Psychiatries Alternatives.



Regards croisés sur les hôpitaux de jour

Ils se sont connus sur les bancs de l'Université à Liège. Leurs parcours se sont ensuite croisés aux balbutiements du Groupement International Francophone des Hôpitaux de Jour Psychiatriques. Dans un dernier numéro de la collection « Mémoires de psys », le Docteur Guy Jonard[1] interviewe son ami le Docteur Jean Bertrand et, ensemble, ils commémorent l'histoire des Hôpitaux de Jour et le développement de ce colloque international qui deviendra rapidement un endroit de réflexion et de ressourcement pour les équipes pluridisciplinaires des quatre coins de la francophonie.
Un nouvel entretien filmé pour l'asbl Psymages[2], à découvrir sans tarder !

Hélène CARPIAUX
IWSM

L'histoire des Hôpitaux de Jour Psychiatriques en Belgique commence en 1969 avec l'ouverture, par le Docteur Jean Bertrand, de l'Hôpital de Jour Universitaire « La Clé ». Celui-ci prend ses quartiers au sein du département de Psychologie médicale de L'ULg.

En présence de son ami de route depuis 40 ans, Jean Bertrand évoque la naissance de cette nouvelle forme d'hôpital plus ouvert, qui s'inscrit dans un processus de dé-psychiatrisation. Un face à face de 40 minutes à Steenbrugge, chez lui, dans son bureau. Il revient tout d'abord sur les éléments marquants de sa formation en médecine générale dans son approche de la psychiatrie : il y a ce cours de philosophie sur les psychosomatiques donné par le Père Troisfontaines, un jésuite ; et puis, le cursus en général qui lui donne une ouverture sur le monde, sur l'humain, qui facilite son inscription en psychiatrie et la pratique de la psychiatrie de liaison qu'il est amené à faire dès ses débuts…

Puis cette proposition du Professeur Maurice Dongier[3], Psychiatre : « *Est-ce que créer un hôpital de jour psychiatrique t'intéresserait ?* » qui va orienter toute sa carrière. L'idée, révolutionnaire pour l'époque, était de réduire la durée d'hospitalisation. Il ne s'agissait pas de créer un maillon du secteur en postcure mais bien de proposer un service global en amont, reposant sur la psychothérapie institutionnelle, avec pour objectif de sortir du modèle asilaire en réduisant la durée d'hospitalisation pour la limiter à 1 mois maximum. Et éviter ainsi que les gens n'entrent dans le champ de la psychiatrie. « *C'est quelque chose d'assez fabuleux d'avoir un espace de liberté différent des croquis qu'on donnait de la psychiatrie à l'époque qui était, il faut bien le reconnaître, un peu asilaire. « On choyait les fous » !* », souligne Jean Bertrand. Et de poursuivre plus loin à propos de cette nouvelle structure de jour : « *Les gens n'avaient pas l'impression de venir à l'hôpital* ».

A l'époque, fleurissent d'autres hôpitaux de jour psychiatriques : à Namur, le Docteur Guy Jonard est à l'initiative du « Centre psychothérapique de jour provincial », de même qu'à Verviers, le Docteur Michel Jadot, à partir du Service de Santé Mentale. Un mouvement est né dans le paysage psychiatrique belge !

Dans cet élan, en 1974, le Docteur Bertrand convie ses confrères à une journée d'études à Liège, sous la présidence du Docteur Georges Daumezon[4], chef du service d'urgence psychiatrique au Centre Hospitalier Sainte Anne à Paris. Celle-ci est la première d'une longue série qui aboutira au Groupement International Francophone des

Martine Lombaers

Hôpitaux de Jour Psychiatriques. Au fil du temps, les collègues suisses et luxembourgeois se sont joints au mouvement, qui rassemble actuellement 400 personnes environ.

Chaque colloque débouche sur la publication des actes dans la « Revue du groupement des hôpitaux de jour ». Ce qui n'est pas rien quand on sait que s'expriment des spécialistes d'hôpitaux de jour d'orientations très diverses : approches psychanalytique, cognitivo-comportementale ou systémique ; adressés à un public-cible d'enfants, de personnes souffrant de psychoses, de patients alcooliques,… ; attachés à un SSM ou à un hôpital psychiatrique, etc.

Le Professeur Bertrand voit aussi en ce colloque une forme de thérapie pour ces équipes pluridisciplinaires : « *Daumezon disait : "Pour bien soigner les malades, soignez les institutions !" Le colloque soigne les équipes qui sont beaucoup plus efficaces* ». Des structures qui sont devenues un modèle de travail en équipe pluridisciplinaire.

[1] Psychiatre et médecin chef, retraité, de l'Hôpital du Beau Vallon à Namur. Voir Confluences 22, pp12 à 14.

[2] Le but de cette collection initiée en collaboration avec le CNASM, la LBFSM et l'IWSM, est de préserver le savoir des aînés, fondateurs d'idées ou d'institutions en santé mentale et de veiller à le transmettre aux jeunes générations dans une optique de formation. La collection est présentée sur le site www.psymages.be. Les DVD sont en vente au prix de 15€. Renseignements : In Folio : 081/23.50.12.

[3] Spécialiste de l'approche psychanalytique et psychosomatique.

[4] Un des initiateurs de la psychothérapie institutionnelle.

dossier

Jeunes « incasables » ?

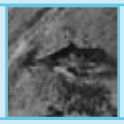
Bonjour, pourriez-vous accueillir Jérémy dans votre institution ?
Son histoire ? Elle est compliquée. Il a été, dès son plus jeune âge, en pouponnière, en famille d'accueil, en institutions d'aide à la jeunesse… Un enfant à protéger ? Oui, mais aujourd'hui, il a 16 ans et ce n'est plus possible pour nous de le garder. C'est que nous devons aussi nous protéger : nous et les autres enfants de l'institution. Vendredi, Jérémy à menacé de mettre le feu au Centre. Et il l'a fait ! Il faut trouver une solution d'urgence. Pourrions-nous en parler ?
Plusieurs intervenants ont été sollicités. L'hôpital émet des réserves : Jérémy n'est pas assez « psy » pour recourir à une psychiatrisation et ses comportements sont trop débordants pour une structure éducative. Nous sommes démunis. Vous êtes notre dernier recours…

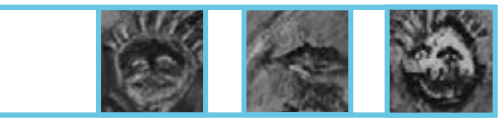
Jérémy, Mathias, Leïla, … Ce sont d'eux dont nous allons vous parler. Des jeunes, des adolescents anonymisés sous des appellations assez vagues et, il faut le dire, peu élégantes « d'enfants ou de cas complexes ; de jeunes difficiles ou incasables ». Incasable… Le mot est lâché.
Pascal Minotte, chercheur à l'Institut nous dresse un tableau nuancé du jeune qui relève de ces situations. Si complexes que les professionnels y perdent leur latin. Oui, il arrive que les dérapages verbaux des rencontres dites de synthèse, hors PV, étiquettent ces jeunes en refus de se lover dans une niche diagnostique d'« incasables ». La force qu'ils déploient à lutter contre toutes tentatives d'attachement s'arrange bien de notre difficulté de leur offrir un contenant. Les affubler de ces oripeaux nosographiques camoufle notre difficulté de tenir dans la durée les constructions thérapeutiques auxquelles nous nous essayons.
Car c'est bien de cela dont il s'agit : comment prendre en charge des jeunes – ici il sera question des adolescents - qui présentent des troubles psychologiques et comportementaux sévères pour les aider, non pas dans l'urgence mais dans une vision plus pérenne et éviter que leur parcours, leur vie, ne s'inscrive dans l'errance ?
Dans ce dossier, vous lirez à plusieurs reprises que seules les constructions de réponses en réseaux seraient de nature à offrir à ces jeunes la permanence de soins dont ils ont besoin. Je vous invite à considérer que c'est justement cette capacité à TENIR la co-construction qui fait défaut. Je vous convie aussi à accepter que l'« incasabilité » en est le résultat. Elle témoigne davantage de la difficulté des intervenants de pratiquer à plusieurs que de la situation même des jeunes évoqués. Elle est le fruit de la dé-liaison.

Il faudra encore des années de pratiques en plates-formes de concertation « pédopsy » pour que se tricotent ces constructions thérapeutiques « contenantes » élaborées par-delà les champs de compétences managés par des niveaux de pouvoirs différents. Et combien de temps faudra-t-il encore pour que ces pratiques, dans lesquelles nous sommes invités à nous inscrire par nos tutelles respectives, fassent l'objet d'une concertation sur la question des finalités et moyens qu'elles nécessitent ?

C'est pourtant là qu'il faudrait pouvoir œuvrer, par delà les régions, par delà les affiliations, par-delà les secteurs…, à l'instar de ce que soutient l'IWSM, avec les acteurs, dans la transversalité des champs d'interventions, dans le but d'analyser, de comprendre, d'initier et de soutenir des pratiques reliantes.

***Luc FOUARGE**, Président de l'IWSM*
***Sylvie GÉRARD**, Coordinatrice de Confluences*





Quand les parents cherchent un filet de sécurité pour leur enfant équilibriste, dans un labyrinthe institutionnel !

Nous allons relater les 18 premières années de notre fils. Il a aujourd'hui 24 ans. Un récit similaire à celui d'autres enfants avec des problèmes psychiatriques et comportementaux « sévères ». Deux parcours de vie vont sans cesse s'entrechoquer : celui d'un enfant *équilibriste* et celui de ses parents à la recherche du meilleur *filet de sécurité* pour lui. Le tout dans un *labyrinthe institutionnel* !
Nous voulons transmettre nos états d'âme et réflexions dans l'espoir d'un meilleur fonctionnement des structures de prise en charge concernées.

Témoignage de parents[1]

A la recherche du filet de sécurité pour notre « équilibriste »

C. est un enfant belge, adopté à sa naissance. Nous avions déjà un enfant biologique de 11 ans. A 3 ans, une anxiété et une nervosité « anormales » nous font consulter pour la première fois un pédopsychiatre qui exclut le TDAH [2]. Notre fils aura besoin d'être constamment rassuré, surtout par rapport à ses origines. Les symptômes ne sont donc pas trop graves et semblent gérables. Un parcours en crescendo va cependant suivre.

Une scolarisation maternelle et primaire réussie. Mais, notre enfant « perturbe continuellement la classe ! ». Jusque 8-9 ans, nous exerçons notre autorité et mettons, à chaque instant, les limites nécessaires. Mais, notre épuisement s'installe.

A 9 ans, C. adopte un langage de plus en plus agressif et injurieux envers nous. Est-ce l'adolescence précoce ?
A 12 ans, la violence physique remplace l'agressivité (menaces et passages à l'acte). Nous sommes de plus en plus débordés et démunis. Nous décidons de rechercher une aide professionnelle. Le bottin de l'aide sociale et psychologique existe, mais c'est un véritable labyrinthe, sans mode d'emploi !
Une pédopsychiatre va très vite déclarer « forfait », car, après quelques visites, notre enfant dit « ne plus vouloir la rencontrer ». Un neuro-pédiatre propose une thérapie médicamenteuse et conseille un éloignement familial en internat scolaire. L'escalade se poursuit.

Un juriste conseille d'ouvrir un dossier au SAJ [3].

A 13 ans, nous sommes face à un passage à l'acte très important (tentative d'étranglement) ! Une plainte est déposée à la Police. Le SAJ place C. d'urgence en famille d'accueil puis dans un institut du SAJ. Notre enfant refuse de continuer à se faire suivre par le neuro-pédiatre. Son traitement médicamenteux est poursuivi pour calmer les excès de comportement. Après 3 mois d'institut, un retour, avec suivi à domicile, est décidé. La Conseillère du SAJ n'accepte pas notre avis sur le fait que C. pourrait souffrir d'un problème mental nécessitant une aide psychiatrique.

A 14 ans, deux interventions policières successives sont nécessaires suite à de nouveaux passages à l'acte sur nous. Peu après : une troisième intervention policière, pour une agression sur notre autre enfant. Le Parquet transfère le dossier au SAJ (pas au Juge de la Jeunesse !). Une place est rapidement trouvée dans un centre SAJ avant le transfert vers un Centre d'Accueil d'Urgence. Le CAU nous propose une solution dans un autre institut du SAJ. Nous la refusons car l'expérience précédente a été négative. Notre fils est de retour à la maison et refuse de fréquenter l'école. La direction et le PMS nous disent d'avertir le SAJ. Ce dernier, sur notre insistance, accepte une formule d'expédition en mer, durant cinq semaines, avec d'autres jeunes. De retour, le SAJ exerce pour la première fois, et sur notre insistance, une contrainte sur lui : son dossier sera transféré au Tribunal de la Jeunesse s'il n'accepte pas la solution que nous proposons pour la rentrée. Nous avons en effet effectué des démarches simultanées de pré-admission au niveau de deux types de structures : un SRJ et un hôpital pédopsychiatrique (laquelle des deux est la mieux adaptée ?). Mais une attente est nécessaire. Nous ne savons plus à « quel Saint nous vouer » ! Trouverons-nous ENFIN une solution à la souffrance de notre enfant ?

15 ans : l'hôpital pédopsychiatrique nous informe qu'une place se libère. Cette solution répond à nos attentes. A celles de notre enfant, aussi, car il recherche désespérément et inconsciemment une structure cadrante et sécurisante, imposant des règles de vie qu'il a trop peu rencontrées dans les autres instituts. L'hôpital nous offre compréhension et écoute et nous associe à la prise en charge. C. est en sécurité et en confiance. Après trois mois, on nous informe qu'une place se libère dans le SRJ que nous avions précédemment contacté en même temps que l'hôpital. On nous dit « qu'il ne peut pas rester indéfiniment dans un hôpital ». Nous sommes inquiets, car nous commençons seulement à voir les effets bénéfiques de son hospitalisation. On nous rassure : « les deux institutions ont l'habitude de fonctionner en réseau ». A la lecture du rapport de sortie, nous apprenons que le transfert vers le SRJ est décidé « en réponse à la demande des parents, qui avaient pris contact avec un SRJ, avant l'hôpital » ! Incompréhension !

15 ans ½ : C. est admis au SRJ. Nous observons une grande disponibilité et compréhension du personnel et de la direction, malgré un taux d'encadrement moindre qu'à l'hôpital. Sur les quatre ans passés en SRJ, le comportement de notre fils évolue très peu. En réalité, nous observons que quand il vit un certain équilibre, et qu'il est renforcé dans ce sens, il ne peut continuer à fonctionner qu'en provoquant le déséquilibre. Cela nous décourage et nous inquiète. Nous savons aussi qu'à la majorité, il faut réfléchir à comment organiser sa vie « d'adulte ». En quittant le SRJ, l'équilibriste perdra son filet de sécurité…

Et après ? A l'aube de sa vie « d'adulte », notre fils reste immature, nerveux et anxieux. Il ne peut gérer sa frustration que par la violence (envers autrui ou lui-même). Son image de soi est très négative. Il est affabulateur, ment, manipule et vole. Il consomme alcool et drogues dures. Son niveau scolaire est très bas [4] avec des capacités d'apprentissage et de concentration faibles. Paradoxalement, il a besoin de nos marques d'affection et de l'assurance que nous ne l'abandonnerons pas. Mais il est conscient qu'il devra envisager un nouveau lieu de vie, à une « juste distance » de nous.

Réflexions

Nous, les parents…

Nous gérons la situation au quotidien en négligeant la vie de famille et la vie sociale. Nous nous retrouvons seuls face à nos ressources de parents et face au manque de compréhension et aux reproches de l'entourage et/ou de la famille. Nous éprouvons des difficultés à trouver et à comprendre le « *bottin de l'aide sociale et psychologique* ».

Nous constatons que l'urgence, qui est fréquente, montre deux réalités : les services sont rares et il est impossible d'y conduire un enfant en crise. La seule réponse est la police.

Nous découvrons aussi, face à la violence de l'enfant, notre propre violence.

Enfin, nous devons obtenir, de la part de nos collègues de travail et employeurs, beaucoup de compréhension.

Les thérapeutes

Ils sont tous débordés ! Leur position habituelle est de ne prendre en charge « que s'il y a demande » ! Et si le premier pédopsychiatre consulté, quand C. avait 3 ans, avait insisté sur un suivi ? Et si la deuxième pédopsychiatre n'avait pas déclaré forfait, parce que « notre fils ne voulait plus la voir » ? Et si enfin le troisième neuro-pédiatre avait montré plus d'empathie par rapport à ce que nous appelions un « besoin » et non une « demande » ? Notre fils a un besoin vital de sécurité qu'il ne peut exprimer par une « demande » explicite, mais seulement par son comportement. En définitive, nous attendions de leur part une attitude plus encline à décoder, à convaincre, à sécuriser, à « apprivoiser », à devenir pour lui, pourquoi pas, des « tuteurs de résilience » ?

Les structures d'hébergement

Les places y sont rares, même pour l'urgence. Or, la violence intrafamiliale exige une réponse urgente. Que faire dans l'attente ?

Les structures d'hébergement semblent sélectionner les admissions en fonction de critères « d'homogénéité » du groupe d'enfants déjà présents.

Le partenariat entre parents et équipes thérapeutiques est essentiel : il rassure les parents et offre à l'enfant le climat de sécurité nécessaire. Nous l'avons vécu en hôpital et en SRJ, mais pas au CAU ni au SAJ ! Pourquoi une telle différence dans le taux d'encadrement en personnel qualifié au sein des hôpitaux par rapport aux autres structures comme les SRJ et instituts du SAJ-CAU ? Ils hébergent pourtant tous des enfants avec un problème de santé mentale.

La Police - la Justice

Déposer plainte auprès de la police est une tâche très difficile, mais indispensable à accomplir pour des parents. Les policiers ont toujours été humains et efficaces. Le transfert d'un dossier du parquet vers le tribunal de la jeunesse dépend de la capacité de jugement, à distance, des magistrats du parquet. Quatre interventions policières n'ont pas suffi à les convaincre !

Les SAJ - CAU

Ces structures n'ont pas l'habitude d'avoir des parents proactifs qui proposent des solutions ; plus souvent sollicitées pour des situations d'enfants maltraités dans des milieux défavorisés.

SAJ et structures de santé mentale s'ignorent.

Le CAU n'a pas montré d'intérêt pour l'histoire de C. : sa logique est de mettre rapidement un enfant à l'abri et de trouver une autre structure d'accueil dans un court délai.

L'enseignement – les Centres PMS

Les enseignants se montrent trop peu désireux de collaborer avec les parents, même à la demande de ces derniers. Certaines exceptions existent. Quel est le rôle du PMS ? Il se décharge sur les parents et leur rappelle leurs « responsabilités ».

Le RESEAU : *un filet de sécurité ?*

Nous ne l'avons pas beaucoup trouvé : nous avons dû le « tisser » ! Le dossier « unique » n'existe pas. A chaque changement de lieu, l'énoncé de l'histoire doit être refait ; le plus souvent devant l'enfant !

Il faut bien définir le « réseau » : quel service global veut-on offrir pour être à la hauteur des attentes de tous, enfants, parents et professionnels ? Et avec quels moyens ? Il faut d'abord réfléchir sur l'optimisation des moyens existants, et prioritairement sur la formation, la qualité des infrastructures, la valorisation du personnel et la concertation entre acteurs.

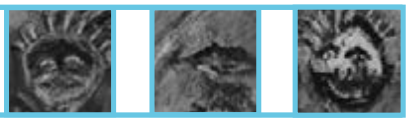
La sur-occupation chronique dans le secteur de la santé mentale, au sens large, rend très difficile la réflexion sur l'optimisation de son fonctionnement. Il est en plus victime d'un cloisonnement paralysant, dans un labyrinthe institutionnel et politique qui n'a pas de politique cohérente.

Et l'opinion publique citoyenne, dans tout cela ?

L'opinion publique citoyenne s'intéresse-t-elle vraiment aux enjeux du secteur ? Elle est pourtant la première à réclamer « plus de moyens » quand surviennent de douloureux faits divers dont les auteurs sont trop souvent des personnes avec un « passé chargé » ! Alors, elle se demande « mais comment en est-on arrivé là ? » et criera dans la rue « plus jamais cela ! ».

Elle ne fait que très peu de cas du sort de tous ces jeunes qui, dans un mal-être et un désespoir profonds, décident un jour de quitter définitivement notre monde pour faire partie des statistiques ! Notre société doit offrir une prise en charge optimale, dès le plus jeune âge, à tous ces mineurs fragilisés par une histoire dont ils ne sont pas responsables. Une société qui ne se donne pas les moyens, au moment opportun, est condamnée à en gérer les conséquences, à un autre moment.

[1] Nous souhaitons ici préserver notre anonymat et celui de notre fils.
[2] Trouble déficitaire de l'attention avec/sans hyperactivité.
[3] Service d'aide à la jeunesse.
[4] 1ère année rénové.



Les situations « complexes »

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

Si toute situation clinique est fondamentalement complexe, certaines mettent à mal, successivement, toute tentative de solution de sorte que leur parcours s'inscrit dans la discontinuité et dans l'errance. C'est le cas des situations d'adolescents qui présentent à la fois des problèmes qualifiés de psychiatriques et de graves troubles du comportement. Quel regard porter sur ces jeunes ? Comment lire leur histoire ? Et quels leviers activer pour soutenir des interventions qui correspondent aux nécessités de leur situation ? Comment garantir le « fil rouge » et la cohérence globale dans leur prise en charge, souvent de longue haleine ? S'il n'existe pas une et une seule façon de répondre à ces questions, des pistes peuvent se co-construire dans le réseau[1].

Pascal MINOTTE
Chercheur IWSM

Évoquer les adolescents en « situations complexes », c'est d'abord questionner une locution polysémique qui nécessite quelques précisions. En effet, nous pourrions dire de toute « situation clinique », pour peu que nous prenions le temps de l'analyser, qu'elle est intrinsèquement complexe. Nous préciserons donc que les jeunes sur lesquels porte cet article présentent à la fois des problèmes qualifiés de psychiatriques et de graves problèmes comportementaux qui finissent parfois par entraîner la judiciarisation de leur prise en charge.

Le point commun de ces adolescents est qu'ils perturbent le système d'offre tel qu'il est organisé et amènent régulièrement les institutions à ne plus se reconnaître compétentes pour les accueillir. Leurs transgressions et leurs passages à l'acte auto et hétéro agressifs font partie des « symptômes » qui mettent le plus à mal les équipes. L'indication d'une réponse à valence plus curative qu'éducative est compliquée à établir à leur sujet et, surtout, difficile à appliquer. Quelle que soit la nature du service qui les accueille, celui-ci est généralement mis en difficulté dans sa mission par leurs comportements, de telle sorte que d'autres solutions vont s'envisager… De cette façon, si l'on n'y prend garde, leur parcours s'inscrit dans la discontinuité et l'errance.

Des trajectoires édifiantes

La grande majorité de ces adolescents ont une histoire marquée par la souffrance et les situations traumatiques. Le décès d'un proche, le rejet par la famille, les violences intrafamiliales, les abus, la maladie psychique d'un parent, l'exil dans des conditions difficiles, viennent souvent plomber leurs anamnèses. À leur sujet, nous devons constater une entrée en souffrance lourde et précoce qui a d'abord et avant tout fait d'eux des enfants à protéger.

La puberté avec tout ce qu'elle implique de charges pulsionnelles et de réactivation des problématiques psychoaffectives marque souvent un nouveau tournant dans la trajectoire du sujet. Les affres de l'adolescence sont source de précarité (de discontinuité) en ce qui concerne notre public. Les comportements agressifs, les crises clastiques, les fugues, les violences et les menaces, les délits, les violences auto-infligées (automutilation, tentative de suicide), les décompensations, les comportements sexuels inappropriés, les comportements à risques sont autant de causes identifiées qui vont à la fois signifier la souffrance du jeune, mais aussi précipiter des exclusions multiples. Celles-ci s'inscrivent à tous les niveaux : l'école, la famille d'origine, la famille d'accueil, l'institution, les pairs…

Du côté des professionnels, la recherche de solutions s'avère de plus en plus difficile au fil des ruptures. La difficulté à circonscrire leur problématique dans une catégorie « administrative » et la difficulté qu'il y a à les intégrer dans un lieu de vie, amènent systématiquement les institutions à ne plus se reconnaître comme compétentes les concernant. Les tentatives de nouvelles solutions se succèdent sans plus de succès. Les trajectoires de ces jeunes sont généralement caractérisées par de nombreux placements, de durées variables ainsi que des retours en famille « faute de mieux ». Bien souvent, ils ont rencontré le système judiciaire dans le cadre de mesures de protection pour finalement y être confrontés dans le cadre de mesures sanctionnelles.

Au fur et à mesure de leur parcours, l'âge de la majorité se rapproche. Les solutions déjà trouvées ont eu des durées de vie très variables. La mise en autonomie est la solution la plus fréquente, elle donne parfois de bons résultats… Cependant, il s'agit souvent d'une solution par défaut. Dans d'autres circonstances, plus rares, l'affirmation du caractère psychiatrique de la situation du sujet et son adhésion au traitement permettent une orientation vers la psychiatrie adulte.

À dix-huit ans, ces jeunes ont généralement connu services privés et publics de l'Aide à la

Jeunesse, SRJ[2] et services psychiatriques. Leurs difficultés, qui parviennent souvent « intactes » à l'orée de la majorité légale, peuvent alors les maintenir longtemps dans la précarité qu'ils ont toujours connue…

Des constats

Soyons clairs, les « situations complexes » telles que nous les avons définies sont, proportionnellement à la population globale, peu nombreuses. Une recherche menée en 2008 dans le Val-de-Marne et le Val d'Oise en France[3] sur les jeunes « incasables » montre que ceux-ci représentent environ 2,2 % des situations suivies par les services de protection de l'enfance soit +/- 0,012 % de la population des moins de 20 ans de ces deux départements d'Île-de-France. Ce chiffre rejoint l'estimation du groupe de travail mis en place par l'IWSM dans le cadre de sa recherche[4].

Ceci étant, indépendamment des « situations complexes » en tant que « noyau dur », l'analyse de celles-ci met en exergue des difficultés qui, pour une part, concernent les dispositifs et leurs interactions bien au-delà du public-cible qui est le nôtre.

Avant tout, les secteurs concernés manquent de places. Les délais d'attente peuvent être très longs et incompatibles avec les missions des institutions. Ce constat, systématiquement relayé par les professionnels du secteur, a de nombreuses répercussions sur les trajectoires de prise en charge. C'est ainsi que les simples séjours d'attente se multiplient, venant accentuer le saucissonnage, souvent à des moments de crise pour les jeunes. Ceux-ci sont orientés en fonction des places disponibles plus que d'un projet cohérent. Ou encore, des retours en famille ou des mises en autonomie peu opportunes sont décidés faute d'autres solutions. Certains jeunes ne trouvent aucune place dans les institutions adaptées à leur problématique.

Céline, Atelier des Artistes Anonymes, Clinique de Bonsecours

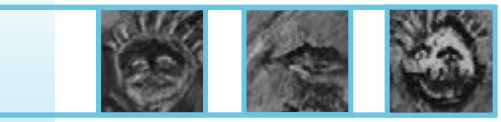
Ce manque de places augmente également la tendance qu'ont de nombreuses institutions à trier les populations qu'elles accueillent, et ce, de façon explicite (en fonction des critères d'admission du service), mais aussi de façon implicite lors des transactions entre services et avec les autorités mandantes. Beaucoup de services refusent les jeunes porteurs d'étiquettes lourdes comme : psychiatrie, IPPJ[5], AICS[6], toxicomanie. Les jeunes dont nous parlons en cumulent souvent… Ce tri est compréhensible et s'explique notamment par la nécessité dans laquelle sont les institutions de penser à leur « collectif ». Le manque de moyens est également souvent évoqué pour expliquer le refus de situations trop « lourdes ».

La complexité peut aussi être renforcée par les difficultés de collaboration et de communication entre institutions de secteurs et/ou de paradigmes différents. Les objectifs et les références conceptuelles et théoriques varient entre secteurs, entre services (parfois au sein d'un même service), etc. Il existe peu d'interpénétrations entre les secteurs de l'AAJ et de la santé mentale. Les services manquent généralement de moyens pour réaliser le travail en réseau nécessaire. De plus, le légitime souci du respect du secret professionnel rend cette question d'autant plus polémique et délicate. C'est ainsi que, lorsqu'un bénéficiaire change de service, il arrive que les informations circulent peu (ou pas !), que le passage de relais soit fait à la hâte, qu'il soit mal préparé. Le manque de confiance entre intervenants peut aussi interférer. Les disqualifications des interventions passées par les professionnels ne sont pas rares, elles accentuent l'aspect morcelé et kafkaïen que le jeune peut avoir de son parcours.

Au-delà des problèmes de communication, la difficulté de faire coïncider l'ensemble des problématiques du jeune et l'offre de prise en charge favorise les jeux de « ping-pong » entre services qui tantôt incluent le jeune dans leur sein pour l'une de ces difficultés et tantôt l'excluent pour une autre (voire pour la même raison qui a motivé son inscription). Dans ces conditions, la socialisation comme finalité de la prise en charge, si elle peut se percevoir dans l'action isolée de chaque service, peut s'avérer fondamentalement compromise au regard du parcours de soins dans son ensemble. Une étiquette stigmatisante permet l'entrée du jeune dans un service et une plus stigmatisante encore conclut son exclusion et sa réorientation. Les « qualifications » se succèdent et s'accumulent au gré de logiques multiples, mais parfois bien éloignées de l'intérêt du bénéficiaire à court ou long terme.

Pour toutes les raisons qui viennent d'être évoquées, certaines trajectoires de prise en charge ne présentent aucune cohérence globale, laissant la part belle aux réactions dans l'urgence : personne ne soutient la fonction de « fil rouge », les ruptures dans les suivis sont fréquentes et les logiques d'orientation sont critiquables. Il n'existe pas de logique conductrice sur le long terme, mais une succession de réactions « ponctuelles » souvent liées à un « épuisement » de l'équipe en charge du jeune. Comme les interventions, les décideurs se multiplient. Certains quittent la scène, d'autres l'intègrent… « *Ainsi voit-on la fonction de « veille » des divers acteurs institutionnels décliner sérieusement, au fil de l'égarement dans des directions trop multiples, changeantes, écartelantes au gré des préoccupations temporairement prioritaires et des pressions extérieures conjoncturelles* ».[7]

Enfin, force est de constater que le morcellement des pouvoirs lié à la communautarisation et à la régionalisation a un impact particulièrement négatif



dans le cadre des situations qui nous réunissent. À la complexité intrinsèque de celles-ci en termes diagnostique et curatif, se surajoutent la complexité administrative du système belge et sa répercussion sur l'organisation du travail en réseau.

Des pistes de travail en réponse aux constats

Comment décloisonner les approches et intégrer les pratiques ? Comment soutenir des orientations qui correspondent aux nécessités de la situation du jeune ? Comment garantir le « fil rouge » et la cohérence globale dans les prises en charge à moyen et long terme ? Il est évident que le meilleur des mondes n'existe pas, tout comme il n'existe pas une et une seule façon de répondre à ces questions. Les mythes du risque zéro et de la bonne pratique ne sont pas porteurs que de progrès, surtout en matière clinique. C'est donc sans visée dogmatique que nous allons tenter d'esquisser quelques pistes de solutions.

Tout d'abord, constatons qu'il n'est plus possible de penser des solutions sans maintenir un constant regard écosystémique sur celles-ci, quel que soit le « lieu » où nous portons notre réflexion. Par exemple, penser la formalisation d'un réseau c'est aussi se questionner sur le profil des participants à ce réseau en termes de fonction dans leurs institutions respectives, d'accès aux informations et de pouvoir décisionnel… Bref, il nous faut pouvoir réfléchir en même temps aux institutions et aux dispositifs dans lesquels elles s'intègrent, sans perdre de vue que ceux-ci doivent s'articuler autour de la réalité du jeune, de ses moyens et de ses ressources.

Partant de cette considération, la Commission « pédopsy »[8] de l'IWSM, qui s'est penchée sur les recommandations qui concluent le travail de recherche, souligne l'importance de soutenir les dynamiques de réseau intersectorielles notamment : (1) entre institutions travaillant avec les enfants de 0 à 3 ans afin d'aider à la prise en charge des problèmes dès qu'ils se présentent et (2) entre les institutions confrontées aux situations complexes.

Au sujet de ces dernières, la Commission souligne l'intérêt d'identifier des lieux d'activation et de mobilisation de la transversalité ; des lieux auxquels pourrait faire appel toute institution d'un des trois secteurs concernés (Santé mentale, Aide à la jeunesse, Handicap) ou tout bénéficiaire (ses proches, son avocat, etc.) lorsqu'une situation semble rentrer dans les conditions de la complexité… Selon cette commission, ces lieux pourraient avoir pour mission l'activation et la mobilisation du réseau intersectoriel autour de la situation en question. Idéalement, ils bénéficieraient d'une légitimité officielle, reconnue au niveau des trois tutelles, qu'ils pourraient informer des impasses rencontrées.

Cette mobilisation du réseau aurait pour objectif de construire entre partenaires, un dispositif [9] formalisé qui tienne compte de la réalité du patient. Différents scénarios (possibilités d'orientations) seraient examinés en fonction de la situation et de son évolution. Ils pourraient comprendre lieux de vie, scolarisation, « time out » [10], « espaces de répit », travail thérapeutique externe au lieu de vie, hospitalisation, outreaching[11], IPPJ, etc…

Les concertations au sein de ces lieux « transversaux » pourraient également avoir pour objectif de définir les fonctions et responsabilités de chacun (dans le cadre d'un suivi en particulier) afin qu'elles soient clairement identifiées par tous, tant au niveau des professionnels que des usagers. La Commission insiste d'ailleurs sur l'importance de la participation/implication du bénéficiaire et/ou de sa famille/tuteurs légaux à la dynamique de concertation afin que le travail en réseau se réalise dans la transparence par rapport aux personnes concernées.

Ce lieu pourrait aussi assurer « une mémoire du sens des interventions passées », de la trajectoire du jeune, des logiques qui ont présidé à ses orientations ainsi que des professionnels qui ont fait sens dans son parcours ; une fonction qui doit être bien balisée afin d'éviter tout dérapage.

Ce type de dispositif doit évidemment considérer en priorité l'intérêt des bénéficiaires, notamment en assurant la cohérence des orientations et le maintien d'un fil rouge, y compris dans les situations de crise, tout en évitant les décisions précipitées irréversibles. L'anticipation des scénarios permet plus facilement d'établir des alternatives cohérentes en essayant tant que possible le maintien du lien entre le jeune et le service dont il est issu.

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

Si la mise en place de ces « lieux d'activation » n'est pas à l'ordre du jour dans l'immédiat, principalement parce qu'ils impliqueraient de débloquer un budget (transversal, de surcroît) pour une énième fonction de coordination, les principes énoncés ci-dessus restent de bonnes bases pour penser un travail en réseau autour des situations complexes. ●

[1] Ce texte, qui a servi d'argumentaire pour le dossier, s'appuie sur une étude réalisée par l'IWSM. Voir bibliographie p.48, réf. 16.
[2] Services Résidentiels pour Jeunes.
[3] Voir bibliographie p. 48, réf. 3.
[4] Voir bibliographie p.48, réf. 16.
[5] IPPJ : Institutions Publiques de Protection de la Jeunesse.
[6] AICS : Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel.
[7] Voir Bibliographie p.48, réf. n° 4, p.62.
[8] Groupe de travail basé sur le principe de la transversalité qui regroupait des représentants des différentes catégories d'acteurs en santé mentale, membres de l'Institut.
[9] Dans cette logique, le dispositif autour du sujet devient l'unité de base, incompatible avec la tendance insulaire de l'institution toute puissante et autarcique.
[10] Time out : période relativement courte durant laquelle le jeune est placé dans une autre institution pour lui permettre et permettre à son institution d'hébergement (ou sa famille) de souffler et prendre du recul.
[11] Outreaching : soins psychiatriques à domicile.

De quelques raisons de la complexité des situations

Les « situations complexes » ne font pas figure de nouveauté dans le champ de l'intervention judiciaro-médico-sociale à destination de l'enfance et de la jeunesse.
« Inéducables », « incasables », « adolescents difficiles », « cas limites » : les dénominations se succèdent depuis la naissance de la protection de la jeunesse pour désigner ceux dont on ne sait quoi faire. Ces différentes appellations soulignent pourtant toutes la même difficulté : celle de proposer une réponse institutionnelle adéquate à des subjectivités tourmentées.

Jacques MORIAU
Chercheur, Centre METICES,
Institut de Sociologie, Université Libre de Bruxelles

Ce qui relève de l'adéquat et comment se construisent les subjectivités varie évidemment avec le temps. Là où le terme « inéducable », utilisé au début du XXème siècle, renvoyait à l'impossibilité de discipliner et à l'échec de l'enfermement en "maison d'éducation", l'usage de la notion de "situation complexe" indique, elle, à quel point il est devenu impossible de pointer une référence institutionnelle précise et une pratique efficace. A l'inverse de la notion d' " adolescents difficiles ", elle a au moins l'avantage de laisser entendre que la difficulté ne réside pas toute entière du côté du jeune mais également dans les pratiques institutionnelles, l'évolution des politiques publiques ou les transformations des cadres sociaux et familiaux. C'est l'influence qu'exerce ce contexte sur le traitement des jeunes que nous voudrions ici explorer.

Deux constats généraux avant de rentrer dans le vif du sujet.

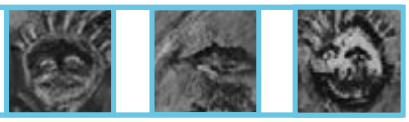
Premièrement, il nous paraît important de souligner que l'émergence des situations complexes doit autant à ce que certains nomment « le déclin des institutions » et leur incapacité à encore encadrer les subjectivités de façon positive, qu'à l'abandon d'un usage totalitaire de l'institution à travers des pratiques d'enfermement et de coercition selon le modèle des bien nommées « maisons de redressement ». A cette aune, l'existence de telles situations ne doit peut-être pas être regardée de façon uniquement négative.

Deuxièmement, on ne peut pas ignorer que les jeunes pris dans ces situations sont très fréquemment des personnes qui ont connu, très tôt dans leur vie, les services d'aide ou de protection de la jeunesse et le placement. Ce type de trajectoire est, le plus souvent, réservé aux franges les plus vulnérables de la population ; celles qui manquent de ressources pour négocier avec ces instances et pour donner le change quant au respect des normes socialement partagées. Dans un contexte socio-économique qui précarise encore les familles les plus faibles et qui répartit toujours plus inégalement les ressources - qu'elles soient économiques, symboliques, scolaires, « morales » - on ne peut qu'insister sur le fait que les désordres personnels sont aussi le résultat de processus sociaux qui orientent la vie des individus. Les " situations complexes " ne parlent pas que de trouble, de déviance et d'incapacité à soigner ou à accompagner. En rassemblant préférentiellement des jeunes issus des couches sociales les plus défavorisées, elles indiquent également que la façon dont les institutions – même démocratiques comme la médecine et la justice - traitent les cas individuels, est socialement différencié.

Socio-genèse d'une difficulté

Les situations complexes partagent, entre autres caractéristiques, le fait de mobiliser de nombreuses institutions et de les mettre en échec, montrant ainsi les limites de leurs capacités. Le constat a déjà été fait maintes et maintes fois. Mais plutôt que d'y voir uniquement un état d'impuissance, il serait peut-être fructueux d'analyser ce résultat comme répondant à une certaine logique, issue du fonctionnement interne des institutions, des relations qu'elles entretiennent avec les usagers, des politiques publiques qui les encadrent. Les situations complexes seraient alors plus le produit d'une évolution des façons de faire et de penser, qu'une façon neuve de désigner la minorité de jeunes qui ont résisté, résistent et résisteront toujours à toutes tentatives d'aide et/ou de contrôle.
Une série d'éléments nous semblent ainsi peser sur les façons de prendre en compte, de qualifier et de traiter les situations des jeunes posant problèmes. Bref passage en revue et tentative d'éclaircissement.

Un premier élément, de portée très générale, est la transformation de plus en plus évidente du modèle de l'Etat social à celui de l'Etat social actif. Initié au début des années 80 sous la pression du chômage de masse, ce processus voit le rôle de l'Etat, les politiques qu'il initie et qu'il finance, les façons dont il s'adresse aux citoyens, se modifier considérablement.
L'Etat social centre son action sur la réduction des injustices et des inégalités. Il instaure un certain nombre de dispositifs et de politiques qui visent à procurer à toutes les catégories de la population une sécurité d'existence minimale et à les assurer contre certains risques sociaux, au premier rang desquels la perte d'emploi. L'institution de la « Sécurité sociale » est la réalisation phare de ce modèle. Dans l'Etat social, les individus se voient



garantir un certain nombre de droits sous la simple et unique condition d'appartenance et quelles que soient leurs caractéristiques annexes. Les politiques sociales s'adressent à tous les « ayants droit » appartenant à la même catégorie juridico-administrative. Elles sont mises en œuvre selon une organisation de type bureaucratique – la logique du guichet – qui procure les mêmes services à tous ceux qui partagent le même état.

L'imposition progressive de la pensée libérale et les critiques qu'elle fait peser sur les ratés de l'Etat social amènent à bouleverser ce montage. Pour ce qui nous occupe, quatre grands traits peuvent être mis en évidence. Le premier est l'émergence d'une nouvelle façon de concevoir la question sociale. La problématique de l'inégalité laisse place à celles de l'équité et de la responsabilité. En fait, c'est toute la nature du support que l'Etat offre aux individus qui se métamorphose. Il ne s'agit plus de mettre en place les conditions collectives d'une existence digne mais de donner à chacun les moyens de les réaliser par lui-même. Les concepts d'égalité des chances et de discrimination positive s'imposent dans les politiques sociales. Concrètement, cela signifie à la fois le développement de politiques de plus en plus individualisées, différenciées selon les demandes, les atouts et les handicaps de chacun, et le report d'une partie de la fonction de support aux familles et aux communautés. Cela signifie également un recours accru à la grammaire de la responsabilité et de la subjectivité, tant pour expliquer les inégalités et les échecs de certains que pour bâtir les politiques d'aides fonctionnant de plus en plus sur le principe de la conditionnalité.

Le deuxième point est directement lié à ce que nous venons de mettre en évidence. En promouvant les logiques de la responsabilité et l'intervention individualisée, en créant des droits-autonomie[1], l'Etat social actif appelle à une forme de subjectivité spécifique : celle propre à un individu capable, responsable, autonome. Les différents dispositifs de régulation, notamment ceux destinés à contenir la délinquance et à encadrer les comportements anormaux, s'appuient de plus en plus sur l'écoute, l'activation, l'accompagnement, la responsabilisation. Il s'agit d'amener chacun à faire ce qui est bon pour lui, non pas en recourant à la contrainte mais en mettant en place toutes les conditions matérielles et relationnelles qui lui permettent, s'il le « veut vraiment », de rencontrer les prescrits normatifs. Métaphoriquement, c'est ce à quoi Jean de Munck fait référence lorsqu'il souligne que « *nous sommes passés de la société du feu rouge à la société du rond point* »[2]. La régulation n'opère plus principalement à partir de dispositifs disciplinaires, rigides, aveugles et égalitaires mais sur base de dispositifs flexibles, capables de s'adapter à des situations diverses et, surtout, reportant sur l'utilisateur le risque de son utilisation adéquate et donc, des dommages possibles. L'écart à la norme est risqué, à chacun d'en prendre la mesure et d'assumer ses responsabilités. A chacun également de faire le travail nécessaire pour réintégrer la communauté des « normaux ».

Troisième trait important, ce travail de régulation est de plus en plus souvent délégué à des acteurs non-étatiques, regroupés en secteurs, en raison de leurs capacités et de leur expertise. Les attributs des pouvoirs publics sont ainsi recomposés au travers de réseaux rassemblant services publics, acteurs privés, instances de contrôle ou de pilotage. Une grande autonomie est laissée aux divers intervenants impliqués qui, usant des logiques d'accompagnement individualisé, exercent une réelle " magistrature sociale "[3] au sens où le traitement de la situation est basé sur une analyse en profondeur du parcours et de la biographie de l'usager. La solution au problème sera fonction autant des solutions institutionnelles disponibles que des traits de personnalité et de l'histoire intime de l'individu concerné. A chaque situation sa solution. Ce modèle favorise évidemment la psychologisation des situations, déjà inscrite dans le « case work » utilisé depuis longtemps par les travailleurs sociaux, mais surtout, combiné à la plus grande autonomie des services, il permet la prise de décisions importantes et irrévocables sans autoriser aucune procédure d'appel.

Quatrième point, avec l'Etat social actif, se formalise une nouvelle façon de penser la délinquance juvénile. Dans un contexte global d'insécurité – d'abord économique – les jeunes sont pointés du doigt comme les premiers responsables. Dans les discours, la délinquance est progressivement détachée de ses «causes» socio-économiques pour devenir une simple caractéristique du « groupe à risques » que constitue la jeunesse. De nouvelles politiques de prévention, basées sur une politique générale de défiance, sont mises en place et ciblent de façon privilégiée certains quartiers ou certaines catégories de population. Un nombre limité de pans de la société - les classes moyennes, les adultes, les nationaux, les productifs - doivent être protégés des autres : les jeunes, les immigrés, les pauvres[4]. Dans une société de « surnuméraires », d'exclus du travail et de la consommation, « *il ne s'agit plus de cultiver l'utilité de tous les individus mais de maîtriser ceux qui, définitivement et délibérément exclus (…) ne peuvent plus être gérés que par le renforcement du contrôle et de la surveillance* »[5]. Pour certains auteurs, le renforcement des politiques de prévention et de sécurité est l'autre face des politiques de libéralisation et de responsabilisation : l'Etat social actif est aussi un état social-sécuritaire.

La tendance subjectiviste

Un autre élément important dans le processus de production des situations complexes concerne plus précisément la façon dont les services d'Aide à la jeunesse, entendu au sens large, ont été amenés, dans le contexte que nous venons de brosser très rapidement, à repenser leurs missions et leurs pratiques.

Plusieurs faits peuvent être évoqués. Premièrement, la décision prise en 1998 par la Communauté française de réduire le nombre de places résidentielles dans le secteur de l'Aide à la jeunesse, au profit d'accompagnement en milieu ouvert, a créé les conditions favorables à une logique de filtrage des situations[6]. Dans un contexte de rareté et d'obligation faite aux services de produire – et de suivre – un projet pédagogique, la relation entre le mandant et les institutions s'est inversée. Ce sont maintenant les services privés qui décident de l'admission et exercent les prérogatives d'une « magistrature sociale ». La possibilité d'une prise en charge repose sur le bon vouloir des institutions et sur le jugement porté a priori sur la situation. Le principe de responsabilité ne concerne pas que les jeunes, il s'insinue également dans les pratiques institutionnelles et instille chez les professionnels une certaine tendance à « se couvrir » et à privilégier les prises en charge les moins risquées possibles, c'est-à-dire pouvant aboutir aux résultats demandés.

Catherine, Atelier des Artistes Anonymes, Clinique de Bonsecours

Au sein des institutions, les modalités du suivi reposent de plus en plus exclusivement sur la responsabilisation du jeune. C'est lui qui doit exprimer sa demande, bâtir son projet, mettre en place les conditions de sa réalisation. C'est en fait toute la réflexion sur la responsabilité qui fait l'objet d'un glissement : d'une part, la responsabilité de la société dans la situation que vit le jeune se voit recouverte par la responsabilité du jeune et celle de son entourage familial, favorisant une approche purement psychologisante des situations; d'autre part, le recours à la thématique de la demande, du projet, du contrat, tire le jeune vers l'auto-responsabilisation et la personnalisation de l'échec dans le cas où il ne parvient pas à respecter ses « devoirs » ou à atteindre ses « objectifs ».

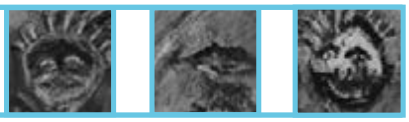
Cette tendance lourde autorise d'autant plus facilement le renvoi et le transfert continu de service en service qu'elle se combine avec un refus strict et une externalisation de la gestion de la violence. Quand la frustration, le sentiment d'échec, le désespoir mènent le jeune à se mettre en danger ou à mettre en danger les autres jeunes ou les membres de l'équipe, la tentation est forte de faire retour au mandant ou de médicaliser la violence, c'est-à-dire de renvoyer la gestion de la « dangerosité » aux institutions historiquement dévolues à en assumer la charge.

Le lien entre jeunesse et délinquance, l'attention accrue portée à la sécurité et à la prévention des risques ont modifié, dans le secteur tout entier, les équilibres généraux établis entre les volontés de protection de la jeunesse et de défense de la société. Se fait sentir de plus en plus clairement la volonté d'accorder plus de place au « rappel à la norme » et à la sanction au détriment d'une approche en termes de protection des plus vulnérables. C'est dans cet esprit que se place la réforme de la loi sur la protection de la jeunesse qui laisse beaucoup plus de latitude au juge de la jeunesse et, surtout, qui recentre la prise de décision plus sur l'acte commis et sa gravité que sur le rôle du milieu familial ou l'avenir du jeune. Dans ce contexte, les faits de violence, quelle que soit leur importance, ne peuvent que légitimer les ruptures de prise en charge.

Cette partition du travail, entre tentatives réhabilisatrices et sanctions, ne rend compte que partiellement de l'hybridation des référents professionnels et de la difficulté à encore identifier des positions fortement différenciées. Le compromis social-sécuritaire est assumé par la grande majorité des acteurs du secteur et chacun d'eux, à un moment ou l'autre, travaille sur les deux volets du dyptique. Dans une prise en charge en secteur, c'est-à-dire « en circuit fermé », il reste dès lors peu d'échappatoire. Pris dans l'obligation de l'auto-contrôle, du respect strict des normes et du travail sur soi, le jeune ne peut trouver un endroit « pur », qu'il soit entièrement dévolu au soin, à la remédiation ou à la contention. Toujours, il s'agit de montrer sa capacité à se gérer ; toujours, il s'agit de faire plus de la même chose.

Aujourd'hui émerge une nouvelle façon de poser la question sociale : individualisante, psychologisante, mettant en avant les problématiques de la socialisation, de l'attachement, du lien. Pour y faire face, on mobilise pourtant les mêmes catégories - jeunes en danger, jeunes délinquants, jeunes difficiles - et les mêmes institutions. Une pensée en accord avec son temps plaiderait pour une mise en réseau accrue, une plus grande intégration des services, un pilotage plus serré des interventions. Une politique du « plus » et du « mieux ». Mais, d'un point de vue un peu plus détaché, il nous semble que la question est aussi de savoir ce que nous avons laissé de côté en posant ces constats et en instaurant ces logiques nouvelles. Et la réponse est sans doute les logiques sociales de production des subjectivités. ●

[1] Voir bibliographie p.48, réf. 6.
[2] Voir bibliographie p.48, réf. 13.
[3] Voir bibliographie p.48, réf. 2.
[4] C'est cette logique, poussée à l'extrême, qui autorise certains à sérieusement proposer les mesures aussi grotesques que violentes de détection de profils délinquants chez les enfants de 3 ans.
[5] Voir bibliographie p.48, réf. 38.
[6] Voir bibliographie p.48, réf. 42.



Allons-nous psychiatriser le social ?

Ce dossier de Confluences nous parle de ces jeunes qui ont en commun d'avoir une histoire marquée très tôt par les carences, traumatismes et autres souffrances. Leur parcours de vie nous confrontent rapidement à la violence : familiale, sociale, institutionnelle…
A l'adolescence, ces violences resurgissent sous différentes formes et mettent à mal le système. Transgressions et passages à l'acte sont autant de « symptômes » qui épuisent les équipes éducatives. Les solutions se succèdent les unes après les autres, entraînant une multiplication d'interventions, une suite de ruptures et l'épuisement des ressources institutionnelles, avec à la clef un tableau de morcellement et d'errance. Une trajectoire qui signe elle aussi une forme de violence…
Quelle lecture pouvons-nous faire de cette violence ? Et comment travailler « avec » pour éviter l'impasse et rendre « quelque part » une rencontre possible ?

Jean-Pierre LEBRUN
Psychiatre, Psychanalyste, Namur

Pour saisir l'enjeu de certaines violences, nous sommes contraints de penser le contexte social dans lequel elles surviennent. On évoque fréquemment - au moins ceux qui consentent à reconnaître qu'il y a un problème, ce qui est loin d'être le cas de tout le monde ; le déni de réalité sévissant plus que jamais ! - ce qu'on appelle des situations complexes. Ces situations où des jeunes - parfois de plus en plus jeunes - se trouvent entraînés dans des conduites de violence, renvoyés d'un service à l'autre, épuisant au passage la plupart des équipes, pour devoir constater en bout de course qu'ils ne trouvent plus de place dans les dispositifs de prise en charge classique. Ces jeunes se voient alors bien souvent terminer leur parcours, encore plus rejetés qu'ils ne l'étaient au départ.

Mutation du lien social

Notre thèse pour rendre compte de ces situations tient en quelques mots : la mutation du lien social dans laquelle nous sommes emportés : passage de la pyramide au réseau, fin du théologico-politique, déclin du Nom-du-Père, …, toutes appellations convergentes. Celle-ci change la donne de ce qu'il faut bien appeler l'humanisation. L'équilibre des forces en présence pour que l'enfant puisse s'approprier les processus de symbolisation propres à l'espèce humaine s'est modifié. Si l'on voulait schématiser, c'est l'influence respective de chacun des quatre partenaires en jeu - la mère, le père, l'enfant et le discours social - qui a été subverti. De ce fait, rien d'étonnant à ce que la transmission soit en panne.

De par la péremption du patriarcat, le père est délégitimé pour son travail concret de présence effective dans la famille nucléaire, et la démocratie n'arrive pas à lui restituer sa légitimité, tout à l'ouvrage qu'elle est, de déceler et d'effacer partout où faire se peut les traces encore présentes de l'ordre patriarcal.

La mère est la première à devoir soutenir que l'enfant se sépare d'elle, qu'il ne reste pas sa chose. Mais cette exigence s'est étiolée. Souvent, elle ne peut plus vraiment compter ni sur l'appui du père, ni sur le discours social qui ne lui présente plus cette séparation comme une contrainte. A l'inverse, il lui est même plutôt signifié que sa présence protégerait du trauma que pourrait entraîner la séparation.

Le discours social est entièrement remodelé par le néolibéralisme. Il nous infantilise en fournissant des objets de consolation qui nous évitent d'avoir à éprouver et intégrer l'impossible immédiateté, propre pourtant de notre condition d'êtres parlants. Il n'est pas difficile de saisir que « mettre des limites » constitue plutôt ce que le néolibéralisme évite, simplement parce que cela freine aussi bien la consommation que le développement du profit économique.

De ce fait, l'enfant n'est plus soutenu par son entourage, qu'il soit familial ou social, dans le trajet de sa croissance psychique. Celle-ci lui demande toujours - quoi que l'on puisse en dire - une part de consentement à l'autorité et de renoncement à la satisfaction pulsionnelle ; un travail pourtant incontournable.

Ce changement de la donne a complètement infléchi le travail de l'humanisation, et entraîne plutôt l'enfant dans le sens opposé à ce qui est nécessaire à son éducation, les deux termes étant ici quasiment synonymes. Bien sûr, tout le monde n'est pas touché au même point mais pour certains, la situation est vraiment peu enviable tellement ils ont été laissés très tôt à leur propre chef, sans qu'aucune contrainte, et donc aussi aucune aide, ne leur ait été apportée pour qu'ils consentent à la limite. Rien d'étonnant à ce qu'ils passent alors le reste de leur existence à tenter de construire des limites… tout en les refusant radicalement !

Humanisation ? / Education ?

Entendons ceci comme le constat d'une tendance générale qui influe peu ou prou sur chacun mais qui est particulièrement en jeu dans ce qu'on appelle les situations complexes. C'est cette évolution que nous voulons mettre en évidence, simplement parce que cela pourrait nous rendre

plus attentifs à ce qui est en train de se produire et, de ce fait, nous inviter à éventuellement en tenir compte dans l'orientation de nos interventions.

Contrairement à ce qui a pu parfois être avancé, nous faisons l'hypothèse que la mutation du lien social n'entraîne pas tant un déclin du Symbolique, qu'une difficulté pour les sujets de s'approprier cette dimension de notre condition, de se soumettre à ses contraintes, ceci pouvant aller jusqu'à remettre en question le pacte d'humanité.

Monique Atelier des Artistes Anonymes, Clinique de Bonsecours

Ce faisant, un aspect souvent peu envisagé, c'est que les modifications cliniques qui nous semblent se dégager de cet affadissement du travail d'humanisation, sont les plus perceptibles dans *la clinique du quotidien*, c'est-à-dire dans la clinique rencontrée aussi bien par les institutions psycho-médico-sociales que par les prises en charge par des structures telles que les AMO, les espaces de répit, l'outreaching… ou dans les cabinets des psychiatres, et particulièrement des psychiatres d'enfants. Donc, prioritairement aujourd'hui chez les travailleurs médico-sociaux et les soignants de la psychiatre générale plutôt que dans les cabinets des psychanalystes.

C'est donc aujourd'hui dans le champ du social lui-même que l'on voit des sujets qui *passent leur vie libidinale à essayer de reconstruire des limites*. C'est d'ailleurs avec ces sujets aussi que le travail social se laisse bien souvent entraîner dans un puits sans fond, en leur apportant, par exemple, un ensemble de mesures de soutien destinées à les aider à se mettre des limites, tout en devant constater qu'ils n'y parviennent quasiment jamais, et que même quand ils y parviennent, ils sont incapables de s'y tenir. Et à partir de cet échec-là, de s'embarquer dans un ensemble de dispositions (soutien à la compétence parentale, valorisation des compétences des jeunes…) destinées surtout à donner aux travailleurs sociaux une raison de continuer à exister plutôt que de reconnaître que le point à partir duquel le sujet pourrait changer ne peut lui appartenir qu'en propre. Ajoutons qu'à cette fin de non recevoir, il ne restera bien souvent alors plus qu'à convoquer la psychiatrie lourde - médicamenteuse et institutionnelle - pour entériner que le cas dépasse les compétences des équipes. Sans nous apercevoir que c'est une psychiatrisation du social que l'on est en train de mettre en place, comme si nos pannes dans la transmission de l'humanité commune devaient trouver des solutions ailleurs qu'en elles-mêmes.

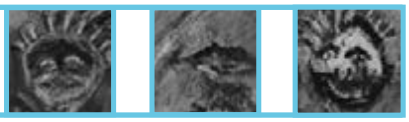
Reste alors la question : Que faire ?

Dissipons aussitôt un malentendu : pas question ici de se lamenter sur un passé révolu, encore moins de penser qu'on pourrait par une reprise en main d'autorité, pour ne pas dire autoritaire, remettre des limites qui n'ont pas été inscrites. La seule chance que l'on ait, c'est la relation que ces jeunes vont établir avec leur interlocuteur - que celui-ci soit éducateur, psy, juge, magistrat, enseignant ou que sais-je encore… - et le désir de ce dernier qui accepte, fût-ce à son corps défendant, de se faire le lieu d'adresse de ce qui, sans être une demande, constitue néanmoins bien un appel.

C'est dans la rencontre que quelque chose peut se rejouer ! S'il fallait donner un exemple, renvoyons au dernier film des frères Dardenne, *Le gamin au vélo*, où Samantha, la coiffeuse finement interprétée par Cécile de France, témoigne de son intelligence relationnelle dans sa rencontre avec Cyril, ce jeune de 12 ans qui lui a demandé de pouvoir venir chez elle en famille d'accueil et qui n'a qu'une idée en tête, retrouver son père - qui l'a placé dans un foyer pour enfants - pour qu'il le reprenne avec lui. Lorsque le gamin veut obtenir l'attention de son père - alias Jérémie Regnier -, celui-ci évite de lui répondre que cela lui est impossible et Samantha refuse d'être son porte parole, elle exige du père qu'il le dise lui-même à son fils. Ou encore quand, avec une pointe d'ironie bienveillante, elle le remet à sa place en se moquant de son vœu de savoir si elle a un ami : *De quoi je me mêle ?*, lui répond-elle. Ou encore quand elle fait entendre à l'enfant qu'elle tient à lui, qu'elle s'est engagée avec lui et qu'il lui importe au point de faire passer en second son copain du moment.

Il faudra pourtant bien que l'on finisse par le reconnaître : il n'y a pas de recette pour faire face à la violence de ces jeunes dans les situations complexes, simplement parce qu'elle témoigne de l'abandon dans lequel ils ont été laissés pour le travail d'humanisation qui est et sera pourtant irréductiblement exigé d'eux… (par personne mais par leur condition d'êtres parlants). Tout a l'air de se passer comme si on les avait laissés se confronter à ce qu'exige la condition humaine sans jamais leur témoigner de ce que cette confrontation était possible. Et plus on voudra trouver la bonne recette, plus on cherchera des mots d'ordre, des slogans, plus on risque de passer à côté du profit qu'il est possible de tirer d'une rencontre. Tirer profit d'une rencontre dans laquelle quiconque consent à engager son désir pourra se faire le destinataire de ce que ces jeunes n'ont pas pu se situer dans un monde de parole. Tirer profit d'une rencontre dans ce que celle-ci permet mais aussi dans ce qu'elle exige. Ce n'est que cela, qui en fin du compte, tôt ou tard, pourra porter ses fruits.

Mais ceci exige de nous éclairer sur les enjeux de l'humanisation, sur ce qu'exige l'éducation, sur ce qu'est un sujet, sur ce en quoi consiste un transfert…. Je ne sais si ceci peut encore être entendu, et pourtant… ●



Richesse et complexité de l'offre d'aides et de soins adressée aux enfants et aux adolescents en Belgique

L'offre adressée aux enfants et aux adolescents en matière de santé mentale, et dans les secteurs connexes tels que l'Aide à la jeunesse et le handicap, est complexe. Un rapide survol de la situation suffit pour s'en convaincre. Notons cependant, avant d'émettre un jugement trop rapide, que cette complexité évoque aussi bien la difficulté « à s'y retrouver », le morcellement et la méconnaissance entre secteurs que la diversité, la richesse, le foisonnement des initiatives et le dynamisme de ces secteurs, tant au niveau associatif qu'au niveau des pouvoirs publics. Bref, dire d'un système qu'il est complexe ne revient pas, a priori, à dénoncer quoi que ce soit. Probablement est-ce plus… complexe que ça.

Pascal Minotte
IWSM

Un aperçu général

Comme convenu, faisons le « rapide survol » annoncé. Nul n'ignore que la Belgique possède trois niveaux de gouvernements : (1) le niveau fédéral et les entités fédérées, à savoir (2) les trois régions et (3) les trois communautés[1]. Ajoutons à cela que la Région de Bruxelles-capitale, intersection des deux communautés, réglementée par la COCOM pour les affaires communes, est divisée entre la COCOF, responsable de ce qui concerne la communauté francophone de Bruxelles, et la VGK pour ce qui concerne la communauté des néerlandophones de Bruxelles. Ainsi, la structuration politique entraîne une répartition « sophistiquée » des compétences, que beaucoup d'entre nous méconnaissent. D'autant que la compréhension de cette répartition est rendue encore plus difficile dans la mesure où certaines compétences de l'État central sont étroitement imbriquées à celles des entités fédérées. En effet, les prérogatives que le « Fédéral » conserve sur certaines questions ont pour but de garantir l'égalité des droits fondamentaux entre les citoyens (en évitant les disparités entre régions), nous pensons notamment à certaines compétences en matière de santé ou de sécurité sociale, ou encore, simplement, à la justice.

Dès lors, concernant la santé (et la santé mentale), celle-ci est sous la responsabilité du Fédéral et des Régions, du moins pour sa dimension curative. La « Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale[2] », appartenant au gouvernement fédéral, exerce une responsabilité holistique sur l'offre de soins et plus spécifiquement sur (1) la régulation et le financement du système d'assurance obligatoire en soins de santé (sécurité sociale, assurance soins de santé et INAMI), (2) le choix des critères d'agrément et le financement des hôpitaux, (3) la législation régulant les professions médicales et paramédicales, (4) la législation organique des hôpitaux et détermination des conditions de désignation des hôpitaux universitaires, (5) les mesures prophylactiques nationales et leur application, (6) les droits du patient et les règlements sur les produits pharmaceutiques. Le « Fédéral » subventionne notamment 5 catégories de services de soins en santé mentale sur 6[3], autrement dit, toutes sauf les Services de Santé Mentale agréés qui sont organisés et financés par les Régions. L'État fédéral finance également les Plate-formes de Concertation régionale de santé mentale qui sont au nombre de 6 en Wallonie[4].

Les « matières personnalisables » sont, à l'origine, attribuées aux Communautés par l'article 128 de la Constitution. La loi spéciale du 8 août 1980 fixe la liste de ces « matières personnalisables », en distinguant deux domaines : la politique de santé et l'aide aux personnes. Malgré les exceptions attribuées à l'autorité fédérale et un large transfert de compétences vers la Wallonie, la Communauté française reste compétente pour les matières suivantes : la promotion de la santé et la médecine préventive, l'ONE et les centres PMS, les hôpitaux universitaires, les normes déterminant les catégories de handicaps pris en charge, ainsi que l'aide sociale aux détenus en vue de leur réinsertion[5]. En dehors des questions de santé, mais en lien étroit avec le secteur de la santé mentale infanto-juvénile, la Communauté française a également la responsabilité de l'aide à la jeunesse et de l'enseignement.

De leurs côtés, les Régions exercent la compétence politique de dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soins (à l'exception des hôpitaux universitaires qui relèvent de la Communauté française). C'est ainsi que, les Services de santé mentale, les Centres de coordination de soins et de services à domicile, les maisons médicales, les Centres de planning familial ainsi que les actions-pilotes en matière de santé mentale et de toxicomanie font également partie des compétences de la Wallonie. Celle-ci a, en outre, en charge l'inspection et l'agrément des hôpitaux généraux et psychiatriques, des Initiatives d'habitations protégées, des Maisons de soins psychiatriques ainsi que des Plates-formes régionales de Concertation en santé mentale. Elle accorde également des subventions à la construction et à l'aménagement des institutions médico-sociales. Nous pointerons aussi, parmi ses compétences, le secteur de l'aide aux personnes âgées et aux personnes en situation

de handicap. C'est dans ce cadre que l'Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AWIPH), organisme parastatal, est chargée d'exécuter et d'impulser la politique d'intégration sociale des personnes handicapées menée par le Gouvernement wallon.

Il ne semble pas nécessaire de commenter beaucoup plus la complexité structurelle du système, ces quelques lignes parlent d'elles-mêmes. Celle-ci oblige à des efforts particuliers pour permettre un minimum de synchronisation et d'harmonisation entre les différents acteurs concernés. C'est ainsi que, pour faciliter la coopération entre le niveau fédéral et les entités fédérées et impulser des « politiques intégrales et intégrées », des conférences interministérielles (de santé publique, notamment) sont organisées. De la même façon, aux différents niveaux, tant politiques, administratifs que du « terrain », des concertations sont mises en place avec plus ou moins de succès. C'est, par exemple, dans ce contexte qu'ont été imaginées les unités « médicolégales » appelées FOR-K et les trois nouvelles « Unités de Traitement Intensif » (UTI)[6] qui vont prochainement voir le jour.

Les services concernés par les « situations complexes »

Comme le suggèrent les témoignages et les recherches, les services concernés par les « situations complexes » sont nombreux et peuvent relever des différents niveaux de pouvoir évoqués. Il peut s'agir de services généralistes ou de services plus spécialisés dans les prises en charge difficiles. En voici un aperçu…

Du côté de la santé mentale, nous pouvons citer les Services de santé mentale, les Services psychiatriques en Hôpital général, les Hôpitaux psychiatriques (HP) et les structures conventionnées INAMI comme les Centres de réadaptation ambulatoire (CRA).

Depuis 2003 à Bruxelles et depuis 2008–2009 en Wallonie, aux lits (pédopsychiatriques) K, k1 et k2, sont venus s'adjoindre des lits FOR-K (FORensic Kinderen) destinés aux mineurs ayant commis des faits qualifiés d'infractions et présentant une problématique psychiatrique. Au total, 6 unités de ce type ont été ouvertes (deux en Flandre, une à Bruxelles[7] et deux en Wallonie[8]). Récemment, cette offre, appelée également UTI, s'est élargie à tous les mineurs sous le coup d'une mesure judiciaire (et plus uniquement à ceux ayant commis des faits qualifiés infraction). Ces unités s'accompagnent généralement de lits de crise pédopsychiatriques. De plus, une fonction de liaison judiciaire a été attribuée à chaque unité FOR-K afin d'organiser et de soutenir la coordination avec les autorités judiciaires mandantes.

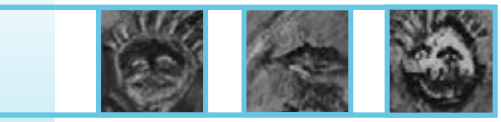
Des services d'« outreaching » (services pédopsychiatriques mobiles d'intervention) ont également été mis en place au départ de certains hôpitaux. Ceux-ci peuvent être « généralistes » (il en existe 8 en Wallonie) ou liés à une unité FOR-K (par exemple, aux deux unités FOR-K en Wallonie, à Liège et Tournai)[9].

Indépendamment des structures hospitalières, d'autres types de services d'intervention à domicile existent. Nous pensons particulièrement à l'asbl L'Entre-Temps à Braine-l'Alleud, spécialisée dans l'accompagnement des jeunes en situation complexe. Ce service a la particularité d'être financé par la Communauté Française, la Wallonie (Santé et AWIPH) et la COCOF. Bien que difficiles à obtenir et administrativement très contraignants étant donné la multiplication des obligations administratives, ces multiples subventionnements sont une des façons de dépasser les contraintes liées au morcellement des compétences.

De leur côté, les structures conventionnées INAMI sont des centres régis par une convention particulière avec le Collège des médecins-directeurs de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité. Il s'agit de Centres de réadaptation ambulatoire des troubles mentaux et de comportement qui proposent aux patients des séances diagnostiques et de la réadaptation fonctionnelle (principalement en ambulatoire, dans quelques cas hospitalisés), individuelle ou de groupe, de durée variable, dispensées dans le cadre d'un programme multidisciplinaire[10]. Il s'agit également de services K (la convention INAMI se rajoute parfois à un autre agrément) ou de centres thérapeutiques.

Comme nous l'avons maintes fois évoqué, les trajectoires de prise en charge des situations dites complexes ne se limitent pas à la psychiatrie et

Catherine, Atelier des Artistes Anonymes, Clinique de Bonsecours



aux services appartenant au secteur de la santé mentale, loin de là. Les institutions de la Communauté française sont également pleinement concernées. À ce sujet, nous pouvons évoquer les équipes « SOS-enfants » (ONE), mais aussi les services de l'Aide à la jeunesse. Parmi ceux-ci, citons (1) les « autorités mandantes » que sont le SAJ et le SPJ, (2) les IPPJ (et le centre fédéral fermé de Saint-Hubert qui possède un statut particulier) et les services d'aide agréés, répartis en 14 catégories. Ceux-ci sont généralement désignés par des acronymes plus impénétrables les uns que les autres pour les néophytes. Il s'agit des AMO, COE, SPEP, SP, SPF, CAU, CPA, COO, SAIE, SAAE, CAEVM, CAS, CJ et PPP. Chaque type de service fonctionne dans un cadre et avec des missions bien définies[11] de telle sorte qu'ils ne sont pas tous concernés au même degré par les jeunes qui présentent des difficultés psychiatriques et comportementales. Par exemple, les Centres d'accueil d'urgence sont confrontés à ces situations comme à beaucoup d'autres, car ils accueillent les enfants et les adolescents dans l'urgence, sans sélection ni file d'attente. Ils n'ont donc pas de vocation spécifique à accueillir des difficultés psychiatriques et se trouvent souvent démunis lorsque le cas se présente[12]. D'autres services sont mieux outillés (dans la mesure où la situation n'est pas trop « psychiatrique »…). Nous pensons ici aux Centres d'accueil spécialisés qui organisent l'accueil collectif de jeunes nécessitant une aide urgente et spécialisée eu égard à des comportements violents ou agressifs, des problèmes psychologiques graves et des faits qualifiés infraction. Au vu de la définition de leurs missions, les CAS[13], tout comme les FOR-K au niveau de la santé mentale, sont au cœur du dispositif spécialisé dans l'accueil des situations qui nous préoccupent.

Enfin, nous devons également évoquer les « structures AWIPH » qui sont, elles aussi, concernées par des problématiques psychiatriques et comportementales chez les jeunes qui les fréquentent. Nous n'allons pas ici les citer toutes, sinon d'évoquer à nouveau les Centres de réadaptation ambulatoire dont certains (ceux qui n'assurent pas d'hospitalisation) reçoivent des subsides de l'AWIPH. Remarquons à nouveau au passage l'intrication des subsidiations, présente dans beaucoup de secteurs.

Les services les plus souvent évoqués sur la question des situations complexes chez les adolescents dans le secteur handicap sont les Services Résidentiels pour Jeunes (SRJ, anciennement IMP). Ceux-ci offrent aux jeunes de 3 à 18 ans, porteurs d'un handicap, un accueil permanent de jour comme de nuit dans un environnement adapté. Certains de ces services s'adressent à des jeunes de la « catégorie 140 » qui désigne « les mineurs d'âge atteints de troubles caractériels, présentant un état névrotique ou prépsychotique et nécessitant une éducation appropriée[14] », autrement dit, aux jeunes qui constituent notre public cible.

Nous pouvons également citer les acteurs psychosociaux de l'enseignement comme les PMS ou les partenaires médicopsychosociaux comme les plannings familiaux. Ceux-ci n'ont pas une vocation spécifique à s'occuper des situations complexes, mais ils en croisent et sont parfois impliqués dans leur suivi et les dynamiques de réseau qui les concernent.

En conclusion, ce rapide survol a notamment pour intention de montrer la « sophistication » du dispositif et de son organisation ainsi que l'interdépendance de chacun au moment de réfléchir à la prise en charge des situations dites complexes. Si certains services sont, étant donné leur public cible, directement concernés (les services FOR-K, les CAS, les SRJ 140, les IPPJ…), toutes les institutions citées ici sont susceptibles d'intervenir dans leur suivi.

Comme le soulignent d'autres articles de ce dossier, une des pistes d'amélioration de la prise en charge des « incasables » réside dans la mise en place de dynamiques de réseau faisant intervenir des acteurs de secteurs différents. Ce type de dispositif fonctionne depuis plusieurs années entre certaines institutions. Nous pensons, par exemple, au Toboggan[15] qui a développé une organisation « en trépied » autour du jeune. C'est-à-dire qu'au moment où celui-ci est accueilli, un accord est formalisé avec le juge (et repris dans l'ordonnance de placement) dans lequel trois partenaires sont inscrits : une IPPJ, un hôpital psychiatrique et le Toboggan (comme point fixe). Ainsi, en fonction de ce que va vivre le jeune et d'éventuelles perturbations psychologiques graves ou comportementales, il sera orienté provisoirement dans l'un ou l'autre lieu, sachant qu'après, il réintègre le CAS.

Partant de là, lorsque ce type de collaborations fonctionne, nous pouvons alors dire que la complexité du Réseau est une richesse…

[1] Pour être complet, nous devrions également évoquer les niveaux locaux (Provinces et communes).

[2] http://www.belgium.be/fr/la_belgique/pouvoirs_publics/autorites_federales/gouvernement_federal/composition_gouvernement/index_laurette_onkelinx.jsp.

[3] Les Services psychiatriques en hôpital général, les Structures conventionnées INAMI, les Initiatives d'Habitations Protégées (IHP), les Hôpitaux psychiatriques (HP) et les Maisons de Soins Psychiatriques (MSP) c'est-à-dire tous sauf les SSM qui sont organisés et financés par la Wallonie.

[4] Voir le site de l'IWSM : http://www.iwsm.be/institut-wallon-sante-mentale-members-liste.php?idt=29.

[5] Source : Portail de la Communauté française et du CRISP http://www.actionnariatwallon.be/wallonie/.

[6] Autre appellation pour les unités médico-légales.

[7] Voir l'article p.29 de ce dossier.

[8] À Liège, Les Cyprès, implantée sur le site Petit Bourgogne (ISoSL), peut accueillir 8 jeunes, filles et garçons, de 15 à 18 ans pour une durée maximale de 14 jours. Ces 8 lits viennent renforcer 3 lits K de crise déjà opérationnels depuis 2007. Cf. confluences 21. A Tournai, une unité de 8 lits accueillant uniquement des garçons et implantée sur le site de l'hôpital psychiatrique Les Marronniers est opérationnelle depuis le 01/01/09.

[9] Voir l'article en p.29 du dossier.

[10] Mémento de la Santé Mentale 2010 du Fonds Julie Renson, p. 143.

[11] Missions décrites en détail sur le site Internet de la Communauté Française : http://www.aidealajeunesse.cfwb.be/index.php?id=servicesagrees.

[12] Voir témoignage dans ce dossier, en p.36.

[13] Voir l'article en p.38 de ce dossier.

[14] Arrêté royal n°81 du 10 novembre 1967 créant un « Fonds de soins médico-socio-pédagogique pour handicapés ».

[15] Centre d'Accueil Spécialisé pour jeunes filles de la région de Mons. Voir article p.38 dans ce dossier.

Karibu

Le Centre hospitalier Jean Titeca a été le premier à ouvrir un service adressé aux adolescents présentant des problèmes psychologiques et comportementaux sévères. Cette Unité FOR K ou UTI[1] existe depuis 8 ans. Le Congrès international *Santé mentale et Justice des mineurs* [2] qu'il a organisé en mai dernier permet de mesurer le chemin parcouru et de poser les enjeux cliniques et politiques qui se posent encore à ce jour. De témoigner aussi d'une pratique de terrain au regard de ces questionnements.

Rencontre avec **Etienne JOIRET**
Psychologue clinicien
Chef de service-adjoint des dispositifs de soins pour adolescents, dont l'unité "Karibu"
Hôpital psychiatrique Jean Titeca, Bruxelles

*Un entretien réalisé par **Sylvie GÉRARD**, IWSM*

Ce service a été créé sur base d'un constat et d'une expérience partagée[3] que les institutions publiques d'Aide à la jeunesse ne sont pas - ou pas toujours - adaptées aux jeunes qui présentent des problèmes psychologiques et comportementaux sévères. Qu'est-ce que Karibu propose de spécifique ?

Ce projet est l'aboutissement d'une idée qui n'est pas neuve et qui s'appuie sur notre pratique clinique en IPPJ. J'y ai rencontré, avec le Dr Servais, pas mal de mineurs qui présentaient des problématiques psychiatriques débutantes ou avérées mais le cadre des institutions publiques d'Aide à la jeunesse ne nous semblait pas adéquat parce que ce secteur se définit autour d'une visée éducative plutôt que clinique. Même si le travail psy y est intégré, ce n'est pas sa vocation première.

Les débats, à l'époque, ont été vifs. De nombreuses questions ont été soulevées mettant en confrontation des modèles théoriques, politiques ; soulevant des questions d'ordre juridique avec une mise en tension des enjeux institutionnels propres aux différents secteurs mais on a pu au moins dire que ces jeunes existent. Et poser une question essentielle : Qu'est-ce qu'on leur propose ? Quel accès aux soins et à des structures adaptées met-on en place pour ces jeunes ?

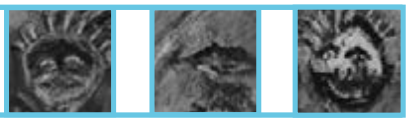
Le Centre hospitalier Jean Titeca accueillait à l'époque, sur demande des autorités judiciaires, des adolescents présentant des troubles psychologiques et comportementaux sévères de façon ponctuelle, mais un accueil au sein d'une section adulte est peu adéquat. Il s'agit d'une clinique particulière qui demande à être pensée en tant que telle. En 2002, quand le Conseil des Ministres à approuvé la mise en place d'unités spécifiques pour ces adolescents, nous étions prêts.

Qu'avez-vous mis en place pour rencontrer cette clinique particulière ?

Nous avons élaboré un projet thérapeutique qui s'articule autour de 3 axes : nos valeurs, les référents théoriques sur lesquels s'appuyer et la clinique du quotidien.
Nous partons du principe que n'importe quel jeune, quelque soit l'acte posé, a droit à des soins spécifiques adaptés à sa situation.
Notre travail clinique prend appui sur une pluralité d'approches, il n'y a pas un cadre, un référent théorique exclusif.
L'intervention se veut multi-systémique telle que définie par J. Barudy sur base du principe que l'aide que l'on apporte à un enfant n'est jamais une expérience individuelle mais bien collective. Il y a une dimension sociale mais aussi politique qui nous amène, au travers de comités de concertation, de groupes de travail, de congrès, à interpeller et à associer à la réflexion l'ensemble des acteurs concernés par les questions en jeu. Cela nous semble essentiel.

Quant à l'axe clinique, nous avons d'abord défini des critères d'admission très stricts qui répondent aux inquiétudes fondamentales qui se sont exprimées à l'époque, notamment la crainte que la psychiatrie ne devienne le bras armé de l'ordre social. Nous nous sommes basés sur la loi du 26 juin 90 liée à la protection de la personne des malades mentaux.
Même si des demandes nous sont adressées en ce sens -et il y en a- nous n'accueillons pas des jeunes qui ont des troubles du comportement, des problématiques sexuelles ou d'assuétudes, … Nous accueillons des jeunes qui ont des problèmes psychiatriques sévères (troubles psychotiques, troubles de l'humeur sévère) et des troubles du comportement.

L'axe thérapeutique est centré sur le soin, même s'il est, dans notre pratique quotidienne, indissociable de l'axe éducatif au travers des activités de groupe, des activités scolaires, mais aussi à travers l'accompagnement du jeune dans toutes les procédures judiciaires. Les conséquences des actes délinquants, les aspects comportementaux, font partie de la prise en charge. On sait que le jeune peut être insultant, agressif, dangereux, ce qui va amener des recadrages multiples. On sait aussi qu'il va répéter ces actes… ce n'est pas pour cela que l'on va mettre fin à la prise en charge même s'il y a des



limites. Si un jeune se met à frapper un éducateur avec une barre en fer et que ce dernier risque d'y perdre un œil, là, on arrête. Notre critère fondamental, c'est que l'équipe soit en mesure de continuer à travailler mais, par principe, le passage à l'acte, les attaques du cadre ne sont pas des raisons suffisantes pour remettre en question le processus thérapeutique[4].

Vous parlez de clinique du quotidien, comment s'organise-t-elle ?

Nous disposons de 2 unités : l'Unité Karibu qui accueille 14 jeunes et l'Unité Kalima, plus ouverte, dans laquelle on va travailler sur la mise en autonomie du jeune avant un retour en famille, en institution ou en initiative d'habitation protégée[5]. Cette unité accueille 11 jeunes, exclusivement des garçons âgés de 15 à 18 ans[6].

Au sein de ces unités, nous remarquons deux sous-groupes. Le premier, le plus important, est constitué de jeunes qui ont séjourné dans de nombreuses institutions du secteur de l'Aide à la jeunesse et du handicap et qui ont été pris en charge assez tôt par le secteur de la santé mentale mais qui, en raison de manifestations - comportementales essentiellement - ont débordé le fonctionnement de ces différents services. Ils arrivent souvent à l'âge de 16 ans, 16 ans et demi, avec un passé institutionnel lourd, une situation familiale difficile et peu de perspectives de réinsertion.
Le 2ème groupe accueille des jeunes qui ont été placés en institutions publiques fermées en raison d'infraction(s) grave(s) (coups, blessures, tentative de meurtre, violence sexuelle) et chez qui on soupçonne la présence d'une problématique psychiatrique qui n'a pas, ou peu, été prise en charge par le secteur de la santé mentale. La famille est parfois plus présente mais les perspectives de réinsertion sont faibles au vu de la gravité des faits et de la présence d'une maladie.

Le programme est construit autour des activités de groupes, des entretiens individuels et de famille. Nous proposons notamment des activités thérapeutiques, culturelles, sportives, un atelier santé (relaxation, prévention de la violence, hygiène de vie, problématiques sexuelles) et un atelier d'expression (théâtre, musique, slam, …). Le suivi scolaire (de type V) est aussi assuré au sein de l'hôpital par l'école Robert Dubois[7].
Les activités se font en fonction de l'état de santé des jeunes. Elles sont discutées avec eux chaque matin. Cet espace communautaire permet aussi d'échanger au sein du groupe sur les évènements qui se sont déroulés précédemment. On est donc dans une approche clinique qui intègre une évaluation du quotidien.

Dans l'Unité Kalima, on travaille plus sur les activités de mise en autonomie, sur les habilités sociales : on aide le jeune à poursuivre le décodage de ce qui est en jeu : *Comment je suis ? Pourquoi je démarre au quart de tour?, Qu'est-ce qui peut représenter un risque, un danger pour moi, pour l'autre ? …*

Les activités sont en soi assez classiques, ce qui est différent, peut-être, c'est la logique sous-jacente. Ce qui nous différencie des services éducatifs, c'est de considérer que c'est l'état de santé de la personne qui est la clé de compréhension et d'élaboration de son projet de soin et de réinsertion sociale. Il arrive qu'un jeune pète les plombs le lundi, agresse un autre jeune ou un membre du personnel ; il ne sera pas pour autant sanctionné en étant privé de week-end. Si nous pensons que, d'un point de vue clinique, il est important qu'il y aille, nous allons travailler en ce sens. Il n'y a pas de logique cognitivo-comportementale même s'il y a des attitudes éducatives à adopter. Selon les cas, nous pouvons aussi expliquer au jeune qu'il n'est pas en situation d'aller en week-end, que ce qui est arrivé le lundi risque de se reproduire, que ce n'est pas le bon moment pour lui…

On essaie de mettre à disposition du jeune, de sa famille, de son réseau, des outils cliniques - individuels, de groupe, psychiatriques (notamment une prescription médicamenteuse) - que le jeune va pouvoir s'approprier et sélectionner avec nous, en espérant que les acquis, durant l'hospitalisation, soient transférables dans sa vie.

Cela pose très vite la question du suivi ambulatoire. Quand un jeune reste 6 mois, 9 mois chez nous[8], il faut prévoir un accompagnement pour qu'au terme du séjour, un retour en famille, en institution, en habitation protégée ou une mise en autonomie soit possible. Quand on propose l'aide d'un soignant, d'un psychologue, à domicile[9], le jeune est souvent preneur même si cela n'enlève rien à la complexité des situations puisque c'est une relation qui est sous contrainte. Est-ce que l'on peut être bientraitant dans un cadre judiciaire ? Nous pensons que oui mais pas n'importe comment : en étant humain, en évitant l'humiliation, la maltraitance institutionnelle.

Catherine, Atelier des Artistes Anonymes, Clinique de Bonsecours

Concrètement, vous le traduisez comment dans votre pratique ?

Toutes les activités sont organisées avec le souci de repérer ce qui va bien et ce qui est utile au jeune, et de le valoriser. Ces adolescents ont un narcissisme effondré, une image d'eux-mêmes complètement ravagée ; l'enjeu est de pouvoir à la fois travailler le « *Qu'est-ce que je suis capable de faire ? Je vaux plus que ce que je n'imagine…* » et le « *Comment je peux faire*

confiance à un adulte, sans me sentir en danger, sans penser qu'il va abuser de moi ou qu'il va me laisser tomber ? ».

Dans un entretien avec une famille, par exemple, des parents étaient tellement négatifs par rapport à la scolarité de leur enfant que j'ai proposé à l'institutrice de nous rejoindre. Elle a pu expliquer que le gamin allait en classe, qu'il avait un cahier en ordre, de bons points, un chouette rapport avec le professeur… Il est encadré, oui, mais il réussit quelque chose. Cela a permis aux parents de porter un autre regard sur l'enfant. C'était essentiel pour le jeune.

Dans tous les rapports : avec les psys, les éducateurs, les professeurs, les parents, le juge aussi, on est attentif à cela. A un juge, on dira : « *Il y a ça, ça et ça qui se passent bien. Ce qui reste compliqué, c'est ça et là-dessus, il a envie de travailler mais parfois il hésite…* ». Nous sommes attentifs à reformuler la situation du jeune de manière positive et constructive.

Il y a un énorme travail à faire sur la question de l'estime que ces jeunes ont d'eux-mêmes à travers une histoire familiale, institutionnelle, sociale dans laquelle ils n'ont jamais trouvé leur place si ce n'est peut-être celle que leur a procuré une bande de pairs. Là, ils ont pu avoir une identité. Pour le reste, ils se vivent comme incapables de tout. On va donc aussi beaucoup travailler à construire un fil rouge qui permette au jeune de se reconstruire narcissiquement, de développer des habilités pour, finalement, se fonder une identité à lui.

Ce travail est complexe à réaliser parce que l'on accueille les jeunes très tard. Leur parcours est souvent discontinu et une série de *fils rouges* sont déjà coupés. On essaie de retisser ces liens, avec le jeune, en consultant toutes les personnes ou services référents qui ont existé dans sa tête. On peut aller de la pouponnière au service d'accueil d'urgence avec, comme souci clinique, d'essayer de repérer, de travailler les pôles de résilience dont il pourra se servir et, en même temps, de reconstruire l'histoire personnelle du jeune. La difficulté, c'est que l'on arrive très vite à 18 ans, il faut donc pouvoir aider l'ado à structurer un réseau autour de lui sur lequel il va pouvoir s'appuyer, en sachant ce qu'il peut et ne peut pas en attendre. C'est pour cela que nous proposons aussi aux jeunes des référents. Ils en ont quatre : deux référents soignants - un choisi par l'équipe, un choisi par le jeune, qui vont l'accompagner tout au long de son hospitalisation, dans toutes ses étapes - et deux autres référents « psys » dont un s'occupe plus spécifiquement du réseau.

Pour l'hôpital, il s'agit aussi de comprendre ce qui s'est passé avant, ce qui va se rejouer, ce qui peut nourrir le travail de l'équipe en évitant les erreurs du passé. Par exemple, un jeune qui se fracasse la tête contre une fenêtre et qui a un comportement de mise en danger grave, il va falloir le protéger. Une des façons de le faire, si on n'arrive pas à apaiser la situation autrement, c'est de l'entraver dans un local sécurisé. Le référent peut intervenir et dire : « *Attention, on sait que ce jeune, à 3 ans, se retrouvait parfois attaché à son lit parce que les parents allaient faire des courses ou sortaient le soir.* » Quand on sait ça, on peut éviter de répéter une forme de maltraitance. Par nos attitudes, il faut tenter de réparer la relation que le jeune peut avoir avec l'adulte parce que certains ont été abusés, violentés. Ces questions sont en permanence posées.

Des questions, il y en a eu beaucoup au Congrès 'Santé mentale et justice des mineurs'[10]. Des tentatives de réponses aussi.
Que retenez-vous de ce temps d'échanges ?
Qu'avez-vous envie de soutenir ?

Trois aspects me semblent importants : d'abord, les questions de droit et d'éthique sur des sujets essentiels comme la liberté, l'autorité parentale, les droits fondamentaux de la personne, … Comment les magistrats et les autres intervenants peuvent-ils concrètement les appliquer ?

Ensuite, que disent les recherches internationales sur les questions de diagnostic et comment, au mieux, approcher la réalité clinique de ces situations pour éviter les pièges de la psychiatrisation, du diagnostic rapide, … ?

Enfin, comment les praticiens (santé mentale, aide éducative, justice) peuvent-ils se rencontrer, et à quelles conditions, pour que ces dispositifs soient bien pensés, bien articulés et évalués ?

On mesure mieux, dans un Congrès comme celui-là, les écarts qu'il peut y avoir entre la pratique et la théorie… ●

CENTRE HOSPITALIER JEAN TITECA
Unité Karibu
Rue de la Luzerne,11 - 1030 Bruxelles
02/735.01.60
info@chjt.be
www.cht.be.

[1] Le terme FOR K (de l'anglais Forensic) fait référence au cadre médico-légal. On parle aujourd'hui d'Unité de Traitement Intensif (UTI).

[2] Le Congrès international « Santé mentale et justice des mineurs. S'il te plaît, dessine-moi ton enfer », organisé par le Centre Hospitalier Jean Titeca, en partenariat avec le Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale du Centre Hospitalier Universitaire Brugmann (ULB) et de l'ASBL Esquirol, s'est déroulé les 19 et 20 mai 2011 à Bruxelles.

[3] En l'occurrence ici par Etienne Joiret et le Dr Laurent Servais qui ont travaillé plusieurs années en IPPJ. Ils ont créés et dirigent l'unité pour adolescents Karibu depuis 2003.

[4] L'état de santé du jeune est déterminant. Si maladie mentale il y a (qui explique l'acte), le jeune sera soigné. S'il va mieux, qu'il est stable et que l'acte est intentionnellement posé, en concertation avec le magistrat, il peut être réorienté – provisoirement ou définitivement – vers une autre institution.

[5] Le Centre Karibu dispose aussi d'une habitation protégée pouvant accueillir 8 jeunes de plus de 16 ans (CASMMU-ados) et d'un service ambulatoire (équipe outreaching Karavel).

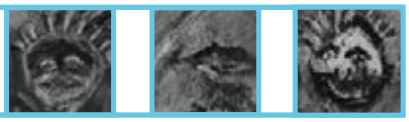
[6] L'accueil au sein de l'Unité Karibu est défini dans le cadre d'une convention entre le Ministère de la Santé et le C.H.J. Titeca. Elle prévoit la possibilité de placements de jeunes dès l'âge de 12 ans sur base d'un mandat judiciaire émanant du Tribunal de la Jeunesse pour un fait qualifié d'infraction (article 36.4 de la loi du 8 avril 1965 sur la Protection de la Jeunesse). Les prises en charge peuvent être prolongées jusqu'à 20 ans.

[7] Ecole de la ville de Bruxelles, l'école Robert Dubois dont l'antenne principale se situe au Centre hospitalier universitaire Brugmann, propose un enseignement reconnu (enseignement de type 5B) aux élèves atteints de maladie, quelle que soit la pathologie.

[8] Les deux premières ordonnances de placement par le Juge de la jeunesse sont de trois mois ; la troisième peut être de maximum six mois. La prise en charge au sein d'un service n'excède pas un an.

[9] Travail mis en place par l'équipe outreaching Karavel (voir aussi l'article en p.34).

[10] Les actes de ces deux journées, particulièrement riches en témoignages, devraient être prochainement publiés. Renseignements : icongress.mh-jj2011@chjt.be ou etiennejoiret@yahoo.fr.



Quelques réflexions sur l'impuissance et le réseau

Les violences vécues par certains adolescents se jouent et se rejouent au sein des lieux d'accueil ou en consultation : la violence des mots, des actes… ; la violence de la peur de l'échec aussi. Le sentiment d'impuissance peut être prégnant ! Se posent alors les questions du « Que faire ? » : Comment faire sans être tout puissant, pour rester créatif, professionnel, humain ? ; les questions de relais et de réseau ; les questions de temporalité aussi, pour ces rencontres avec le jeune et avec l'ensemble des intervenants. Comment rester ensemble, en évitant le duel *du face à face* avec le jeune ? Trouver un point d'accroche, un port d'attache au départ duquel naviguer contre vents et marées, sans se détruire ; sans détruire le jeune, ni l'intervenant, ni le travail thérapeutique, alors que le contexte, d'entrée de jeu, est marqué par la – les – violences… Réflexions livrées à chaud par deux intervenants en Service de Santé Mentale.

Emmanuel THILL, Pédopsychiatre[1]
Pauline MACÉ,Psychologue
Service de Santé Mentale du Tournaisis

Aborder les difficultés que pose l'accompagnement d'adolescents en situation complexe nous confronte inévitablement, comme le souligne bien Pascal Minotte[2], aux frontières, aux ratages, aux limites de nos dispositifs de soin. Ces adolescents se coltinent leurs propres limites, celles de leur entourage, celles qui contraignent à faire avec une certaine réalité pour pouvoir trouver et inventer leur place dans le monde. De même sommes-nous aux prises avec notre propre impuissance : impuissance à résoudre les questions inévitables que posent ces accompagnements en termes de contacts avec la famille, de solutions pour après…

Vous avez dit : « passage à l'acte » ?

L'angoisse affleure, et pour les jeunes et pour ceux qui les accompagnent. L'angoisse, et la peur devant la violence, notamment. Violence par laquelle certains adolescents nous interpellent parfois, par laquelle il nous arrive de répondre, quand, arrivés aux limites de notre créativité, nous mettons fin à un suivi thérapeutique, nous imposons un changement d'hébergement, nous isolons ou renvoyons un jeune…
Cette violence n'est sans doute pas sans lien avec celle des traumatismes non encore élaborés qui font retour dans le quotidien, ni avec celle des pulsions qui cherchent de nouveaux modes de satisfaction. Or, si le sexuel prend au temps de l'adolescence une nouvelle tournure, il ne doit pas occulter la remobilisation des angoisses archaïques que ce bouleversement suscite et qui, sur fond de traumas répétés (comme autant d'attaques de la capacité ultérieure à créer des liens), amène à des passages à l'acte parfois désespérants, à la mesure peut-être d'un désespoir d'enfant jusque-là inentendu – inentendable – voire inaudible.

Continuer à penser

Alors, quelle réponse fournir ? Peut-être d'abord admettre et supporter qu'il n'y en ait pas… Que toutes nos études, nos projets pédagogiques, nos outils psychologiques ou nos techniques éducatives, tout notre savoir ne suffiront pas. La réponse sera ce que le jeune pourra construire, avec nous. Comme l'indique l'impuissance que nous ressentons, dans certains cas, il n'y a rien à « faire », rien d'autre que de continuer à « penser ». Or, penser, quand les amarres du refoulement ou du déni empêchent que ne déferle sur ces jeunes l'horreur de ce qu'ils ont traversé, c'est exactement ce contre quoi ils luttent, probablement pour leur survie. Penser, comment (s') en donner les moyens ?

Rencontrer le jeune, être là quand surgissent au détour d'une crise ces petites perles que sont les mots qu'il pourra dire de ce qu'il a ressenti et qui renvoient peut-être à un ressenti plus ancien ; être là encore pour la prochaine crise et se faire, au fil de ces moments, la mémoire ou le fil rouge de ce qui est en train d'émerger. Etre là pour recevoir cette angoisse qui déborde, pour faire savoir qu'elle peut ne pas être complètement ravageante, que nous pouvons la supporter, qu'elle ne nous a pas détruits.

Contenir, en se proposant un temps comme « contenant » solide pour cette expression bruyante et ravageuse en se tenant là pour parer à la menace qui pèse sur le jeune de sombrer dans le vide ou le démembrement.

S'offrir comme pare-excitation, en tentant d'accompagner et donner sens aux excitations, aux sollicitations que ces jeunes ne manquent pas de connaître et qui réveillent leur intolérance infantile à la frustration.

S'appuyer sur la fonction « contenante » du réseau

L'ensemble des professionnels, inscrits dans un réseau qui se construit à l'occasion de la rencontre avec ce jeune, c'est peut-être bien ce qui, pour le jeune, peut approcher de ces fonctions – contenant et pare-excitation – nécessaires à ce que se tisse un sentiment de sécurité suffisant pour traverser ou retraverser des temps de construction du lien qui ont échoué jadis, et ouvrir une voie pour une autre issue. Ce réseau (entre services de santé mentale, institutions d'hébergement, d'Aide à la Jeunesse, d'orientation, etc.), c'est aussi pour les équipes, ce qui peut faire fonction de contenant et de pare-excitation pour supporter l'insupportable que les jeunes nous adressent, pour lutter contre l'épuisement et l'évitement de la rencontre qui

sont autant de réactions de défense qui nous échappent bien souvent.

Ainsi, si l'adolescent prend appui sur ces fonctions assurées par des professionnels, chacun depuis sa place particulière, le réseau peut devenir un relais et soutenir les professionnels, à condition qu'il ne devienne pas un rempart contre notre propre angoisse, une défense par un « faire » qui remplace la rencontre, sur le mode d'un mécanisme anti-dépresseur où l'activité pare à la chute éventuelle dans le vide.

Pour rester vivant et soutenant, être un lieu où peut se dépasser le constat d'impuissance, c'est, d'après nous, de temps dont ont besoin et le réseau et ses intervenants et le jeune, plus que de formalisation, de procédures et d'objectifs ou de réseaux de soins organisés à l'avance. Du temps pour se rencontrer et échanger, pour penser ce qui arrive et se met en forme, pour se parler, apprendre à se connaître et se reconnaître. Du temps pour s'accorder au rythme de l'autre et trouver une juste distance dans laquelle avancer, avec l'adolescent et sa famille, entre intervenants.

S'accorder au rythme de l'autre

Mais aussi du temps pour que les choses se disent, parce que le temps du sujet n'est pas celui de l'institution, parce que nous sommes parfois soumis à l'impératif d'une limite dans l'accueil que nous pouvons proposer, alors que l'adolescent, lui, ne peut pas faire plus vite que passer et repasser à un rythme qu'il ne maîtrise pas, par ces temps d'avancée puis de recul nécessaires à une nouvelle inscription.

Ainsi pensé, se dessine un réseau au sein duquel l'adolescent peut aussi faire l'expérience de formes inédites de liens, inédites en ce qu'elles vont vers plus de différenciation, donc plus de « séparation » et plus de possibilités de se connaître soi, de reconnaître l'autre comme différent, en tolérant, peut-être, un peu mieux la frustration que cela peut engendrer. ●

Un processus thérapeutique où les regards se croisent et se nourrissent

Antoine a 13 ans. Il est en sixième primaire dans une école de la ville. Il est adressé à ma consultation de pédopsychiatre en service de santé mentale par l'intermédiaire de la psychologue du PMS qui l'a rencontré quelques fois. Antoine pose d'énormes problèmes de comportement à l'école, étant au cœur de toutes les bagarres et défiant l'autorité des enseignants qui tentent de le recadrer. De plus, des comportements d'automutilation des doigts et des poignets inquiètent son institutrice.

Il est d'origine congolaise, arrivé voici 4 ans d'une région marquée par des combats violents. Il a fui avec sa maman suite à l'enlèvement de son père par des hommes armés. Depuis, la famille n'a plus de nouvelles mais vit, de manière précaire, dans l'espoir que celui-ci soit encore vivant et vienne les rejoindre en Belgique.

La relation entre Antoine et sa maman est difficile : il n'obéit pas, sort dans le quartier jusqu'à des heures tardives et y rencontre d'autres adolescents plus âgés, de « mauvaises fréquentations » selon la maman. Cette petite bande de jeunes s'est illustrée par quelques dégradations d'abribus, ce qui a conduit à une demande d'aide de la maman auprès du SAJ.

Ma première consultation se déroule en présence d'Antoine, de sa maman et de la déléguée du SAJ. Première rencontre avec un jeune silencieux, le visage fermé mais à l'écoute des adultes égrenant les faits de violence à son palmarès. La maman attend de moi une parole de condamnation, un recadrage quelque peu musclé de son fils s'éloignant du droit chemin. Comment rejoindre cette maman dans sa représentation culturelle de ma consultation « médicale » ? Comment tenter de mettre du sens sur les comportements d'Antoine, sans le dédouaner de la responsabilité et des conséquences de ses actes agressifs ?

La déléguée du SAJ prend la parole comme ambassadrice de la maman, permettant petit à petit une « mise en récit à deux » de l'histoire traumatique des derniers mois au Congo et de la fuite en Belgique. Antoine écoute et est ému par les larmes de sa maman, je me permets de souligner ce partage d'émotions qui se déploie entre Antoine et sa maman… Celle-ci sort une photo du père d'Antoine, ce qui nous permet de parler de son absence, des craintes autour de sa disparition. Ce père, jamais « parlé » à la maison, occupe maintenant sa place parmi nous. La maman le fait vivre par l'évocation des souvenirs des bons moments passés en famille, par l'explication de ses qualités, par ses engagements politiques au Congo… Antoine écoute et se redresse. La première consultation se termine par une décision prise en commun de revoir Antoine pour des entretiens individuels, ponctués de moments de rencontres familiales. La déléguée du SAJ reste joignable et se retire du processus thérapeutique au service de santé mentale.

Ce suivi durera plus d'un an, fait de hauts et de bas, de moments d'échanges mais aussi de séances silencieuses avec Antoine où j'ai l'impression de faire les questions et les réponses. Ce fil processuel sera aussi traversé par un partage de réflexions cliniques au cœur de mon équipe du service de santé mentale : richesse de ces réunions d'équipe où les regards cliniques se croisent et se nourrissent… Je ponctuerai également ce suivi de quelques rencontres avec l'équipe scolaire, à l'origine de la demande de consultation. Ceci nous permettra de construire ensemble des réponses à la violence d'Antoine, compte tenu des spécificités de son histoire singulière.

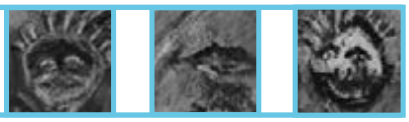
Emmanuel THILL, Pédopsychiatre

SSM DU TOURNAISIS

✉ Route Beyeart, 59B - 7500 Tournai.
☎ 069/22.05.13
ssmt.beyaert@skynet.be

[1] Le Dr Thill, Médecin-directeur au SSM du Tournaisis, est aussi pédopsychiatre en IMP.

[2] Voir p. 18 ci avant, texte qui a servi d'argumentaire au dossier.



Partage d'une pratique nouvelle en psychothérapie pour adolescents délinquants

Trois hôpitaux psychiatriques - le Petit Bourgogne à Liège[1], les Marroniers à Tournai et le Centre hospitalier Jean Titeca à Bruxelles - disposent d'une équipe « outreaching » spécialisée dans la prise en charge de jeunes âgés de 13 à 20 ans qui présentent des troubles psychologiques/psychiatriques sévères, des troubles du comportement et une conduite délinquante[2]. Une des spécificités de ces équipes est d' « aller vers » l'adolescent et son entourage direct, là où il réside.

Larissa HUMPERS, **Anne-Cécile BLAVIER**, **Virginie GEORGIS**, Psychologues
Mohamed LOUKH, Educateur ; **Didier WEGIMONT**, Pédospychiatre
ISoSL[3], Equipe Mikado, Liège[4]

Ce que nous mettons en place, c'est un cadre de travail thérapeutique au sein du milieu de vie du jeune. Pour ce faire, notre mission première consiste à tisser un lien suffisamment solide avec les bénéficiaires au départ duquel peut se développer un espace commun où vont pouvoir se rejouer, s'actualiser, des vécus, des émotions, des représentations des jeunes et/ou de leurs proches. Comme nous le verrons, la mobilité, la pluridisciplinarité et la flexibilité de nos équipes nous aident dans ce travail difficile, car la plupart du temps, les jeunes et/ou leurs familles ne sont pas en demande. Nous sommes dans de l'aide contrainte avec une population qui cumule souvent différents types de difficultés et avec laquelle la création du lien est un enjeu central et complexe.

La traduction de l'intitulé « outreaching », « atteindre à l'extérieur », donne une orientation claire de la spécificité de notre travail, c'est-à-dire le mouvement. Nous empruntons à Vincent Garcin et Sylvie Tordjman[5] le postulat suivant : « Le mouvement physique d'une équipe relance le mouvement psychique du jeune et de sa famille et permet de créer du lien ». " Aller vers " permet de dépasser la non-demande. En allant à la rencontre de l'adolescent et de sa famille, nous leur envoyons ce message : « *Nous sommes là parce que vous n'allez pas bien et nous ne pouvons pas vous laisser comme ça* », « *Nous venons à vous parce que vous en valez la peine et nous ne lâcherons pas, quelles que soient les difficultés* ». Ce message a une fonction mobilisatrice et renarcissisante. L'accès au milieu de vie du patient permet également d'inscrire le symptôme dans un contexte. En se déplaçant à la rencontre du jeune, le professionnel favorise l'alliance thérapeutique (son déplacement augmente le poids de sa parole) et la possibilité que ce jeune fasse, à son tour, le mouvement vers les autres.
A ce propos, un père témoigne : « *…c'est plus facile pour moi de parler ici, je me sens mieux que de consulter dans un bureau, c'était impersonnel* », « *Vous avez fait face à son indifférence, sa non-participation* ». Et son fils ajoute : «*Si j'ai envie de vous foutre dehors, je peux. Je peux me mettre comme je veux ici, je peux prendre ma DS, mon couteau, ça n'aurait pas tenu autrement…* », « *Vous avez tenu le coup et c'est pas encore fini* ».

Vincent Garcin et Sylvie Tordjman[6] ont décrit trois figures de mobilité. Premièrement, le déplacement dans l'espace des équipes vers les familles et des familles vers l'hôpital, notamment dans le cadre des rencontres avec le pédopsychiatre. Deuxièmement, la mobilisation psychique insufflée tant par notre implication que celle de la famille et des autres intervenants. Ce qui est en jeu, ici, c'est leur aptitude au changement. Et troisièmement, l'attitude des professionnels, c'est-à-dire leur capacité d'adaptabilité et de créativité face à la situation et à ses rebondissement.

La pluridisciplinarité et le travail en binôme permettent de multiplier les accroches avec l'adolescent. Les paroles de ces deux jeunes en attestent : « *[ça nous permet de] voir des personnes qui n'ont pas le même travail, qui ne pensent pas à la même chose. Ils ont des points de vue différents et ils vont t'aider différemment.* », « *… avec deux personnes il y a plus à discuter…, un éduc est moins casse-couille que le psy* ». La complémentarité des fonctions, l'expérience en psychiatrie ainsi que les différents référents théoriques (psychanalytique et systémique) participent à la construction de représentations multiples qui rendent mieux compte des situations complexes et intriquées que nous rencontrons. Ce dispositif d'intervention assure un plus grand sentiment de sécurité pour nous et la famille. Le binôme permet de faire tiers et ainsi d'éviter les mécanismes d'escalade en offrant la possibilité au jeune de vivre des expériences relationnelles triangulées. Notre équipe cultive la réflexion qui porte sur les éprouvés, les ressentis. Cet outil privilégié nous permet de métaboliser/digérer les mouvements contre-transférentiels emprunts de violence. Afin d'éviter de fonctionner dans un interventionnisme qui serait en miroir des pathologies de l'agir de l'adolescence, cette analyse est indispensable. De plus, cela nous permet de réinterroger notre pratique mais aussi ses limites.

Le travail en outreaching impose une flexibilité. L'intervention dans le milieu de vie du jeune implique une inversion de cadre, c'est donc à nous de nous adapter. Comme nous intervenons

sous mandat d'un juge de la jeunesse, la famille n'est pas forcément demandeuse au départ et nous cherchons à ne pas brusquer les choses. Ce qui constitue en soi un paradoxe puisque, si nous devons intervenir, c'est que le cadre existant dysfonctionne; nous devons donc à la fois ne pas y toucher, respecter les règles familiales en vigueur et, à la fois, viser à modifier progressivement ce cadre. Contrairement au modèle d'intervention hospitalier, nous faisons le chemin vers un milieu qui ne présente pas les critères essentiels à la constitution d'un cadre thérapeutique, ce qui demande des concessions. Nous sommes donc flexibles dans l'espace en nous adaptant au cadre et au temps. Une des missions de l'outreaching est de permettre une transition « en douceur » entre une hospitalisation et le retour dans le milieu de vie, voire une mise en autonomie. Dans le milieu hospitalier, le jeune est plutôt sécurisé, entouré d'une équipe pluridisciplinaire disponible en permanence. Il est important que le jeune ne passe pas du tout au rien et que l'équipe mobile constitue un relais, comme un petit morceau de l'hôpital qui le suit à l'extérieur. Nous nous devons donc également d'être flexibles dans le temps : un suivi plus soutenu et plus contenant au début ou dans des moments de crise, puis plus espacé à d'autres moments de la vie du jeune. Cette disponibilité n'est pas toujours évidente et demande une certaine souplesse, un aménagement quotidien des agendas. Flexibilité spatiale et temporelle, concessions, disponibilité sont divers éléments qui peuvent aider à lever des résistances.

Néanmoins, cette flexibilité doit s'exercer sur une base solide, au risque, pour nous, de devenir malléables, fonctionnant comme des girouettes et tournant au gré du vent imposé par le jeune et/ou par son entourage. Nous devons rester contenants, comme le lit du fleuve où coule la vie, parfois tourmentée, du jeune. Par ailleurs, une flexibilité professionnelle doit exister. En effet, au sein du binôme pluridisciplinaire, nous sommes souvent amenés à réaliser des choses qui ne sont pas directement en rapport avec notre formation, en fonction de ce qui se joue mais aussi de la disponibilité des uns et des autres. Chacun est amené à changer de « casquette » parfois rapidement, d'une intervention à l'autre mais aussi au sein de la même intervention. Cette flexibilité mentale, qui nous permet d'adopter tel ou tel choix en fonction des circonstances, exige un certain contrôle de l'action ainsi qu'une planification et une sélection judicieuse de nouvelles stratégies. Ces changements impliquent la nécessité de faire des liens, d'échanger entre nous à chaque retour d'intervention, dans un lieu qui devient un espace à penser, un espace transitionnel. La famille et le jeune que nous suivons ne ressentent pas le besoin de répéter à chaque fois leur histoire ou même ce qui s'est passé lors de l'entretien précédent, parce qu'ils savent que la parole circule. Ce travail demande donc de la créativité, pour « faire avec » le cadre mais également parce que les jeunes avec lesquels nous travaillons ne disposent pas d'une maturité suffisante pour tolérer une absence de flexibilité mentale chez le professionnel. Nous pouvons accompagner cette maturation en faisant le pari que la flexibilité du jeune se développera en miroir de celle de l'équipe mobile.

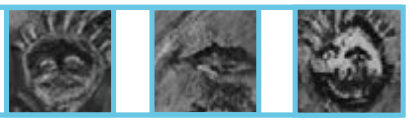
Nos équipes font face à une série de difficultés et de limites avec lesquelles elles doivent composer : évolution de la maladie qui nécessite une mesure d'hospitalisation en urgence, non-respect des conditions de prise en charge établies par le juge de la jeunesse (ex. : impossibilité de rencontrer le jeune), mise en danger du jeune, insécurité pour nos équipes, … Elles peuvent aussi être en lien avec la réalité des mandats qui nous sont confiés et les limites de notre service. Le nombre restreint et la petite taille de nos équipes ainsi que la grandeur du territoire à couvrir nous obligent à limiter le nombre de suivis. Le temps judiciaire n'est pas en lien avec le temps thérapeutique : la majorité du jeune, un nouveau passage à l'acte, … compliquent parfois ce travail.
Les familles et les jeunes peuvent également éprouver des difficultés dont ils témoignent : « *nous aussi on a supporté la contrainte d'être ici à telle heure, tel jour* », « *Au début, j'ai senti ça comme un étouffement, une intrusion dans ma bulle…, j'ai découvert des personnes humaines, j'ai changé d'avis* ».

Catherine, Atelier des Artistes Anonymes, Clinique de Bonsecours

Tout ce travail de création de lien participe à la construction d'un lieu qui devient un espace à penser, un espace transitionnel. Cela nécessite une grande cohérence et une entente entre nous. Travailler avec ces jeunes demande de la créativité et de la résistance. La culture de notre équipe nous permet de tenir le coup et fait vivre de nouvelles expériences à la famille. Ne dit-on pas que « *Pour qu'un enfant grandisse, il faut tout un village* [7] » ? ●

ISoSL
Equipe outreaching Mikado
✉ Rue Professeur Mahaim, 84, 4000 Liège
☎ 04/254 79 68 - 0499/51 91 29

[1] Voir bibliographie p.48, réf. n° 7.
[2] Equipes mobiles Karavel (Bruxelles), les Mangroves (Tournai) et Mikado (Liège)
[3] Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège.
[4] Ce texte s'inspire d'une réflexion commune entre les trois équipes mobiles (Voir note 2).
[5] Voir bibliographie p.48, réf. n° 21.
[6] Op cit.
[7] Proverbe africain.



Rencontre avec une éducatrice spécialisée en C.A.U.

Le « Vert Lion » est un des sept Centres d'Accueil d'Urgence (C.A.U.) en Communauté française. Ceux-ci offrent, pour un temps limité (de vingt jours, renouvelable une fois), un accueil collectif aux jeunes nécessitant un hébergement en urgence hors de leur milieu de vie. Ils travaillent sur mandat du Tribunal de la jeunesse, du Conseiller ou du Directeur de l'Aide à la jeunesse et élaborent un programme d'aide à mettre en place à l'issue de l'accueil.

Rencontre avec **Valérie FAVIER**
Educatrice spécialisée,
Centre d'accueil le Vert Lion, Kain

*Propos recueillis par **Pascal MINOTTE**, IWSM*

Pourriez-vous nous présenter votre travail en quelques mots ?

Éducatrice en C.A.U. depuis onze ans, je travaille plus particulièrement avec les jeunes déscolarisés. Nous avons mis en place un projet appelé « le Phare », destiné à prendre en charge les enfants en décrochage scolaire. Faute de rythme et d'occupations, ceux-ci sont généralement en décalage avec les autres jeunes de l'institution. Les activités qui leur sont proposées durant la journée sont propices à la mise en place d'un travail éducatif. En plus de gérer l'ennui, elles leur permettent de remettre le pied à l'étrier, de se remobiliser.

Dans le cadre de notre service, nous accueillons des enfants et des adolescents dans l'urgence, sans sélection et sans file d'attente. Il s'agit de jeunes qui ont de zéro à dix-huit ans et pour lesquels les autorités mandantes ont estimé qu'ils devaient être éloignés, ne fût-ce que momentanément, de leur milieu de vie. Malheureusement, toutes les institutions sont engorgées, les places manquent et les files d'attente sont parfois très longues. Les mandants doivent trouver des solutions de remplacement qui, parfois, ne sont pas totalement compatibles avec la problématique du jeune. Il arrive qu'un dossier suivi par le SAJ n'aboutisse pas à un accord. La situation est alors réexaminée par le tribunal de la jeunesse. Dans ce cas (assez rare), il nous arrive de prolonger le séjour d'un jeune. Cette année, nous avons dû garder certains jeunes plus de 120 jours dans les cas où, en plus du Service d'Aide à la jeunesse et du Service de protection judiciaire, le Juge de la Jeunesse est saisi. De manière générale, les CAU sont submergés de demandes. Ils sont saturés. Mais c'est aussi le cas de tous les services résidentiels, quel que soit leur type !

Où sont orientés les jeunes qui ne trouvent pas de place au C.A.U. ?

Les mandants essayent de trouver une solution via les familles d'accueil d'urgence, mais il y en a très peu. Ou alors, dans la famille élargie du jeune, mais là aussi, ce n'est pas toujours possible. Parfois, le jeune doit rester dans sa famille, avec si possible un suivi éducatif. Nous avons accueilli un jeune dernièrement qui attendait un hébergement d'urgence depuis deux mois. Il arrive aussi que les mandants mettent les plus petits, plus vulnérables, à l'hôpital. Le risque de les laisser en famille est en effet plus grand et toutes les possibilités sont envisagées. Nous avons récemment accueilli deux frères qui venaient de passer un mois en pédiatrie alors qu'ils n'étaient pas malades.

La question du manque de place est un vrai problème. Je discutais, ce week-end, avec un papa très préoccupé pour sa fille. Celle-ci a des comportements violents et étranges. Elle a des accès de colère, fait des fugues, se relève la nuit pour uriner devant le lit de sa maman, etc. Le papa est inquiet parce qu'aucune solution ne semble se dessiner. D'autant qu'il n'envisage pas de la voir revenir à la maison parce qu'il a deux autres enfants qui sont parfois mis en danger par les comportements de leur sœur. Moi-même, je me demande quel genre de structure peut accueillir cette petite. Elle a été vue par un psychothérapeute pendant un an et demi qui a fini par avouer son impuissance. Elle a ensuite été placée trois mois dans un Centre d'observation et d'orientation (C.O.O.). Les quinze derniers jours, les éducateurs n'ont plus voulu s'en occuper parce qu'elle était infernale. Et elle n'a que dix ans ! Probablement faut-il l'orienter un temps en psychiatrie, mais là aussi, ce n'est pas évident. Bref, face à ce type de situation, nous sommes désemparés.

Comment expliquer qu'on puisse en arriver là ?

Ces situations restent heureusement exceptionnelles, mais nous accueillons tout de même de plus en plus de jeunes avec des problèmes clairement « psys ». Peut-être y avait-il, avant, la place pour les orienter ailleurs ? Peut-être est-ce lié au fait que le secteur est bouché ? Ou alors, on ne prenait pas en charge ce type de situations de la même façon ? C'est difficile à dire. On peut constater également qu'il y a de plus en plus d'enfants sous médication, et parfois lourdement, et de plus en plus jeunes. La Rilatine®, le Risperdal®, le Dipipéron®, etc. accompagnent souvent les enfants que nous accueillons. D'ailleurs, il arrive que l'on se demande si on donne le médicament pour le bien-être du jeune ou pour arriver à le maintenir dans un cadre de

vie qui n'est pas adapté à sa problématique. Certains enfants prennent des médicaments sans un vrai suivi. Certaines situations peuvent être prises en charge autrement, mais ça nécessite des moyens et du temps. Je pense notamment à une jeune fille qui avait tendance à s'automutiler, avec laquelle certains membres de l'équipe ont passé pas mal de temps. À force d'être présents, de la contenir, de lui parler, de la rassurer, d'anticiper, etc., nous avons fait des progrès. Mais nous n'avons pas toujours l'occasion de travailler ainsi. Les C.A.U. n'en ont pas les moyens, ce n'est pas leur vocation. Nous aimerions avoir des formations, mais il n'en existe pas ou peu qui donnent les outils nécessaires aux travailleurs.

Pour les situations que nous appelons « complexes », quelles sont les solutions que vous arrivez finalement à trouver ?

Si c'est possible, l'accueil d'urgence en psychiatrie ou la prise en charge par un psychiatre. Mais c'est franchement très difficile, notamment parce que les délais d'attente ne correspondent pas au « rythme » de notre institution et à ses contraintes. Il arrive que le jeune parte sans solution… vers un « retour en famille » ou, parfois, il est replacé dans un autre C.A.U., pour autant que celui-ci accepte (ce qui n'est pas obligatoire si le jeune est sorti d'un autre C.A.U. les 20 jours précédant la demande). Ce n'est pas la solution idéale, le jeune doit s'adapter à un autre endroit, une autre équipe tout en sachant que la solution est toujours provisoire. Ce genre de situations a tendance à se multiplier. Les services ont alors deux possibilités : soit s'en tenir à la réglementation soit, prendre en considération l'aspect humain des choses. Et bien souvent, c'est cette dernière alternative qui l'emporte.

Lorsqu'une situation est clairement « psychiatrique », sa prise en charge et son orientation sont compliquées. L'année dernière, le Service d'intervention de crise[1] (SIC) nous a orienté une fille de 15 ans placée en famille d'accueil depuis sa petite enfance. Elle avait un comportement très problématique. Elle pouvait se montrer angélique pour ensuite devenir subitement très agressive, sans que le contexte ne puisse l'expliquer. Par exemple, occupée à peindre sans problèmes, elle pouvait brusquement, sans qu'on ne sache pourquoi, lancer un « je vais te buter sale pute ! » et, avec un objet pointu, menacer les autres. Elle était également dangereuse pour elle, s'automutilant régulièrement. En souffrance et consciente qu'elle avait un comportement problématique, elle ne savait toutefois pas gérer. Il était impossible de la garder avec les autres membres du groupe. Nous avons donc dû « l'isoler » en lui faisant faire d'autres activités. Elle était sous médication, mais il était difficile de lui faire prendre ses médicaments. Nous ne nous sentions pas formés pour nous occuper d'elle. Notre patience était grandement mise à l'épreuve, nous nous sentions dépassés tant au niveau de nos compétences que de nos valeurs. Mais au-delà de tout ça, ce qui nous posait question, c'est que personne n'en voulait : ni l'école, ni la famille, ni l'hôpital… Personne ! Mais alors, comment imaginer une évolution positive pour cette jeune fille ? Comment évoluer en sachant que personne ne veut de vous ? Objectivement, son intégration dans une classe par exemple était impossible. Il aurait fallu une équipe éducative spécifique, et à temps plein, pour s'occuper d'elle. Elle a intégré l'aile psychiatrique d'un hôpital.

A priori, c'est le type situation qui ne devrait pas se retrouver au C.A.U. Mais les C.A.U. ont une philosophie d'accueil des jeunes sans discrimination. Cependant, nous devons faire attention, en acceptant une demande, à ce qu'elle soit compatible avec le groupe déjà constitué. Nous devons aussi protéger les autres enfants. Certains ont été soustraits à des situations de maltraitances et ne doivent pas se retrouver plongés dans une ambiance violente faite de cris et de chaises qui volent…

On peut aussi se demander ce qu'il adviendra de ces jeunes une fois qu'ils auront dix-huit ans et qu'ils ne relèveront plus de l'Aide à la jeunesse ?

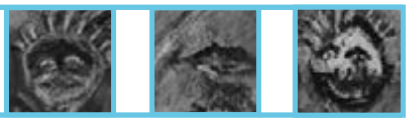
Nous avons accueilli une jeune fille avec de gros problèmes psychiatriques qui venait de passer quinze jours à la rue parce qu'il n'y avait pas de place pour l'accueillir. Qui aurait été responsable si elle avait été violée ou si elle avait agressé quelqu'un ? Ces placements « en rue » sont généralement des retours en famille qui échouent. Il est très rare que l'on travaille avec les parents. Un retour en famille sans ce travail a peu de sens… De plus, certains parents sont désireux de se délester de leur enfant. « Je n'en veux plus, faites ce que vous voulez ». L'année dernière, on nous a placé un petit garçon de 7 ans qui est resté 60 jours. Personne n'a pris de ses nouvelles. Sept ans et seul ! Au lieu d'apprendre à ces parents à vivre avec leur enfant, on place ces enfants et leurs parents apprennent très bien à vivre sans eux. Ces derniers vont ensuite passer d'institution en institution, et avec quel projet pour plus tard ?

Malgré les difficultés, vous restez motivée par votre travail ?

Le métier d'éducateur spécialisé est un beau métier qui procure aussi des satisfactions. L'année passée, un des tout premiers jeunes dont je me suis occupée est revenu me voir alors que je n'avais plus eu de ses nouvelles depuis de nombreuses années. Il est venu expliquer que tout allait très bien dans sa vie : il est marié, il a une petite fille, un métier ; il vient de faire bâtir une maison… Évidemment, ce type de retour fait très plaisir. Le travail d'éducateur est difficile, il n'est pas assez reconnu, mais il est important et passionnant. ●

CAU LE VERT LION
Rue du troisième Age,7B - 7540 Kain
069/22.79.10
vertlion.coordination@skynet.be

[1] Les Services d'intervention de crise (projet pilote de l'AAJ de 2009 à 2011) étaient mandatés pour une période de 20 jours ouvrables et pouvaient intervenir à tout moment là où se passait la crise. Le projet pédagogique du service de crise rattaché au CAU « Vert Lion » prévoyait la possibilité, en cas de crise très aigue, d'orienter un jeune vers un C.A.U., pour une nuit ou deux, afin d'oxygéner une situation difficile. Le but de ces services était de désengorger les structures classiques, souvent saturées, et d'éviter qu'un problème ne s'aggrave en agissant rapidement et de manière précoce. Ces projets pilotes ont été arrêtés en 2011, car leur évaluation a montré que le public cible aidé par ces services n'était pas celui qui était prévu.



La non-exclusion ou la permanence du lien[1]

« Il n'y a aucune condition à notre accueil, si nous te rencontrons c'est que nous allons t'accueillir. » « Même si tu persistes dans tes comportements, tu resteras parmi nous et nous ne t'exclurons pas. » Voilà ce que nous disons aux adolescentes « difficiles » lors des entretiens d'accueil.
Provocation, folie, inconscience ?
Rien de tout cela ! Ces deux volets - l'absence de condition à l'accueil demandé par une autorité mandante pour une adolescente en grande difficulté d'une part, et le non renvoi d'autre part - constituent ce que nous nommons « non-exclusion ». C'est une base de travail réfléchie et assumée et qui nous paraît une condition essentielle à notre action éducative.

Marc COUPEZ, ex-Directeur[2]
Diane MONGIN, Psychologue
Le Toboggan, Mons

Les Centres d'accueil spécialisé (C.A.S.)
En Belgique, les C.A.S. ont pour mission d'organiser l'accueil collectif de jeunes qui nécessitent une aide particulière et spécialisée, eu égard à des comportements agressifs ou violents, des problèmes psychologiques graves, des faits « qualifiés infraction » répétitifs ou lorsque la demande concerne un jeune qui est confié au groupe des Institutions Publiques de Protection de la Jeunesse (I.P.P.J.).

Les Projets pédagogiques particuliers (P.P.P.)
Certains services agréés mettent en œuvre un Projet pédagogique particulier (PPP). C'est à dire qu'ils organisent un projet particulier et exceptionnel d'aide aux jeunes en difficulté selon des modalités non prévues par les arrêtés spécifiques, afin de leur permettre de réussir une expérience de vie originale et positive. Ces services peuvent travailler avec ou sans mandat.

Le Toboggan
Agréé comme C.A.S. jusqu'en janvier 2009, le Toboggan est aujourd'hui reconnu comme PPP. Depuis 1988, il accueille, à Mons, dans le cadre d'un C.A.S., 15 jeunes filles de 14 à 18 ans, parfois jusqu'à l'âge de 20 ans lorsque c'est nécessaire. Dès 2004, le Toboggan a mis en place un projet pilote, MARSUPILAMA, qui vise l'accueil de deux adolescentes mères ou futures-mères. Depuis janvier 2009, ce projet est pérennisé et le Toboggan est maintenant agréé comme P.P.P., proposant l'accueil de quinze jeunes filles en grande difficulté dont deux mères ou futures mères.
L'accueil s'effectue sous mandat, c'est-à-dire que les adolescentes sont placées de manière contraignante par un Juge ou un Directeur de l'Aide à la Jeunesse, plus rarement par un Conseiller de l'Aide à la Jeunesse dans le cadre d'une aide acceptée.

Les adolescentes que nous accueillons ont vécu des traumatismes précoces, des carences affectives ou des maltraitances qui les ont blessées et leur ont fait perdre leur confiance en l'adulte, en l'autre, et en leur capacité d'être aimées. Elles arrivent dans notre institution, la plupart du temps, après avoir connu une dizaine de foyers ou de centres d'hébergement. Elles ont appris à tester la crédibilité et la fiabilité de ceux qui prétendent leur offrir de l'aide. Elles rêvent de poser des valises bien lourdes de souffrances passées et présentes mais y croient si peu qu'elles préfèrent tout casser plutôt que d'être à nouveau déçues. C'est ce que nous appelons l'« abandonnisme ».

Le principe de non-exclusion…

Dans ce contexte, le renvoi d'une institution s'inscrit souvent dans la continuité de l'abandon familial qu'il répète. Nous avons progressivement compris à quel point un rejet de plus constitue, chez une adolescente abandonnique, une maltraitance supplémentaire qui ne peut qu'accroître la profondeur de son mal-être, accentuer sa dérive et discréditer auprès d'elle toute relation d'aide à venir. Les intervenants et les institutions n'ont-ils pas une lourde responsabilité dans le « délabrement » de certains jeunes, lorsque, connaissant leur histoire, elles en arrivent à néanmoins décider d'un renvoi ? Seul un arrêt de la valse des institutions peut interrompre l'impuissance et l'échec.

Quelle que soit la manière dont nous nous y prenons, nous ne pouvons compter sur des changements immédiats. Si nous avons parfois le sentiment que nos efforts sont inutiles lors du suivi-même d'une adolescente, il arrive en revanche très souvent qu'une jeune fille revienne nous voir après sa majorité pour nous parler de sa vie et de ce qu'elle a appris auprès de nous, témoignant à la fois du lien qui s'est tissé entre elle et certains membres de l'équipe et de l'impact de notre action.

Ne pas exclure est un prérequis, un préalable sans lequel aucune action éducative n'aurait de sens. Il s'agit d'instaurer un lien de confiance qui autorise la relation d'aide là où une nouvelle rupture la déforcerait. Nous devons faire preuve à cet égard de patience, de ténacité et de disponibilité.

La non-exclusion[3] est une des bases de notre travail. Nous avons pu élaborer les caractéristiques indispensables à notre travail en reliant des observations qui concernent un travail mené aujourd'hui depuis 15 ans[4].

Un accueil sans condition…

Certaines institutions accueillent un jeune à condition qu'il ait un projet. Nous savons que si tel était le cas nous ne serions pas là et l'adolescente non plus. Nous voulons dire par là qu'il est peu probable qu'une adolescente en grande difficulté arrive chez nous dans le cadre d'une aide acceptée avec un projet dont elle est porteuse. Dans le cas où l'aide est contrainte, il est paradoxal de demander d'entrée de jeu un projet ou même une demande. Nous avons d'ailleurs appris à travailler sans cette fameuse demande qui semble indispensable à tant de services.

Nous ne disposons pas de critères d'acceptation ou de refus qui nous feraient renvoyer une adolescente avant même de l'admettre. A partir du moment où une autorité mandante nous sollicite pour une jeune fille, nous l'accueillons pour autant que notre capacité d'accueil nous le permette.

Une place réservée…

Une fois accueillie, une adolescente a sa place au foyer jusqu'à sa majorité, c'est-à-dire que nous ne la renverrons pas.

Il peut arriver néanmoins qu'à la demande d'un juge et parce que sa situation l'exige, elle soit momentanément accueillie dans une autre institution, généralement une Institution Publique de Protection de la Jeunesse ou un hôpital psychiatrique. Il ne s'agit pas d'une exclusion dans la mesure où, là, la décision ne relève pas de nous et où notre institution continue à suivre l'adolescente (visites, poursuite du travail familial…) - et bénéficie à cet égard d'un mandat -, et surtout dans la mesure où elle réintègre le foyer après cet écartement.

De la même façon lorsqu'une adolescente est en fugue, nous n'accueillons pas une autre jeune fille à sa place. Revenir après des mois de fugue et constater qu'elle a toujours sa place au foyer et que celui-ci a continué à s'investir dans sa recherche et à soutenir sa famille a d'ailleurs parfois des effets spectaculaires dans l'évolution d'une jeune fille.

… Un cadre pour tisser du lien

On aura compris qu'il ne s'agit pas d'un but en soi à atteindre quoi qu'il dût en coûter à l'institution, mais d'une philosophie de travail qui nous permet de créer un cadre propice à tisser un lien avec l'adolescente que nous accueillons.

A partir du moment où elle et nous savons que nous nous donnons du temps pour être quelqu'un l'un pour l'autre, la fuite en avant peut s'arrêter. « Peut » parce que cela ne résout rien bien sûr, et nous n'avons aucune garantie du succès de notre entreprise. Cette manière de travailler ne change ni son histoire ni sa souffrance et elle a ses limites.

Ses limites

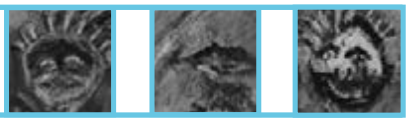
Pour les adolescentes, absence de renvoi peut signifier absence de limites et, là encore, elles vont tester le système. Les règles existent bien sûr et sont toujours rappelées en tant que garde-fous et vecteurs de socialisation, mais les sanctions ne peuvent être que les conséquences de l'acte commis. Elles vont également vérifier la cohérence de nos dires et la solidité du lien qui se tisse avec nous. Leur souffrance et leurs symptômes peuvent dans un premier temps s'en trouver exacerbés car d'anciennes blessures sont ravivées. Si nous ne tenons pas parole à ce moment- là, l'impact est plus négatif encore que si nous n'avions rien dit.
Par ailleurs, si la non-exclusion est une « stratégie » pertinente pour les troubles abandonniques, elle ouvre en revanche la porte à une manipulation ou une utilisation perverse de la part d'adolescentes fermées à toute relation d'aide ou s'inscrivant dans un registre psychopathique.

Les limites sont aussi les limites professionnelles et humaines des membres de l'équipe. Les éducateurs sont en permanence confrontés à l'inquiétude, l'impuissance, et à ce qui - il faut bien le dire - ressemble souvent à un échec de leur action éducative.
De plus, même si il y a bien évidemment des conséquences aux actes, ne pas renvoyer implique de ne pas s'appuyer sur le système de punitions et de sanctions dont le renvoi constitue, en même temps que l'ultime étape, le fondement même. Cela induit un suivi éducatif particulier et insécurisant pour les éducateurs.
Tout cela exige que nous ne travaillions jamais seuls. Nous sommes en relation étroite avec les autorités mandantes qui sont le tiers qui rappelle la loi. Le suivi que nous assurons n'est possible que si elles assument à nos côtés les risques inhérents à ce type de travail éducatif et que si elles comprennent et partagent notre approche pédagogique.
Ce sont elles qui prennent la décision d'un placement temporaire en IPPJ lorsque les risques deviennent trop importants ou à la suite d'actes délinquants commis par l'adolescente. Il nous revient de travailler en collaboration étroite avec ces structures d'accueil transitoires alors même que nous appartenons à des logiques différentes.

Les familles, parfois ravies de trouver enfin une institution qui ne lâchera pas, peuvent complètement démissionner ou, plus souvent dans une ambivalence aisément compréhensible, mettre à mal et discréditer notre action parce que nous tiendrions là où elles ont lâché prise.
Heureusement ce parti-pris de ne pas exclure nous donne le temps de travailler avec les familles…

Ses atouts

Le fait que la famille sache que nous « irons jusqu'au bout », que nous sommes un interlocuteur définitif change beaucoup de



choses pour ces familles qui ont dû répéter leur histoire à un nombre considérable d'intervenants tout en sachant qu'il leur faudrait recommencer encore et toujours.
La confiance qui s'installe entre l'adolescente et nous permet que nous puissions à certains moments être un intermédiaire entre elle et sa famille quand tout contact semble impossible. Nous nous efforçons de faciliter une lente restauration d'un lien souvent très abîmé, dans le respect des familles et de leurs compétences.

Du côté des éducateurs, il s'agit de « lire » un jeune autrement que par les actes qu'il pose, de prendre en compte autre chose que la transgression. Au-delà de la conviction qu'il est important d'agir de la sorte, les éducateurs découvrent une logique de travail différente et sont propulsés dans une autre dimension que celle des cadres habituels vectorisés par le renvoi.
La relation importante qu'ils instaurent avec une adolescente est le terreau dans lequel elle peut grandir et continuer à se développer.
Le travail éducatif est certes délicat, stressant et ardu, mais quand la mayonnaise prend, la métamorphose d'une adolescente peut être spectaculaire et très gratifiante.

Si la non-exclusion est une réalité que les adolescentes vont tester, elles vont devoir être créatives pour adopter d'autres types de comportements que ceux qui relèvent de la transgression.
Expérimentant une relation qui ne se rompt pas, elles vont pouvoir se livrer, s'ouvrir, se lancer dans l'aventure d'une reconstruction affective avec en chemin une relation fusionnelle avec l'éducateur ou l'éducatrice.
Il ne s'agit pas pour nous d'attendre pour l'autre ou de vouloir à tout prix pour lui mais d'être là, d'encourager un dixième ou un centième essai, sans attente excessive mais sans désabusement, en croyant que l'étincelle peut se produire.
Chaque parcours est unique, voici un exemple parmi d'autres.

Béatrice[5]

Ce jour-là, le responsable d'un établissement psychiatrique me téléphone : « *Nous avons une jeune fille de seize ans, notre* intervention *se termine et nous avons besoin de trouver une institution d'Aide à la Jeunesse qui peut la prendre en charge. Elle est guérie…* »

Guérie… Je trouve le mot assez surprenant, Mais je commence par m'enquérir plus prosaïquement des raisons qui ont mené au choix de notre institution. « *Nous avons l'impression qu'elle présente des difficultés de comportement* », me répond-t- on « *mais que cela ne relève pas de l'intervention psychiatrique. Donc nous nous adressons à vous.* »
Nous, *le Toboggan*, un CAS : Centre d'Accueil Spécialisé. Spécialisé… En quoi ? Cette appellation cache en fait la volonté de créer des services qui s'occupent de jeunes dont personne ne veut, des jeunes qui sont à la frontière de toutes les problématiques. *Le Toboggan* figurant sous la rubrique *Adolescents difficiles* du guide social, l'hôpital s'était donc adressé à nous après un nombre considérable de refus.

Nous convenons d'un rendez-vous. Chez nous, comme expliqué plus haut, le parti-pris est d'accueillir les jeunes que nous acceptons de rencontrer. Imaginez-vous expliquer à une adolescente : *Venez vous montrer, on vous dira après si on vous accepte ou pas…* Nous l'accueillons donc, pour cette première entrevue, encadrée de deux soignants.

Nous nous demandons d'emblée pourquoi cette jeune fille se trouve dans un hôpital psychiatrique. Ce qui nous est décrit ne s'apparente pas, à nos yeux en tout cas, à des troubles psychiatriques, ni même à quelque comportement pour lequel un hôpital psychiatrique aurait pu s'avérer indispensable. Enfin, il nous faut la moitié, si ce n'est les trois quarts de l'entretien, pour comprendre que cette jeune fille est hospitalisée depuis l'âge de douze ans, soit depuis quatre ans, et qu'elle a séjourné dans deux hôpitaux différents…

L'équipe du dernier hôpital paraît épuisée. Et c'est ainsi que nous apprenons que l'autorité de placement avait été interpellée car la « malade » avait, quelque temps auparavant, frappé au point qu'il y avait lieu de prendre des mesures. L'intervention du Magistrat ayant été demandée, elle avait été sanctionnée par un séjour en I.P.P.J.

Une question, dès lors, se pose à nous : cette jeune fille est-elle malade, et donc irresponsable? Ou responsable ? Auquel cas que fait-elle dans un hôpital psychiatrique ? Nous commençons à deviner que le personnel de l'hôpital, probablement à juste titre, tente de faire correspondre le profil de cette jeune fille à la réalité de notre institution ou en tout cas de montrer qu'il ne correspond pas à la réalité de la leur, au mépris peut-être de certains constats qui ne nous sont pas transmis.

C'est dans ce contexte que nous acceptons cette jeune fille qui, par ailleurs, n'a pas du tout le souhait de quitter l'hôpital où elle vit depuis des années. Elle nous dit, d'ailleurs : « *Moi ? Je suis folle.* » Nous décidons de la contrarier : *Non, tu n'es pas folle ! Tu es comme les autres. Et si tu viens chez nous, tu seras prise en charge comme toutes les autres filles. Si dans ton évolution, tu crées des problèmes, nous te considérerons comme responsable. Pas comme une malade.*

La jeune fille, lorsqu'elle s'installe chez nous, se trouve dans une incompréhension totale des raisons pour lesquelles elle quitte l'hôpital. De plus, nous constatons qu'il reste des problèmes dont il n'avait jamais été question, à cause de cette volonté de faire glisser aux forceps la jeune dans une maison d'hébergement telle que la nôtre. Elle souffre d'énurésie, nocturne mais également diurne et d'encoprésie. Imaginez une jeune fille de seize ans, entourée d'autres du même âge pas particulièrement tolérantes et qui ne peut se retenir d'uriner dans sa culotte, en voiture, dans son lit, et de déféquer dans les poubelles, les douches…
Nous nous obstinons à lui répéter qu'elle n'est pas folle. Elle s'entête à dire qu'elle l'est. Et puisque nous ne voulons pas la croire, et bien, elle va nous le prouver. Et c'est ce qu'elle fait. Avec une certaine

constance. Pendant plusieurs mois, nous sommes face à des comportements invraisemblables et en tout cas insupportables dans une institution d'Aide à la Jeunesse. Elle s'accroche à un pont pour sauter dans le canal, crée des embouteillages au centre de la ville parce qu'elle va sauter sous un bus, s'automutile, répète qu'elle va se *jeter de la fenêtre* et exerce sa violence sur les autres.
Son départ de l'hôpital et son arrivée chez nous ne constituent-ils pas une forme de maltraitance susceptible d'amener à ce type de comportement, ou du moins à le renforcer ? Ses comportements tendent clairement à nous prouver que c'est bien à l'hôpital qu'elle doit retourner, d'autant que chacune de leurs conversations téléphoniques se conclut par : « *Non, non tu ne peux pas revenir !! Non, non, tu sais bien qu'on a dit que tu ne reviendrais pas !* ». Nous tenons bon et ne l'excluons pas de l'institution ni pour un retour à l'hôpital ni pour un ailleurs.

Prenons le temps de découvrir son passé.
Dès sa naissance, cette jeune fille est ballottée de situation difficile en situation difficile. A un an, elle est prise en charge par une famille d'accueil. Si ses 10 premières années n'ont pas été faciles, elles étaient néanmoins rassurantes : elle avait un papa et une maman pour elle toute seule. Alors est arrivé un nouveau-né. Ses comportements jusqu'alors difficiles mais raisonnablement acceptables, se sont, avec cette angoisse de perdre sa place, transformés en actes agressifs envers le bébé. Situation évidemment insupportable pour la famille d'accueil, qui n'a d'autre ressort que de l'écarter étant donné la dangerosité de ses actes. Et c'est ainsi que débutent, l'année de ses douze ans, les hospitalisations psychiatriques.

Elle est ce que nous appelons une « abandonnique ». Le seul lien qui lui restait, malgré toutes les épreuves qu'elle lui avait fait subir, était celui qui la reliait à cet hôpital. Cette structure très lourde, grâce aux médicaments, au nombre d'intervenants, à un travail certain, avait pu supporter les différents symptômes. Oui, un lien s'y était créé. Que nous étions en train de rompre…
Quand le psychologue rédigea un rapport positif : *Cela va beaucoup mieux. On peut envisager ton départ,* elle mit le feu à ses cheveux. Comment aurait-elle pu mieux exprimer son angoisse et dire : *Vous voyez bien que je ne suis pas prête ?*

Cette notion d'abandon nous permet de reconsidérer la situation sous l'angle du lien. Nous nous efforçons de retrouver la famille naturelle. Elle a une maman, qui est là, quelque part, qui n'est jamais vraiment intervenue que de très loin et qui, elle-même, est très limitée, tant sur le plan intellectuel que sur le plan de l'équilibre psychique, avec de longues périodes de prise en charge sociale et psychiatrique. Et si cette maman pouvait (re) devenir un point d'accrochage ? Cela semblait sensé et aurait permis de dépasser le cadre formel de l'intervention. En effet, si l'institution est soumise aux limites de son mandat judiciaire (pour mineures d'âge, notamment), la place d'une mère, elle, ne connaît ni limite d'âge, ni mandat…

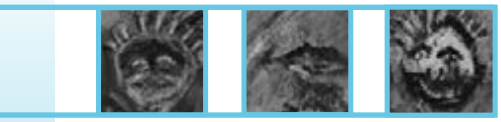
Entre temps, la jeune fille continue à vérifier si nous avions la même capacité que l'hôpital de maintenir un lien. Je ne détaillerai pas les symptômes censés prouver qu'elle était folle, qui nous mettaient dans la quasi-impossibilité de la supporter : taper sur les éducateurs, provoquer des situations de peur généralisées, jusqu'à ce qu'un jour, elle claironne : *Je mets le feu à l'institution…*, et qu'elle le fasse. Et elle fit même en sorte que ce soit sa chambre et son lit qui commencent par brûler. Quel moyen plus clair de nous dire que nous ne pouvions plus la garder : il n'y avait plus de place pour son lit…

La réaction première, humaine, logique et habituelle dans ce genre de situation, est le rejet total. Et il est vrai que nous avions bien du mal à continuer à travailler avec elle, là, dans l'immédiat ! Sans parler de l'émeute parmi les jeunes, qui n'avaient elles qu'une envie, c'était de lui « faire la peau » ! Comment l'équipe éducative aurait-elle pu imaginer, dans ce contexte, continuer de travailler avec une jeune fille qui avait mis leur vie en « jeu(x) » ? Il y avait un sentiment d'impossibilité. Un sentiment d'isolement, de découragement, d'atteinte des limites.

C'est là que le Juge de la Jeunesse a pris une décision déterminante.
Il fallait réagir, et de manière pertinente, et en même temps, ne pas détruire le travail qui pouvait encore se faire, après. Il y avait eu transgression massive de la Loi et, dès l'instant où nous avions toujours affirmé : *Tu es une jeune fille comme les autres, responsable de tes actes*, il était difficile de ne pas lui faire assumer sa conduite ! Elle a donc été orientée vers l'I.P.P.J. de St Servais : quarante- deux jours en section fermée.

Pendant ce temps là, j'avais la volonté de travailler, avec l'équipe éducative, sur ce fameux lien, entre elle et nous, qui me semblait au centre de la situation. Nous ne devions pas nous arrêter à ce dernier événement, si grave fût-il. Mais que pouvait-on mettre en place ? Il fallait absolument qu'elle n'ait pas réussi dans la rupture du lien et pour cela convaincre les éducateurs de la reprendre !
Les discussions n'ont pas été faciles. A force d'en parler, de démonter son parcours depuis son arrivée, la logique de la situation apparaissait. Il ne fallait pas s'arrêter au fait qu'elle venait de commettre, le voir de manière primaire et isolée. Il fallait l'inscrire dans un ensemble, beaucoup plus global.

L'institution ne doit pas se mettre dans une position de juge et d'acteur de la Loi. C'est ce qui nous a guidés. Et notre décision, à ce moment là, fut probablement l'acte le plus thérapeutique posé dans toute l'histoire de ce jeune. Nous lui avons dit : *Oui, effectivement, on te reprend…*
Cela a été probablement la plus grande de ses surprises.
Quand, à l'I.P.P.J, je lui ai répété : *Tu reviens*, je pense qu'elle s'est demandée si je n'étais pas fou. Elle s'imaginait encore retourner à l'hôpital. Je ne vous dis d'ailleurs pas l'inquiétude de l'hôpital qui ne le souhaitait pas vraiment…
Mais, dire : *Tu reviens*, c'était trop court. Il fallait avant tout reconstruire l'institution et ne plus prendre le risque de la faire brûler à nouveau. Ce qu'il fallait, c'était repartir, ensemble, mais dans un contexte qui donnait sens à la raison de repartir. Il n'y avait pas que le fait de dire oui. Quoi qu'elle ait fait, elle revenait, mais cela ne signifiait pas qu'elle ne payait pas les conséquences de ses actes.
Mais en pratique ?



Nous avons remis l'hôpital autour de la table, en lui forçant un peu la main, il faut bien le dire. Et le discours de l'équipe hospitalière est devenu beaucoup plus vrai. *Vous avez vécu ça aussi !*, nous dirent-ils, et la réalité de la trajectoire de ce jeune et de sa prise en charge nous apparurent enfin plus clairement.

Il devint dès lors possible de mettre en place un vrai trépied, une réelle collaboration triangulaire : entre l'institution dans laquelle elle vivait – même si, répétons-le encore, une institution ne devrait jamais être l'endroit de vie d'un jeune –, l'hôpital – non pas en tant que centre d'hébergement mais pour tout le travail qui peut nous permettre de prendre du recul face à la brutalité des faits – et, comme troisième acteur, le Juge de la Jeunesse.

Qui, des trois, devait intervenir ?

Etant le « pied » le plus permanent, nous avons repris notre travail d'apprivoisement, de construction du lien. Nous avons pu commencer à construire, avec elle, des perspectives d'avenir, et lui avons ainsi permis d'envisager des lendemains moins angoissants.

Dans l'année et demie qui suivit, le travail ambulatoire du médecin de l'hôpital psychiatrique reprit de manière très régulière, et ce en collaboration avec notre équipe. C'est ce qui permit le retour aux liens du passé, s'inscrivant dans la logique de ce qu'elle avait déjà vécu avec ces mêmes personnes.

Par la suite, nous avons recouru, une fois, à une nouvelle hospitalisation de quinze jours.

En effet, à l'approche de ses dix-huit ans, une nouvelle peur apparut. Car atteindre sa majorité signifiait un arrêt dans ce chemin parcouru ensemble. Et c'est quand même extrêmement paradoxal quand on sait que ce chemin consistait, justement, à éviter les nouvelles ruptures…

C'était bien sûr prévisible et nous avions, des mois à l'avance, cherché des ressources, notamment du côté de la maman. Nous avions envisagé tout ce qui lui aurait permis de ne pas se sentir isolée, évoquant même des possibilités d'intervention au-delà de la majorité. Mes propos s'étaient voulus rassurants : *En tout cas, de chez nous, tu ne seras pas renvoyée !* Mais dix-huit ans était un cap tellement insurmontable pour elle qu'à deux mois de son anniversaire, elle fit une très jolie crise.

Nous l'avons décodée. Il fallait qu'elle soit à nouveau hospitalisée, non pas parce qu'on pensait que c'était le meilleur endroit pour elle, mais tout simplement parce qu'elle n'était plus en mesure de se gérer, ni nous non plus, d'ailleurs… Une hospitalisation avec une aide médicamenteuse a été mise en place, avec le psychiatre qui avait assuré l'aide ambulatoire, dans une logique très précise, limitée dans le temps et dans ses objectifs.

Ensuite, pour ne pas la laisser, soudain, livrée à elle-même, le Tribunal de la Jeunesse a décidé d'une prolongation. Elle pouvait revenir chez nous.

Mais cette décision fut prise là aussi avec des limites très précises. Il s'agissait de nous donner plus de temps pour mettre en place un dispositif qui poursuive nos objectifs : éviter la rupture du lien ! Nous voulions lui trouver un nouvel endroit de vie qui ne soit pas en rupture.

Nous avons trouvé un « quatrième pied », un nouveau collaborateur : un service dépendant de l'AWIPH.

Pourquoi le parcours de cette jeune fille reste-t-il gravé dans ma mémoire ?

Si notre devoir professionnel et le mandat qui nous est confié nous incitent et nous obligent à trouver les solutions les plus adaptées, il ne faut pas oublier combien le rapport humain - la confiance en ce jeune - doit être une valeur incontournable.

L'accompagnement de ces « jeunes-très-en-souffrance-et-en-rebellion » est parsemé de quelques instants, rares, que je qualifie de moments magiques. Ce sont des rendez-vous à ne manquer sous aucun prétexte. Des instants uniques où notre réaction, notre réponse, notre attitude, notre positionnement conditionnent l'avenir de ce futur adulte.

L'accompagnement de cette jeune fille nous a offert quelques instants-clefs où nous ne pouvions en aucun cas ne pas nous montrer à la hauteur. A ces instants, il était impératif d'être là, d'affirmer notre confiance en elle, notre conviction qu'elle « y arriverait », et de le lui prouver par nos attitudes non-rejetantes.

Dans le cas de cette jeune fille, marginale et limitée, qui aujourd'hui ne recourt plus à tous ses symptômes, qui a cessé de fuir notre monde vers cette « folie », vers les hôpitaux psychiatriques, l'avenir nous a donné raison. Cette adolescente se construit une place dans la société…

Conclusion

La non-exclusion s'inscrit donc dans une « pédagogie à haut risque » qui, si elle n'offre pas de garantie de succès, nous permet d'entrer en relation et d'aménager les conditions d'une reconstruction de liens chez une adolescente déstructurée et profondément blessée.

Cette première étape est un peu comme la patiente élaboration d'un terreau propice à la germination d'une graine ou comme le nécessaire assèchement d'un marais avant d'y bâtir une maison. Même si notre action se limitait là, nous aurions fait œuvre utile.

Dans le meilleur des cas, il est ensuite effectivement possible d'entreprendre un travail éducatif avec une adolescente abandonnique, c'est-à-dire de l'accompagner dans la construction de son autonomie comme actrice dans la société en réalisant ce qui fait d'elle un individu tout à fait singulier… ●

LE TOBOGGAN:
Route d'Obourg, 16 à 7000 Mons.
065/33.70.83
asbl-le-toboggan@skynet.be
www.asbl-le-toboggan.be.

[1] Ce texte s'appuie sur un article plus complet, consultable en ligne sur le site de l'asbl : http://www.asbl-le-toboggan.be/uploads/toboggan/non-exclusion.pdf.

[2] Le texte a été rédigé alors que Marc Coupez assurrait la direction du service, il est aujourd'hui remplacé dans cette fonction par Fabienne Jeanson qui poursuit le travail dans la continuité.

[3] Nous préférons parler de non-exclusion que de non-renvoi car il ne s'agit pas seulement d'un refus de renvoyer. Ces deux notions (« non-exclusion » et « renvoi ») diffèrent en deux endroits, au moins, riches d'implications pour nous : la non-exclusion à l'accueil d'une part et, d'autre part, la possibilité d'un relais dans une autre institution qui correspondrait à un écartement temporaire.

[4] Et en les confrontant à celles d'autres professionnels avec lesquels nous avons réfléchi, entre autres lors de l'écriture d'un ouvrage, voir bibliographie p.48, réf. n°1.

[5] Prénom d'emprunt. Cet exemple reprend très largement le récit de Marc Coupez « Elle, la permanence du lien » publié en pp. 94 – 102 dans la revue en bibliographie p.48, réf. n°1.

La prévention avant tout !

Le bien-être des jeunes est l'affaire de tous ! Cela devrait être notre philosophie. Aujourd'hui, ce n'est pas le cas, pas assez, pas partout… et pourtant, ce ne sont pas les arguments qui manquent pour défendre ce principe !
Une étude du Conseil Supérieur de la Santé (CSS) sur les troubles des conduites des enfants et des adolescents nous en donne à foison. Cette recherche, qui aura duré près de trois ans, a abouti à un ensemble de recommandations qui viennent d'être publiées[1].
Confluences a donné la parole au Président pour qu'il nous en livre quelques éléments.

Rencontre avec **Isy PELC**
Psychiatre[2], Chef de service honoraire au CHU Brugmann,
Professeur émérite et doyen de la faculté de médecine de l'ULB,
Président, au sein du Conseil Supérieur de la Santé, de la section Santé mentale
et facteurs psychosociaux des pathologies

*Une interview réalisée par **Sylvie GÉRARD**, IWSM*

Pourquoi les troubles des conduites comme sujet d'étude ?

C'est un thème qui, au vu de l'actualité, nous semblait important à traiter. Ce qui se passe actuellement à Londres en est l'illustration. Dans notre pratique, en tant que thérapeutes, nous sommes quotidiennement interpellés par des parents qui sont en grandes difficultés avec l'éducation et les soins à apporter à leurs enfants. On ne peut pas nier ce problème.

La publication, il y a quelques années, du rapport de l'INSERM sur « Les troubles des conduites des enfants »(2005)[3]. Il a donné lieu a énormément de controverses. Ce rapport considère les jeunes comme étant surtout dominés par des problèmes ou des pathologies biomédicales et soulève la possibilité de faire des dépistages précoces des futurs délinquants dès l'âge de trois ans. Même si une lecture attentive de ce rapport donne des résultats plus nuancés, le sujet fait débat, il est sensible et il est important de le traiter.

Que retenez-vous de l'étude du CSS, quels en sont les principaux enseignements ?

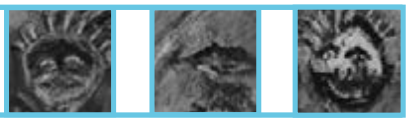
Nous avons élaboré ces recommandations sur base d'un relevé de la littérature internationale et d'une série de rencontres avec des experts et des acteurs de terrain (secteurs de la petite enfance, de l'éducation, de la santé, de la justice, …). Que nous disent-ils ?
D'abord, que ces jeunes existent : 2 à 4% des enfants de moins de 12 ans et 7 à 10 % des adolescents sont concernés par des troubles des conduites en Belgique.

Bien sûr, il faut s'entendre sur le terme. Si on se base sur le DSM IV [4], les troubles des conduites font référence à un ensemble de conduites répétitives et persistantes dans lesquelles sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet. Il est par exemple attendu d'un enfant de 8 ans qu'il connaisse son nom, qu'il dise merci quand on lui donne quelque chose, qu'il essaie d'être attentif quand on lui présente un texte à lire, … mais certains jeunes ne se comportent pas comme ça. Ils ne reconnaissent pas le respect d'autrui : « *Je peux taper quelqu'un parce que cela me fait plaisir ; je lui vole son GSM parce que j'ai envie d'en avoir un - éventuellement je le tue - ; je brûle une voiture parce que son propriétaire est riche et que je ne le suis pas… Je diffuse via internet des infos ou photos choquantes sans me préoccuper des conséquences sur autrui, je m'occupe de moi…* »

Que remarque-t-on encore dans cette étude ? Que les troubles des conduites cohabitent souvent avec le trouble déficitaire de l'attention avec/sans hyperactivité et avec des troubles oppositionnels. Ces 3 entités peuvent coexister mais elles sont - il faut le préciser - bien distinctes.

On a constaté aussi que, comme tous les autres problèmes de santé mentale, les troubles des conduites ont un déterminisme bio-psycho-social. Il ne suffit pas de le dire, il faut l'écrire parce que beaucoup d'études se focalisent sur la famille ou sur le milieu du jeune considéré comme défavorisé, ou encore, sur une facette plus psychologique de l'adolescent qui est décrit comme psychopathe ou comme difficile…

Si l'on s'intéresse à l'ensemble de ces aspects, à l'aspect neurobiologique par exemple, on se rend compte que ces jeunes décodent essentiellement ce qu'ils ont vécu en termes de désagrément sans pouvoir dire : il m'est arrivé telle ou telle bonne chose. On a remarqué aussi qu'ils sont beaucoup moins sensibles que les autres à l'anxiété. Ils n'ont pas de compassion, font preuve de peu de capacité d'empathie. Sur le plan biologique également, on constate que leur rythme cardiaque ne s'accélère pas vraiment face à un évènement stressant alors que les pulsations du cœur sont normalement beaucoup



plus importantes dans ce type de situation. Ils semblent donc moins atteints par les évènements désagréables ou dangereux, leur perception et niveau de vigilance diffèrent.

L'adulte a dès lors un rôle d'autant plus important ?

Ce qu'on attend d'un adulte, c'est qu'il soit attentif à l'enfant, qu'il puisse établir des liens avec lui, qu'il lui permette de faire l'expérience qu'il est possible de compter l'un sur l'autre en cas de difficultés. C'est le rôle essentiel des parents de donner sécurité et protection. Lorsque les parents ont des problèmes psychologiques, s'ils sont malades ou, tout simplement, s'ils ne savent pas assumer cette fonction, cela devient problématique.
Les pédagogues connaissent aujourd'hui l'importance de ces facteurs psychologiques sur le développement de l'enfant. Ce que l'on sait moins, c'est qu'il faut dépasser ce seul facteur. Il y a la vie de famille d'accord, mais il y a aussi l'école, les amis, le quartier…
Des sociologues sont venus nous rapporter des expériences menées à Chicago et dans d'autres villes qui s'intéressent au niveau de solidarité entre voisins en milieu urbain. C'est en relation immédiate avec les troubles de conduites chez les enfants. On n'est plus ici dans la psychologie individuelle ou dans la systémique familiale, on est dans la vie en société. Ce n'est pas par hasard qu'aujourd'hui Charles Picqué[5], en commentant les récents évènements en Angleterre, parle de la structuration urbaine à Bruxelles. Une structuration qui pose problème et pourtant, on n'en tient absolument pas compte. Il y a des quartiers « pourris » où les liens de proximité ne sont pas encouragés.

Parmi les recommandations, l'étude cible d'abord et avant tout l'axe préventif. C'est votre cheval de bataille ?

Oui, c'est la première chose à faire et je ne vous cache pas qu'en proposant ce sujet d'étude, j'avais l'idée de pouvoir démontrer l'utilité de la prévention mais aussi de la renforcer, partout où c'est possible, à l'image d'une expérience que je mène depuis trois ans au Lycée Dachsbeck (voir encadré).

Les facteurs neurobiologiques, psychologiques, environnementaux interagissent tout le temps et c'est la conjonction de ces facteurs qui, à certains moments, donnent lieu à des troubles des conduites, beaucoup plus que dans d'autres pathologies.

On n'est pas en mesure, à l'heure actuelle, de pouvoir agir comme on le voudrait sur les facteurs neurobiologiques pas plus que nous ne sommes à même, dans certaines situations, d'infléchir positivement le milieu familial du jeune. Quand les parents ne savent pas s'occuper de leur enfant mais qu'ils sont en capacité d'apprendre, nous devons pouvoir leur proposer quelque chose. Nous avons les outils pour le faire, par exemple le Positive Parenting Program, auquel nous faisons largement référence dans l'étude[6]. Mais quand ce n'est pas possible, alors il faut pouvoir se tourner vers d'autres intervenants : des professionnels si nécessaire, mais aussi tout acteur qui, dans la vie de tous les jours, peut être tuteur de résilience pour le jeune.

Vous insistez pour que ces interventions soient généralisées dès la prime enfance voire pendant, ou même avant la grossesse…

Tout pédopsychiatre sait qu'il est important de repérer très tôt une problématique chez le jeune parce qu'il n'est pas dit, et c'est heureux, que ces difficultés vont s'aggraver avec l'âge. Il y a cette neuro-psycho plasticité dans le cerveau qui fait que si on corrige tôt les choses, on a de bonnes chances pour que cela s'améliore. Des études, le programme *H2M Children (Hard-t(w)o-Manage Children)* [7] à l'UCL par exemple, s'intéressent à l'évolution d'un certain nombre de jeunes suivis en consultation parce qu'ils sont difficiles à gérer. Qu'est-ce que l'on apprend ? Que la moitié de ces jeunes sont toujours en difficultés 10 ans plus tard, parfois avec des problématiques qui se sont aggravées, mais aussi que la situation des 50 autres % s'est améliorée.

Quand on regarde ce qui s'est passé, on voit qu'il y a eu des facteurs positifs : ils ont rencontré un enseignant ou un éducateur qui les a un peu plus pris en charge, ils se sont mis à fréquenter des bons copains plutôt que des pairs déviants, … ; bref, ils ont pu prendre appui sur des tuteurs de résilience qui les ont aidés à prendre un autre chemin. Cela veut dire que, contrairement à ce que certains ont réclamé en France[8] et aussi en Belgique, il ne faut pas détecter les futurs délinquants à 3 ans. Ce n'est pas possible. Ce dont ces enfants ont besoin, c'est d'une attention particulière. Il ne faut pas les stigmatiser, les exclure, mais au contraire, les aider à faire face à un problème.

L'école est ici très importante. L'enseignement n'a pas seulement pour objectif de faire acquérir des connaissances et une sociabilité. Il doit aussi permettre un bon développement personnel du jeune. C'est écrit noir sur blanc dans le décret de la Communauté française mais aucun ministre n'exige de l'appliquer.
La médecine scolaire, elle ne doit pas seulement se préoccuper de savoir si l'enfant grandit bien, s'il a un bon poids, une vue correcte pour regarder au tableau. Elle doit aussi pouvoir se préoccuper de ces enfants plus timides qui sont toujours au fond de la classe, qui ne prennent jamais la parole, qui ne participent à rien. Etre attentive aussi aux compétences psychologiques du jeune compte tenu de son âge : l'estime de soi, le respect de l'autre, la solidarité, … Aujourd'hui, on peut améliorer ces compétences et favoriser le développement de ces enfants. Pas en les envoyant systématiquement dans les PMS qui sont surchargés. Mais en s'appuyant sur les enseignants, ils ont les compétences pour intervenir ou peuvent les acquérir.

Des initiatives existent, vous en listez quelques-unes dans le rapport. Quelles sont celles qui ont retenu votre attention ?

Parmi les programmes mis en place à l'étranger et en Belgique, le Triple P (Positive Parenting

Program) me semble intéressant ou encore les « Opvoedingswinkels » (« boutiques de développement »), axés sur un soutien à l'éducation parentale[9].

Certaines interventions ont une visée générale, elles se veulent accessibles à tous, d'autres sont plus sélectives et s'adressent aux jeunes qui courent un risque plus accru de développer des troubles des conduites. Dans tous les cas, il s'agit de pouvoir donner des conseils aux gens pour leur permettre de créer un climat favorable au développement et au bien-être du jeune, mais aussi de sa famille et de son environnement de vie.

Quand on voit la situation de certains jeunes qui, à l'âge de 15-16 ans, présentent des problématiques psychologiques et comportementales sévères[10], on se demande comment on a pu en arriver là et surtout comment on aurait pu éviter cette évolution.
Est-ce que, dans le cadre de vos travaux, vous vous intéressez aussi à ces aspects ?

Un chapitre de la recherche est consacré aux pathologies et aux troubles associés. Il y a une catégorie de jeunes qui ont, par ex., des troubles des conduites et aussi une schizophrénie, des troubles bipolaires ou une autre pathologie mentale sévère. Dans tous ces cas, il est important de dépister au plus tôt les troubles associés et de les traiter en priorité.

Les troubles des conduites sont l'affaire de tous : du jeune lui-même, des parents, de l'école, des amis et de toute personne privée ou professionnelle qui peut aider. Il faut un échelonnement dans les interventions. Si des parents n'ont pas appris à caresser leur enfant et à le réconforter lorsqu'il est en difficulté, un spécialiste des « enfants difficiles » ne sera pas très utile. Dans la cité, il y a aussi des ressources mobilisatrices pour des jeunes. Je pense notamment aux stewards qui, au terme d'une formation, se mettent en contact avec les autres jeunes du quartier, les invitent à aménager les espaces publics, à rendre visite à des personnes malades ou âgées, les emmènent faire du sport, … De telles initiatives existent, elles devraient être évaluées, adaptées et généralisées pour mettre du « liant » entre les gens plutôt que de s'entendre dire : « *Ah mais ça, ce n'est pas notre boulot* » ou « *Ça, on ne sait pas faire* » ou encore « *Le règlement ne nous y autorise pas* » … Les enseignants peuvent y contribuer. À terme, ils devraient trouver dans leur formation les outils nécessaires pour pouvoir observer les déficits de développement de l'identité des jeunes et intervenir en première ligne. À défaut, le jeune peut être tenté de choisir la violence pour identité. Etre quelqu'un en étant gêneur est encore et toujours préférable à être considéré comme un *loser* : un perdant !

Ces interventions de prévention sont à développer dans tous les domaines de la vie en communauté. Le concept de bien-être devrait faire partie du développement humain durable. C'est aussi essentiel que de manger, d'avoir accès à un toit, à l'enseignement ou encore au minimex. ●

[1] Le texte intégral : « Enfants et adolescents : troubles des conduites dans leur contexte », Conseil Supérieur de la Santé, Mars 2011, ainsi qu'un résumé de cet avis sont accessibles à l'adresse http://www.css-hgr.be dans la rubrique « Publications » sous la référence 8325. Une journée d'étude (présentation du rapport, des expériences belges ainsi qu'un temps d'échanges) sera organisé le 29 novembre 2011. Infos : CSS : 02/525.09.46 - wendy.lee@gezondheid.belgie.be.

[2] Auteur de *L'ami psy, Ecouter, comprendre et soigner la souffrance psychique.* Ed. Psymédic, Bruxelles, 2009.

[3] Téléchargeable sur : http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives.

[4] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ème révision (1994) ; Manuel publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA).

[5] Ministre-Président de la Région de Bruxelles-Capitale.

[6] Ce programme est particulièrement détaillé dans le texte intégral, op cit (note 1), pp 84-88.

[7] http://www.uclouvain.be/h2m-children.html.

[8] Voir plus haut (note 3).

[9] Voir rapport de l'étude, plus haut (note 1).

[10] Voir « Les situations complexes », Pascal Minotte, p.18 du dossier.

[11] Ce projet est soutenu par la ville de Bruxelles et le Fonds Houtman (ONE).

Des ateliers du bien-être à l'école ?

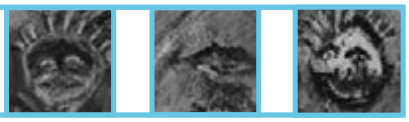
Un projet pilote[11] est expérimenté depuis 3 ans au Lycée Dachsbeck à Bruxelles. Une dizaine d'enseignants se sont portés volontaires pour participer à des séminaires sur le bien-être et le développement durable de l'enfant. Objectif : leur permettre d'identifier ce qui, au quotidien, contribue à l'épanouissement des élèves et les aide à surmonter les difficultés.
Une série de thèmes ont été travaillés avec eux tels que la confiance en soi, la gestion du stress, du conflit, la solidarité, le lien social… D'abord de manière théorique, ensuite de façon pratique pour pouvoir intégrer directement ces outils dans le cadre scolaire.

Le projet a démarré en septembre 2010 et concerne les 155 étudiants de 1ère secondaire et leurs enseignants. Des animations, au sein même des cours, leur sont proposées : exercices de relaxation, de concentration, jeux de rôles, temps d'expression libre sur des thèmes tels que l'amitié, le lien, l'autorité, l'ouverture… ou encore ateliers où décrypter des émotions (apprendre à (re)connaître ses besoins, à les exprimer, à mettre en place des moyens pour y répondre ou pour gérer sa frustration,…). Les élèves peuvent aussi être invités à jouer des scénettes qui leur permettent d'appréhender des situations plus difficiles : « *Si je te dis quelque chose de très désagréable : tu ne vaux rien à l'école, tu es moche… Quel sentiment ressens-tu à mon égard ?* » Ils analysent ensemble les réactions, envisagent des solutions.

C'est « la chouette heure ». Ces activités sont proposées tous les 15 jours. Elles sont accompagnées d'entretiens individuels. Des échanges réguliers se mettent aussi en place avec les parents, entre eux et avec les enseignants.

Toutes ces actions visent à renforcer les habilités de l'enfant – c'est important quand on sait qu'il passe parfois plus de temps en milieu scolaire qu'à la maison – et à créer un climat positif dans lequel il est possible d'établir une relation de confiance avec les adultes sans réduire ces liens aux performances scolaires.

L'idée, à l'avenir, est de pouvoir associer l'ensemble des établissements à cette approche, par exemple, en proposant une option dans la formation des futurs enseignants.



Plaidoyer pour le jeune

Si les jeunes dont il est question dans ce dossier ne voient pas systématiquement leurs situations judiciarisées, il n'en reste pas moins que c'est souvent le cas. C'est pourquoi, il nous a semblé important d'intégrer le point de vue d'un avocat dans la réflexion. D'autant que celui-ci joue un rôle spécifique, et parfois méconnu des professionnels de la santé mentale.

Rencontre avec **Amaury DE TERWANGNE**
Avocat spécialisé en droits des jeunes

*Une interview réalisée par **Pascal MINOTTE**, IWSM*

Pensez-vous que le point de vue des avocats est suffisamment évoqué dans tous les débats relatifs au travail de réseau ?

J'ai l'impression d'être souvent invité aux débats, mais je constate que le travail des avocats « jeunesse » est généralement méconnu des acteurs « psychomédicosociaux ». Il y a beaucoup de fausses croyances et de projections autour de notre profession. Je constate que le secteur psychosocial a tendance à surinvestir l'avocat de l'enfant ; les attentes à son égard sont très importantes. La désillusion provoque parfois le rejet ou la mise à distance.

Qu'est-ce qui distingue le travail d'un avocat « jeunesse » de celui d'un avocat pour adultes ?

La différence est basée sur un débat assez profond, qui remonte à 20-25 ans, voire antérieurement. On distingue 3 grandes thèses :

La première correspond à une vision historique de l'avocat d'enfant, c'est l'amicus curiae, celui qui est « l'ami de la cour ». Si on remonte à quelques décennies, on n'avait pas autant de services sociaux qu'actuellement. Dans ce contexte, le juge réunissait une série d'avocats à qui il demandait de faire rapport concernant le sort de tel ou tel enfant. Dans ce système, il n'y avait pas vraiment de débat contradictoire. Tout le monde œuvre à l'intérêt de l'enfant autour du juge. Cette représentation du rôle de l'avocat de l'enfant n'existe quasi plus actuellement.

La deuxième thèse, c'est l'idée de l'avocat tuteur, quelqu'un qui accompagne l'enfant, et qui, je ne sais par quel effet magique, serait détenteur de ses intérêts et pourrait les restituer dans le débat. L'avocat-tuteur fait bien partie de la « coalition des adultes » qui savent pour le jeune : « Moi, je pense que l'intérêt de mon jeune client, c'est ça. Je sais qu'il demande à rester en famille, mais ce n'est pas une bonne solution pour lui, avec les parents qu'il a, il devrait être placé, c'est donc ce que je plaide ».
Cette vision de l'avocat de l'enfant est encore très répandue même au sein du barreau. Le petit d'homme n'est pas assez mature pour s'exprimer avec clairvoyance sur sa situation. Son avocat aurait donc le droit de s'écarter de l'opinion que son jeune client exprime.

La troisième thèse a pris de l'essor depuis une dizaine d'années et est maintenant devenue la thèse majoritaire qui est poussée par la Cour Européenne des Droits de l'Homme, c'est celle de l'avocat défenseur. Autrement dit, l'avocat d'enfant est avant tout son porte parole. Sa mission n'est donc pas différente de celle de n'importe quel avocat. Il est là pour exprimer la vision que le jeune a de son intérêt. Le reste, ce que lui en pense, il en parlera en colloque singulier avec le jeune, mais, vis-à-vis des tiers, il restera son porte-parole, le plus fidèle possible. Et c'est là qu'il y a une différence avec les avocats pour majeurs, c'est que la manière d'engager le contact avec un jeune, mais aussi la manière de lui restituer ce que les adultes élaborent par rapport à lui, est un peu particulière. Il faut trouver les mots par rapport au jeune, s'assurer qu'il a bien compris, disposer de différentes techniques de communication qui permettent d'entrer au mieux en contact avec lui. De la même façon, il faut pouvoir restituer au mieux ce que le jeune dit, même s'il s'agit de jeunes enfants.

Ce rôle de porte-parole peut s'avérer subtil et complexe. Par exemple, il arrive qu'on soit amené à demander à un enfant s'il pense qu'il faut prolonger la mesure de placement dont il est l'objet ou proposer son retour en famille. Parfois, celui-ci redoute un retour à la maison parce que, par exemple, il vit seul avec une maman alcoolique qui a des accès de colère. Mais en même temps, il peut être pris dans un conflit de loyauté qui l'empêche de formuler clairement cette demande, surtout en présence de sa mère. Dans ces conditions, c'est aussi le travail de son avocat de trouver les mots qui permettent de répondre aux attentes de l'enfant sans qu'il ne soit amené à « trahir » ses parents. L'avocat peut alors prendre à son compte l'idée d'une prolongation des mesures et formuler les choses en conséquence : « Je pense que ce n'est pas possible, etc. ». Mais il ne le fait pas comme tuteur, il le fait parce qu'il a reçu un mandat implicite ou explicite du jeune.

Dans votre pratique, à quelle fréquence rencontrez-vous des jeunes qui présentent une problématique psychiatrique ?

Je me garderai de donner une réponse statistique, mais j'ai l'impression que, depuis 6-7 ans, on identifie plus de problématiques d'ordre psychiatrique sous-jacentes. Le réflexe qui consiste à diriger une situation vers un psychiatre me semble plus présent, pas du tout majoritaire.

Sur quelles difficultés aimeriez-vous mettre l'accent concernant les situations qui nous réunissent ?

En premier, sur une « psychiatrisation des situations difficiles » qui me semble parfois sujette à caution. Je fais le constat comme beaucoup d'autres que les jeunes qui aboutissent dans l'aide à la jeunesse semblent plus abimés qu'il y a 10-15 ans. Mais les équipes éducatives sont-elles les mêmes qu'il y a 15 ans ? Ont-elles eu la chance d'évoluer, de recevoir les formations qui permettent de rencontrer ces situations ? Doit-on vraiment retirer le jeune d'un service résidentiel pour aller vers la psychiatrie ? Avec tout ce que cela signifie pour lui, l'étiquette que ça lui colle… N'est-ce pas plutôt les équipes des services résidentiels de l'Aide à la jeunesse qu'il faudrait soutenir pour qu'elles puissent continuer à accueillir le jeune ?

Tout ça pose la question du diagnostic, à faire dans des délais raisonnables. Cela fait longtemps que je plaide pour qu'en Communauté française, plutôt que de recourir à des experts isolés, on ait un ou deux centres de pédopsychiatres agréés et rémunérés pour ce travail. Ceux-ci auraient des balises identiques, claires, identifiables pour les juges, et pourraient donner un avis rapidement lorsque c'est nécessaire.

En second, j'évoquerais le problème des multiples ruptures dans le parcours du jeune, qui ont des conséquences lourdes. Il y a une dynamique de renvoi entre l'Aide à la jeunesse et la Psychiatrie qui crée ces multiples ruptures dans la trajectoire de certains jeunes. Mettre en place des synergies, à partir du secteur de l'Aide à la jeunesse, avec des prises en charge ponctuelles au niveau du secteur de la santé mentale, cela me semblerait utile. Je n'invente rien, cela se fait déjà. On a des équipes de l'Aide à la jeunesse qui travaillent avec Titeca, Feux Follets…, avec l'idée d'une prise en charge pendant un temps et un retour. Ce sont des logiques intéressantes, surtout lorsque le retour s'accompagne du maintien d'un suivi « psy ».

L'avocat du jeune a-t-il une place dans les concertations du réseau « psychomédicosocial » ?

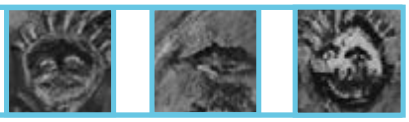
Si je suis présent à une réunion de réseau concernant un jeune, il est important que ce soit en présence de celui-ci. On en revient à la définition du rôle de l'avocat donnée précédemment. Ce dernier n'est pas là pour définir lui-même l'intérêt du jeune. Il n'est pas question de décider « en chambre » pour après, publiquement, en présence des parents et du jeune, dire : « Ecoutez, c'est décidé… ». Il faut garder l'espace de contradiction. Par contre, dans le cadre d'une réflexion générale et non d'un cas particulier, faire venir un avocat sui generis, quelqu'un qui réfléchit et qui incarne cette fonction-là, pourquoi pas. Tout comme on peut faire venir un magistrat, qui pourrait dire : « Tiens, dans ce que vous êtes en train d'élaborer, dans les processus que vous êtes en train de mettre en place, moi avec ma vision de juge, je trouve l'idée géniale ; ça par contre, ne devrait-on pas modifier, etc. »

Il y a un exercice que j'ai l'habitude de proposer lorsque je donne une formation qui mélange des juristes et des non-juristes. Il s'appelle la « métaphore du jeu d'échecs ». On imagine que l'aide et la protection de la jeunesse est un jeu d'échecs. Ce n'est pas un jeu de dames, car toutes les pièces ne sont pas les mêmes, les acteurs n'ont pas le même rôle, ils ont des manières de fonctionner différentes. Je demande alors à chacun de proposer son échiquier. Je dis : « Voilà tous les rôles, le mineur, ses parents, le juge, l'avocat, l'institution, le pédopsychiatre, l'expert, … Qui serait quoi ? L'avocat, un fou ? On le met dans les pièces blanches ou noires ? Le jeune, un pion, le roi ? ». Évidemment, il n'y a pas d'échiquier parfait. De plus, au moment de la mise en commun, on peut constater que les représentations des uns ne sont pas celles des autres. Nous avons parfois une représentation du travail des autres qui ne correspond pas à la représentation qu'eux-mêmes s'en font. Pourtant, si on veut que le jeu fonctionne bien, il ne faut pas s'attendre à ce qu'une tour fonctionne comme un fou. Il faut savoir qu'une tour fonctionne comme une tour.

L'étape ultime est de se demander comment, dans mon fonctionnement, je peux faire en sorte que le jeu fonctionne bien. Comment puis-je aider les autres à se déplacer comme prévu dans leur mode de fonctionnement ? Si je suis une institution et que je remets un rapport la veille de l'audience, je ne permets pas au Procureur du Roi et à l'avocat d'en prendre bien connaissance et, en même temps, je ne valorise pas mon travail. Bref, il ne s'agit pas uniquement de se demander ce que l'autre va pouvoir nous apporter, mais aussi : « En quoi je peux, par mon fonctionnement, permettre que le jeu s'élabore bien ». C'est une façon de fonctionner passionnante, qui rejoint totalement la logique de réseau évoquée dans l'article[1].

Amaury de Terwangne est spécialisé en droit de la jeunesse depuis 18 ans. Il dirige avec Juan Verlinden la Section « jeunesse » de Bruxelles. Il a également été Professeur pendant un temps à l'Institut Supérieur de Formation Sociale et de Communication. Il lui arrive aussi de superviser des équipes du secteur psychosocial et de participer aux réflexions au niveau politique dans l'élaboration des textes en matière d'aide et de protection de la jeunesse.

[1] Voir p.18.



Repères et références bibliographiques

1. Adolescents difficiles… adolescents en difficulté : pratiques et réflexions de travailleurs de l'Aide à la jeunesse. Bruxelles, Editions Luc Pire, 2003, 161 p.

2. Astier I., Revenu minimum et souci d'insertion. Paris, Desclée de Brouwer, 1997, 277 p., coll. Sociologie économique

3. Barreyre J.-Y., Fiacre P., Joseph V. et al., Une souffrance maltraitée : parcours et situations de vie des jeunes dits «incasables». Recherche réalisée pour l'Observatoire National de l'Enfance en Danger et le Conseil général du Val-de-Marne et du Val d'Oise, 2008.

4. Blondieau L., « Un adolescent, sa famille, des intervenants… un vrai défi » : compte-rendu de la recherche menée au sujet des adolescents « à la dérive » entre les services d'aide et essai sur le dépassement des difficultés de collaboration entre les secteurs impliqués. Rapport publié par le Conseil d'Arrondissement de l'Aide à la Jeunesse de Namur et la Plate-Forme Namuroise de Concertation en Santé Mentale, 2005, 24 p.

5. Born M., Chevalier V., Demet S. et al., De l'enfance à l'âge adulte : quelles trajectoires pour les jeunes placés dans les institutions publiques de protection de la jeunesse ? Recherche réalisée grâce à une subvention du Gouvernement de la Communauté française de Belgique, à l'intention de la Direction de l'administration de l'Aide à la jeunesse. Liège, Université de Liège, 1996, 166 p.

6. Cantelli F., L'Etat à tâtons. Bruxelles. PIE Peter Lang, 2007, coll. Action publique.

7. Carpiaux H., Les « Cyprès » : première unité wallonne de pédopsychiatrie légale. Dans : Confluences, n° 21, décembre 2008, pp. 6-7.

8. Le Champ de la santé mentale des enfants et des adolescents : présentation d'expériences et cadastre des services existants. Namur, Institut Wallon pour la Santé Mentale, 2003, 110 p.

9. Coupez M., Mongin D., La Non-exclusion ou la permanence du lien. Wezembeek-Oppem, Le Toboggan asbl, 18 p. En ligne : http://www.asbl-le-toboggan.be/uploads/toboggan/non-exclusion.pdf.

10. Darmon T., L'Accompagnement éducatif sous mandat judiciaire : le placement familial en questions… Recherche réalisée à l'Université de Toulouse, 2005, 152 p. En ligne : http://cediasbibli.org/opac/doc_num.php?explnum_id=98.

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

12. Delens-Ravier I., Thibaut C., Jeunes délinquants et mesures judiciaires : la parole des jeunes. Recherche qualitative sur le point de vue des jeunes délinquants à propos de leur placement en IPPJ. Observatoire de l'Enfance, de la Jeunesse et de l'Aide à la Jeunesse, 2002, 26 p.

13. De Munck J., Le Droit est-il encore émancipatoire ? En ligne : http://uclouvain.academia.edu/JeanDeMunck/Papers/378078/Le_droit_est-il_encore_emancipatoire.

14. De Terwangne A., Gougnard C., Couck J.-V., Entre sanction et éducation : quelles réponses à la délinquance des jeunes. Dans : L'Observatoire, n° 37, février 2003, pp. 17-116.

15. Digneffe F., Gillardin J., Tulkens F., Le Placement des mineurs en institution psychiatrique. Bruxelles, Facultés Universitaires Saint Louis, 1990, 158 p.

16. Donnay J.-Y., Minotte P., Les Situations "complexes" : état des lieux et pistes de travail concernant la prise en charge des adolescents présentant des problématiques psychologiques et comportementales sévères. Namur, IWSM, 2010, 70 p.

17. Enfants et adolescents : troubles des conduites dans leur contexte. Bruxelles, Conseil Supérieur de la Santé, mars 2011, 36 p. En ligne : http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/19068846_fr.pdf.

18. Entre éducation et sanction : quelles réponses à la délinquance juvénile ? Dans : L'Observatoire, n° 37, mars 2004.

19. Epstein D., Pour une éthique clinique dans le cadre judiciaire. Bruxelles, Ministère de la Communauté Française, 2007, 64 p., coll. Temps d'Arrêt/Lectures.

20. Franssen A. Dix ans de décret de l'aide à la jeunesse : des principes aux pratiques, l'aide à la jeunesse à l'épreuve de la déjudiciarisation. Namur, Editions Jeunesse et Droit, 2003.

21. Garcin V., Tordjman S., Les Equipes mobiles auprès des adolescents en difficulté. Paris, Masson, 2010, 192 p.

22. Hayez J.-Y., Riethmuller S., Verougstraete C. et al., Le Jeune, le juge et les psys. Paris, Fleurus, 1986.

23. Janssens A., Deboutte D., Even de bijpass-en : Over de samenwerking Bijzondere Jeugdbijstand en Kinder-en Jeugdpsychiatrie. Antwerpen, Universiteit Antwerpen, 2007.

24. Jeammet P., Paradoxes et dépendance à l'adolescence. Bruxelles, Ministère de la Communauté Française, 2009, 61 p., coll. Temps d'Arrêt/Lectures.

25. Jourdain-Menninger D., Strohl-Maffesoli H., Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques. Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales de France, 2004, 125 p.

26. Laval C., Violet-Chartier L., Dubois Y. et al., Jeunes en grande difficulté : aux limites de la psychiatrie, de la justice, de l'éducatif et du social. Actes du colloque de Marseille, 27 et 28 mai 2002, 103 p.

27. Lebigot F., Le Traumatisme psychique. Bruxelles, Ministère de la Communauté Française, 2006, 64 p., coll. Temps d'Arrêt/Lectures ».

28. Lebrun J.-P., Un monde sans limite. Toulouse, Erès, 2009, 368 p.

29. Mazzocchetti J., L'Adolescence en rupture : le placement au féminin. Une enquête de terrain. Louvain-la-Neuve, Bruylant-Academia, 2005, 170 p.

30. Minotte P., L'Offre adressée aux enfants et aux adolescents dans les Services de Santé Mentale en Région wallonne : synthèse. Namur, Institut Wallon pour la Santé Mentale, 2008, 26 p.

31. Moriau J., L'Ado, la crise, la vie active, la folie. Bruxelles, Plate-Forme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale, 2003, 141 p.

32. Moriau J., L'Impossible prise en charge des jeunes à la limite de l'aide à la jeunesse et de la psychiatrie. Dans : Journal du droit des jeunes, n° 233, mars 2004, pp. 3-19.

33. Moriau J., Maun J., De Decker B et al., Majorité civile : assistance ou débrouille ? Dans : Bruxelles Informations Sociales, n° 160, 2009, pp. 4-39.

34. Mucchielli L., Le Goaziou V., La Violence des jeunes en question. Nîmes, Champ social Editions, 2009, 149 p., coll. Questions de société.

35. Muchembled R., Une Histoire de la violence : de la fin du Moyen-Age à nos jours. Paris, Seuil, 2008, 498 p., coll. L'Univers historique.

36. Petitot F. (ed.), L'Enfant, l'adulte, la loi : l'ère du soupçon ? Toulouse, Editions Erès, 2001, 168 p., coll. Les Recherches du Grape.

37. Pinel J.-P., Les Institutions spécialisées au défi des violences adolescentes. Dans : Scelles R. et al., Limites, liens et transformations, Paris, Dunod, 2003, 224 p.

38. Rea A., Van Campenhoudt L., Cartuyvels Y. et al. (eds), La Tentation sécuritaire : réponses à l'insécurité. Bruxelles, Éditions Labor, 2000.

39. Robin D., Adolescence et insécurité. Bruxelles, Ministère de la Communauté Française, 2009, 61 p., coll. Temps d'Arrêt/Lectures.

40. Tange C., Le Placement comme expédient d'un système. Dans : Journal du Droit des Jeunes, n° 196, juin 2000, pp. 18-25.

41. Tyrode Y., Bourcet S., Dix ans d'Aide à la jeunesse. Dans : La Revue nouvelle, n° 5, mai 2002, pp. 93-104.

42. Vanhamme F., La Violence des adolescents : clinique et prévention. Paris, Dunod, 2006, 216 p.

43. Vanneste C., Les Logiques décisionnelles des magistrats du parquet et des juges de la jeunesse à l'égard des mineurs délinquants. Dans : Revue de Droit pénal et de Criminologie, 2002, pp. 225-250.

44. Vanneste C., Goedseels E., Detry I., La Statistique nouvelle des parquets de la jeunesse : regards croisés autour d'une première analyse. Gent, Academia Press, 2008. En ligne : http://nicc.fgov.be/Index.aspx?SGREF=2482.

45. Violence et adolescents : les fausses évidences ? Dans : Bruxelles Santé, n° spécial, 2002.

46. Violences et santé. Paris, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Haut Comité de la Santé publique, 2004, 160 p. En ligne : http://www.hcsp.fr/docspdf/hcsp/hc001688.pdf.

47. Warlet F.-J., Le Judiciaire et le jeune souffrant d'une maladie mentale : lecture de la loi du 13 juin 2006. Dans : Confluences, n° 16, avril 2007, pp. 14-15.

48. Youf D., Juger et éduquer les mineurs délinquants. Paris, Dunod, 2009, 240 p., coll. Enfances.

Institut Wallon pour la Santé Mentale

L'ÉQUIPE

Direction Christiane Bontemps, Olivier Schmitz **Coordination des projets** Christine Gosselin, Marie Lambert, Pascal Minotte, Annick Van den Bossche **Documentation** Delphine Doucet **Communication** Hélène Carpiaux, Sylvie Gérard **Accueil, secrétariat, logistique** Françoise André, Séverine Dupont, Muriel Genette.

LES ADMINISTRATEURS

● Micky Fierens – LUSS (Ligue des Usagers des Services de Santé) ● Luc Fouarge – LNH (Ligue Nationale pour personnes Handicapées et services spécialisés) ● Chantal Gelders – Psytoyens ● Françoise Gérard – APOSSM (Association des Pouvoirs Organisateurs de SSM en Wallonie) ● Olivier Georges – APOSSM ● Denis Henrard – FIH (Fédération des Institutions Hospitalières) ● Stéphane Hoyoux – Santhea ● Liliane Leroy – FCPF-FPS (Fédération des Centres de Planning Familial des F.P.S.) ● Thierry Lottin – Cobéprivé (Confédération belge des établissements privés de soins de santé) ● Stéfan Luisetto – Fédito Wallonne (Fédération des intervenants en toxicomanie en Région wallonne) ● Michèle Mabile – LWSM (Ligue Wallonne pour la Santé Mentale) ● Michel Thiteux – FSPST (Fédération des Structures Psycho-Socio-Thérapeutiques) ● Francis Turine – PFC Namur ● Maryse Valfer – APOSSM ● Patrick Vandergrasen – FFIHP (Fédération des Initiatives d'Habitations Protégées) ●

CONFLUENCES

« Confluences » est la revue de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale. Elle s'adresse à tous ceux qui y interagissent et, au-delà, à tous ceux qui s'intéressent aux questions de santé mentale.
Trois fois par an « Confluences » propose un dossier thématique et donne un écho de l'actualité dans le secteur, en Wallonie ou ailleurs.

Les colonnes de « Confluences » vous sont ouvertes pour partager votre expérience, témoigner de votre pratique, donner une information, soulever une question,... Et susciter le débat.

Vos propositions à confluences@iwsm.be.

- Les articles publiés dans « Confluences » n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs
- Les textes parus dans « Confluences » peuvent être reproduits avec l'accord préalable de l'IWSM moyennant mention de la source.

CONDITIONS D'ABONNEMENT

- 25 € pour l'abonnement "standard" (3 nos par an).
- 40 € pour l'abonnement "plus" qui vous donne, en outre, accès aux informations qui circulent au sein de l'association.
- 75 € pour l'abonnement "de soutien", si vous êtes prêts, en plus, à encourager le projet associatif.
- Conditions spéciales pour les affiliés des membres de l'Institut.

L'abonnement prend cours dès réception du paiement au compte n° 068-2330070-60 de l'IWSM.
Merci d'indiquer sur votre bulletin de versement votre nom, vos coordonnées et la mention «Confluences».

Renseignements :
IWSM ☎ 081/ 23 50 15 iwsm@iwsm.be

A découvrir aussi, nos articles en ligne sur : www.iwsm.be

LES RENDEZ-VOUS DE CONFLUENCES

Envie d'en savoir plus ? D'approfondir la réflexion d'un dossier ? D'interpeller un auteur ?
« Les rendez-vous de Confluences » vous invitent, dans la foulée de la publication, à rencontrer les auteurs du dossier et à échanger, de vive voix, vos approches, vos points de vue, vos expériences...
Une rencontre conviviale pour mieux se connaître et poursuivre, ensemble, une réflexion en santé mentale.
Renseignements ☎ 081/ 23 50 15 iwsm@iwsm.be

INSTITUT WALLON
POUR LA SANTÉ MENTALE

L'Institut Wallon pour la Santé Mentale, asbl
est un organisme d'information, de recherche et de réflexion en santé mentale.

Avec le soutien de la Wallonie

Institut Wallon pour la Santé Mentale, asbl
Rue Henri Lemaître, 78 B - 5000 Namur - Belgique
(+32(0)81 23 50 15 🖷 +32(0)81 23 50 16
confluences@iwsm.be - iwsm@iwsm.be
www.iwsm.be