

# Protection Judiciaire de la Jeunesse

## Recherche-action :

« PROPOSITIONS CLINIQUES POUR LES JEUNES AUTEURS D'AGRESSIONS  
OU DE VIOLENCES »

## RAPPORT FINAL

Des pratiques éducatives de santé mentale  
dans le champ  
de la Protection Judiciaire de la Jeunesse



Christian Laval

Mai 2002

## **Les acteurs de la recherche-action :**

*Les équipes des Sites de Chaumont, Evry, Puygiron, Saintes et Valence  
Les membres du Comité de Pilotage  
Les membres du Groupe Recherche-Action*

Betty **Brahmy**, *Médecin Chef, Psychiatre*

Corinne **Ehrenberg**, *Psychanalyste*

Denis **Garaudet**, *Psychanalyste*

Gérard **Laurencin**, *Psychiatre*

Pierre-Marie **Treillet**, *Psychologue*

Christian **Laval**, *sociologue*

## PLAN

<b>PREAMBULE .....</b>	<b>5</b>
<b>I – PREMIERE PARTIE : LE DEPLACEMENT DES POINTS DE VUE .....</b>	<b>6</b>
1.1 De la violence des jeunes à la santé mentale .....	6
1.2 Santé mentale et Protection Judiciaire de la Jeunesse.....	10
1.2.1 Des politiques étatiques et sectorielles.....	10
1.2.2 Des politiques locales et transversales .....	11
1.2.3 Situation de l’action éducative dans ce nouveau contexte .....	12
<b>II - DEUXIEME PARTIE : LE POINT DE VUE CONTRIBUTIF DES CLINICIENS « PSY » ET DES PROFESSIONNELS SITE PAR SITE .....</b>	<b>16</b>
2.1 Les professionnels sont porteurs d’une connaissance spécifique .....	16
2.2 Site par site .....	18
2.2.1 A partir de la réflexion de Saintes.....	18
2.2.1.1 <i>Le lien éducatif en contexte judiciaire : un paradoxe ordinaire entre dépendance à l’autre, autosuffisance et autonomie, par Gérard Laurencin.</i> .....	18
2.2.2 A partir de la réflexion de Puységiron.....	27
2.2.2.1 <i>De l’acte délinquant à la réflexion sur soi-même. L’intérêt d’une clinique éducative proposée aux mineurs auteurs d’agression, par P.M. Treillet.</i> .....	27
2.2.2.2 <i>L’affiliation au groupe comme remise en jeu de la filiation des adolescents, par Alain Chaze</i> .....	35
2.2.3 A partir de la réflexion de Chaumont.....	40
2.2.3.1 <i>Contribuer à une connaissance clinique qui puisse valider une tentative éducative vivante, par Denis Garaudet</i> .....	40
2.2.3.2 <i>« La phase d’accueil », par Sandrine Maubrey</i> .....	41
2.2.4 A partir de la réflexion d’Evry.....	43
2.2.4.1 <i>Le travail avec la famille, par Corinne Ehrenberg</i> .....	43
2.2.4.2 <i>Clinique du cadre éducatif et conflictualité, par Sakina Auxiette, Gilles Dupuy et Philippe Lambert.</i> .....	49
2.2.5 A partir de la réflexion de Valence .....	53
2.2.5.1 <i>Partenariat psychiatrie de secteur/PJJ : aspects concrets dans le contexte de la clinique éducative, par Betty Brahmy</i> .....	53
2.2.6 Des zones de questions à mutualiser.....	56
<b>III – TROISIEME PARTIE : « PENSER » CLINIQUE ET « FAIRE AVEC » DANS LE CHAMP DE L’ACTION EDUCATIVE .....</b>	<b>58</b>
3.1 Pour l’affirmation d’une clinique éducative.....	58
3.2 Une clinique en direction des jeunes et des adultes.....	60
3.2.1 Qu’est ce qui est en jeu pour les jeunes ? .....	60
3.2.2. Qu’est ce qui est en jeu pour les adultes ? .....	61
3.3 Cinq chantiers de clinique éducative.....	62
3.3.1 Maintenir la co-présence : « aller-vers ».....	62
3.3.2 Inventer des occasions d’expression individuelle ou groupale .....	63
3.3.3 Rendre compte des valeurs qui fondent l’engagement éducatif aujourd’hui .....	64
3.3.4 Contribuer à réamorcer la circularité du don .....	64
3.3.5 Penser la filiation en terme d’enjeu de reconnaissance.....	65

<b>3.4 Penser les conditions de faisabilité de ces chantiers.....</b>	<b>66</b>
3.4.1 Cadre, dispositif, disposition.....	66
3.4.2 Comment construire un cadre de réflexivité collective?.....	66
3.4.3 Comment faire vivre un dispositif de problématisation clinique ? .....	67
3.4.4 Comment disposer des personnes en équipe ? .....	67
<b>IV - QUATRIEME PARTIE : CONSEQUENCES : PENSER LES POLES JUDICIAIRES, EDUCATIFS ET SOIGNANTS EN TERME DE COMPLEMENTARITE .....</b>	<b>69</b>
<b>4.1 Soin psychique, pôle judiciaire et pôle éducatif.....</b>	<b>69</b>
4.1.1 Il est essentiel que le pôle judiciaire prescrive une relation avec des adultes éducateurs. ....	69
4.1.2 Il ne suffit pas que le pôle judiciaire prescrive une relation avec des adultes éducateurs pour qu'elle ait lieu....	70
4.1.3 Croiser les espaces et les formations.....	70
<b>4.2 Soin psychiatrique, pôle éducatif et pôle soignant .....</b>	<b>70</b>
4.2.1 Comment repérer un état pathologique qui nécessite des soins psychiatriques ? .....	70
4.2.2 Quelques questions récurrentes à partager avec les équipes de psychiatrie .....	71
4.2.3 Consolidation des savoirs partagés .....	71
<b>V - CONCLUSION : ACTION EDUCATIVE ET SANTE MENTALE : LE PARADIGME DE LA REMISE EN JEU .....</b>	<b>73</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>76</b>
<b>ANNEXE 1 : RESTITUTION DE LA JOURNEE DU 14/12/2001 :.....</b>	<b>77</b>
<b>ANNEXE 2 : VIGNETTE CLINIQUE.....</b>	<b>78</b>
<b>NOTES .....</b>	<b>81</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>83</b>

## PREAMBULE

Cette recherche-action s'inscrit dans une filiation. Elle est l'émanation du Comité de Pilotage coordonné par le Docteur Alecian intitulé : « *Propositions cliniques pour les mineurs auteurs d'agression ou de violences* ». Ce comité se réunit depuis mai 1998. Durant les années 1999 et 2000, il a préparé la thématique et organisé la méthodologie de cette recherche-action : appel d'offre aux équipes, choix des sites retenus, couplage cliniciens/sociologue site par site...

Ainsi, les axes thématiques de cette recherche-action ont largement été mis au travail et problématisés en amont de celle-ci :

- ♦ L'articulation entre violence et souffrance des mineurs a été abordée selon une perspective qui tente de rendre compte d'une correspondance entre « *tension psychique et tension de civilisation* », ces mineurs représentant « *une population indiciaire sur l'évolution de la société* » (cf. Rapport d'activité du Dr Alecian). Selon cette optique, la thématique de la santé est investie comme une modalité sensible de l'accordage de l'individu à soi et aux autres. Elle pose la question du vivre ensemble, du bien-être individuel et collectif. Dès lors, lorsque l'état de santé dégradé de certains mineurs sous mandat de justice devient un indice d'exclusion parmi d'autres, le droit à la santé -comme celui à l'éducation- se pose comme une exigence de justice sociale.
- ♦ De même, le terme de clinique a été défini préalablement par le Comité de Pilotage du côté de l'observation élargie à tous les acteurs au contact avec un mineur : « *clinique, fait référence à tout ce qui est observable comme troubles des mineurs que ce soit par les cliniciens, les juges ou les éducateurs. Le mot fait référence autant aux enjeux de la santé et de la santé mentale qu'aux problèmes de pathologies somatiques et psychiques* » (cf. Rapport d'activité du Dr Alecian).

De fait, en sollicitant le point de vue d'un sociologue -et non d'un thérapeute- mais aussi en invitant les équipes éducatives à participer à ces travaux, le Comité de Pilotage a élargi le champ de légitimité à parler du soin. Ce choix est signifiant, il participe d'une volonté de multiplier les perspectives, de déplacer les points de vue (observation, compréhension, analyse). Plus largement, il engage à un mouvement d'extension de la clinique à ceux-là mêmes qui sont au front de l'action éducative.

Le contenu de ce rapport s'est nourri des ressources offertes par ce dispositif original tel que nous venons de l'esquisser. Il s'alimente de la réflexion des professionnels de terrain, mais il est aussi imprégné des apports, des discussions, des présentations d'expériences qui ont eu lieu dans le cadre du Comité et dans le groupe recherche-action (autre modalité du dispositif).

C'est certainement cette élaboration cette élaboration en tension, en va et vient entre terrain et Comité de Pilotage, qui différencie une recherche-action d'une recherche que l'on pourrait qualifier de confinée en laboratoire ou au contraire exclusivement de plein air.

Je remercie les membres du Comité de Pilotage ainsi que ceux du groupe recherche-action, les cliniciens avec qui j'ai eu un vrai plaisir à travailler ainsi que chacun des professionnels site par site qui s'est engagé dans ce travail.

Enfin, je remercie plus particulièrement le Docteur Patrick Alecian et Dominique Dray pour leur attention, conseils, critiques, réflexions ainsi que pour leur disponibilité continue.

# I – PREMIERE PARTIE : LE DEPLACEMENT DES POINTS DE VUE

## 1.1 De la violence des jeunes à la santé mentale

L'intitulé initial de cette recherche-action renvoie à des phénomènes sociaux complexes à la frontière du psychique et du social dont les modes d'appréhension et de problématisation sont multiples.

Quels types de problèmes recouvrent la catégorie annoncée de : « *Jeunes auteurs d'agressions et de violence* » ? Depuis plusieurs années, de nombreux travaux explorent les phénomènes de violences urbaines et les nouvelles délinquances des jeunes<sup>1</sup>. Diverses contributions insistent sur l'augmentation quantitative et sur l'évolution qualitative des actes de violence. Nous pensons ici particulièrement à l'impact social de la délinquance de proximité mais aussi à la dimension symbolique de demande ou de lutte de reconnaissance<sup>2</sup> sous jacente à certaines conduites (violence de revendication ou de désespoir). D'autres perspectives, plus anthropologiques tentent, en décrivant une culture spécifique au « cœur des banlieues »<sup>3</sup>, de mettre en relief la dimension ritualisée et langagière de conduites sociales empreintes de violences non nécessairement transgressives à l'ordre de l'interaction ordinaire des quartiers. Enfin, d'autres approches psychanalytiques ou psychiatriques tentent de décrire les processus psychopathologiques sous jacents à ces conduites de « l'agir ».

Cette recherche-action s'inscrit dans ce contexte général. Mais la perspective tenue ici n'est pas celle des professionnels de la ville ou des élus locaux ni celle des institutions sanitaires. Il s'agit de ressaisir cette question selon le point de vue spécifique de 5 équipes éducatives travaillant à la PJJ. A quels types d'agressions ou de violences sont-elles confrontées ? De leur place institutionnelle (FAE, CAE, CER), comment témoignent-elles de cette question ?

Plus qu'aux actes violents sanctionnés par la justice, les équipes éducatives sont d'abord confrontées à ceux exercés dans le cadre de la prise en charge éducative. D'une manière générale, au cœur de la pratique, il leur apparaît difficile voire souvent impossible de distinguer un groupe dit : « *jeunes auteurs d'agressions et de violence* », comme un sous groupe spécifique.

Même si la violence s'est avérée, au premier abord, difficilement séparable quant aux problèmes qu'elle leur pose et quant aux réponses qu'il serait utile de promouvoir, les équipes nous ont fait part d'une double préoccupation :

- ◆ Il leur apparaît inopportun de délier violences et souffrances<sup>4</sup>. Elles se demandent si désigner certains jeunes par leur propension à la violence n'est pas une énième manière de reconsidérer les dits « incasables » ou les dits « cas lourds »<sup>5</sup> dans un contexte social exacerbé par une montée de la demande sécuritaire. Elles insistent sur le fait que les jeunes auteurs de violences agies sont fréquemment les mêmes que ceux victimes de violences subies<sup>6</sup>. Pour un adolescent, faire mal et avoir mal est souvent indissociable. Les micro-traumatismes répétés génèrent progressivement des carrières de victimes et des carrières de délinquants.
- ◆ Mais cette exigence une fois posée, elles ont le souci de ne pas dissocier cette authentification de la souffrance psychique, d'une réflexion sur la question de la responsabilisation du jeune par rapport aux actes posés - dans le cadre de la prise en charge éducative-.

De fait, considérer tel ou tel jeune comme auteur et non seulement comme acteur de ses actes participe de cette double exigence.

Saisir le jeune comme acteur convoque la figure du spectateur de la violence publicisée à distance ou victime plus ou moins directe de celle-ci. La prise en compte de la souffrance risque alors d'être authentifiée à partir de cette convocation même.

A contrario, la saisie du jeune comme auteur de ses actes identifie les professionnels non à la figure du spectateur, mais à celle du témoin. Le témoin ne se contente pas de regarder. Il n'est pas dans le face-à-face mais dans le côté à côté. L'activité de témoignage oblige les professionnels à construire un point de vue qui les engage. Dans cette optique, on pourrait avancer que l'action éducative, parce qu'elle est activité d'engagement qui conjugue le personnel et le professionnel, se caractérise par la recherche d'une éthique de la bonne distance : ne céder ni à une politique de la compassion, ni à celle du dégageant « dans les tribunes » des spectateurs. De fait, le témoignage des professionnels est critique. Il les oblige à sautiller d'une rhétorique argumentative et non seulement émotionnelle afin que la souffrance individuelle fasse écho à des questions qui ont trait au bien commun (égalité, justice, droit, devoir). Au décours de la recherche action, les équipes ont ainsi cherché à construire et à témoigner de la singularité de leur positionnement comme suit :

- ♦ Une expérience directe de la souffrance des jeunes qu'elles accompagnent. Tel ou tel éducateur est, dans le cadre professionnel, *personnellement* engagé et affecté. Dans ce qui se donne à voir comme un régime d'action ordinaire, comment l'institution peut-elle alors promouvoir des espaces de réflexivité dans l'action professionnelle où cet engagement puisse être pensé ?
- ♦ Une volonté de ne pas assigner ou réduire l'identité des jeunes à une « pure souffrance ». Car ce regard exclusif ferait d'eux exclusivement des patients qui pâtiraient soit de leur condition sociale, soit d'une maladie dont ils ne seraient que les victimes. Quel type de relation éducative, l'institution doit-elle alors promouvoir afin que la responsabilité de ses actes pour un sujet devienne une question pour lui, auteur d'une expérience de vie marquée par des actes violents et transgressifs ? Cet appel à la responsabilité ne doit pas être seulement entendu au sens juridique de l'imputation causale d'actes délictueux, mais comme un mouvement d'incorporation par le jeune de cette imputation énoncée de l'extérieur, par montage institutionnel. Ne pas subir l'imputation mais se l'approprier comme faisant sens sur ce qui s'est passé, ouvre un avenir pensable par un sujet répondant de ses actes et des épreuves traversées.

Lorsque les équipes tiennent ensemble ces séries de questions dans la durée d'une prise en charge, elles se constituent des *savoir-faire discrets*. Certes l'usage qui en est fait sur le terrain est variable d'un site à l'autre, voire d'un professionnel à l'autre. En fonction de leur disposition propre, les professionnels décrivent en interne plusieurs cas de figure. Par exemple, certains revendiquent la discrétion comme une composante essentielle, car selon eux, elle est une des conditions de l'efficacité de leur activité en ce domaine (entendre discrètement la souffrance ou la plainte). D'autres professionnels, alors qu'ils ont témoigné, dans le cadre de la recherche-action, d'une réelle compétence à se situer dans une position étayante, ne l'identifient pas comme un savoir-faire spécifique. D'autres au contraire se reconnaissent une compétence dans ce domaine et revendiquent la dimension psychique de leur activité. Ils recherchent alors une légitimité auprès de l'institution qu'ils ne trouvent ni individuellement ni collectivement.

Car quelles que soient les logiques et les positions des acteurs, ces savoir-faire discrets sont peu visibles, voire invisibles par l'institution qui peine à les reconnaître et à les intégrer dans ses missions.

Ainsi, si la recherche d'une meilleure intelligibilité des phénomènes violents oblige dans un premier temps à déconstruire les représentations sociales à l'œuvre, à mieux identifier la nature de

positionnements et des savoir-faire professionnels, elle nécessite aussi de replacer ces phénomènes dans une perspective d'action publique qui intègre un objectif de santé mentale dans le champ de la protection de la jeunesse.

Qu'est-ce que cela veut dire ? Même si nous y reviendrons, ce concept de santé mentale mérite que l'on s'y arrête dès maintenant. La santé mentale participe de la définition de la santé telle que la propose l'OMS « *un état complet de bien être physique, psychique et social, ce qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Dans un récent rapport, le Haut Comité de Santé Publique pointe la difficulté de définir une ou des normes de santé mentale ; « *la notion de santé mentale devrait donc s'accompagner d'une optimisation des possibilités d'expression du projet de vie de chacun. Cela supposerait d'accompagner l'être humain dans sa croissance, de permettre à chacun de trouver les moyens nécessaires au plein développement de son activité psychique et affective, de lui permettre une insertion sociale dans le respect des valeurs définies par la société... Il est important d'envisager le développement de chaque individu à l'intérieur de son propre groupe, dans son propre contexte socioculturel et dans son propre environnement* »<sup>7</sup>.

Ainsi, la notion de santé mentale ne peut être indexée seulement à l'absence de maladie mentale.

Le regard social porté à la santé mentale comme question collective prend sens dans une problématisation de type anthropologique qui a à voir avec la constitution de la personnalité contemporaine.

Alain Ehrenberg<sup>8</sup> a montré qu'un report sur l'individualité de ce qui était pris en charge jusqu'à peu par les institutions disciplinaires résulte d'un processus historique qui a logé la responsabilité de nos vies à l'intérieur de nous-mêmes. L'individu s'appuie de plus en plus sur ses ressorts internes (psychiques) pour modifier ses conduites et ses investissements.

Du coup, la recherche d'équilibre interne, la résolution adaptée des conflits, la capacité réflexive, l'optimisation des projets de chacun qui caractérise l'état de santé mentale, ne s'effectuent plus dans des cadres marqués par l'intégration des normes. La société n'est plus tant investie par la jeunesse comme une contrainte que comme un lieu possible de réalisation ou de chute de soi.

Dans ce nouveau contexte, ce qui devient princeps n'est pas tant la santé mentale idéale dont l'assomption serait toujours renvoyée à la fin des temps que d'alléger, ici et maintenant, la souffrance des individus.

Mais de manière aussi concrète, il convient d'être attentif à deux écueils :

- ♦ Premier écueil : Introduire une préoccupation de santé mentale dans le secteur de la protection de la jeunesse ne peut exonérer d'une réflexion sur un paradigme éducatif affaibli moins par manque de référentiel -il en aurait plutôt trop- que par manque, selon le mot d'un éducateur de « carburant utopique », d'appétence de la société à répondre au *devoir d'avenir*<sup>9</sup> posé par une fraction de la jeunesse contemporaine. Les pratiques de santé mentale ne peuvent pousser et croître que sur un terreau éducatif riche, fort et énergique. En aucun cas, elles ne doivent être comprises comme un modèle de substitution qui inaugurerait une figure mutante de l'éducateur thérapeute.
- ♦ Second écueil : Depuis deux décennies, la querelle récurrente entre prévention et répression *masque la mise en place d'un autre paradigme structurant les politiques publiques, lié à la notion de gestion des risques sociaux*<sup>10</sup>.

Ces trois dernières décennies, la catégorie dite « jeunes en difficulté » a été construite à travers différentes politiques sociales (éducation, insertion, médiation) non comme révélatrice de l'évolution de notre société (incertitude du lien social et insécurité sociale) mais comme facteur de risques situationnels qu'il s'agit de circonscrire. Si cette approche devait perdurer, la problématique émergente de la santé mentale dans le secteur de la protection de la jeunesse pourrait être assimilée à une problématique de gestion des troubles mentaux et sociaux sans chercher à repérer et à réduire les risques associés à une population donnée.

Ce n'est pas à une telle conception de la santé mentale à laquelle nous nous référons dans ce rapport. La santé mentale, en tant que politique publique, ne peut que se constituer en prenant en compte les enjeux de société aujourd'hui : partage des savoirs, réduction des inégalités, et construction des identités.

Pour nous, une politique de santé mentale prend sens avant tout en tant que souci, préoccupation de la réalité psychique. Elle doit faciliter l'ouverture d'un espace d'échange et de conflictualisation verbale de la violence agie par les adolescents et d'activités de réaffiliation à un collectif concret. Plus que de produire de la norme, de diagnostiquer des dysharmonies ou des déséquilibres pathologiques, elle s'occupe des *failles* de l'altérité, du symbolique de la loi et du tiers. Elle prend en compte les doubles notions de vulnérabilité et de résilience.

Pour résumé, on pourrait définir une action de santé mentale en tant qu'elle facilite le passage d'un acte délinquant à une réflexion sur le lien qui, reliant soi-même à autrui, est garant de l'inscription des individus dans un monde commun sans cesse à reconstruire.

De cette manière d'aborder les problèmes, il convient de tirer des conséquences concrètes. Ainsi, l'auteur d'actes violents est reproducteur d'un ordre social qui fait déjà violence sur lui-même. Lorsque le premier temps du traitement est celui de la centration sur l'acte, la souffrance se trouve interdite d'expression même lorsqu'il existe une forme ou une autre de *pression aux soins* de la part de la justice. L'intervention concrète de *tiers* professionnels éducatifs a pour objet d'ouvrir un espace de rencontre et de parole, non pas dans une filière thérapeutique mais éducative où la dimension psychique puisse être entendue selon une approche clinique au sens étymologique du terme : observer ce qui « se donne à voir » afin de remettre debout un individu couché<sup>11</sup>.

A chaque phase de son développement, cette recherche-action a montré toute la richesse et les enjeux cliniques des relations, des cadres, des médiations dans la pratique ordinaire de la relation éducative. C'est d'un espace de questionnement mais aussi de créativité dont nous avons essayé de rendre compte en ouvrant le chantier d'un espace *clinique singulier à l'action éducative* qui ne se réduit pas seulement à une prestation type : *analyse de la pratique*. Ouvrir et légitimer cet espace de pensée a fait prendre conscience aux équipes de la nécessité d'un meilleur outillage pour reconnaître, accompagner -mais aussi orienter vers des structures spécialisées lorsque cela s'avère nécessaire- telle ou telle situation préoccupante dans un contexte de brouillage entre « cas psychique » et « cas sociaux ».

Pour toutes ces raisons, nous proposons que le titre de cette recherche-action soit posé sous la forme d'une interrogation collective :

**Des pratiques éducatives de santé mentale dans le champ de la Protection Judiciaire de la Jeunesse ?**

## **1.2 Santé mentale et Protection Judiciaire de la Jeunesse**

### Un processus progressif d'intégration de la santé mentale dans le champ de la PJJ.

Le pacte issu de la Libération a ouvert une phase politique inédite dont les deux principes fondateurs sont l'éducabilité et la création d'une juridiction spécifique.

D'emblée, le *souci thérapeutique* est posé dans ce nouveau contexte. Inauguralement, il fait son entrée sous la forme de l'observation et de l'investigation (dite de personnalité) mais sa finalité reste essentiellement judiciaire. Le regard et la compétence « psy » doivent contribuer à la manifestation de la vérité<sup>12</sup>.

Cette demande initiale d'expertise ouvre un espace pratique pluridisciplinaire. Notamment la psychologie et la psychiatrie se déploient peu à peu vers d'autres domaines que celui de l'investigation : supervision, soins psychiques directs auprès des jeunes.

Dans le processus progressif d'intégration d'une problématique de santé mentale dans le secteur considéré, deux phases sont identifiables. Nous présentons ci dessous une première phase caractérisée par une logique d'action endogène, dont la constitution a été fortement marquée du sceau de l'Etat gardien et protectionnel. Puis nous tenterons de saisir l'intelligibilité d'une seconde phase en prenant en compte la manière dont la PJJ est interpellée de l'extérieur par une action publique locale foisonnante qui tente, selon une logique territoriale, de promouvoir de la transversalité entre différentes politiques sectorielles (écoles, psychiatrie, PJJ, polyvalence de secteur..). Enfin, nous essaierons de comprendre comment l'action éducative, confrontée à des évolutions institutionnelles encore peu lisibles, à des référentiels d'action encore en gestation (Santé Mentale), a du mal à reconfigurer son action dans un nouveau champ pratique ouvert par l'authentification de la souffrance psychique.

### ***1.2.1 Des politiques étatiques et sectorielles***

#### Le dispositif de santé mentale et celui de psychiatrie sont peu différenciés.

Un premier moment se caractérise par un rapprochement entre le secteur de pédopsychiatrie et le secteur de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. En identifiant l'adolescent comme un sujet en devenir, en insistant sur la création d'un droit spécifique à cet âge, en opposant au concept de jeunes dangereux celui de jeunes en danger. Au delà des actes délictueux, est visé un sujet à structurer, à restaurer voire à soigner.

Le contexte est celui de l'Etat social qui associe sécurités sociales et extension du salariat (Cf. R. Castel). Le promoteur et le garant de ce modèle protectionnel est l'Etat éducatif et assistantiel qui organise un véritable service public *sectoriel* dont le cœur de cible est un individu mineur en danger social et psychique. Cette prise en charge sectorielle nécessite une temporalité longue de l'action. Sa finalité affichée est celle de la socialisation voire de l'intégration. La réalisation de cet objectif convoque essentiellement des savoir-faire éducatifs même si elle intègre en seconde ligne des compétences issues d'autres disciplines (psychologiques, psychiatriques voire judiciaires). D'ailleurs, une alliance conjoncturelle s'est souvent nouée entre équipe éducative et une partie des juges pour enfants.

Peu à peu, la psychanalyse fait une entrée théorique et pratique dans le secteur (étouffement des équipes éducatives par des psychologues cliniciens notamment). Mais d'une façon générale, si le langage et le regard psychanalytique ont pénétré les esprits et enrichi le sens des pratiques, le pôle thérapeutique est encore interpellé selon une logique dite « de trousse de secours ».

Le modèle protectionnel déroge peu aux principes sectoriels. Le jeune est renvoyé à l'éducatif pour un secteur et aux soins pour un autre secteur indifféremment appelé dispositif de psychiatrie ou dispositif de santé mentale. Autrement dit, dans ce modèle, les principaux voire les seuls acteurs de santé mentale sont les *professionnels de la psychiatrie*.

In fine, tout en intégrant la structuralité des conflits « psy » dans la genèse des comportements adolescents, ce premier moment n'a pas su ou pu problématiser une perspective de santé mentale sécante au champ d'intervention sectoriel sus décrit.

L'émergence d'une catégorie de jeunes dits « à la limite de la psychiatrie » ou encore « cas lourds » annonce pour partie la mise en crise de ce premier modèle<sup>13</sup>. D'ailleurs, l'identification d'une problématique des « cas lourds » est concomitante avec un constat de relative « atteinte » des équipes éducatives dans l'exercice de leurs « missions fondamentales ».

Ainsi, « *la présence croissante de tous jeunes enfants et de cas psychiatriques ou border line au sein des structures de la PJJ est en effet souvent ressentie, par les équipes qui s'avouent totalement désarmées face à ce type de situation, comme une atteinte portée aux missions fondamentales de la PJJ* »<sup>14</sup>. De fait, à la fin des années 80, la question du soin se reproblématise différemment. L'association, de plus en plus courante, faite entre une thématique émergente des jeunes « à la limite de la psychiatrie » avec celle des jeunes acteurs de violence, lève le spectre d'une désignation psychiatrique des adolescents. Comment comprendre cette évolution ?

Au delà de cette polarisation sur les « cas lourds » -que nous abordons ici en la resituant dans l'histoire de l'institution essentiellement comme un bon analyseur des changements structurels en cours-, quels sont les mouvements de fond qui traversent l'institution ?

De fait, durant la dernière décennie, les praticiens (via l'appareil de formation) se sont référés à diverses perspectives issues des sciences humaines (anthropologie, sociologie, psychanalyse). On peut faire l'hypothèse que ce déploiement de savoirs compréhensifs et réflexifs a partiellement participé -mais il reste à déterminer selon quel type de rationalité articulant savoir et action- à l'émergence d'un second modèle où l'action éducative croise un champ en devenir : celui de la santé mentale.

### ***1.2.2 Des politiques locales et transversales***

Emergence de la souffrance psychique et sociale.

Une différenciation existe entre dispositif de santé mentale et psychiatrie.

Mais ce n'est pas seulement à l'intérieur de l'institution qu'il faut chercher les causes d'un réaménagement en cours. Deux phénomènes sociétaux émergents sont à prendre en considération : le premier correspond à l'installation durable d'une délinquance dite d'exclusion<sup>15</sup>. Par sa triple composante territoriale, sécuritaire et identitaire, la délinquance d'exclusion fait écho à un autre phénomène apparu concomitamment : celui de la « souffrance » de « nature psychique et sociale ». Cette notion rend compte de situations de mal-être récurrent des populations victimes de la précarité sociale et de ses effets (délinquance, relégation spatiale, violence urbaine, précarité de statut, problèmes de santé...).

Cette nouvelle manière de coder la *question sociale* a ouvert un espace de réflexion inédit dont le ferment institutionnel est celui de la Politique de la Ville<sup>16</sup> mais qui a peu à peu essaimé dans diverses institutions sectorielles.

Concernant la construction de réponse alternative, la dernière décennie a vu s'amorcer une réflexion tant au niveau individuel que sociétal. Ces réponses associent une approche dite globale de la personne dans sa dimension psychique et sociale à une approche dite transversale (et non plus seulement sectorielle) au niveau institutionnel.

Du point de vue discursif, cette notion de souffrance sociale et psychique a d'abord été investie par une multitude d'acteurs de terrain comme un signifiant flottant, symptôme de l'essoufflement des politiques sectorielles et parfois de ses agents<sup>17</sup>. Aujourd'hui, alors qu'elle « parle » à de plus en plus d'acteurs au front de la relation, elle semble jouer le rôle d'un opérateur de recomposition d'un champ pratique qui était classiquement structuré par une série d'oppositions entre sanitaire/social, éducatif/psychologique et subjectivité/socialité.

De fait, la question classique des causalités devient dans ce nouveau contexte « suspendue » au maintien de l'action. Un conflit psychique ou une tension sociale peuvent alternativement être encodés par les professionnels comme cause ou conséquence d'un même état psychique dégradé. A travers ces encodages polysémiques, les praticiens produisent une version négociée qui acquiert du sens pour chacun d'eux. Cette production de sens social en situation professionnelle est un moteur puissant pour continuer une action ou une relation en commun.

Dans une perspective plus idéo-politique, la souffrance psychique et sociale signe ou témoigne de situations individuelles ou collectives de non reconnaissance d'existence dans l'espace public autre que celle, stigmatisante, socialement construite par les politiques sectorielles (SDF, Rmistes, jeunes délinquants, « fous »...).

Là est peut-être le plus important, tout se passe comme si aujourd'hui la question était moins de définir des identités morbides que de remettre en lien des êtres désaffiliés.

### ***1.2.3 Situation de l'action éducative dans ce nouveau contexte***

Dans ce contexte, comment aborder aujourd'hui « *divers problèmes de relations et de santé* » qui nécessiteraient une observation particulière voire une pratique éducative de santé mentale ?

A ce sujet, le Haut Comité de la Santé Publique rappelle que :

- ♦ La population PJJ est très hétérogène du point de vue de la santé et des risques (toxicomanie, suicide, déviance, désinsertion).
- ♦ La part des problèmes de santé mentale reste du fait même de sa définition incertaine encore difficilement objectivable dans le champ général de la santé.

Les modalités pratiques d'action de santé mentale sont encore peu cernées et très évolutives. Un effort d'élucidation concernant ses buts, ses techniques, les méthodes requises ainsi que les acteurs mobilisés est aujourd'hui nécessaire.

Qu'en est-il de la notion de santé mentale parallèlement aux problèmes de santé ou aux séries de troubles déjà évoqués ? Quid de son émergence ? De son rapport avec la psychiatrie ? Avec l'action éducative ?

Les définitions « officielles »<sup>18</sup> de la santé mentale font valoir, sans nier le fait psychopathologique, qu'elle est plus qu'une absence de maladie mentale. Elles insistent sur la capacité d'un individu à être en interaction équilibrée avec un milieu, un cadre de vie, un environnement, une communauté, une société...

Par exemple, le comité de santé mentale du Québec définit la santé mentale comme : « *la capacité d'avoir des interactions qui contribuent au bien être subjectif, à la réalisation des buts individuels et collectifs, à l'emploi optimum de ses capacités initiales* ».

Quant à la *mental health authority* (Grande-Bretagne), elle l'identifie comme « *une capacité à opérer des changements à reconnaître et à communiquer des sentiments négatifs ou positifs, à maintenir des relations, valeurs, droits, pouvoirs, degrés de contrôle et d'influence sur ce qui nous arrive* ».

En France, il n'existe pas de définition officielle. C. Desjours proposait en 1996 d'ouvrir son champ d'application comme suit : « *la santé mentale est appréhendée comme un système de régulation très sophistiqué, mobilisant des dynamiques intersubjectives non seulement dans le champ affectif -que la psychanalyse connaît- mais aussi dans le champ des rapports sociaux et des liens civils que la psychanalyse ignore et qu'étudie surtout la sociologie et l'anthropologie de la santé mais aussi la psycho-dynamique du travail* »<sup>19</sup>. Certes, cette définition ouvre aux aspects sociétaux mais aborde la notion comme un enjeu interdisciplinaire, ce qui augure de nouveaux cloisonnements.

Dans l'après-guerre puis les années 1960, une option humaniste a présidé à l'organisation de la psychiatrie de secteur. Mais depuis 1978, date à laquelle l'OMS a substitué la notion de maladie mentale à celle de Santé mentale jusqu'au récent rapport Piel/Roelandt intitulé « *De la psychiatrie à la santé mentale* », une mutation sinon conceptuelle en tout cas pratique s'accélère.

Lorsque la santé mentale est érigée en objectif politique, quels types d'impacts a-t-elle sur les professionnels du soin et de l'éducatif ?

D'abord, ils sont amenés à faire un certain deuil des populations-cibles. La thématique émergente de la souffrance psychique met à mal les logiques de filière. Parce qu'elle croise plusieurs domaines de déterminations biologiques, psychologiques, culturelles, socio-économiques, une approche -idéale- de santé mentale se donne l'ambition d'appréhender les individus dans leur « globalité » comme des êtres entiers et non comme des parties en fonction de frontières disciplinaires ou institutionnelles. Elle traite des *perturbations*<sup>20</sup> psychiques d'individus saisis dans la globalité de leur vie, de leur parcours, de leur expérience traumatique. Du côté de l'appréhension des troubles, cette approche globale met en exergue des *profils cliniques polymorphes* où existe une intrication et un balancement entre des difficultés individuelles familiales, sociales, économiques...

Ensuite, le discours politique officiel concernant la santé mentale convoque le patient en tant qu'usager « *au centre d'un dispositif à rénover* »<sup>21</sup>. De fait, cette convocation est co-extensive d'une préoccupation de rénovation de l'action publique qui vise essentiellement le secteur de psychiatrie publique.

Il est un fait que, sous sa bannière, depuis une dizaine d'années, se rassemblent des *zones de préoccupations concrètes* partagées par différents acteurs de terrain : mal-être, dépression, passage à l'acte, isolement social... En leurs noms, s'expérimentent de manière éparse (PRAPS, Politique de la Ville, secteur psychiatrique, Mission Locale,

Plan Départemental d'Insertion.), de nombreuses expériences territorialisées de prévention, d'accès aux soins et de partenariat.

Bref, aujourd'hui le champ concret de la santé mentale est encore en phase d'expérimentation.

Sur les lieux de l'éducatif se joue la question de l'accessibilité concrète aux soins psychiques. Le secteur de la protection de la jeunesse se trouve ainsi au *cœur des zones de préoccupations concrètes concernant les processus compréhensifs des sujets qui vont mal*, déjà mis au travail par d'autres. Dans ce contexte, la question qui se pose à ce secteur n'est pas de l'ordre de la duplication d'un modèle de santé mentale -déjà- fait. Au contraire, elle se formule comme une démarche d'invention et de créativité.

Confronté à la question récurrente de la santé psychique des jeunes accueillis, comment et sous quelle forme le secteur de la protection de la jeunesse peut-il apporter une contribution spécifique dans l'édification d'une politique de santé mentale qui apparaît aujourd'hui comme un chantier ouvert ?

- ♦ Au décours du suivi éducatif, la prise en compte de l'état psychique des adolescents n'est pas seulement du ressort et de la compétence des «psy» (que ceux-ci soient internes ou externes à l'institution). Il existe un continuum entre action éducative et approche clinique. De ce point de vue, il s'agit de lever un *déni de compétences* des éducateurs concernant la santé psychique des jeunes dont ils s'occupent. Cette opération ne consiste pas à en faire des thérapeutes.
- ♦ De fait, ce que les équipes éducatives appréhendent aujourd'hui comme souffrance psychique<sup>22</sup> (lorsqu'on la différencie de la maladie mentale) peut être compris -jusqu'à un certain point- comme une tentative de rendre compte du côté de la subjectivité, de divers processus de déliaison aux cadres sociaux.
- ♦ Ainsi, avant toute approche médicale ou psychologique, une mise en perspective du côté de l'affiliation<sup>23</sup> devrait conduire à n'envisager les différentes modalités de fixation pathologique qu'après avoir mieux pris la mesure des multiples formes de souffrance psychique (honte, humiliation, mépris, irrespect, perte de soi...) qui accompagnent la désaffiliation sociale<sup>24</sup> contemporaine. D'où l'importance d'un travail éducatif qui mobilise les valeurs de respect de dignité, de fierté de la filiation et qui en mettant le jeune dans des situations donatrices participe d'une politique de reconnaissance<sup>25</sup>. Nous reviendrons sur ces points au chapitre 5.

### **Pour ne pas conclure :**

- ♦ Il demeure impossible -fort heureusement- de donner une définition de santé mentale opératoire. Par contre, on peut reconnaître qu'il existe des zones de plus en plus nombreuses de préoccupation d'acteurs au front de la relation d'aide qui se revendiquent de ce champ d'intervention.
- ♦ Soit l'environnement relationnel du sujet est inadéquat, soit il est trop soumis à la tyrannie ou à la déliquescence de son monde interne et il ne peut pas en profiter. Ne pouvant plus choisir un mode de relation qui fait qu'il « va bien », il amène son entourage proche, puis les professionnels à rentrer dans son histoire traumatique. Dès lors l'aménagement d'un

environnement relationnel substitutif « suffisamment bon » devient un enjeu essentiel.

- ◆ On s'accordera pour définir dans l'environnement relationnel de la PJJ, la santé mentale non comme un état mais comme un processus intersubjectif de liaison à soi-même et aux adultes en position tutélaire (éducateurs et parents).
- Il s'agit, pour un jeune, de conquérir simultanément une autonomie sociale et une santé psychique dans un contexte judiciaire marqué par l'accompagnement contraint. Mais comment faire ?
- ◆ Ce processus nécessite de penser cliniquement des équipements relationnels spécifiques. Cette pensée clinique est de double nature : en direction des jeunes et en direction des adultes. Elle n'opère pas aux mêmes endroits et elle n'a pas les mêmes finalités.

## **II - DEUXIEME PARTIE : LE POINT DE VUE CONTRIBUTIF DES CLINICIENS « PSY » ET DES PROFESSIONNELS SITE PAR SITE**

### **2.1 Les professionnels sont porteurs d'une connaissance spécifique**

Les sciences sociales sont de plus en plus rapidement incorporées aux différents registres pratiques de l'action sociale. La réflexion sur les processus sociaux convoque chercheurs et praticiens dans un cycle compréhensif sans fin.

La méthode retenue pour cette recherche-action consiste à travailler, site par site, sur la manière dont les équipes sont attentives aux différentes pannes de la vie psychique des jeunes qu'elles accueillent. Cette investigation de nature inductive n'est pas sans poser un certain nombre de questions aux chercheurs et aux praticiens.

Au fur et à mesure de son déroulement, elle a fait émerger des dissemblances, des disjonctions voire des oppositions, bref une hétérogénéité certaine concernant des pratiques relationnelles qu'il peut paraître abusif secondairement de rassembler sous la seule bannière de la clinique ou de l'action éducative dont les théories et les pratiques seraient déjà fixées par l'institution. Au contraire, nous avons eu à faire à des épistémologies régionales qu'aucun modèle n'unifiait a priori. Du coup, quel sens attribuer à tel geste, à telle parole dite réparatrice, sorti(e)s de son contexte d'énonciation ? Au nom de quelle grille de lecture choisir de retranscrire telle ou telle interprétation sur un ou plusieurs ordres de fait ?

L'option qui consisterait, dans un premier temps et avant toute investigation, à modéliser de manière normative ce qui doit être, pour dans un second temps vérifier si les pratiques observées sont conformes à cette définition annoncée, n'est pas celle que nous avons privilégiée. Au contraire, nous pensons qu'une meilleure appréhension collective de concepts tels que ceux de souffrance psychique, de santé mentale, de clinique est un des enjeux majeurs de cette recherche-action.

Du coup, au lieu de mesurer les écarts entre pratique et modèle de référence, nous avons plutôt tenté de rendre compte de la manière dont des professionnels et des équipes construisent des outils de pensée en situation. Certes, cette production d'outils ne commence à exister que par l'examen des processus d'intersubjectivité inhérents à la relation éducative. Mais cela ne veut pas dire qu'il y ait processus clinique chaque fois qu'une personne accède à la perception de la souffrance d'une autre personne. La clinique ne se réduit pas à une pragmatique du sensible. Lorsque des professionnels effectuent de manière ordinaire des opérations pratiques qui consistent essentiellement à conduire et à maîtriser une situation relationnelle problématique (violence, intrusion, effraction, retrait, étrangeté...), à quelles conditions ces opérations sont-elles sujettes à une appropriation subjective de la part de ceux qui les pratiquent, de telle manière qu'ils se l'approprient comme un travail d'élaboration clinique ?

A cette notion, pourrait correspondre l'idée de l'aménagement d'un espace/temps institutionnel où se distribue une certaine bienveillance aux différentes productions de la vie psychique tant du groupe adulte que de celui des adolescents.

### **Disposition des acteurs et position des chercheurs**

Cette perspective de travail décentre la position des chercheurs. La question n'est plus tant de savoir à quel ordre de fait référer tel ou tel geste, mais plutôt de comprendre quel sens produit l'expérience pratique d'un espace/temps réflexif pour ceux qui s'y engagent. Dès lors, si les professionnels sur le terrain sont porteurs d'une connaissance spécifique, il n'est plus possible d'apprécier celle-ci comme un stock fini de représentations, de croyances et de techniques à partir desquelles ou contre lesquelles un savoir objectif (de nature sociologique ou psychopathologique)

peut ou doit se constituer. *Les équipes éducatives sont productrices de sens*. A partir de leur blocage, de leur impasse mais aussi de leur réussite, elles dégagent de nouvelles prises (entre déprise et emprise) sur ce qui se passe et sur ce qui momentanément les dépasse ou les met dans l'impuissance. Leurs connaissances se constituent au fil d'expériences marquantes, d'observations répétées, de modes d'apprentissage qui font sens (« *Ca marche ou pas* ») qui les aident non seulement à traverser une série d'expériences éprouvantes mais surtout à réassurer leur inscription dans le monde sensible de la relation éducative. Dixit un éducateur de l'équipe de Chaumont : « *l'éducateur est un créateur de circonstances pour que de l'inconnu s'infilte* ».

De fait, le présupposé sous jacent à la méthodologie adoptée est celui d'un continuum et non pas d'une frontière entre sens commun et expertise, entre savoir et savoir-faire. L'objectif de cette recherche est du côté de l'action. Il s'agit moins de formuler et de vérifier une hypothèse que de tenter de synchroniser des expériences. Les thèmes abordés s'approfondissant au fur et à mesure de l'avancement des questions posées, le travail ainsi entrepris risque de ne pas trouver de conclusion définitive. Plus que des compétences à redéfinir, il faudrait alors mieux parler de processus d'appropriation en cours. Selon cette optique, le thème affiché de la recherche-action a déjà des effets performatifs : participer à la chronique d'une recherche clinique annoncée n'est-ce pas déjà commencer à faire exister des espaces d'élaboration psychique sur les lieux de l'action ?

### **Méthodologie**

Concrètement, faire le pari de la créativité et non de la reproduction de modèles nous a orientés vers une méthodologie inductive. De quelles manières les équipes « fabriquent des réponses » en situation ? En fait, tout s'est passé comme si une activité d'élaboration ciblait non seulement les jeunes mais surtout le type de rapport qu'ils établissent avec des d'adultes/éducateurs pris « *dans un contexte où les conditions ne sont plus réunies pour de bonnes indications thérapeutiques* », J. Selosse.

C'est dans une logique du faire/faire et non du faire que s'est constituée une première série de questions cliniques : comment les actes posés par les jeunes font faire, penser, interpréter, réagir telle ou telle équipe, ou telle ou telle personne de l'équipe plutôt qu'une autre ? L'analyse de ce faire/faire a permis à celles-ci de dépasser une position soit de maîtrise soit d'impuissance ou d'aliénation. Une activité collective d'imagination et d'élaboration d'une histoire donnant sens à tel acte « insensé » est peu à peu devenue possible.

Face à ce constat, nous avons pris le parti méthodologique de demander aux équipes de *raconter et de revisiter* des histoires de prise en charge, d'accueil, de réussites ou d'échecs des jeunes qu'ils avaient eu à connaître. Ce parti pris ne s'est pas fait sans difficultés concrètes (changement de directeur, turn-over important des équipes, instabilité des effectifs éducatifs). Notamment le départ et l'arrivée de nouveaux éducateurs a pu être parfois un obstacle à une élaboration clinique qui, comme le note l'équipe d'Evry, « *n'est jamais acquise définitivement* ».

Toutefois, au fil des réunions et des situations évoquées, la question « *mais qu'est-ce qui fait clinique dans cette histoire ?* » s'est peu à peu imposée sur chacun des sites. Au départ, mais de façon récurrente, tout au long de la recherche, ce qui a fait problème aux équipes était de l'ordre de la frontière entre éducatif et psychologique. Ainsi l'intensité de cette appropriation a été variable d'un site à l'autre. Au delà des singularités inhérentes à chaque site, nous nous sommes alors donnés comme tâche d'en dégager quelques éléments constitutifs accessibles pour nous.

Des *pratiques éducatives de santé mentale* souvent peu visibles, peu valorisées, se fabriquent çà et là ! Il convient de mieux identifier ces savoir-faire discrets afin de les légitimer surtout lorsqu'ils se démarquent -sans nier le fait psychopathologique- d'une préoccupation qui consiste à reconnaître les conduites « normales » des conduites psychiatriques sans que la différenciation, ainsi obtenue, ait un quelconque effet de sens ou d'action au niveau de la tenue de la relation éducative proprement dite. A contrario, les pratiques éducatives de santé mentale se

caractérisent par le fait qu'elles tentent de penser les éléments psychiques « qui se montrent » dans le cadre de la relation éducative et qui souvent la menacent dans son effectivité même (refus, non respect, non reconnaissance de l'autre).

## **2.2 Site par site**

L'accès aux soins psychiques, qui continuerait à se penser linéairement comme une simple indication ou une orientation de filière à filière, est le plus souvent un leurre s'il ne s'accompagne pas d'une réflexion concernant les acteurs et les espaces de médiation entre les différents champs d'intervention. C'est aux professionnels à qui il incombe « d'aller vers » des jeunes qui, parce qu'ils sont pris dans des histoires de rupture et de déliaison, sont souvent dans l'incapacité de poser une demande ou d'exprimer un mal être. C'est d'une problématisation clinique qui puisse, selon le mot de Denis Garaudet, « *valider une tentative éducative vivante* » dont nous allons tenter, maintenant, de rendre compte. A l'heure du compte-rendu final de cette recherche-action, nous avons écarté l'option qui consistait à illustrer ce mouvement au travers de l'exposition de cas.<sup>26</sup> Hors de leur contexte d'énonciation, cela aurait certainement été peu compréhensible pour le lecteur. Nous avons fait le choix de rendre compte de la dynamique intrinsèque à chaque site en isolant -parmi beaucoup d'autres- une ou plusieurs questions mise(s) au travail. Ainsi, chacun des psychiatres, psychologues ou psychanalyses a synthétisé une thématique émergente sur le site où il est intervenu. A notre demande, certaines équipes ou une partie d'entre elles, ont, à l'issue de la recherche, apporté en complément ou en contrepoint un témoignage ou une contribution directe à ce travail de réflexion collective.

Ces textes peuvent, certes, se lire indépendamment les uns des autres. Au vu de la pluralité des auteurs, ils traitent parfois de questions qui se recoupent. Nous nous en excusons par avance auprès des lecteurs. Cet inconvénient nous semble atténué par le fait que cette diversité de contribution est en congruence avec la philosophie participative d'une recherche-action. Ceci dit, les thèmes abordés n'ont pas été choisis au hasard. Ils sont à appréhender comme des variations contributives à l'élaboration d'une problématique de clinique éducative dans le secteur de la protection de la jeunesse dont nous avons tenté d'ordonner quelques éléments dans la troisième partie de ce rapport.

### ***2.2.1 A partir de la réflexion de Saintes***

Le site de Saintes est composé d'une équipe travaillant en milieu ouvert (CAE). Le thème choisi pour la recherche-action est celui de : « L'accompagnement des mineurs vers les soins et durant les soins ».

#### ***2.2.1.1 Le lien éducatif en contexte judiciaire : un paradoxe ordinaire entre dépendance à l'autre, autosuffisance et autonomie, par Gérard Laurencin.***

##### **A partir du contexte du CAE de Saintes**

Notre travail auprès et avec l'équipe pluridisciplinaire du CAE de Saintes (directeur, éducateurs, psychologue, assistante sociale et secrétaire) a eu pour point de départ un certain désarroi dans la prise en charge notamment par les éducateurs de « *jeunes en malaise, qui n'ont envie de rien, qui n'ont pas envie qu'on se projette pour eux* », de la perception dans la population des jeunes rencontrés d'une souffrance psychique obérant la prise en charge éducative telle qu'elle se concevait traditionnellement. De surcroît, la population est décrite comme de plus en plus jeune (« *Ça se rajeunit* »), avec des parents de plus en plus en détresse, ayant du mal à se positionner dans leur fonction parentale (« *On est trop laxiste - On est trop rigide* »), et dont les désirs

pour leurs enfants sont parfois perçus comme « *s'opposant aux désirs de l'équipe du CAE pour les jeunes rencontrés* ».

La population reçue par le CAE de Saintes est rarement une population de « *jeunes auteurs de violences et d'agressions* », mais plutôt une population plus ordinaire de « *jeunes en difficulté et qui nous mettent en difficulté dans la réponse à donner* », de jeunes se présentant donc comme n'ayant « *pas d'envie, pas de désir* ». Il s'agit donc du repérage d'une morosité chez les jeunes, d'une perte d'élan vital, d'absence de repère. Les tentatives de suicides et les conduites addictives sont fréquemment rencontrées.

Le CAE de Saintes s'adresse à la population du sud du département de la Charente-Maritime, essentiellement rural et peu urbanisé, au tissu social très peu maillé, avec des ressources en terme de service publique, des points de vue sanitaire et social notamment, décrites comme plutôt pauvres.

### ***Les modalités d'action***

L'action éducative en milieu ouvert s'appuie sur le suivi du jeune dans son milieu ou par sa participation à des « *événements* » groupaux qui pourraient être de l'ordre du « *décadrement* ».

Deux situations ont plus particulièrement été proposées par le CAE de Saintes, une de type groupal, l'autre de caractère individuel. Dans les deux cas, l'accent est porté sur le fonctionnement psychique de ces jeunes et des actions éducatives visant à le remanier.

Ainsi, dans un cas, il est fait référence à une « *problématique narcissique* » commune à un groupe de jeunes connus de la PJJ présentant « *des difficultés individuelles et des difficultés d'ordre groupal* », dans l'autre à un jeune qui a des « *difficultés de communication* ». Ceci qui renvoie certes au contexte et au cadre particulier de la recherche-action, mais tout semble un peu se passer comme si les références à la situation judiciaire du jeune, à son passage à l'acte, à ce qui avait conduit le magistrat, la Société à le confier à la PJJ n'occupait pas le devant de la scène, comme si le motif non pas premier mais essentiel du suivi, celui à retenir, était qu'il s'agissait d'un adolescent difficile.

### **Action éducative groupale et « *décadrement* »**

Le CAE de Saintes a monté il y a quelques années un projet éducatif groupal avec des objectifs humanitaires en Afrique Noire dont la « *décision s'origine dans le pédagogique* », l'idée étant, pour résumer à gros traits, de « *revaloriser* » ces jeunes avec pour objectif final que cela aide à leur réinsertion. Groupe mélangeant à dessein dans cette optique des jeunes en difficultés relevant ou non de la PJJ.

Il s'appuyait sur le repérage d' « *un mal être, avec pour objectif un mieux être par la valorisation des jeunes en lien avec le partage avec d'autres mineurs (confrontation/retour), avec les adultes (changement du regard des adultes, reconnaissance individuelle et collective), dans le but de développer l'autonomie* ». En effet, dans l'expérience individuelle, du point de vue du jeune, « *on se mesure tout seul, on peut tout, tout seul* ».

Il a donc été proposé à ces jeunes de faire une expérience de vie de groupe, avec un « *vecteur pédagogique* », dans un système de valeurs et de culture différent. Il s'agissait donc d'un « *décadrement, volontaire ou obligatoire dans la mesure où on ne*

*demande pas l'adhésion au jeune » afin de mettre en place « des outils, des leviers permettant de favoriser l'insertion sociale de ces jeunes ».*

Beaucoup était attendu « du décalage, du déplacement », en termes d' « électrochoc culturel par rapport à la misère et la pauvreté », de « confrontation à une société moins axée sur la consommation », de « travail sur la différence par un effet de miroir (les plus démunis ne sont pas forcément ceux qu'on pense) », d' « être ouvert au monde et ainsi de développer ses capacités de socialisation ». La confrontation à un système de valeurs et de culture différent pouvait de surcroît aider « le jeune à se reconnaître comme appartenant à son groupe social », par « la recherche d'une meilleure visibilité de l'écart qu'il peut y avoir au niveau culturel » renvoyant à la question de son « identité ».

La dynamique groupale du « partage de la vie quotidienne » permettait, par la « mise en place d'un cadre qui peut rassurer », de « créer des liens avec l'autre » et de travailler ainsi la notion de « respect » dans le quotidien. La vie en groupe en effet oblige d'une certaine manière à supporter l'autre, à travailler par rapport aux règles instaurées, à « intégrer les règles de socialisation, retrouver des habitudes anciennes », à « reconstruire, faire des fondations ».

Au-delà des effets de la dynamique de groupe et du décadage, était recherché « un effet de revalorisation de l'individu ». Force est de constater que ce décadage s'inscrit dans une perspective quasiment thérapeutique.

Ce séjour était nécessairement, comme toute mesure de Justice, limité dans le temps, renvoyant à la non superposition des temps judiciaire, éducatif et psychique. En effet, à l'expérience, « le temps de la rencontre n'est pas suffisant » pour espérer atteindre pleinement les objectifs fixés.

Il a toutefois permis un « rapprochement humain entre les différentes générations » en raison de la proximité des jeunes avec les « adultes » (« les mineurs jouaient le tutoiement »). Tout se passe comme si pour l'éducateur, il s'agissait d' « être citoyen avant d'être éducateur », celui-ci étant « au-delà de son statut simple citoyen ». « Au début, on ne pouvait parler de rien, à la fin du stage, ils pouvaient tous parler d'eux-mêmes. Au niveau individuel, les choses ont bougé. On pouvait faire autre chose avec. »

Reste qu'en terme d'insertion, en dépit du partenariat mis en place, les attentes ont été in fine quelque peu déçues, tant du point de vue de la Mission Locale qui n'a pas pu apporter de réponses concrètes que de l'Ecole : « comment faire pour trouver une place quand on est en bout de chaîne ? ».

Au final, les jeunes étaient « plus en capacité d'être réflexifs sur eux-mêmes, parlaient mieux et plus, mais n'étaient peut-être pas plus socialisés ».

### **Action éducative individuelle**

L'exemple proposé est celui d'un jeune suivi dans une succession de mesures (liberté surveillée, AEMO et « jeunes majeurs », traversant des « hauts et des bas ». Ce jeune « démarre au quart de tour », est « hostile », manifeste de la « mauvaise volonté », « fume du shit » et « a mis en échec un placement ». Aux contraintes de la mesure, il oppose qu' « il n'a pas besoin d'éducateurs ». Sa vie est une succession d'échecs (apprentissage), de ruptures tant avec sa famille qu'avec l'environnement social ; « il commence des trucs puis s'arrête ».

Dans un premier temps, il dit percevoir la nécessité de prendre des distances par rapport à son milieu et avoir envie de se soigner de sa consommation de shit. Ses

rapports avec sa mère sont décrits comme « *ambigus* » : « *il a des difficultés relationnelles avec la mère* » décrites en terme de « *dépendance* » et est « *en rivalité avec son beau-père* ». Il faut que « *tout le monde soit à ses bottes* ». Il vit à contre temps des autres. Une thérapie systémique est mise en place.

Le suivi avec le psychiatre s'interrompt dans un contexte de violence. Ses troubles du comportement violents (« *il terrorise de plus en plus* ») se doublent d'« *apragmatisme* » : il ne fait plus rien et passe de la consommation de shit à celle d'héroïne.

Il est adressé pour une cure de désintoxication, se shoote pendant la cure. L'hôpital conclut : « *on n'est pas outillé pour s'occuper d'un gamin comme toi* ». Un traitement de substitution lui est prescrit.

Jeune majeur, il est toujours et toxicomane et dans un projet de soins. Il est adressé dans une post-cure à l'autre bout de la France, retrouve son père et prend des distances avec sa mère.

L'action éducative s'est nouée à partir de la « *relation privilégiée et unique* » avec un éducateur. Elle s'est avérée « *épuisante avec ce gamin : ça ne l'atteint jamais. Ce sont toujours, l'autre, les autres. Lui n'est jamais en cause* ». De surcroît, ce jeune ne se départira jamais de son propre réseau, contrepoids à l'action éducative.

### **Commentaires**

L'équipe du CAE de Saintes se marque par la stabilité de son personnel. Ce sont des professionnels qui ont l'habitude de se fréquenter, de se côtoyer, si ce n'est de travailler ensemble. En effet, il semble apparaître que les échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire sont de fait plus de l'ordre de l'occasion ou de l'opportunité qu'inscrits et repris dans une dynamique institutionnelle en elle-même. Tout paraît se passer comme si chaque professionnel au bout du compte se retrouvait plutôt seul à « *porter la mesure* », le suivi des mesures à long terme étant surtout le fait d'un éducateur. Ainsi, même s'il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire à la tonalité de fonctionnement plutôt conviviale, alors que la perception d'une souffrance psychique dans la population rencontrée est décrite comme récurrente, le recours à la psychologue du CAE est dépeint comme à la fois possible et lointain, son positionnement dans l'équipe étant perçu par le reste de l'équipe comme un peu en marge dans la mesure où elle est particulièrement investie dans un rôle d'investigation dans le cadre d'IOE et à un degré beaucoup moindre dans l'accompagnement d'une mesure d'AEMO par exemple. Paradoxalement, son poids institutionnel paraît important, renvoyant au primat accordé par le CAE de Saintes à la souffrance psychique, à son explicitation si ce n'est à sa lecture en terme de passage à l'acte et de sa compréhension, de même que de la dynamique environnementale, plus particulièrement familiale.

Cette équipe à l'expérience professionnelle bien rodée constate que quelque chose a changé dans le paysage. Les jeunes ne sont plus tout à fait les mêmes qu'avant : « *Ils n'ont envie de rien, ils n'ont pas de projet* ». Rien ne les intéresse. Ces jeunes sont décrits comme s'ils étaient suspendus, sans histoire, sans repère, comme étant dans une grande solitude.

Ce changement conduit à interroger une pratique éducative évaluée jusqu'alors comme pertinente. La question récurrente devient moins celle de l'insertion sociale que de « *se projeter pour eux* », ou autrement dit : « *Comment transférer l'envie de faire pour eux à l'envie qu'eux pourraient avoir pour eux-mêmes* ». En effet, tout se

passer comme si dans bien des cas la (ré)insertion sociale des jeunes confiés à la PJJ devenait un objectif second, un objectif lointain qui arrivera peut-être un jour, en raison du désarroi que provoque tant la dynamique personnelle des jeunes que leur environnement socioprofessionnel, renvoyant à une société décrite comme peu accueillante et à une situation économique comme étant loin d'être florissante. De fait, ce déplacement de l'objectif de la prise en charge questionne en retour l'équipe éducative sur « *notre norme à nous* » et ouvre sur « *l'expression de notre désir de vie et du décalage entre notre désir de vie et ce jeune* ».

La mesure prise par le magistrat conduit à une rencontre entre le jeune et l'équipe éducative. Il s'agit d'une rencontre non choisie de la part des deux protagonistes, où l'éducateur se retrouve dans la position de demandeur de demande. Il s'agit d'une relation marquée d'asymétrie. Un des premiers paradoxes du travail de l'éducateur est non pas de recueillir une demande d'aide, mais de susciter cette demande, de construire une relation dans un projet éducatif avec une personne qui dans la plupart des cas ne demande pas à être suivie. « *Je peux t'aider/je ne peux pas faire pour toi* ». Construction de la relation qui permet le cas échéant l'adhésion du jeune à la mesure, qui lui permet secondairement de s'en saisir pour lui-même, au-delà d'un seul contrôle social. Il apparaît en effet qu'il ne peut y avoir de travail possiblement fructueux s'il n'y a pas un minimum d'adhésion.

La nécessité première de créer un lien passe à la fois par la référence à la Justice, qui préside à la rencontre, mais aussi d'une certaine manière à privilégier la dimension d'aide et à se démarquer d'une certaine dimension de représentation judiciaire de la part du jeune pour pouvoir établir une relation avec lui.

L'objectif de l'éducateur s'origine avant tout du fait de la mission qui lui est confiée : « *aide et contrôle dans le cadre d'une ordonnance judiciaire* ». Le cadre de l'action éducative est posé d'avance par le magistrat, qu'il explicite ou non la mesure. Il n'existe pas d'approche unique de la prise en charge éducative. « *La fonction éducative ne va pas de soi.* »

De fait, ab initio, tout se passe comme si la fonction d'éducateur était perçue comme pouvant être un empêchement à la relation. L'éducateur porte les valeurs de la société et s'oppose à l'autonomie radicale du jeune : « *on a besoin de personne pour se réaliser* », quitte à « *se réaliser soi-même comme bon délinquant* ». Tout se passe en effet comme si ces jeunes en tant que jeunes se déclaraient ou se percevaient comme porteurs de valeurs comme les adultes, sans liens entre ces valeurs et celles du monde des adultes, comme si ces valeurs n'avaient ni références ni antériorité et étaient créées ex nihilo<sup>27</sup>. Ainsi, « *aux difficultés du point de vue de l'éducateur à se situer comme éducateur* » stricto sensu, font symétrie les « *difficultés pour le jeune d'accepter d'être éduqué* ».

Cette relation entre éducateur et jeune s'impose tant au jeune qu'à l'éducateur. Elle se propose de faire « *lien avec le gamin, l'acte qu'il a commis et l'aide qu'on lui apporte* ». Elle est recherchée par l'éducateur, souvent subie en première intention par le jeune qui fait avec la décision de justice, d'autant plus que celle-ci n'a pas été bien comprise ou peut-être mal explicitée dans ses attendus. L'énonciation d'une demande d'aide explicite est loin d'être perçue comme le cas de figure le plus fréquent. Il convient de « *'se poser' dans un premier temps sans avoir à exprimer de demande particulière, de progresser à leur rythme, d'élaborer leur démarche propre, mais aussi de rechuter, de mettre en scène leurs échecs* ».

Il s'agit donc, en se fondant sur une observation aussi pertinente que possible, « *d'entrer en contact et d'apprivoiser* », de mettre en place un processus relationnel, une relation qui a du sens. Ainsi, au moins en prime intention, « *l'éducateur ne fait*

*pas de l'éducatif* » et se trouve donc à se situer plus en « *conseiller qu'en éducateur* ».

Le point de rencontre passe par « *un travail sur le cadre* » permettant « *la mise en place de communication* », avec pour toile de fond le regard que le jeune porte sur ce qu'il a fait et ce qu'il fait. « *Donner du sens et passer à autre chose* ». Poser ce cadre imposé témoigne certes de la mise en place de la mesure, de l'application de la loi, mais renvoie in fine à la Loi qui préside aux rapports humains.

Il s'agit donc « *dans le cadre de cette rencontre imposée clairement par le magistrat* » de poser le cadre en signifiant notamment les contraintes de la mesure (horaires, visites...) tout visant à établir un contact durable avec le jeune, le projet éducatif pouvant se lire a minima comme : « *ne pas être là pour s'aimer, mais pour se respecter* ». La relation vient après, mais « *Comment créer une relation en milieu ouvert avec un gamin que l'on voit 5 ou 6 fois ?* ». Dans un second temps, il s'agit d'« *introduire cette dimension éducative dans un lien toujours proche de la rupture : il faut durer* ».

Cette dimension éducative renvoie aux outils éducatifs possibles, au type de la mesure (AEMO ou hébergement par exemple), à son cadre et à son contenu. L'action éducative s'appuie beaucoup sur le faire et le dire autour du faire.

Dans le cas de l'hébergement, le faire s'appuie sur le cadre quotidien et le respect de ce cadre, avec une continuité dans la prise en charge de jour en jour et de semaines en semaines. De surcroît, l'hébergement est structuré, les rôles de l'équipe éducative et de son organisation hiérarchique sont bien campés.

Dans le cas d'une mesure en milieu ouvert, il y a inversion du poids relatif du faire et du dire. Se dégage une impression de « *morcellement perpétuel* ». Le dire devient discontinu, d'un rendez-vous à l'autre. « *En hébergement, on fait de l'éducatif, en milieu ouvert, difficile à palper : il se passe plein de choses à côté* ». Se pose alors, avec un faire moins prégnant d'un point de vue manifeste que dans le cadre de l'hébergement, la question de la permanence, de l'intériorisation de ce discours en pointillés dans le temps par un fil conducteur, de « *l'intensité du lien au regard des interventions discontinues* ».

D'un côté, existe une trame lâche, de l'autre une trame plus serrée. Au-delà du dire, dans la pratique, il faut bien de toutes les façons « *faire avec* » et « *faire quelque chose* », « *avoir du temps, des moyens, des compétences pour faire des choses* », que ce soit « *établir des relations nouvelles, créer un évènement qui fait cadre, développer un partenariat...* ».

Durer, durer au moins le temps de la mesure renvoie à l'absence de « *concordance entre le temps de la mesure et le temps psychique de l'individu, et le temps que la PJJ peut y apporter* ». Il convient de continuer à tenir la relation, tant il est très difficile d'envisager une rupture. Même s'il s'agit de passage de relais, par exemple dans un projet d'accès aux soins, ce passage risque en effet d'être entendu comme une « *interruption voire une rupture de la confiance* » et n'avoir aucune valeur et aucun effet structurants. On voit alors et l'écart et la nécessité de construire un pont entre la logique éducative de « *tenir coûte que coûte la relation* » et la logique du clinicien de « *tenir le sens de la relation* ».

Ce constat de terrain, la typologie des jeunes rencontrés et la difficulté à concevoir et à apporter une réponse éducative, l'hypothèse chez ces adolescents difficiles du primat d'une souffrance psychique, a pour corollaire l'idée de pas être suffisamment armé au sein du CAE pour faire face à cette souffrance, interrogeant tant le fonctionnement interne de l'équipe du CAE que celui du CAE avec les autres

institutions, notamment le secteur psychiatrique, questionnant le « *lien entre le fonctionnement de l'équipe et le fonctionnement avec les autres institutions* ».

Cette intrication entre problèmes de délinquance et problèmes psychologiques conduit à prendre en compte la personnalité du jeune, d'autant qu'il s'avère être issu d'un milieu qui n'est pas obligatoirement pauvre ou acculturé. « *De plus en plus de jeunes relèvent d'une problématique plus psychique que sociale* ». « *Problématique psychique* » de ces jeunes dont il s'avère qu'elle échappe dans bien des cas au dispositif de soins psychiatriques commun, pour des raisons qui tiennent de la difficulté de concevoir des soins adéquats pour une souffrance qui s'inscrit mal dans les paradigmes psychiatriques classiques et de l'absence de demande manifeste. Dispositif de soins psychiatriques, dont la barque est au demeurant d'ores déjà surchargée – quand il existe.

Tout se passe comme si de fait le discours psychologique, « *en donnant sens à quelque chose de l'ordre de la souffrance* » devenait incontournable et fondait le travail éducatif, comme si la clinique venait changer une pratique éducative qui serait défaillante : « *Autrefois, on s'en voulait car il n'y avait que des dossiers sociaux* ». Comme si l'arrivée de la clinique permettait de résoudre la « *crise de l'éducatif* ».

L'équipe éducative se trouve plutôt démunie lors des prises en charge de longue durée. Cette infiltration de la dimension psychique dans l'action éducative interroge le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire, et plus particulièrement la part réservée au psychique. La psychologue peut intervenir plutôt comme « *expert* », « *confirmant ce que l'équipe éducative peut 'sentir' ou proposant une autre vision des choses* ».

Au CAE de Saintes, aux exceptions près, la psychologue ne se déplace pour ainsi dire jamais sur le terrain, intervient toujours en relation duelle et toujours en deuxième intention, sauf en ce qui concerne les mesures d'investigation telles une IOE. « *On passe beaucoup de temps à l'évaluation (IOE, Pénal) et relativement peu au traitement* ». Ce travail est de l'ordre de l'« *expertise* » pouvant ouvrir sur un processus d'accès au soin voire de soins, et plus au niveau individuel qu'institutionnel, comme cela pourrait l'être dans le cadre d'une « *supervision* ». De fait, la psychologue se retrouve située dans une « *position quasiment totalitaire du tout savoir* », pour reprendre une formulation dont la radicalité, à la mesure du désarroi de l'équipe éducative dans son exercice professionnel actuel, mérite d'être fortement nuancée. « *Tout savoir* » qui s'origine dans ce qui lui est reconnu comme « *pouvoir d'interprétation, notamment en ce qui concerne l'énigme du passage à l'acte* ». Position qui tient et de son champ de compétence et de la place que lui réserve l'équipe éducative, et qui tend à la faire considérer par celle-ci comme proche du directeur. Un peu comme si était présupposé que l'interprétation du passage à l'acte facilitait l'action éducative.

De fait, le désarroi de l'équipe éducative devant la population reçue l'a faite se rapprocher du secteur de psychiatrie. L'accompagnement du mineur vers le soin s'appuie sur « *une connaissance clinique qui fait défaut* », « *la nécessité de transfert de savoir* », de faire « *passerelle* » et construire quelque chose avec l'autre, « *chacun à sa place* ». Ses liens avec le service de psychiatrie infanto-juvénile sont décrits avec bienveillance, sans hostilité, comme potentiellement de bonne qualité avec toutefois une difficulté à établir ou à maintenir un lien de partenariat au-delà des intentions affichées. La dynamique paraît osciller entre celle d'un réseau (s'articuler avec) et celle d'une filière (passer la main).

Par ailleurs, l'équipe éducative se trouve parfois prêter aux magistrats à l'origine de la mesure ce qui pourrait se traduire en une certaine indifférence quant à son devenir,

tout se passant comme si la Justice passait la main, conduisant à évoquer comme un manque de lisibilité du suivi de la mesure et de sa cohérence. De fait, tout se passe un peu comme si l'éducateur ne pouvait que s'extraire du primat de la relation avec la Justice, de son poids et de ses attentes pour ne se focaliser dans ce volet éducatif que sur souffrance sociale et souffrance psychique. Ce qui questionne la légitimité de son autorité dans la relation éducative.

Ainsi, l'équipe du CAE de Saintes a-t-elle tendance à se penser comme quasiment abandonnée dans un espace social en déserrance, tout paraissant se passer comme si « *au profil abandonnique* » des jeunes rencontrés faisait écho son sentiment de solitude devant ses missions à accomplir.

La légitimité de l'action éducative, au niveau institutionnel, procède et d'un ordre hiérarchique et d'un fonctionnement pluridisciplinaire. Au-delà du CAE, la hiérarchie (« *Paris* ») est perçue comme très éloignée de la réalité de terrain, comme une autorité (de contenant) sans autorité (de contenu). Au sein du CAE, une hiérarchie suffisamment souple ouvre sur un possible fonctionnement pluridisciplinaire, permettant de lier « *engagement personnel et engagement institutionnel* », « *projet individuel et projet institutionnel* », soit en terme de projet de « *passer de l'informel au formel* », d'une part, d'autre part de « *faire en sorte que ce projet existe* » et que le reste de l'équipe « *accompagne ce projet* », qu'elle « *autorise quelqu'un à faire autre chose* ».

La question « *stratégie officielle - objectif officieux* » questionne sur ce qui fonde l'action éducative, renvoie à la place à partir de laquelle travaille l'éducateur, aux valeurs qu'il projette de transmettre à un jeune réputé dépourvu de valeurs.

La pratique éducative tire sa légitimité du mandat ou de la mission que la société lui confie. Elle ne repose pas sur un corpus théorique ou sur une doctrine. Le risque est grand que l'éducateur ne soit perçu comme ne s'autorisant de lui-même, ne se référant qu'à lui-même, comme s'il n'était porteur que de ses propres valeurs, qui alors viendraient en symétrie des valeurs du jeune réputé dépourvu de valeurs. Dans notre système social de plus en plus complexe, l'autorité n'allant plus de soi, le fondement de l'action éducative s'appuie sur le fait que l'éducateur est certes un citoyen « adulte » mais aussi, et peut-être surtout, un homme, un représentant de l'humanité et de ses valeurs fondamentales. Les valeurs qui au fond demeurent premières sont des valeurs d'humanité. Ce sont elles qui au bout du compte fondent l'action éducative avant les valeurs qui se réfèrent par exemple à l'inscription du jeune dans notre société, à la « citoyenneté ». Reste que en ces périodes de doute et de relativisme, au demeurant plus idéologique que philosophique, il peut y avoir absence de certitude absolue sur le caractère universel des valeurs fondatrices de l'humanité, ces valeurs pouvant passer pour singulières.

De fait, l'éducateur est une sorte de passeur d'humanité, entre le monde clos du jeune et de ses valeurs et de ses références et celui du monde des adultes de l'humanité et de ses valeurs. De fait, ce retour dans l'humanité se fait au prix d'une perte de repère de ce qu'est un « éducateur ». Ce retour dans l'humanité se fait au prix de la mise à mal de la fonction d'éducateur dans ces aspects techniques les plus classiques et les plus traditionnels. Tout passe comme si de fait, l'objet premier du travail des éducateurs était d'être des passeurs entre des jeunes en rupture d'humanité pour les ramener dans la communauté des hommes ou leur témoigner de la permanence de l'humanité. Il vise à retrouver « *des habitudes anciennes* », à « *reconstruire, faire des fondations* ».

En effet, « *la socialisation : on ne sait pas comment cela se passe* ». Certes, « *elle renvoie à des modèles normatifs* ». Le jeune connaît la loi, mais ne la respecte pas. Il

s'oppose à l'adulte qui porte cette loi. « *Le modèle de l'exemplarité de l'adulte ne fonctionne pas si on ne reconstruit pas la règle qui n'existe pas* ». Aussi doit-on commencer par « *réinventer des règles en commun qui ne fonctionnent que le temps en commun* », socle « *pour la généralisation du processus de socialisation au-delà du temps du projet lui-même* ». Tout se passe comme si « *socialiser les gamins revenait à développer l'introspection par rapport au libre arbitre* ».

Ainsi, l'action éducative est la construction d'un « *presque lien* », d'un lien, d'un lien parfois infra verbal, « *d'un lien qui peut délier la parole* » [mais, « *comment peut-il y avoir parole quand il n'y a pas de langage ?* »], un lien qui peut devenir « *attachement* ».

De fait, l'action éducative, au-delà de l'éducatif, revient à :

- ♦ Assurer une permanence que « *la vie soit là* ».
- ♦ Assurer une transmission de valeurs avant que de savoirs et de « *modèles* » éducatifs.
- ♦ Faire naître chez le jeune quelque chose de l'ordre du désir (à savoir « *par quel bout on peut tirer les ficelles* »).
- ♦ Evaluer en fin de mesure « *pour éventuellement lâcher le bébé ou redemander une nouvelle mesure* ».

Ainsi, si « *crise de l'éducatif* » il y a, elle serait à mettre en rapport avec le passage d'une société marquée par des valeurs et un cadre normatif fort à une société éclatée, désocialisante, dont les cadres sociaux seraient en crise. « *La société a changé et, dans les gestes éducatifs, les choses ont changé* ». Il ne s'agirait plus alors devant des comportements anti-sociaux de socialisation, mais d'affiliation sociale, fondée sur la transmission de valeurs culturelles trans-générationnelles.

Le repérage d'un mal-être chez les jeunes rencontrés pose moins la question d'une éventuelle pathologie mentale et son traitement préalable à l'action éducative que de celle « *continuer à travailler avec ce jeune* ». De fait, « *l'action éducative participe d'une action en santé mentale* », dans la mesure où « *tout professionnel rencontre cette réalité de la vie psychique (alors que les choses sont clivées entre vie sociale et vie psychique)* ».

De fait, affirmer que « *la vie psychique n'appartient à personne* » a pour corollaire l'appropriation de la question de la santé mentale dans l'action éducative, au-delà de la compétence propre reconnue à chaque métier.

Cette proposition ouvre sur la nécessité d'étayage de l'équipe éducative « *fil rouge de la prise en charge* », sur un fonctionnement d'équipe qui permet de « *décrypter ce qui serait du champ de la psychopathologie* », de « *mutualiser les connaissances* », le regard clinique développant « *compétence pratique, manière de faire et intelligence de la situation* ».

Pourtant, la mutualisation des compétences dans le cadre d'instances de travail pluridisciplinaire et institutionnelle, visant à dépasser « *l'isolement dans la pratique* » des différents professionnels, permet une « *meilleure prise en charge éducative et légitime l'action éducative* », même si, selon l'équipe éducative, privilégier les conclusions de la psychologue, tend à accréditer l'idée que « *l'action éducative est beaucoup moins influente* ». Cette mutualisation, « *garde-fous pour rester dans le cadre de notre intervention* » revient à prendre le risque du partage de l'expérience de travail, chacun de sa place, à prendre le risque de « *s'exposer lorsque*

*soi-même on est en souffrance ».* Elle permet de concilier permanence de l'action éducative et hétérogénéité de l'équipe dans ses différents métiers, de tracer des liens entre ce qui renvoie « au psychique (« ce qui est à l'intérieur de soi »), à l'éducatif (l'apprentissage, l'instruction, la socialisation, la question de la norme sociale et du rapport à la loi) et au Judiciaire ».

### **2.2.2 A partir de la réflexion de Puygiron**

*Ce Centre d'Education Renforcée fait partie du secteur habilité (Sauvegarde de l'Enfance). Il incarne dans la dernière période la réponse institutionnelle à la délinquance d'exclusion. La recherche-action s'inscrit dans une réflexion évolutive depuis 1999. Le projet d'établissement du C.E.R. s'appuie sur deux piliers : l'éducatif et la clinique.*

*2.2.2.1 De l'acte délinquant à la réflexion sur soi-même. L'intérêt d'une clinique éducative proposée aux mineurs auteurs d'agression, par P.M. Treillet.*

Pourquoi penser à une clinique éducative avec les mineurs auteurs d'agressions ?

La clinique, *c'est faire en sorte que le symptôme devienne une question.*

Le symptôme de ces jeunes accueillis dans les structures du CER, c'est le passage à l'acte, l'agression de l'autre, l'agir qui se pose de façon très précoce dans leur processus d'affiliation au groupe social. Ce symptôme résiste à toutes les actions entreprises, à toutes les admonestations, il se reproduit dans toutes leurs affiliations qu'elles soient au monde social, familial, à l'école ou à l'institution éducative. Ce symptôme est extrêmement destructeur des liens, qu'ils soient inter ou intra individuels, intra ou extra groupe. Les agir de ces jeunes adolescents perturbent les adultes, les mettent dans une incapacité de penser donc une déliaison psychique. Ces effets sont d'autant plus forts qu'ils se produisent dans le groupe du CER. Ce symptôme provoque de l'exclusion, exclusion du groupe, exclusion de la famille pouvant aller jusqu'à la rupture des liens de filiation. Ces jeunes sont donc les premiers à souffrir de cette exclusion progressive qui les isole de plus en plus de la vie relationnelle et sociale.

L'enjeu de la clinique éducative est donc de pouvoir transformer ce symptôme qui se répète presque compulsivement en une question sur l'être lui-même, sur son comportement, sur son histoire pour que le sujet ne soit pas victime de son impulsivité mais rentre dans une interaction, une dialectique avec un autre, perçu comme différent et respectable dans sa différence.

Pourquoi cette clinique est-elle éducative et non pas psychologique ou psychothérapeutique ? Tout simplement parce que l'expérience nous montre que l'éducateur est le professionnel le plus à même d'entrer en contact avec ces jeunes, parce qu'il participe aux mêmes phénomènes groupaux que les jeunes, qu'il partage l'agir au quotidien avec eux et qu'il peut dans cet accompagnement poser des actes et des paroles qui permettent à l'adolescent de s'interroger sur son comportement.

Notre travail a été durant 10 mois, de comprendre avec l'équipe éducative et les personnels d'encadrement du CER de Puygiron, comment pouvait se mettre en place cette clinique éducative, et quel était le cadre à proposer pour quelle puisse advenir.

### Question de décadage : l'intérêt d'un cadre solide, souple, dynamique et créatif.

Lorsque nous avons commencé à travailler avec l'équipe éducative du CER de Puygiron, les séjours des jeunes commençaient par une phase dite de « décadage ». Ces séjours de « décadage » étaient un temps de rupture proposé dans le temps qui suit immédiatement l'admission du jeune dans le CER. Ainsi, à peine formé, le groupe de jeunes changeait de lieu pour se retrouver dans une situation nouvelle ou tous les paramètres environnementaux changeaient (camp spéléo, croisière voile, randonnée en montagne...). Dans cette nouvelle expérience, les jeunes étaient accompagnés par les éducateurs du CER mais au moment du séjour, ceux-ci étaient encore inconnus des jeunes. Ce moment qui durait plusieurs jours était censé inaugurer une relation nouvelle entre le jeune et l'institution.

Toutes nos discussions avec l'équipe du CER faisaient apparaître que ce temps de « décadage » était vécu de façon douloureuse à la fois par les professionnels et par les jeunes accueillis. Un des premiers thèmes du travail de la recherche-action fut donc la remise en question de ce temps de décadage et l'élaboration d'une nouvelle formule d'accueil pour les jeunes par les professionnels du CER.

Plusieurs éléments furent importants dans cette réflexion :

- ♦ Le temps dit de « décadage » constitue le temps de l'affiliation du jeune au groupe institutionnel.
- ♦ Ce temps d'affiliation est un temps difficile. C'est un temps imposé, obligé et le processus d'affiliation va donc être différent de celui que nous avons l'habitude de rencontrer, lorsque le sujet est motivé pour s'intégrer à un groupe.
- ♦ On peut faire l'hypothèse que les attaques contre le cadre vont être plus nombreuses dans un tel processus et que le vécu psychique du groupe va se faire dans un premier temps, sous un mode paranoïde.
- ♦ Les séjours de « décadage » sont vécus par les jeunes accueillis comme un traumatisme car brusquement ils perdent les repères auxquels ils sont habitués. Leur environnement se trouve brutalement modifié sans qu'il y ait une préparation psychique à ce changement. Les éducateurs remarquent alors des états d'angoisse très importants chez les jeunes, des moments de perte de repères spatio-temporels, des régressions psychiques importantes qui font penser à un effet traumatique avec impossibilité de mentaliser l'agression vécue.
- ♦ Malgré ce, les éducateurs évoquent des effets positifs à ce dispositif dont notamment, l'instauration d'un lien d'échange entre le jeune et l'adulte, lien d'échange basé sur la confiance.
- ♦ Au niveau psychologique, un tel dispositif nous interpelle car il ne laisse aucune place à la possibilité de fantasmatisation sur l'expérience à venir et sur le vécu de la perte des repères habituels. Or, nous savons que ce qui est le plus important dans le fonctionnement psychique, c'est la possibilité de représentation, c'est à dire la liaison d'une image mentale avec une expérience sensorielle et émotionnelle. Ce type de dispositif semble répondre à la violence des jeunes par une violence similaire. A ce titre, l'effet thérapeutique d'un tel dispositif est questionnant et il n'est pas étonnant que des passages à l'acte importants aient lieu durant ce temps.

- ♦ Le dispositif du « décadage » hors de l'institution, tente peut-être de préserver le cadre institutionnel de ces attaques très destructrices pour la cohérence de la psyché du groupe.

Après plusieurs séances de travail, l'équipe éducative décida de ne plus accueillir les jeunes de cette manière et de ne réserver les temps dit de « décadage » qu'à des moments bien précis et bien préparés du séjour. Le groupe qui fut accueilli avec cette nouvelle formule, fut donc accueilli dans le cadre quotidien du CER. Ce temps d'accueil permit une affiliation du jeune au « groupe CER » (groupe constitué par les autres jeunes accueillis et les professionnels accueillants).

Nous avons eu un recul de plusieurs mois (environ quatre mois) pour mesurer les effets de ce changement. Ce que nous avons pu constater allait dans un sens positif de la prise en charge permettant aux jeunes d'intégrer progressivement aux règles du CER. Il est à noter également que parallèlement à ce changement dans l'accueil des jeunes, le nouveau Directeur du CER proposait un projet différent afin d'intégrer rapidement les jeunes dans des entreprises intermédiaires.

Ces deux éléments permirent plusieurs choses :

- ♦ Investissement du dispositif par les jeunes
- ♦ Moins de transgressions, moins de passages à l'acte
- ♦ Meilleur investissement des temps collectifs
- ♦ Meilleure communication professionnels - jeunes
- ♦ Possibilité d'accompagnements personnalisés vers le soin
- ♦ Possibilité de reprendre les situations de transgression de façon constructive
- ♦ L'équipe éducative paraissait plus tranquille, travaillant avec plus de facilité sans être confrontée aux moments destructurants connus précédemment

Ce changement, pensé, réfléchi et décidé au cours du travail de recherche-action n'est pas un acte banal. En effet, le système de « décadage » qui était en place précédemment permettait d'éviter de se confronter à tous les mouvements suscités par un dispositif d'accueil plus groupal où le jeune peut exprimer de façon souvent brutale son refus de participer à la vie du CER. Changer ce type d'accueil obligeait donc l'équipe à s'exposer au vécu de ces moments forts qui jalonnent le processus d'affiliation du jeune à l'institution.

Grâce aux travaux des groupanalystes, nous connaissons mieux à présent les phénomènes psychiques archaïques qui peuvent se manifester dans un groupe. Le groupe est le lieu où peuvent se mettre en place les processus d'individuation, mais il est aussi le lieu de la mise en commun des éléments les plus indifférenciés des psychés des membres qui le constituent. Dans le processus d'affiliation de l'individu au groupe, se rejouent les avatars de sa propre filiation. Ce moment est donc un moment particulièrement riche où les possibilités de représentation et de fantasmatisation de ces remises en scène peuvent s'opérer et se révéler thérapeutiques si elles sont reprises dans un cadre relationnel individuel et groupal permettant ce travail psychique.

Travailler groupalement sur les processus d'affiliation, c'est se donner les moyens de mettre en pensée les « agir » qui jalonnent ce processus sachant qu'il s'agit bien là de

la problématique première de ces jeunes car lorsque nous parlons de difficultés d'intégration au groupe social, c'est bien d'une problématique groupale d'affiliation de l'individu au groupe dont il est question.

La clinique éducative c'est peut-être cela : « *Permettre la mise en pensée des agir incompréhensibles des jeunes dans le groupe des adultes.* »

Le travail de réflexion groupale sur les éléments qui constituent le cadre du CER et sur les agir qui s'y rapportent paraît donc fondamental. Les exemples cliniques qui ont été rapportés par les éducateurs du CER au cours du travail de cette recherche-action, montrent que bien souvent les passages à l'acte des jeunes se rapportent à des fragilisations du cadre. Ainsi, les difficultés de communication entre professionnels peuvent être à l'origine de comportements violents. De même, la non cohérence dans les réponses fournies par les professionnels sur des points réglementaires ou des points de détail de la vie quotidienne (l'heure du coucher, la vaisselle, les programmes TV...) favorisent énormément les passages à l'acte. Ceci montre que les temps de coordination de l'équipe sont indispensables or, paradoxalement, nous avons constaté que lorsque le groupe de jeunes agresse fortement le cadre institutionnel, les temps de coordination diminuent et éventuellement disparaissent au sein de l'équipe éducative alors qu'ils devraient être renforcés.

Ces exemples et ces réflexions montrent qu'il est extrêmement important de travailler sur le cadre, sur l'enveloppe contenant groupale. C'est à partir d'un cadre cohérent et solide qu'un dépôt des éléments psychiques les plus fragiles pourra s'opérer chez les jeunes accueillis du CER amenant la possibilité d'un travail sur ces éléments et un processus de transformation en permettant une reconstruction. Il est également important de remarquer comme c'est le cas ici, que ce cadre cohérent et solide doit aussi être souple et créatif afin de pouvoir s'adapter aux modifications éventuelles à effectuer en fonction des avancées de la réflexion des professionnels.

Il me semble que ce point là est un point extrêmement important dans la possibilité de mettre en place une clinique éducative.

C'est grâce aux qualités de fermeté, de souplesse, de dynamisme et de créativité du cadre que la clinique éducative pourra se développer.

Ces différentes qualités sont présentes lorsque la liaison se fait entre les différents professionnels.

Il est donc nécessaire de prévoir un temps cautionné et protégé par l'institution pour que tous les professionnels du Directeur à la Maîtresse de maison puissent se parler librement en présence d'un ou plusieurs intervenants extérieurs qui garantissent la mise en place de cette chaîne associative groupale nécessaire à la bonne opérationnalité de la psyché du groupe adulte (équipe éducative).

#### La question de la Psychopathologie des jeunes accueillis dans le CER :

Au cours de ce travail de recherche, nous n'avons pas été directement confrontés aux jeunes eux-mêmes. Nous ne pouvons donc pas établir un profil psychopathologique pertinent de ces jeunes. Par contre, les éléments donnés par les différents professionnels dont le psychologue de l'institution qui a participé à l'ensemble de la recherche-action, nous permettent de relever chez les jeunes accueillis certains troubles du comportement faisant penser à des dysfonctionnements graves de l'appareil psychique. Parmi ces troubles, nous pouvons repérer des états d'angoisse, des terreurs nocturnes, des insomnies rebelles, des hallucinations ainsi que des états délirants.

Ces troubles qui feraient penser à une pathologie relevant du soin psychiatrique chez un individu lambda, ne peuvent pas être traités de la même manière avec ces jeunes. Actuellement, l'équipe éducative fait face à ce type de troubles avec des moyens trop succincts. A titre d'exemple, l'équipe éducative rapporte des situations nocturnes où l'éducateur fait face seul et accompagne seul, un jeune faisant une attaque panique avec état d'angoisse massive et éléments délirants alors que ce type de situation aurait demandé, dans un autre contexte, l'intervention ou tout au moins le soutien d'une équipe de soin spécialisée.

Ainsi, le recours par ces jeunes à des psychotropes tels que cannabis et alcool permet souvent un apaisement de ces tensions psychiques internes amenant un état de repos et de détente temporaire. La consommation de toxique est à rapprocher d'une automédication.

Les professionnels du CER se trouvent donc confrontés à des moments régressifs chez ces jeunes, faisant penser à des relations infantiles des tous premiers mois de la vie, durant la phase schizo-paranoïde (période que vit le bébé de 0 à 6 mois). La possibilité de fournir un environnement contenant et sécurisant permet très certainement un abord et une tentative de symbolisation de ces éléments très archaïques mais les éducateurs ne s'estiment pas assez compétents pour prendre en charge ce type de troubles avec le peu de moyens qu'ils ont à leur disposition, sachant en outre que l'appel aux services de pédo-psychiatrie hospitaliers reste désespérément sans réponse.

La situation groupale et le noyau institutionnel accueillant permettent très certainement l'émergence de ces signes psychopathologiques qui doivent être actifs chez ces jeunes normalement mais qui n'apparaissent pas de cette manière. Le malentendu que nous entendons souvent « il n'est pas pour nous, nous ne pouvons rien faire » vient très certainement du fait qu'il existe chez ces jeunes perturbés, des processus défensifs actifs empêchant l'émergence des signes psychopathologiques terrifiant pour ces jeunes. Ceux ci ne peuvent donc « s'exprimer » si l'on peut dire, que dans le cadre d'une situation de confiance, pseudo maternante où la rigueur d'un cadre interdictif fait office de contenance paternelle. De ce fait, le cadre du CER peut correspondre à ce type de cadre pour peu, comme c'est les cas à Puygiron, où il existe une remise en question permanente de l'institution.

Le travail que nous avons mené avec l'équipe éducative du CER de Puygiron apparaît intéressant car il permet justement d'avoir accès à cette articulation entre le côté groupal et le côté psychopathologique individuel de ces jeunes.

De même, au cours du travail que nous avons fait, il a souvent été évoqué l'idée qu'une équipe éducative travaillant de façon rapprochée avec une équipe médicale serait un modèle pertinent. En effet il est clair qu'un moyen d'accès à la souffrance psychique de ces jeunes est la prise en compte de la souffrance physique. Les éducateurs expriment tous, cette richesse relationnelle présente lors des soins corporels apportés aux jeunes. Soigner fait partie de cette composante maternante de l'institution. La présence d'un pool infirmier dans l'équipe éducative serait donc à ce titre à recommander. La liaison et le partenariat avec un médecin consultant et un service de psychiatrie ou de pédopsychiatrie semble aussi important. Néanmoins il est très certainement déconseillé de « psychiatriser » ces adolescents. Ce qui devrait être recherché c'est un partenariat étroit entre le CER et le service de soin ainsi que le travail autour d'un projet de prise en charge de ces adolescents et de leur pathologie spécifique.

Un cas évoqué durant le travail de cette recherche-action est particulièrement éclairant : c'est le cas d'un jeune accueilli dans le CER et que nous prénommerons « J. ». Lorsque « J » est admis au CER, les éducateurs relèvent des comportements inquiétants qui leur font tout de suite penser à une pathologie d'ordre psychiatrique. Une expertise est donc demandée par l'intermédiaire du juge. Cette expertise est réalisée et le médecin expert prononce une injonction de soin. « J » est alors hospitalisé, l'interne qui l'examine note l'urgence des soins et l'admet en HDT. Trois jours après, le médecin chef de service le propose sortant en notant que « J » est « tout à fait normal ». Depuis, l'équipe du CER le contient car il a présenté les mêmes troubles dès qu'il a été de retour dans l'institution.

Cet exemple montre que l'expression des troubles dépend très fortement de l'environnement et que le jeune devrait être examiné et soigné dans ce cadre là. Bien trop souvent, en effet, la déliaison existant entre les différents services et les différentes institutions ne permet pas une prise en compte de cette expression très différente du dysfonctionnement psychique. Un des critères importants du cadre de travail des CER devrait donc être la possibilité de signer des conventions de partenariat avec les différents services de soin du dispositif public.

A noter que le changement de projet pédagogique du CER durant le temps de la recherche-action a permis un accompagnement des jeunes vers le soin avec notamment la possibilité pour chaque jeune de rencontrer un médecin et de faire un bilan de santé complet dans lequel les jeunes ne se sont pas sentis persécutés mais au contraire intéressés et participants de cette démarche.

Ainsi, il semble que le travail que nous avons fait dans cette recherche-action peut permettre de trouver un autre mode d'appréhension des difficultés de ces jeunes et une méthode de traitement originale qui prendrait en compte à la fois les contextes groupaux, sociaux et psychopathologiques dans une articulation cohérente.

#### La question de l'origine et de la filiation des jeunes accueillis dans le CER :

Au cours de cette première partie de la recherche action, nous avons constaté que l'équilibre psychique du « groupe CER<sup>28</sup> » est souvent mis en difficulté par les comportements apportés par les jeunes soit de manière individuelle soit de manière groupale. Le groupe montre alors des difficultés de fonctionnement qui se révèlent dans les déliaisons que peut ressentir le groupe des professionnels :

- ◆ Difficulté de communication
- ◆ Manque de cohérence,
- ◆ Ruptures relationnelles
- ◆ Difficulté d'association psychique individuelle et groupale
- ◆ Sensation de paralysie psychique,

Lorsque l'appareil psychique individuel ou la capacité associative groupale est soumis à cette activité de déliaison qui entraîne les professionnels dans une difficulté de penser, il faut se poser la question de la présence d'une souffrance psychique très primitive voire archaïque chez les jeunes accueillis. Cette souffrance psychique particulière peut être présente sans forcément s'exprimer de manière bruyante. Elle peut concerner des traumatismes psychiques très précoces ou des traumatismes psychiques transgénérationnels non élaborés.

La première action « thérapeutique que l'on peut avoir vis à vis d'un tel matériel, c'est de le contenir. La structure qui peut contenir ce type de souffrance psychique, c'est un groupe ayant une bonne capacité associative.

Il est important de rappeler que, en général, le Processus Associatif Groupal et l'institution sont dans une incompatibilité fondamentale. En effet, pour qu'il y ait émergence d'un Processus Associatif Groupal, il faut qu'il y ait énoncé de la règle fondamentale, soit l'interdit du meurtre et de l'inceste, car la règle suscite une fantasmagorie de déliaison permettant que celle-ci se travaille psychiquement dans le groupe.

Une des manières d'introduire une fantasmagorie de déliaison dans l'institution CER serait de travailler en équipe la question de la transmission transgénérationnelle et de la filiation. En effet, la plupart des institutions qui accueillent des jeunes en difficultés participent du fantasme d'être les nouveaux bons parents de ces jeunes et de réussir là où les vrais parents ont échoué. Cette fantasmagorie, le plus souvent inconsciente, peut être transformée si l'on énonce clairement en équipe le fait que ces jeunes ont leur propre filiation et que l'on ne pourra pas remplacer leurs parents car la filiation est une chose unique et propre à chaque individu.

Ainsi, quand on présente aux jeunes le séjour dans l'institution, tout ce que l'on va essayer de faire ensemble ainsi que les devoirs et obligations de chacun, il est très intéressant de pouvoir leur dire que l'on va essayer de leur amener un certain nombre de choses mais qu'il y a une chose que nous ne pourrons pas leur apporter c'est la question de la filiation c'est à dire que quoi que nous fassions nous ne pourrons pas être leurs parents. L'énonciation de cette évidence permet souvent aux jeunes de se projeter dans une temporalité, dans leur histoire personnelle et de comprendre le rôle et l'importance des parents dans leur vie d'individu autonome.

Cette mise au point, permet aussi de repositionner les parents dans leur statut unique et irremplaçable en ce qui concerne la question de la transmission transgénérationnelle. Elle permet notamment de ne pas faire l'erreur de penser même inconsciemment que l'affiliation du jeune au projet institutionnel puisse être ou devenir une filiation. Elle permet d'aborder les difficultés familiales comme des difficultés dans le processus de filiation et elle permet également de proposer une aide pour que la transmission transgénérationnelle puisse avoir lieu malgré tout de façon constructive. C'est ce que l'on appelle à présent le soutien à la fonction parentale mais que l'on utilise malheureusement pas assez.

L'équipe du CER de Puygiron travaille très régulièrement avec les familles des jeunes accueillis. Ainsi, une proposition de rencontre est faite à chaque famille de jeune accueilli au CER. Ces rencontres ne sont pas toujours évidentes à mettre en place à cause notamment de l'éloignement géographique et souvent se sont deux professionnels de l'équipe (le plus souvent il s'agit du psychologue et du chef de service éducatif.) qui se déplacent et vont à la rencontre des familles pour expliquer le travail qui va se réaliser avec leur enfant. Un compte rendu de la rencontre est ensuite fait au jeune qui sait donc quelle place est laissée à ses parents. Ce déplacement des professionnels démontre clairement à la famille que leur place est reconnue comme une place importante voire incontournable dans le travail qu'ils vont effectuer avec le jeune pendant plusieurs mois.

Ce travail avec les familles, même s'il est très succinct et se limite à un contact de présentation du travail engagé, me semble très important afin de ne pas oublier

justement où se situe réellement l'origine du jeune. Il nous semble que ce travail devrait être considéré comme indispensable dans une structure comme les CER.

Conclusion : Un CER ne peut pas se penser seul.

Sous l'impulsion de C. Laval, la dernière séance de travail avec l'équipe du CER de Puygiron s'est déroulée avec la présence des divers partenaires de la société civile amenés à rencontrer les jeunes et les professionnels du CER. Cet échange riche et varié fut très intéressant car il permit de se rendre compte que finalement, les préoccupations et les inquiétudes des partenaires étaient bien proches de celles des professionnels du CER. Cette rencontre permit de prendre conscience qu'un CER ne peut pas se penser seul mais qu'autour de lui, les différents acteurs de la vie sociale pensent et réagissent en fonction de ce qu'ils ressentent du CER. Au cours de cette réunion, tous se rejoignaient sur l'idée que l'on ne communiquait pas assez, que l'on ne prenait pas assez de temps pour mieux se connaître. Il fut donc décidé pour l'avenir d'essayer de renouveler ce type d'entrevues.

Cette rencontre qui vient clôturer le travail de la recherche-action, semble plutôt être une entrée en matière, une introduction vers une nouvelle forme de travail, un travail où l'effort de liaison entre les différents intervenants permettrait de proposer un cadre élargi encore plus efficace dans la possibilité de mettre en place cette clinique éducative dont nous avons essayé de montrer ici la pertinence.

Nous pouvons encore une fois constater que la clinique éducative est une mise en lien, un tissage des liens afin que s'élabore la pensée au niveau individuel (il s'agit des liens intra-psychiques) ainsi que le psychisme groupal (il s'agit des liens inter-individuels), l'un s'étayant sur l'autre et réciproquement.

Finalement, conclure, c'est peut-être s'ouvrir sur des questionnements encore plus nombreux. Depuis longtemps en effet, nous savons que les adolescents questionnent par leur agir les points de leur histoire qui sont les plus douloureux, c'est à dire les points de leur vécu qui sont le moins bien contenus par les différents emboîtements des cadres familiaux et sociaux. Ils viennent pointer à leur manière les dysfonctionnements de notre groupe social, c'est à dire ce qui met le plus en difficulté les individus qui sont les plus fragiles.

La clinique disions-nous en commençant ce travail, c'est ce qui permet au symptôme de devenir une question...

En terminant ce travail, on pourrait avancer que la clinique éducative, c'est ce qui nous permet de nous remettre en question au niveau du fonctionnement de notre société. C'est ce qui pourrait nous permettre de questionner et de repenser les différentes modalités du soin, les différentes formes de prise en charge que nous pouvons proposer.

### 2.2.2.2 *L'affiliation au groupe comme remise en jeu de la filiation des adolescents, par Alain Chaze<sup>1</sup>*

Les adolescents admis au Centre Educatif Renforcé présentent souvent des troubles psychiques graves et souffrent de désordres familiaux importants auxquels ils sont exposés. Leurs faiblesses narcissiques ne leur permettent pas de s'investir dans une identification. Ils avalent et incorporent le vécu, le dire et le faire de ceux qui les régendent. Leur errance est intimement reliée à une histoire imaginaire transgénérationnelle et ils évitent toute élaboration psychique. Ils oscillent entre le pôle actif et le pôle passif<sup>29</sup> : regarder et être regardé, sadiser et être sadisé, désirer ou être désiré, tuer ou être tué, violer ou être violé, au risque d'être happés par les bras du fleuve qui les conduit vers la prison.

Reprenant l'idée de R. Kaës que « *toute affiliation se constitue sur les failles de la filiation*<sup>30</sup> », nous pensons que l'adhésion au dispositif groupal du Centre Educatif Renforcé peut permettre de rejouer quelque chose de la filiation de l'adolescent.

L'affiliation groupale peut permettre d'accomplir une fonction séparatrice, tierce pour l'adolescent et l'aider à sortir de l'enceinte familiale en transformant ou en s'appropriant son « héritage ». Cet héritage peut être mis en cause, suspendu ou désavoué grâce à l'adhésion à un groupe.

A ce propos, le livre de J.B. Chapelier<sup>31</sup> est très intéressant : il développe le rapport du sujet au double, au semblable, au frère avec la dimension à la fois régressive et progressive que possède le double. Dans le groupe, l'adolescent expérimente une situation archaïque qu'il doit pourtant dépasser mais il s'y plonge provisoirement et en même temps il apprend à s'autonomiser. Le groupe lui permet de s'éloigner de la famille et en même temps, les conflits internes au groupe l'amènent petit à petit à devoir s'autonomiser par rapport au groupe. L'adolescent n'est jamais stable, il est toujours conflictuel, mais il existe toujours la tentation de s'en sortir, de rentrer en conflit avec les autres, de prendre le pouvoir sur les autres et travailler la loi interne du groupe. En même temps, il vit dans l'ersatz d'un groupe familial qu'il ne quitterait pas et dont il ne veut surtout pas sortir... cela remplit une double fonction contradictoire !

#### **Un exemple de mobilisation groupale**

Nous avons institué au CER de Puygiron, chaque semaine, un groupe de parole à partir du visionnage de cassettes-vidéo portant sur l'éducation à la santé (alcool, tabac, drogues, prévention SIDA, conduites à risques, etc...). Il peut amener certains adolescents à parcourir des va-et-vient regrédients et progrédients à l'intérieur du groupe :

*M., jeune adolescent maghrébin de 14 ans, se montre extrêmement défensif après la projection d'une vidéo relatant les idées suicidaires d'un jeune en conflit ouvert avec ses parents : « Ca m'énerve votre cinéma... » me lance t'il. Cependant, un autre jeune pourra relier ce qu'il a vu avec sa propre souffrance lorsqu'il commettait des délits. M. entendra la représentation de ce jeune et lâchera un : « ça m'interroge... ». Plus tard, en entretien individuel, M. évoquera son attachement à sa mère toxicomane et la haine pour son père « qui ne s'est jamais occupé de lui ».*

---

<sup>1</sup> Psychologue au CER de Puygiron, Sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence de la Drôme

Utilisant massivement le déni de ses affects lors des entretiens psychologiques précédents, M. a été mobilisé par l'image, puis par le groupe. Il a pu faire un retour sur lui-même dans un travail de liaison. Il y a eu liaison entre le dedans et le dehors mais aussi à l'intérieur du groupe de jeunes. La représentation de soi, le travail identitaire transite par le groupe qui restitue au sujet une représentation nouvelle, ajustée, là où il en est de son histoire et de son évolution. La chaîne associative est le moyen donné au sujet et au groupe, dans cet atelier de « vidéo-langage », de trouver-crée l'opportunité de la rencontre dans une émergence de sens, pour le sujet lui-même en lien avec sa propre histoire diachronique, et ce, dans la synchronie du groupe<sup>32</sup>. Dans ce groupe à médiation, l'objet-médiateur (film), va devenir dépositaire de l'imaginaire du sujet et du groupe, à ce titre il peut être révélateur d'une représentation inconsciente sans que pour autant cela fasse l'objet d'une interprétation. Ces techniques médiatrices sont notre recours pour travailler avec ce public difficile que sont les adolescents psychopathes. Elles favorisent le développement du pré-conscient qui s'étoffe, s'assouplit, condition préalable à tout travail psychique de liaison.

Au sein du Centre Educatif Renforcé, nous essayons de développer ces groupes à médiation qui s'avèrent nécessaire lorsque ne peuvent être abordés trop frontalement les contenus inconscients. Ils offrent un espace de jeu entre le sujet et l'objet, entre l'investissement narcissique et objectal, ménageant davantage les systèmes défensifs archaïques.

Le placement au C.E.R. effectué par le magistrat de la jeunesse fait fonction de contenant de l'archaïque : celle de tenir le cadre. Mais contenir, c'est aussi aider à penser afin de soigner les manifestations désorganisatrices qui entravent le processus adolescent. Le dispositif le permettant repose sur des espaces transitionnels aptes à créer une « aire de repos » à ces adolescents épuisés par leurs vécus persécutifs ou abandonniques. *Cet « aire de repos » est nécessaire pour « maintenir la réalité intérieure et la réalité extérieure distinctes et néanmoins en étroite relation » (D.W. Winnicott).*

### **Les activités d'affiliation : développement des fantasmes de réparation et réconciliation sociale**

Nous souhaitons souligner la particularité du C.E.R. de Puygiron : nous avons orienté la prise en charge des mineurs accueillis sur l'apprentissage de l'équitation dans un centre équestre appartenant à l'association de la Sauvegarde de l'Enfance de la Drôme. Cette orientation n'est pas exclusive, comme nous le verrons plus loin, mais la participation des adolescents aux activités de ce centre dépasse les processus éducatifs engagés à partir du cheval (travail de palefrenier, cours d'hippologie, randonnées à cheval...) qui mobilisent chez les jeunes des investissements divers (affectifs, cognitifs...). Nous désirons insister sur l'aspect « ouvert » de ce centre équestre qui ne peut en aucun cas être identifié à un « centre pour délinquants ». Outre les personnes, adultes et enfants, fréquentant le club, des personnes handicapées d'établissements proches viennent profiter également des différentes activités offertes. Ainsi, lors de la session précédente, les jeunes ont été mis en situation d'aider les personnes handicapées à monter à cheval. Les interactions induites m'apparaissent opérantes dans cette reconstruction des rapports sociaux avec l'entourage global du centre équestre, lieu ouvert à tout public. Dans ce contexte, la relation éducative sert d'étayage et de cadre pour accompagner

l'adolescent et l'inviter à une confrontation que, étant donné son histoire, il peut craindre.

Comme le souligne Maryse Vaillant<sup>33</sup>, l'éducateur est alors un médiateur social. Il se porte garant de la société pour le jeune et du jeune pour la société. Grâce à sa compétence professionnelle et au soutien institutionnel qui le cadre, son potentiel réparateur personnel peut-être mobilisé sans occulter celui du jeune qu'il invite et qu'il incite. L'arrimage institutionnel permet des échanges réparateurs : aussi, nous engageons également des actions de type humanitaire avec les jeunes : participation à une banque alimentaire ou encore passation du Brevet élémentaire de secourisme (un apprentissage pour secourir les autres !...).

Hébergés dans une villa au centre d'un petit village de la Drôme, les jeunes ont pu également après de lourdes chutes de neige, déblayer les routes du hameau. Félicités par les habitants, des liens ont été instaurés avec la municipalité du village qui a participé, par la suite, à une rencontre avec les responsables du C.E.R. afin de mieux se connaître et de sortir de représentations parfois « monstrueuses ».

Ces activités d'affiliation permettent de traduire la sanction pénale du départ (n'oublions pas que les jeunes sont placés judiciairement par le juge des enfants) en acte social. La démarche punitive peut se transformer en démarche de responsabilisation. Maryse Vaillant souligne que le jeune et la société doivent tous les deux faire un pas pour aller l'un vers l'autre afin de permettre une réconciliation sociale : « Il faut que l'échange réparateur soit inscrit dans un projet qui, à travers l'institution, implique la société », souligne t'elle.

Notre projet éducatif propose également une possibilité pour les jeunes d'être en situation concrète de travail par le biais d'une entreprise de réinsertion (recyclage de plastiques) appartenant également à l'association de la Sauvegarde de l'Enfance. Là aussi, le jeune peut découvrir d'autres rapports sociaux, propres à l'entreprise, et se découvrir lui-même dans de nouvelles activités. Il s'agit également d'un projet de ré-affiliation sociale.

En résumé, le projet éducatif du C.E.R. peut rendre possible pour l'adolescent une nouvelle approche, une renégociation des rapports aux objets du champ social et aux règles du jeu social. Les médiations éducatives proposées sont vides au départ mais pleines de promesses exigeantes à investir, à transformer l'image que ces jeunes avaient d'eux-mêmes (leur réalité interne) et leur vision de la réalité sociale externe.

Il nous apparaît remarquable que là où les valeurs de leur société ne les interpellent plus, celles du don, de l'affiliation à un groupe social, de l'initiation à des rencontres signifiantes, jointes au sens d'un échange symbolique peuvent réussir à le faire.

### **La question de l'intercontenance groupale**

Nous rencontrons les parents des jeunes accueillis au C.E.R. trois fois au cours de la session. Nous nous déplaçons sur les C.A.E. où nous pouvons également rencontrer l'éducateur PJJ responsable du suivi des mesures ordonnées par le juge des enfants. Les éducateurs du C.E.R. sont en lien téléphonique chaque semaine avec les parents. L'éducateur PJJ participe aux points synthèses dans nos locaux... L'ensemble de ce tissage de liens entre les professionnels, les parents et les jeunes permet une intercontenance groupale, c'est à dire un travail sur le lien intersubjectif.

Ces liens permettent des actions en co-étayage : le lien avec la famille va permettre, par exemple, de travailler la représentation négative que celle-ci peut avoir de

l'adolescent, travail repris avec l'adolescent lui-même en entretien individuel ou avec l'éducateur PJJ.

Toutefois, ce travail d'intercontenance groupale peut être actualisé grâce à un dépassement de la part de l'équipe de réactions sur un mode défensif de la violence agie des jeunes. Cette violence entraîne parfois des sentiments de peur exprimés par les éducateurs : « *J'hurlais aussi fort que lui* », « *On s'aboyait dessus* », « *Je ne peux pas lui faire confiance* ».

Parfois la pathologie des adolescents se déploie dans l'institution, de telle sorte que l'équipe se met à fonctionner sur un mode proche de celui du sujet violent. Les jeunes font perdre le sens par leur formidable habileté à produire une intoxication psychique et un brouillage de la pensée.

Aussi, l'intercontenance groupale s'effectue à la fois dans le travail de liens avec la famille, l'éducateur PJJ et le jeune mais également par le travail de reprise et d'élaboration des interagir à l'œuvre au sein même du C.E.R.. Cela suppose un espace d'accueil, de contention et de transformation de cette exportation psychique. Les temps de synthèse où le groupe d'analyse de pratique peuvent devenir une scène où viennent se figurer les conflits intra-psychiques des adolescents : un « jeu » nouveau devient figurable.

Bien sûr, ces processus s'étaient eux-mêmes sur la « contenance » du cadre judiciaire : placement, mesure de contrôle judiciaire ou de liberté surveillée, etc. Cependant, le recours systématique à l'instance judiciaire peut-être dépassé si l'adolescent, dans sa rencontre avec les professionnels, investit un espace transitionnel, créatif, lui permettant d'organiser un récit et trouver à qui en parler. Passage pouvant lui permettre de rencontrer les figures de lui-même qui lui donneront le courage de changer.

### **Reprise réflexive sur l'intervention du psychologue dans un C.E.R.**

A mon avis, le psychologue intervenant dans ce type d'institution ne peut se borner à penser que seuls les entretiens individuels pourront amener des effets thérapeutiques chez les adolescents accueillis. Si ces effets thérapeutiques sont à attendre, c'est du dispositif tout entier qu'ils peuvent en être issus.

L'irruption du tiers social, représenté par les mesures de justice et notamment le placement au C.E.R., induit une « déconstruction » possible de la famille, et vient questionner les liens que chacun entretient avec l'autre et s'adjuge le droit, pourquoi pas, d'essayer de les modifier. L'irruption du tiers aurait pour vocation de ramener la loi, à entendre comme un surmoi protecteur et une limite à l'expression du pulsionnel chez les adolescents.

Les familles, les parents et les jeunes ne sont pas en situation de demande d'aide. C'est à partir de dysfonctionnements et à partir de faits de délinquance que la réalité sociale est venue s'imposer et questionner leur mode d'organisation et de communication. Leur participation est donc liée à une contrainte extérieure.

A ce titre, est-il possible de parvenir à de réels changements sans qu'il ait pu être formulé de demandes par les personnes concernées ? Le psychologue peut favoriser un travail d'élaboration dans la mesure où la souffrance psychique a pu être déposée et entendue. Le dispositif doit favoriser l'expression de cette souffrance, dans une mise en représentation possible pour et par le jeune. Les entretiens psychologiques sont nécessaires mais nous avons vu précédemment que les actions groupales

(ateliers vidéo, activités sportives, culturelles ou sociales, actions humanitaires, mise en situation de travail, etc.) entreprises par l'équipe éducative favorisent ce travail psychique et permettent une modification de l'image que l'adolescent a de lui-même. L'affiliation groupale permet l'émergence de modifications dans le fonctionnement intra-psychique du jeune et dans ses relations intersubjectives.

Cependant, la nécessité de faire apparaître dans les comptes-rendus au juge des éléments précis du comportement du jeune ou de la famille ne va pas sans interroger la confidentialité de la relation à l'autre. Le psychologue ne peut faire l'économie de cette question tant il doit composer avec. Les éléments de réponse ont à voir avec le respect du cadre institutionnel et la mission qui lui est confiée mais aussi avec une réflexion sur l'éthique professionnelle. Le psychologue mène donc une action spécifique envers les adolescents et leurs familles, envers l'équipe éducative (et sa souffrance face à la violence des jeunes), envers l'éducateur PJJ (informé de l'évolution du jeune) et envers le juge des enfants dans ses rapports écrits où ce qui est de l'ordre de l'intime peut le rester. Ainsi, c'est à travers la capacité de réponse du dispositif symbolisant que peut représenter le CER et des propositions faites au juge qu'à la période de placement succèdent des mesures d'orientation, parfois sur notre service de suite (service d'Adaptation Progressive en Milieu Naturel) ou dans un retour en famille, assorties de mesures judiciaires. L'orientation vers les milieux de soins est parfois complémentaire (consultations psychiatriques ou psychologiques) ou exclusive (hospitalisation en psychiatrie) si les troubles psychiques sont trop prégnants.

En définitive, il m'apparaît que seul le travail d'interdisciplinarité entre les différents intervenants peut faire contenance à la destructivité du jeune tout en préservant une certaine confidentialité dans la relation qui permet de ménager un espace de paroles propice à un travail d'élaboration psychique

### **2.2.3 A partir de la réflexion de Chaumont**

*L'entrée dans la recherche du Foyer Educatif de Chaumont a été décalée par rapport aux autres sites. Après une phase d'attente, un travail régulier et fructueux s'est depuis lors amorcé sur le thème : « Construction de la phase d'accueil du mineur ».*

#### **2.2.3.1 Contribuer à une connaissance clinique qui puisse valider une tentative éducative vivante, par Denis Garaudet**

Dans cette contribution délibérément brève, je ne rends justice ni au travail accompli au cours des réunions ni à la multiplicité des thèmes qui y ont été dégagés. Je souhaite seulement présenter quelques notions que ces discussions m'ont amené à préciser pour une compréhension et une construction possibles de l'accueil qui ouvre à la mise en place et à la mise en œuvre de soins éducatifs ; j'entends par là prendre soin de quelqu'un au moyen de pratiques éducatives.

Je veux dire d'abord que l'accueil est inséparable du refus de l'accueil, accueillir c'est recevoir : il faut pour cela des « moi » et un monde, voire un cosmos, et des phénomènes conscients et inconscients s'y produisent.

Ces précisions me semblent importantes au regard de la question de la douleur psychique ; douleur de la perte avant tout deuil, de la détresse dans la défaite et l'abandon des figures protectrices de l'enfance, elle arrache l'être humain à lui-même et le sépare du monde ; elle reste un corps étranger alors même que c'est la matière humaine qui le produit mais sans représentation ni topographie.

C'est par sa mutation en souffrance, en épreuve, qu'elle ouvre à un sens pensable ; la souffrance psychique, comme épreuve de réalité, dit la division, la séparation de l'être humain dans des oppositions contradictoires insolubles : réalité extérieure/réalité psychique, pulsion de vie/pulsion de mort, sadisme/masochisme, individu/espèce, masculin/féminin ; oppositions de contradiction et non d'exclusion, divisantes et en même temps constitutives de l'être humain dans la mesure où c'est par la douleur de l'épreuve qu'elles acquièrent leur validité d'existence.

Donc profonde ambiguïté du phénomène de la douleur : déréliction et « guérison » ; redoublée de ce qu'a d'énigmatique ce produit de la matière humaine qui souvent n'est pensable que comme une effraction venant de l'extérieur ; voir en cela le « traumatique » et la notion de pare-excitation qui reste d'abord une substance mortifiée qui par sa mortification même sépare une zone interne sensible d'une zone externe toujours menaçante. Cette figure d'écorché vif recouvert de peaux mortifiées dit bien l'importance de la sensibilité et de la réceptivité dans la survenue du sentiment d'existence et l'idée de son anéantissement, et rend bien compte de la sensibilité aux qualités de l'ambiance et à leur changement : les phénomènes de continuité/discontinuité et de rupture sont liés à des modifications réciproques de l'espace et du temps et des tensions corporelles, qui admettent un relief avant d'acquiescer l'intériorité et la profondeur nécessaires à l'élaboration des représentations et des affects.

La transformation de la douleur en souffrance est l'enjeu du masochisme érogène primaire (érogène voulant dire vital) qui sauvegarde l'individuation, la réalité du moi, devant les menaces de l'objet.

Il faut lui adjoindre un sadisme érogène primaire qu'on peut « *construire à partir des efforts de l'enfant voulant se rendre maître de ses propres membres* » (S. Freud) : membrement, démembrement, pouvoir de rassemblement qui veut se passer de

l'objet pour constituer le désir même de l'être de l'individu, source d'une jouissance d'élation, quand le masochisme amène une jouissance d'élection. Le sadisme ne peut pas souffrir, ne peut pas comprendre la nécessité d'endurer ; et s'il fait souffrir, ce n'est pas seulement pour ne pas souffrir, c'est que la souffrance est nécessaire et qu'il faut alors que ce soit « l'autre » qui souffre.

Freud avait compris qu'il fallait un enfant méchant, battu qui battait, et une identification à cet enfant méchant ; c'est à dire un enfant ayant trop souffert lors d'une séparation première et qui ne peut plus sublimer, enfant méchant mal puni pour qui le seul châtement viable est celui qu'on inflige à « l'autre ».

Cette défaillance du membrement sadique originaire dont témoigne cette externalisation rencontre ce que Sandor Férenczi a nommé phénomènes de matérialisation et qu'il a défini comme « *un processus par lequel une idée se réalise plastiquement dans le corps* », « *réaliser un désir comme par magie à partir de la matière dont le sujet dispose dans son corps et lui donner une représentation plastique* ».

La matérialisation fait apparaître une présence qui se donne pour le sujet et refuse la présence de toute autre réalité ; elle ne peut admettre la séparation, elle la réifie et en même temps l'annule.

Une matière qui se prend à rêver ou à agir ; une idée qui est matérialisée : ce qu'on appelle communément passage à l'acte. Dans les phénomènes de matérialisation, l'intériorité, la subjectivité nécessaires aux phénomènes d'incarnation -oedipienne- n'ont pas été atteintes, et les scénarios externalisés sont animés moins par une activité fantasmatique que par une croyance hallucinée qui défie l'épreuve de réalité.

Encore une fois mon propos n'est pas de restituer tous les axes de travail et de les déployer. Je ne dis rien de l'incorporation et de l'introjection du paternel et du maternel, de la sexualité, de l'adolescence, de l'alternance du jour et de la nuit, de la vie quotidienne, de la topographie institutionnelle, de l'organisation institutionnelle des soins éducatifs, etc.

Je veux simplement approfondir quelques points afin de dessiner certaines lignes de force qui organisent l'espace psychique derrière des comportements qui s'efforcent de déborder les modalités habituelles de penser, afin de contribuer à une connaissance clinique qui puisse valider une tentative éducative vivante dans le choix qu'elle exerce de ce à quoi elle entend s'évertuer à répondre.

### 2.2.3.2 « *La phase d'accueil* », par Sandrine Maubrey<sup>2</sup>

#### Les enjeux éducatifs mis en mouvement sous l'angle de la phase d'accueil :

De la place de l'équipe éducative, la phase d'accueil se veut être importante. Les enjeux éducatifs sont de l'ordre d'un travail préliminaire ou préalable avec le (ou la) jeune qui arrive au CAE, en lien éventuellement avec un éducateur de milieu ouvert. Ce premier temps a pour objectif principal de réaborder ensemble les causes du placement et d'amorcer, dès ce stade, une piste de travail avec le jeune. Le temps (ou la phase) d'accueil doit permettre de fixer un cadre général au jeune arrivant au CAE.

Ainsi, la procédure dite « classique » d'accueil (accueil orientation ou à plus long terme) présente un premier entretien avec la présence des partenaires, du jeune et de sa famille. Suite à cet entretien, il y a ce que l'on nomme un temps de réflexion. Ce

---

<sup>2</sup> Educatrice.

temps doit permettre à l'équipe de s'approprier la nouvelle situation, d'essayer d'élaborer un projet plus précis que ce qui aurait pu être défini lors du premier entretien. Puis, arrive l'accueil proprement dit, qui se caractérise par l'arrivée du jeune. A ce stade, le jeune doit savoir pourquoi il est arrivé dans un hébergement de la PJJ, et ce qu'il va y faire.

Ces objectifs et analyses présupposent bien sûr qu'il s'agisse d'un accueil préparé. Ainsi, il en va différemment pour les accueils d'urgence, où tout le travail qui pourrait être effectué en amont ne peut s'amorcer que concomitamment et postérieurement à l'arrivée de jeunes. Même si dans ces cas d'accueil d'urgence les situations peuvent d'emblée sembler plus difficiles, cela n'empêche pas une analyse de la situation qui se fera sur un laps de temps beaucoup plus court

Toutefois, nous constatons que malgré une analyse préalable de la situation et un travail en commun avec le jeune (afin que celui-ci puisse s'approprier le placement), rien ne va de soi. Fréquemment, les prises en charge vont être mises à mal par le jeune, car interfèrent des angoisses propres au jeune, qui peuvent avoir par exemple pour conséquence des comportements violents. Les difficultés intrinsèques auxquelles le jeune se trouve confronté peuvent en effet l'amener à mettre en échec son projet. Cela se produit le plus souvent sans que celui-ci ait conscience de ce qui le conduit à agir de telle ou telle manière. L'équipe éducative peut alors se retrouver dans un questionnement face à une situation qui se « disloque », sans savoir comment agir sur tous ces maux. Si on arrive à donner un sens à ce qui se passe, on ne se sent pas forcément compétent pour agir sur le désordre auquel est soumis le jeune ; désordre dont d'ailleurs il n'a pas forcément conscience ou qu'il n'est pas en mesure de verbaliser.

Par ailleurs, il faut tenir compte du collectif qui en hébergement est un élément important dans la prise en charge du jeune. Ainsi selon la place et le rôle que chacun va jouer dans le groupe de jeunes (leader...), certains peuvent mettre en échec leur projet. Par conséquent, toute la difficulté pour l'équipe éducative sera de travailler constamment en suivant le projet individuel défini, tout en travaillant à la résolution de ses désordres psychiques, et cela au sein d'un groupe d'adolescents.

## **2.2.4 A partir de la réflexion d'Évry**

*Le Foyer d'Action Educative d'Évry propose un lieu de vie centré autour d'un projet de scolarisation en milieu ordinaire. Le thème choisi et traité par une partie de l'équipe est : « travailler la relation entre une institution, un mineur et sa famille ».*

### *2.2.4.1 Le travail avec la famille, par Corinne Ehrenberg<sup>3</sup>*

Le choix du thème du travail avec les familles est largement déterminé par la spécificité du FAE : accueillir des enfants scolarisés normalement.

À la PJJ, nous avons affaire à des enfants pour lesquels l'étayage parental a été insuffisant ou défaillant. Il n'a pas fourni à l'enfant un environnement suffisamment adéquat à ses besoins psychiques ou somatiques. L'enfant reste à la recherche de rencontres ou d'expériences qui lui ont fait défaut pour se développer harmonieusement. Son développement psychologique s'est arrêté dans certains domaines, c'est la raison pour laquelle on retrouve souvent, dans la population suivie à la PJJ, des problématiques que l'on désigne par des dysharmonies évolutives. Ces enfants une fois devenus adolescents restent en souffrance de ... Ils ont mal à leurs parents. Être en souffrance de est différent de manquer de. La plupart du temps, ils n'ont pas manqué de parents, mais la façon dont leurs parents ont exercé leur parentalité leur a fait mal.

Le choix de cette équipe pour la recherche-action de réfléchir avec un clinicien et un sociologue sur le thème de la relation entre l'institution, le jeune et sa famille montre que nous partageons ces prémisses.

La place de la scolarité au FAE d'Évry est déterminante dans ce choix car la scolarité, comme l'affection, c'est l'affaire des parents. Cela devient l'affaire des éducateurs dès lors qu'un jeune leur est confié.

*« La cause du malheur », dit Winnicott, « réside dans une faille de l'environnement, qui a entraîné une carence de l'amour primitif qui n'a pu être réparé. C'est l'environnement qui doit donner une occasion nouvelle au sujet, afin de l'aider à réparer cette faille narcissique et à résoudre des conflits identificatoires... ».* Le foyer d'Évry essaye d'être cet environnement dans la mesure où c'est la stabilité nouvelle fournie par l'environnement qui a une valeur restauratrice.

Cette spécificité permet d'articuler directement la question de la scolarité avec les entretiens familiaux. Pour atteindre les objectifs énoncés du placement (donner un environnement favorable à la scolarité et restaurer les liens familiaux) la mission éducative s'attache à donner du sens au placement et au drame personnel du jeune.

Quand il est possible d'établir une relation avec les familles, les rencontres au foyer ont pour objectif de restaurer les liens familiaux. Cette mission est interrogée par l'équipe d'Évry. Elle y voit un paradoxe : l'obligation affirmée sur le terrain judiciaire de travailler à restaurer des liens familiaux et sa « transgression » sur le terrain éducatif du fait de la non demande des familles ; le placement, assistance éducative ou placement autoritaire, représente une situation objective de dessaisissement pour les familles. L'entrée en relation est difficile car elle se fait sous le sceau d'un sentiment de dépossession des parents de leur autorité même si l'équipe considère la scolarité comme une excellente médiation pour aborder les familles récalcitrantes.

---

<sup>3</sup> Psychanalyste.

## - Les cas proposés : entre trop de famille et pas de famille

Les cas qui sont proposés à notre réflexion commune concernent les impasses du point de vue de ce travail. L'équipe a repéré que les familles étaient bien peu mobilisées sur le plan affectif et que derrière les actes délictueux des jeunes se cachait souvent une demande affective un peu folle .

Deux cas ont particulièrement nourri nos échanges : celui d'une jeune fille orpheline placée sous assistance éducative et d'un jeune garçon placé autoritairement pour le meurtre de son père.

Les questions de l'équipe s'articulent autour de 3 axes :

- ♦ La place du jeune entre l'institution et sa famille : « *C'est ma maison, mais ça n'est pas ma famille* ».

La nature du lien que le jeune tisse avec les adultes du foyer informe sur sa façon d'investir. Lorsqu'il énonce : « *c'est ma maison mais...* » il exprime son tourment pour investir une relation qui lui fait prendre un trop grand risque ; celui d'avoir à la perdre. Il préfère le plus souvent décevoir ou pire, attaquer et détruire.

Il est extrêmement difficile de faire que l'environnement garde son pouvoir contenant face aux attaques contre les liens. L'action éducative prend une importance décisive dans la limitation de la destructivité du jeune et dans sa réassurance que le lien n'est pas rompu et qu'il n'y aura pas de mesures de rétorsion. Cela « dépend de la capacité qu'a l'objet (ici l'éducateur) de survivre, ce qui dans ce contexte signifie ne pas appliquer de représailles » (D. Winnicott).

L'éducateur le fait au prix d'un engagement personnel et émotionnel qui ne doit pas le déborder. Mais d'un autre point de vue, s'il se sent envahi d'affects et débordé, il fournit un matériau clinique de première importance pour réfléchir à ce que le jeune reproduit au foyer, ce qu'il montre, ce qu'il agit et ne dit pas.

- ♦ La place des rencontres avec les familles dans le cadre de l'action éducative fixée par le juge (donner un environnement favorable à la scolarité, restaurer les liens familiaux et soutien médical pour l'une et obligation thérapeutique pour l'autre).

Penser pouvoir restaurer les liens familiaux, le temps d'un placement, relève parfois de l'angélisme, néanmoins le temps limité de son accueil au foyer oblige à prévoir le relais, qu'il soit familial ou pas.

Les rencontres familiales placent l'éducateur autrement. Dans cette situation, il passe par un abandon momentané de ses propres normes éducatives pour essayer de comprendre quelle est la valeur éducative de l'attitude des parents, non pas la valeur en soi, mais le système de référence dans lequel leurs actes deviennent logiques et animés d'une intention positive. Autrement dit, ils se demandent quelles sont les bonnes raisons qui motivent leurs (mauvais) actes. Cette participation compréhensive aux rencontres avec les familles représente un outil précieux pour appréhender la relation éducative à la lumière de ce que l'on a compris de la dynamique familiale, du rôle que l'enfant y a joué et la place qu'il y a occupé. Leur reprise en réunion permet d'en enrichir l'apport par l'élaboration collective.

Les questions posées par les problématiques limites des adolescents au regard des liens familiaux : choisir une famille pour l'une, un « tiers digne de confiance » pour l'autre.

La connaissance de l'histoire familiale objective les raisons qui donnent du sens à la trajectoire d'un adolescent placé. En revanche la manière qu'il a de vivre le drame qui l'a conduit à être placé requiert la compétence d'un clinicien pour être appréhendée dans des repères psychodynamiques. Les cliniciens éclairent la problématique psychique du jeune et la façon dont il utilise les objets que l'institution offre à son investissement (je suis ton éducateur référent).

La « politique des transferts », c'est-à-dire la façon dont l'institution crée les conditions pour que des relations stables et contenantantes puissent s'établir entre un jeune et son ou ses éducateurs, ne peut pas se penser sans la prise en compte de la dimension clinique de l'action éducative.

La question de savoir quels liens familiaux sont à privilégier ou à restaurer ne peut être posée que dans un cadre d'une élaboration clinique et non dans un cadre réactif aux liens paradoxaux que l'adolescent a noués avec son entourage.

♦ **L'interposition du moi professionnel dans la relation éducative comme expression des difficultés des éducateurs avec l'abord clinique de ces jeunes et de leurs familles.**

Les éducateurs disposent d'un matériel clinique d'une richesse ignorée et souvent peu exploitée. Dans la relation qu'ils ont au quotidien dans les situations les plus diverses de la vie en collectivité, ils recueillent de nombreux signes, en particulier ce que les jeunes leur font éprouver, qui en disent long sur la façon dont les jeunes les investissent et sur la façon dont les jeunes les utilisent.

Pour supporter la tyrannie que le jeune va tenter d'exercer sur ses interlocuteurs du foyer, il est nécessaire de l'envisager comme la seule défense efficace contre la passivité et donc contre le risque de subir à nouveau la violence de l'abandon ou des sévices. Le contrôle omnipotent de l'objet et le déni de l'affect dépressif représente un rempart contre des angoisses d'abandon, de séparation, de perte de l'objet.

Le passage à l'acte signe alors l'échec de la défense et l'impossibilité à fabriquer un compromis entre deux aspirations qui se présentent au sujet comme paradoxales.

L'établissement, en attribuant un éducateur référent à chaque jeune, en le posant comme interlocuteur privilégié du jeune, de sa famille, du juge et de l'établissement scolaire, institue un lien entre un jeune et un professionnel de l'éducation, « *Je suis ton éducateur référent, je vais m'intéresser à ta scolarité, à ton passé et à ton devenir* », signifie que l'éducateur est désigné comme celui sur lequel l'adolescent remet en jeu les mécanismes déjà à l'œuvre dans les relations qu'il a vécues avec les personnages de son histoire. Cela peut être difficile à supporter, surtout « *si elles prennent une forme délirante ou si (l'éducateur) se trouve manipulé au point de finir par faire des choses techniquement mauvaises, par exemple ne pas être fiable au moment où ce qui compte c'est de l'être* » (D. Winnicott) (par exemple : un jeune est pris d'une irrésistible destructivité quand son éducateur référent le confie à ses collègues pour prendre ses congés ou il fugue quand l'équipe réfléchit à un changement de placement).

Il s'agit donc de laisser s'installer ce lien à l'éducateur référent et de le considérer comme le paradigme des liens que le jeune a tissés et tisse avec ses objets internes et externes. Favoriser l'établissement de ce lien et supporter son intensité et sa violence ainsi que les attaques répétées que le jeune lui fait subir, requiert un professionnalisme assuré et une confiance dans l'institution qui l'a formé.

*« On est des professionnels, on n'est pas les parents », « on n'est pas des psy ».*

L'érection d'un moi professionnel de l'éducateur revendiqué se comprend comme l'expression du lien paradoxal qui se tisse avec un jeune.

La disqualification ressentie par l'éducateur, dans l'exercice même de son action éducative, peut se comprendre précisément comme l'effet de ce lien paradoxal (tu es mon éducateur référent, mais tu n'es pas mon parent, ou c'est mon foyer, mais ça n'est pas ma famille). L'interposition de la part de l'éducateur dans la relation de ce moi professionnel est à entendre comme une réponse en miroir et défensive contre un lien très périlleux. Le moi professionnel pose des principes, il défend quelque chose. Il vient s'articuler en lieu et place d'une zone commune de souffrance dans la relation avec le jeune, le jeune qui a mal à ses parents et l'éducateur qui a mal à sa reconnaissance professionnelle.

Il est là pour garantir et pour empêcher quelque chose. Il garantit que la relation avec le jeune s'inscrit dans un cadre prescrit et institué, celui d'une action éducative fondée par l'ordonnance du juge. Mais en même temps il empêche que cette même relation puisse avoir des effets thérapeutiques par surcroît. Il est intéressant de le reprendre en réunion d'équipe ou en supervision, pour tenter de comprendre à quel moment il est revendiqué et est interposé pour obturer la relation soignante qui pourrait s'instaurer.

Il est le fruit de la rencontre entre un professionnel de l'éducation désemparé devant des troubles d'ordre psychopathologique pour lesquels il n'est pas formé et un jeune dont la détresse s'exprime par la violence et les passages à l'acte. Le moi professionnel protègerait donc le moi privé de l'éducateur à la manière d'une armure pour aller au combat. Le jeune a également son bouclier, c'est-à-dire le système de défense qu'il a mis en place lors de l'établissement de ses premières relations objectales.

Si l'éducateur se défend de se laisser entamer, modifier par la rencontre, c'est bien parce qu'il estime ne pas disposer des outils d'élaboration et d'analyse de ce qui se joue dans la rencontre.

### **- Que serait une clinique partagée sur le thème choisi par cette équipe ?**

*« Peut-on aider un adolescent à se débarrasser de ses parents, à rompre avec sa famille ? Faut-il favoriser de nouveaux liens familiaux ? Que fait-on quand l'histoire est effacée ? Sur quels liens peut-on s'appuyer ? Quels liens restaurer ? ».* Toutes ces questions bien légitimes sont restées sans réponse tout le long de la recherche-action. Elles nous ont néanmoins permises de réfléchir aux conditions à créer et aux moyens à se donner pour interroger les situations familiales autrement et par là même pouvoir reformuler les questions afin d'y apporter des réponses.

Nous considérons que l'action éducative peut avoir, à certaines conditions, des effets thérapeutiques sur la personnalité troublée des jeunes placés. Quelles sont les

conditions qui permettent aux éducateurs de devenir thérapeutes du quotidien, selon l'expression de Pierre Kammerer ?

Les effets thérapeutiques tiennent à ce que la dimension éducative, qui repose sur l'engagement et le soutien apporté à un jeune, sur le fait de contenir sa destructivité, sur l'ouverture à de nouvelles expériences dignes d'être intériorisées, soit élaborée avec l'aide du clinicien. La dimension psychothérapeutique advient par la compréhension et l'élaboration des investissements mis en jeu dans les relations éducatives. Il ne s'agit pas de confondre ces deux dimensions, de brouiller l'identité professionnelle entre les éducateurs et les « psy », ce qui n'aurait qu'un effet de crispation identitaire chez les uns et les autres, mais de partager des outils qui permettent d'établir et de soutenir un lien dont la visée est autant éducative que soignante. La relation éducative fera l'objet d'une analyse de la part de l'ensemble de l'équipe pour en apprécier les facteurs psycho-dynamiques. La dimension soignante tient moins aux médiations proposées dans la relation qu'à l'usage qu'on en fait.

Que contient la boîte à outils cliniques ? Ce que montre le jeune, ce qu'il dit, son histoire, ce qu'on éprouve dans la relation avec lui et la manière dont il transgresse le cadre.

La place du clinicien est déterminante dans le repérage de moments d'ouverture et des points de blocage ou de répétition.

En foyer, il existe une difficulté supplémentaire qui tient au nombre d'adultes qui se succèdent tout au long de la journée. Cela risque d'accroître la menace d'une discontinuité dans le soutien apporté par ce nouvel environnement. Le cadre institutionnel doit trouver les aménagements qui permettent que la diversité des expériences vécues ne vienne pas entamer le sentiment chez le jeune d'une continuité d'existence. L'articulation se fait dans la réunion de synthèse grâce au travail de réflexion pluridisciplinaire.

Par conséquent, on est fondé à reconnaître deux dimensions au processus curatif d'un foyer d'action éducative, l'une dirigée vers le soutien, le faire ensemble et la contenance, l'autre orientée par l'élaboration interprétative des mouvements psychiques à l'œuvre dans la relation. Elles ne se contredisent nullement mais travaillent dans une certaine tension qu'il serait préjudiciable d'évacuer. Cette tension dialectique au sein d'une équipe permet de faire apparaître les mouvements transférentiels et contre-transférentiels induits par les jeunes. C'est aussi dans cette tension que peut prendre forme une confiance entre les membres de l'équipe et un langage commun qui ne gomme pas pour autant les spécificités professionnelles de chacun.

On pourrait dire pour conclure que le choix du travail avec les familles représente une problématique-symptôme pour cet établissement.

Travailler avec les familles reviendrait à se rassurer qu'on ne sera pas sollicité sur le terrain de l'affectif par le jeune, terrain que les éducateurs pensent être celui des parents ou des « psy ». Il semble que là réside un malentendu ; l'affect ressenti dans la relation devient un outil clinique dès lors qu'il est reconnu et interprété dans un cadre approprié. Le rôle du clinicien ne consiste en aucun cas à « analyser l'éducateur » dans sa relation éducative mais à orienter le travail en équipe vers une appréhension de la nature des troubles de l'adolescent, de la place qu'il occupe dans la dynamique familiale et de ce qu'il remet en jeu au sein du foyer dans sa relation

avec l'éducateur référent. Il professionnalise l'éprouvé de l'éducateur dans la relation éducative en considérant qu'il en est l'effet. Le clinicien occupe donc la place du tiers dans la relation éducative.

Pour sortir ces jeunes des relations duelles faites d'alternance chaotique de fusion et de rejet qui ont présidé à leur histoires catastrophiques, la relation éducative doit d'emblée être une relation à trois, le jeune, l'éducateur et la loi. À l'extérieur du foyer et dans la réalité c'est le juge qui assure cette fonction tierce, au sein du foyer, c'est le clinicien par l'introduction du point de vue clinique dans la relation éducative.

La volonté des équipes de ne pas stigmatiser les jeunes qui leur sont confiés ni côté justice ni côté psychiatrie, repose sur le souci que leurs prises en charge par la PJJ ne leur fournissent pas une « néo-identité ».

Mais les équipes éducatives se sentent dans une zone d'incertitude face à des jeunes présentant des troubles psychiques qui les font s'interroger sur leurs compétences : « nous ne sommes pas des psy ! ». C'est leur mission éducative qui se voit mise à mal par l'existence de troubles mentaux non directement pris en compte au moment du placement.

Le rôle des « psy » devient alors déterminant dans la fabrication au sein d'une équipe, au fil des réunions de synthèse ou des temps d'élaboration en commun, d'outils cliniques partagés pour permettre de rendre curatif le travail éducatif.

#### 2.2.4.2 Clinique du cadre éducatif et conflictualité, par Sakina Auxiette<sup>4</sup>, Gilles Dupuy<sup>5</sup> et Philippe Lambert<sup>6</sup>.

Le mode d'entrée dans une réflexion clinique démarre bien souvent à partir d'une conflictualité....

Au cours de cette recherche action, nous n'avons cessé de nous interroger sur la place de la clinique, de repérer les moments où cette clinique était convoquée et participait à l'accompagnement des mineurs.

Au fil des avancées de notre réflexion, chacun s'accorde à reconnaître que cette clinique occupe une fonction centrale au sein d'une institution.

Elle n'est pas la propriété d'un professionnel par rapport à autre. Au contraire, elle est considérée comme un contenu, comme une place laissée vacante et susceptible d'être occupée par n'importe quel professionnel. Elle s'inscrit dans un cadre pluridisciplinaire.

Aussi, cette recherche a pu clarifier le fait que la clinique ne relève de la compétence exclusive du psychologue, mais aussi de l'éducateur.

L'éducateur peut faire de la clinique sans toutefois s'en approprier le terme : « *On en faisait sans la nommer, sans le savoir* ».

La clinique éducative s'inscrit avant tout dans un cadre institutionnel.

**A chaque moment de la prise en charge d'un mineur, chacun adoptera une position clinique singulière, mais toujours reprise par une pensée collective et pluridisciplinaire.**

De ce point de vue, il revient aussi aux professionnels éducatifs de se questionner sur la vie psychique de ces mineurs afin d'éviter que l'acte fasse identité.

Le partage de ce champ n'est pas sans nous amener à poser des questions sur la différenciation entre la clinique éducative et la clinique spécifique au psychologue.

Entre les deux, il existe des limites, des complémentarités parfois même des oppositions dans ce savoir et dans ces compétences, qui sont néanmoins indispensables si on veut mener à bien la prise en charge de ces mineurs.

Au regard des cas cliniques que nous avons exposés au cours de cette recherche-action, on se rend compte que le mode d'entrée dans une réflexion clinique démarre bien souvent à partir d'une conflictualité, de paradoxes ou d'impasse.

Notre travail a été de repérer et d'évaluer ces moments où l'équipe se retrouvait en situation d'impuissance ou de conflit dans le déroulement d'une mesure éducative.

Plusieurs questions ont été ainsi soulevées. Les premières s'articulent autour de la relation entre une institution, le mineur et sa famille ; les secondes concernent le fonctionnement interne d'une équipe au sein d'un hébergement.

La répétition des passages à l'acte, le refus de collaborer à toute action éducative, les demandes impossibles, les comportements de fuite sont autant d'attitudes que nous rencontrons avec les mineurs dans le cadre de leur placement.

Avec certains jeunes nous pouvons être très rapidement pris dans une logique de force ou d'évitement. Ils peuvent entraîner toute l'institution dans cette spirale, au

---

<sup>4</sup> Psychologue.

<sup>5</sup> Educateur.

<sup>6</sup> Educateur.

point de se retrouver au fil du temps dans des situations d'impuissance ou de tension parfois même extrêmes.

Force est de constater qu'il ne reste plus qu'à demander une main levée, dernière tentative de maîtrise sur ces mineurs qui nous échappent par ailleurs. Pourtant on sait que cette fin de mesure n'est pas une solution.

Un choix s'impose : faut-il alors maîtriser à tout prix la relation ou s'y laisser aliéner ?

Nous le savons, la répétition des passages à l'acte va venir geler la pensée institutionnelle et entraîner des réactions précipitées du côté de l'équipe éducative comme si le travail de la pensée avait dérapé pour venir dire ce qui psychiquement n'a pu être intériorisé.

C'est autour d'une élaboration clinique alors que nous pourrions peut-être espérer trouver des réponses. Des débats vont s'engager à l'intérieur de l'équipe.

Aussi avec ces mineurs, nous ne pouvons pas faire l'économie de nous interroger sur ce qui a fondé leur souffrance, de donner sens à leurs comportements.

Plus particulièrement, nous ferons l'hypothèse que l'impuissance ou l'échec dans lesquels les équipes sont confrontées n'est pas sans rapport avec la vie interne du sujet.

Plusieurs questions se posent :

Qui est dans l'impuissance : ce jeune qui demande l'impossible ou l'équipe qui ne peut y répondre ?

Comment faire face à ces adolescents dans la toute puissance ? Comment ne pas faiblir en se laissant entraîner dans un rapport de force qui de plus ne pourrait qu'accentuer le vécu persécutif du jeune ?

On s'aperçoit que ce travail d'élaboration va se révéler utile, notamment s'il permet de mieux cerner la place et la fonction que nous occupons et représentons auprès de ces mineurs.

Dans cette optique, on peut penser que c'est parce que nous sommes mieux à même de nous positionner dans nos responsabilités cliniques et éducatives, de nous dégager en partie des processus transférentiels ou d'emprise, que nous pourrions continuer cet accompagnement.

Comment, à partir d'une injonction judiciaire qui ordonne un placement, est-il possible de travailler l'élaboration d'une demande du côté du jeune et de sa famille ?

Du côté des familles, on se rend compte que les situations sont très complexes et de fait rendent parfois difficiles le positionnement d'une équipe par rapport au jeune et à ses parents.

Aussi pour chaque situation, nous essaierons de nous questionner sur les paradoxes mis en cause tant sur un plan familial que judiciaire.

C'est l'ordonnance judiciaire qui va inaugurer le travail éducatif.

Nous le savons, notre travail démarre avec cette obligation et une absence apparente ou non de demande ; à nous alors d'être vigilant pour ne pas être dans la toute puissance par rapport à cette aide contrainte.

Comment travailler sur ces liens, parfois impossibles à restaurer dans la réalité alors que le cadre légal considère le placement comme une situation exceptionnelle et provisoire ?

Comment expliquer le bien fondé d'un placement qui implique une séparation avec la famille ?

Ce sont des questions que nous ne pouvons pas éluder dans les modalités de prise en charge de ces mineurs.

Pareillement, même s'il y a demande du côté de la famille ou du jeune, il y a parfois d'autres enjeux, laissant apparaître une difficulté à accepter une réussite du placement. Ce n'est pas parce qu'il existe une demande qu'on va forcément réussir.

Bien plus, si un placement se passe bien, paradoxalement, n'est-ce pas risqué de dévaloriser la famille ?

L'élaboration clinique va participer à traiter et peut-être à dépasser ces paradoxes et ces impasses dans le cadre du placement.

Dès lors, l'étude des dysfonctionnements familiaux se révélera utile si elle permet de repérer en quoi l'institutionnel peut être la cible de projection et de répétition.

Clarifier les questions liées à la parentalité vont nous aider à mieux nous positionner par rapport au jeune et à sa famille : s'agit-il d'occuper une place de tiers ou de substitution parentale plus ou moins partielle ?

Il est évident que face à la complexité des problématiques familiales, il n'est pas possible d'appliquer de solution standard ; chaque cas sera l'objet d'une réflexion et d'une évaluation singulière tout au long de la prise en charge.

A partir de cette recherche-action, nous nous sommes également interrogés sur les représentations des rôles et des fonctions de chaque professionnel.

Là aussi, il nous est apparu nécessaire de les examiner à partir d'une réflexion clinique.

La question qui était posée était de savoir qui fait autorité dans une institution lorsqu'une prise de décision s'impose vis-à-vis de ces mineurs ? Qui a le dernier mot ?

Pour les éducateurs, il semblerait que la parole de chacun n'a pas le même poids selon sa fonction dans l'institution. Le directeur, de par sa position hiérarchique, le psychologue de par son supposé savoir seraient mieux à même à prendre des décisions.

Très souvent les éducateurs ont le sentiment de ne pas être reconnus dans leur travail, celui-ci est jugé de moindre d'importance par rapport au psychologue ou au directeur.

Mais le rôle et la fonction de chacun dans une institution ne peuvent pas être réduit(e)s à ces représentations. La réalité est toute autre et doit au contraire tenir compte du cadre pluridisciplinaire.

Aussi, les éducateurs attendent du directeur qu'il ne se positionne pas en tant que «super éducateur », il devrait avoir une position d'arbitre et capable de tenir compte de la parole de chacun

Pour le psychologue, il va de soi qu'il doit apporter son éclairage, qu'il partage son savoir dans un discours accessible pour tous, il est là pour soutenir une élaboration collective.

Le travail en pluridisciplinarité implique, pour tous les professionnels, la reconnaissance des compétences de chacun et ceci dans la limite de leurs savoirs ou de leurs interventions.

Lors des réunions de synthèse, il n'est pas inhabituel de constater qu'il existe au sein d'une équipe des clivages, des désaccords, des conflits qui risquent au fil du temps de se cristalliser.

De la même façon, il peut y avoir des doutes, parfois même une paralysie à penser sur certaines situations, des décisions précipitées qui sont parfois entérinées sans reprise collective.

Chacun s'accorde à reconnaître que la conflictualité dans une équipe, bien qu'elle ait initialement une connotation négative, est au contraire nécessaire. Elle donne de la vie dans l'institution.

Il est admis qu'elle doit être présente à condition toutefois que les critiques soient professionnelles et non pas personnelles.

Cette conflictualité doit pouvoir profiter au final au jeune.

Il n'y a pas de pensée unique, mais une pensée qui tienne compte des contradictions et des impasses dans lesquelles une équipe doit pouvoir faire face.

Aussi, on peut considérer qu'une prise de décision n'est que le résultat d'une mise en commun d'une pensée à l'origine personnelle, et cela autour d'une élaboration clinique cohérente et pluridisciplinaire.

Soutenir la place de la clinique dans une institution, c'est favoriser ces débats.

Pour chaque cas, la clinique doit être constamment revisitée si on veut éviter la mort symbolique ou la répétition.

**Au sein de la PJJ, on se rend compte aussi que la place de cette clinique n'est jamais acquise définitivement.**

L'instabilité des effectifs éducatifs peut facilement remettre en cause la continuité de cette instance. Le départ et l'arrivée de nouveaux éducateurs peut être un obstacle comme aussi un apport d'idées nouvelles.

En conclusion, nous dirons que l'élaboration clinique au sein d'une institution doit être en mesure de répondre, de rectifier et de vérifier au mieux la prise en charge de ces mineurs. Elle élabore des hypothèses de travail.

Enfin une synthèse clinique doit pouvoir aussi renoncer à vouloir tout contrôler, tout interpréter de ces comportements, elle doit pouvoir surprendre.

C'est parce que justement il y a des impasses, des conflits avec ces jeunes que nous allons apprendre quelque chose d'eux-mêmes qui jusqu'à présent nous échappait. Nous pourrions alors élaborer d'autres portes de sortie et amorcer des possibilités de changements.

### **2.2.5 A partir de la réflexion de Valence**

*Le CAE de Valence inscrit sa réflexion dans un milieu ouvert. L'équipe avait déjà amorcé un groupe de travail dès octobre 1999 sur le thème de la souffrance psychique. Le thème retenu pour la réponse à l'appel d'offre a été celui de : « L'accompagnement des mineurs vers les soins et durant les soins ».*

*Deux situations ont été présentées lors d'une journée organisée par l'équipe de Valence intitulée : « Pratique éducative et clinique autour des adolescents. Cette journée est l'aboutissement du travail effectué dans le cadre de la recherche-action sur ce site. Le compte rendu de cette journée se trouve in extenso en annexe n°1 de ce rapport.*

#### *2.2.5.1 Partenariat psychiatrie de secteur/PJJ : aspects concrets dans le contexte de la clinique éducative, par Betty Brahmy<sup>7</sup>*

##### **Repérage de la souffrance psychique.**

Lorsqu'un jeune est confié à la PJJ, il fait l'objet d'un bilan : histoire familiale, place dans la fratrie, contexte socio-professionnel de la famille, antécédents judiciaires, bilan scolaire...

Il serait judicieux que dès ce moment initial de prise en charge, un bilan médical somatique et psychologique soit pratiqué. On connaît [M. Choquet] le mauvais état somatique de ces jeunes et il paraît donc utile de procéder à ce bilan somatique qui souvent, de plus, peut être une voie d'accès à une autre parole, à une autre souffrance celle-ci psychologique souvent peu accessible d'emblée. Le bilan psychologique peut être effectué par le psychologue de la PJJ (en précisant bien que ce bilan ne peut déboucher sur une prise en charge par la même personne).

La souffrance du jeune peut être d'emblée repérée par l'un ou l'autre de ces deux bilans : il s'agit en général dans ces cas d'éléments d'ordre dépressif : sentiment d'inutilité, absence de projection dans l'avenir, tristesse avec ou sans idées suicidaires, apathie, fatigabilité. Ailleurs, il s'agit d'un jeune qui sera en position de refus, d'opposition par rapport aux adultes et il faudra prendre du temps pour qualifier plus cliniquement ce comportement : s'agit-il d'un équivalent dépressif avec un sentiment de culpabilité par rapport aux actes commis ou à sa famille, ou s'agit-il d'une incapacité à communiquer avec les adultes de peur de perdre son identité et le peu de structuration qu'il a pu construire, par l'intrusion qu'il va donc chercher à éviter à tout prix, ou bien encore d'une position de toute puissance et de provocation ?

Il faut bien sûr mettre en regard de ces conditionnels, l'acte ou les actes commis. Un vol de portable ou de voiture n'a évidemment pas le même sens qu'une agression ou un meurtre ou un viol... Le repérage peut donc avoir lieu dès la première rencontre, voire dans l'anamnèse en lisant le dossier ou beaucoup plus tard durant la prise en charge éducative lorsqu'on perçoit désarroi, incohérence des actes, demande et rejet vis à vis des adultes, répétitions d'actes dérisoires, impulsivité, et que l'adolescent ne peut y mettre des mots.

---

<sup>7</sup> Médecin chef, SMPR, Fleury-Mérogis.

## **Vers la prise en charge par le CMP**

Une fois que l'éducateur avec l'aide du médecin généraliste et/ou de la psychologue pense que l'adolescent relève d'une prise en charge psychologique ou psychiatrique, il faut réunir certaines conditions pour que ce suivi puisse se mettre en place.

D'abord, il faut qu'il y ait un cadre éducatif et un projet éducatif définis par l'institution. Tant que le jeune n'a pas, par exemple de domicile, il est illusoire qu'une visite chez le psy lui donne l'idée d'accepter de définir le lieu où il va vivre. Il faut donc prendre le temps de définir le cadre et de créer un lieu de confiance entre l'éducateur et le jeune. Alors, il sera possible de lui dire que l'on ressent derrière ses difficultés, ses incohérences, voire ses passages à l'acte, quelque chose de l'ordre de la souffrance et que celle-ci peut être soulagée mais par un autre professionnel qualifié en santé mentale. Dès lorsque le jeune consent à ce suivi ou ne s'y oppose pas, on peut prendre un rendez-vous au CMP et l'y accompagner. Cet accompagnement peut se reproduire aussi souvent que l'état du jeune le nécessitera : soit parce qu'il demandera à continuer d'être accompagné soit parce que l'éducateur ou le psy jugeront qu'il est nécessaire de le faire. Les parents doivent être avertis de cette démarche et donner leur accord (si le jeune est mineur). Le premier entretien peut se faire en présence de l'éducateur (si le jeune n'y est pas opposé) afin que celui-ci puisse expliquer pourquoi il demande cette prise en charge.

Parfois, le psychologue de la PJJ peut avoir pris contact antérieurement avec l'équipe du CMP pour faciliter les choses.

## **Le rôle du CMP**

L'équipe du CMP peut recevoir la demande de l'institution PJJ par l'intermédiaire du psychologue ou de l'éducateur. Il faut qu'elle accepte le fait que le jeune, dans un premier temps, n'ait pas formulé lui-même de demande explicite.

Il serait souhaitable que le premier RDV soit donné dans un délai pas trop lointain par rapport à la prise de contact par la PJJ car alors le jeune perdrait sa confiance dans l'éducateur et celui-ci serait discrédité aux yeux du jeune.

Si le jeune est parfois capable de s'exprimer dans une relation duelle avec le « psy », il faut savoir qu'il s'agit de cas relativement rares car le jeune a souvent peur de cette situation à la fois de confrontation à l'adulte et d'intrusion par rapport à lui-même. Il faut alors inventer d'autres modes de prise en charge en utilisant par exemple la médiation de la peinture ou de la musique ou du psychodrame dans le cadre d'ateliers individuels ou de groupe.

Il faut également avoir en tête que le jeune va tester l'équipe du CMP en venant à une autre heure de RV que la sienne ou en posant des demandes exorbitantes. Là encore, c'est dans la définition d'un projet ici de soins élaboré dans un cadre thérapeutique que la prise en charge pourra se dérouler. Il peut aussi y avoir des interruptions brutales actées par le jeune et il faudra savoir revenir vers lui en le sollicitant par écrit voire en visite à domicile s'il habite en foyer.

## **Les difficultés de cette prise en charge**

- ◆ Il est clair que les secteurs aussi bien de psychiatrie infanto-juvénile que de psychiatrie générale sont en grande difficulté par rapport aux moyens alloués et qu'ils seront parfois dans l'incapacité de mettre en œuvre ce type de prise en charge.

Inversement, le partenariat institué avec la PJJ peut être à l'origine de demande de moyens supplémentaires par exemple pour mettre en place ensemble des appartements thérapeutiques ou une plage horaire d'accueil spécifique.

- ◆ Les tableaux cliniques présentés par ces adolescents se caractérisent par leur poly-morphisme, leur variabilité et leur évolutivité rapides. On peut avoir des symptômes de type dépressif des états confusionnels ou d'agitation, des tableaux évoquant un état limite voire une dissociation mentale. Il ne s'agit donc pas de poser un diagnostic mais de prendre en charge ces jeunes en souffrance sans fixer les symptômes dans un cadre nosographique inadapté à ce stade.
- ◆ Dans un certain nombre de cas, l'état mental de ces jeunes nécessitera outre un suivi psychologique, la prescription de médicaments à prendre quotidiennement. Il pourra s'agir d'anxiolytiques (à petites doses) d'anti-dépresseurs, voire de neuroleptiques incisifs. Si le jeune reste dans sa famille, celle-ci sera avec le jeune en charge du traitement. Si le jeune est admis dans un foyer, il est clair que dans certains cas, il sera incapable d'observer correctement son traitement s'il doit s'en occuper lui-même. Or les éducateurs n'ont pas le droit dans leur mission de gérer des traitements (rôle dévolu dans les textes aux infirmières).

On voit donc ici une limitation réelle et concrète dans le suivi de ces adolescents qui, faut-il le rappeler, ne nécessitent pas pour autant une hospitalisation en psychiatrie.

### **Quelques pistes de travail en vue d'établir un partenariat entre la PJJ et la psychiatrie de secteur.**

- ◆ Mettre en place des réunions de synthèse (mensuelles ou bimensuelles) autour de ces cliniques tantôt dans les locaux de la PJJ tantôt au CMP.
- ◆ Créer à l'initiative de la DDPJJ et de la DDASS une commission départementale sur les cas difficiles.
- ◆ Mettre en place des formations croisées entre les deux institutions (par exemple, créer une journée annuelle d'échanges autour d'un thème commun).

### 2.2.6 Des zones de questions à mutualiser

Une reprise synthétique s'impose. Les points de vue contributifs de chacun des « psy » de la recherche action et de certains membres des équipes participantes font émerger une zone de questions transversales :

- ♦ A l'instar d'autres intervenants au front du travail social, les équipes éducatives sont aujourd'hui témoins de processus de « casse » ou de ruptures familiales, socio-économiques, culturelles. Mais à l'inverse de situations adultes où la désaffiliation est accomplie ou engagée, parfois de manière irréversible, ils observent et décrivent des itinéraires de désaffiliation en train de se produire devant leurs yeux.  
« *Si l'accueil est inséparable du refus de l'accueil* », comment ne pas rester agent ou acteur impuissant dans la position qui est la leur ? Comment faire barrage à l'accomplissement de parcours calamiteux de certains jeunes ?
- ♦ Sans conteste, *la théorie de la pratique* des éducateurs différencie souffrance psychique et maladie mentale. Mais cette distinction se fonde moins sur une description sophistiquée des signes du souffrir (mal-être, mésestime de soi, délires ou hallucinations) que sur une relativisation des explications étiologiques univoques. Sur le terrain des pratiques, la convocation d'une seule logique nosographique, n'est-elle pas parfois contre-productive ? Ne participe-t-elle pas des clivages entre professions ? N'est-elle pas à l'origine de replis professionnels de type identitaire contraire à l'intérêt du public considéré ?
- ♦ Cette insistance des équipes éducatives sur la souffrance et non sur la maladie est intrinsèquement de nature compréhensive et non classificatoire. Elle peut être comprise comme un contre feu face aux attitudes ségrégatives, racistes, expulsives ou stigmatisantes du corps social vis-à-vis de ce public. Du coup, leur discours sur la *souffrance psychique* ne sert pas seulement à décrire le mal être d'un sujet. Il ne sert pas non plus à rendre compte du *burn out* ou du stress des adultes. Dans un contexte où les processus de déliaison sont encore inachevés et donc réversibles, ne rend-il pas plutôt compte d'une difficulté à établir un environnement relationnel -convenable du point de vue des enjeux de santé psychique- entre jeunes et adultes ?
- ♦ Le traitement de la souffrance psychique -en tant que problème de relation- est rétif à une logique linéaire de filière sociale versus soin. Le syndrome dit de « *patate chaude* » (où les institutions s'adressent en boucle une situation comme ne relevant pas de leur « juridiction » ) et la question de la non-demande ne doivent-ils pas être examinés selon cette optique ? Dès lors, comment faciliter la continuité des liaisons, le partage des pensées des différents groupes adultes qui interviennent dans une prise en charge ?
- ♦ Ces quatre séries de questions ouvrent un espace de pensée à mutualiser. Elles militent pour une approche plurielle, pour un parti pris de complémentarité et non, aussi bien en interne ou en externe, de spécialisation professionnelle. Mais ce parti pris de la complémentarité est co-extensif d'une possible confusion des rôles, souvent pointé par les équipes. « *Comment gérer ce risque ?* » organise une dernière série de questions sur la manière de

continuer à tenir son *cadre propre* pour chacun des intervenants. Déplacer les points de vue ne consisterait pas à se mettre à la place de l'autre mais à revendiquer son cadre propre mais *seulement après* avoir échangé avec les autres professionnels sur les quatre premiers points sus-évoqués.

### III - TROISIEME PARTIE : « PENSER » CLINIQUE ET « FAIRE AVEC » DANS LE CHAMP DE L'ACTION EDUCATIVE

#### 3.1 Pour l'affirmation d'une clinique éducative

Nous devons revenir sur la méthodologie de la recherche-action pour insister sur le fait que nous n'avons pas été en position d'observation participante. Notre activité principale a été de recueillir des discours et non d'observer des pratiques (dix réunions avec chaque équipe, une fois par mois durant un an). A chaque fois, nous avons pris appui sur des situations concrètes passées ou encore en cours. Une des caractéristiques de cette méthodologie réside dans le fait que ce recueil d'*action rapportée* -à l'encontre de l'observation directe des pratiques- se prête à une présentation de soi ou de son activité où la question de l'idéalité des postures professionnelles est toujours en jeu et donc mise au travail dans l'espace ouvert par la recherche-action. C'est justement cet espace de remise en jeu des idéaux professionnels qui est devenu signifiant lorsque nous avons commencé à jeter des ponts entre « pensée clinique » et « faire avec ». Nous nous sommes alors rendus compte que le « Faire avec » était plus un idéal commun partagé par l'imaginaire professionnel qu'un simple référentiel d'action parmi d'autres. Dès lors il convenait d'aborder cette référence - lorsqu'elle venait à l'appui d'un discours descriptif de pratiques- comme faisant socle et monde commun pour les éducateurs. D'une manière générale, le « faire avec » a souvent été mobilisé par les équipes comme un absolu à atteindre. Il a fonctionné comme un blason autour duquel un groupe professionnel semble se reconnaître et se rassembler. Son usage par les équipes révèle deux séries d'opposition :

- ♦ D'abord, sa convocation est associée soit à une posture idéale, soit à un accomplissement dans la rencontre, soit à une ambition de perfectibilité dans l'exercice professionnel. Elle met alors en opposition, d'une part le risque de l'activisme qui guette toute relation éducative (passer à coté de la rencontre) et, d'autre part une tension d'esprit afin de faire advenir une relation de *côte à côte* qui consiste, pour les adultes/éducateurs, à être mentalement là dans le moment présent (vivre la rencontre).
- ♦ Ensuite, les éducateurs mobilisent le « faire avec » en opposition à la pensée clinique. L'opposition qu'ils énoncent entre « penser sur » et « faire avec » est un marqueur professionnel fort qui leur permet de s'affirmer dans leur spécificité (revendication d'une présence continue auprès du jeune et non intermittente -comme c'est le cas pour les cliniciens- par exemple). Mais elle semble aussi jouer d'autres fonctions que celle de la recherche de critère de distinction entre groupes professionnels. Deux potentialités contradictoires co-existent en elle : l'une prédisposant à reconnaître la dimension psychique de leur activité, l'autre la déniait en la renvoyant aux spécialistes de la psyché. De cette position tenue, les éducateurs se trouvent alors dans l'ambivalence à auto-reconnaître la portée clinique de leur action (d'où peut-être la composante *discrète* des pratiques de santé mentale). C'est le repérage de cette position potentiellement créative entre « faire avec » et « pensée clinique » qui nous a en quelque sorte « poussés » à associer clinique et éducatif. Cette association ouvre-elle une possibilité de maillage d'action mentale entre éducateurs et cliniciens ? Nous l'espérons.

Certes, les questions posées dans « le faire avec » ne sont pas toutes de nature clinique. Loin s'en faut ! Mais leur résolution suppose la permanence d'une pensée clinique -au sens d'effort d'élaboration- qui soit garante de la réalité psychique. Citons ici Freud en personne : « *Une fois les désirs inconscients ramenés à leur expression dernière et la plus vraie, on peut dire que la réalité psychique est une forme d'existence particulière qu'il ne faut pas confondre avec la réalité matérielle* ».

Questions : Quels sont les objets et les enjeux de cette pensée lorsqu'elle s'applique à l'action éducative ? Quelles sortes d'équipements relationnels mettre en place pour ne pas la confondre avec la réalité matérielle ? Quelles en sont les conditions de faisabilité sur les lieux mêmes de la prise en charge ? Quels sont les différents pôles (thérapeutiques mais aussi éducatifs et judiciaires) où cette pensée doit se déployer ?

Comme le précise Denis Garaudet, « *la pratique clinique est une mise à l'épreuve de ce qui se montre* ». Il convient d'envisager l'espace éducatif comme un micro-climat relationnel qui est traversé de manière récurrente par une série de turbulences ayant trait à la réalité psychique des jeunes et des éducateurs. Autrement dit, il existe un rapport entre passage à l'acte des jeunes et fragilisation du cadre de prise en charge.

Comment aménager ce climat relationnel de telle manière qu'il permette de sortir du cycle sus décrit où les éducateurs vivent les affects désorganisateurs des jeunes ? Comment repositionner le cadre de la prise en charge comme une aire de jeu relationnelle à la fois plus pacifiée et plus accueillante à une conflictualité créatrice, et où les adultes puissent se positionner dans une proximité et une place telle qu'ils puissent répondre aux enjeux de santé psychique qu'ils ont repérés ?

Certes, il revient à chaque équipe, au cas par cas, en s'appuyant sur son ingéniosité, en mobilisant ses savoir-faire et ses habilités mais aussi en jouant la complémentarité des compétences de chacun, de construire son propre cadre d'analyse et de pratiques.

**Si la réalité psychique des jeunes nécessite d'être prise en compte par et dans l'équipe selon une méthode clinique, les réponses proposées, les actes posés, les médiations offertes participent essentiellement du champ d'intervention spécifique à l'action éducative. Pour rendre compte de cette articulation nécessaire entre « penser la réalité psychique » et « faire avec » (versus relation de côte à côte) dans la réalité du quotidien, nous choisissons de nous servir -jusqu'à plus ample connaissance- du terme de clinique éducative.**

Cette démarche est heuristique et non démonstrative, herméneutique et non explicative.

L'utilisation de ce terme ne doit pas être comprise comme une tentative de modélisation théorique. Il doit plutôt être appréhendé comme un méta-organisateur d'une problématisation clinique de l'action éducative, encore diffuse dans ses enjeux et ses analyses et encore peu légitimée sur les réponses expérimentales inventées sur le terrain.

Affectés par « *des jeunes en malaise, qui n'ont envie de rien, et qui n'ont pas envie qu'on se projette pour eux* » (Cf. G. Laurencin), la relation éducative n'est plus pré-définie. Elle résulte d'un agencement d'éléments divers : relationnel, personnel, montée du psychique dans la relation, mobilisation des ressources expérientielles et non pas seulement professionnelle, évolution rapide des cadres d'intervention (CPI, CER)...

Dans ce nouveau contexte, prendre au sérieux la perspective d'une « clinique éducative » nous a obligé -dans le cadre de cette recherche action- à effectuer un travail de connections de ses divers agencements sus décrits. Nous visons à une activité de re-problématisation de ce qui existe déjà *silencieusement et souterrainement* comme des questions et des pratiques qui travaillent le terrain, mais qui sont encore peu visibles et peu authentifiés collectivement. Nous parions sur le fait qu'une exposition un peu plus systématisée et formalisée de ces questions facilitera leur

légitimation par l'institution au sein de laquelle elles affleurent de manière récurrente depuis plusieurs années. Ce terme de *clinique éducative* ne renvoie donc pas à un modèle théorique mais à une politique d'appropriation collective, à une activité de transformation du visible, qui positionne la santé psychique des jeunes comme une composante explicitée de l'action éducative en milieu judiciaire. Ce postulat de travail une fois posé peut ouvrir dans l'après coup de la recherche-action, un champ d'investigation et des objets nouveaux pour la recherche qui concernent peu ou prou toute situation éducative aujourd'hui.

Selon cette optique, une reprise des apports de la recherche-action fait apparaître des enjeux différenciés concernant les jeunes et les adultes.

### **3.2 Une clinique en direction des jeunes et des adultes**

Que ce soit dans le cadre du milieu ouvert ou de la vie en foyer, nous avons déjà eu l'occasion de percevoir que le champ d'application d'une pensée clinique était double. Cette pensée se déploie en direction des jeunes mais aussi en direction des adultes, éducateurs ou parents. Mais elle n'opère pas aux mêmes endroits et ne traite pas des mêmes enjeux selon qu'elle s'adresse aux uns ou aux autres. Encore une fois, si ce qui est en jeu est de l'ordre de la re-liaison psychique et de la ré-affiliation sociale, les réponses à promouvoir doivent être posées au niveau de la réalité du lien d'accompagnement (Fustier).

#### ***3.2.1 Qu'est ce qui est en jeu pour les jeunes ?***

##### *Un rapport à soi et à autrui marqué par la dépréciation*

L'image de soi<sup>34</sup> dépréciée et l'absence de repères pour conduire sa vie sont les traits sous-jacents aux actes délictueux et parfois violents de certains jeunes (CAE de Saintes). Sur le site de Puygiron (CER) où l'aménagement d'une relation individualisée est a priori difficile, le signe de désorganisation narcissique s'appréhende essentiellement à partir d'une analyse compréhensive de la part de l'équipe des mouvements entre groupe adultes et groupe enfants (sédition, opposition aux groupes adultes et à ses valeurs). Mais après réflexion de l'équipe, ce qui, a priori, se donnait à voir comme un conflit culturel entre deux systèmes de normes (omerta juvénile et loi républicaine) ne doit pas aboutir à positionner le fait de culture ou l'expression culturelle comme une enveloppe extérieure. Ce qui est en jeu dans les conduites de violence au cadre a été aussi entendu *cliniquement* comme l'expression d'un individu singulier dont le sens est à décrypter dans l'espace des relations intersubjectives. Si on considère que le quartier, la « cité » est un lieu affectivement et positivement investi par les jeunes, on doit aussi admettre qu'à certains moments tel jeune, pour une raison qui lui est propre, fait sien le regard dépréciatif posé par le social sur son environnement. En réaction, il investit le social comme lieu où il rejoue et répète la dépréciation. Pour ce jeune, un premier enjeu lié à son arrivée dans un foyer touche à la question d'assurer l'existence d'une dignité dans la rencontre avec les adultes/éducateurs. En quoi les adultes qu'il rencontre, le regard qu'ils posent sur lui, les activités proposées, seront-ils plus *appréciables* pour lui parce que appréciés par des autrui significatifs qui portent d'autres valeurs que celles de son groupe de pair ?

*Cet enjeu oriente l'action éducative vers une forme d'action morale -et non moralisatrice- où la question récurrente des droits et des devoirs mutuels fait partie d'une forme de lutte symbolique pour la reconnaissance d'une dignité pour le jeune et pour la reconnaissance de l'adulte en tant que « passeur d'humanité » (Cf. G. Laurencin). Dans ce contexte, ne pas céder sur les valeurs qui fondent l'action éducative est, certes, essentiel dans un cadre où se conflictualisent - dans la relation d'aide- deux systèmes de valeurs en lutte. Mais en même temps, comment ne pas entendre *mezza voce* une petite musique dont le refrain serait « *Je te reconnais comme une personne adulte/éducateur, si tu me reconnais comme une personne respectable et digne d'exister* ». Au*

fond, c'est l'instauration d'un espace vivant/reconnaissant pour les deux parties, qui est le véritable enjeu de cette lutte qui se formule à travers des affirmations de droits : le droit au respect, à la santé, au bonheur, à la mobilité...

Ces questions de dignité des personnes et de *respect mutuel en situation* (de soi, de l'autre et de l'environnement relationnel) mais aussi de ce que P. Kammerer nomme *la fierté de la filiation*, se posent de manière « sensible » et récurrente. Elles organisent dès la première rencontre, l'ordre futur de l'interaction. Ce qui peut apparaître comme une susceptibilité exacerbée (un mot, un regard, un geste vécu comme déplacé) met, au centre de la relation avec les autres jeunes ou avec l'éducateur, la dignité des personnes comme une question d'identité (« *qui es-tu pour me parler ?* ») dont l'enjeu dépasse largement celui du respect abstrait des Droits de l'Homme.

De fait, au-delà de ces quelques exemples, la double question du regard porté sur soi et sur l'autre (qui milite pour des temps réflexifs, cf. P.M. Treillet) s'est posée à maintes reprises dans différents segments de l'action éducative (relation duale, accès au soins, règles de vie, maintien de l'autorité, proposition de tel ou tel type d'activités).

### Dépassement des traumatismes

Il y a toujours eu un moment dans la multiplicité des itinéraires de jeunes tels que nous les ont narrés les équipes où il est apparu *clairement à chacun* que tel ou tel jeune, alors que l'équipe avait su ou cru mettre autour de lui un environnement sécurisant (projet de formation, autonomisation progressive, reprise de liens avec l'un des parents), recommençait, pour une raison non élucidable, à ne pas « aller bien », à ne pas profiter de la chance de ce second départ. Que faire alors que soumis aux représentations de son monde interne, il semblait une fois de plus souffrir d'une ancienne blessure non cicatrisée ?

Ce retour ou cette répétition dans l'actuel de personnages ou de situations traumatiques entraîne un processus de mutilation ou de désagrégation par le jeune de l'environnement relationnel mis en place autour de lui. Il se ferme alors à toute expression de ses émotions, ce qui se traduit souvent par un appauvrissement relationnel avec son entourage.

Un autre effet joue au niveau des pensées et de leur verbalisation. Le jeune réprime ses pensées. Son imagination, sa vie psychique s'appauvrissent, ce qui peut favoriser le retour du passage à l'acte, de la violence sur soi ou sur les autres.

Dans certaines situations ce qui est en jeu dans ce type de comportement où les affects et la pensée sont barrés ne peut pas être qualifié par l'expression de souffrance psychique mais par celle de « mise en péril » ou de « danger » ou encore de dégradation du rapport qu'un jeune entretient à l'espace éducatif, au langage et surtout à son propre corps. Avec cette notion de danger psychique, c'est le corps qui fait irruption dans la relation éducative. Le contact physique peut être alors recherché parfois provoqué de façon plus ou moins violente. S'engage alors un processus qui fait travailler à partir de la contention, la contenance psychique et à partir des conflits, le processus de conflictualisation (CER de Puygiron).

### **3.2.2. Qu'est ce qui est en jeu pour les adultes ?**

Certaines équipes se vivent en porte-à-faux par rapport à ce qu'elles examinent comme une « commande » implicite du politique via l'institution judiciaire. Ainsi, une éducatrice est amenée à poser la question (FAE de Chaumont) : « *Qu'est-ce qu'on nous demande réellement lorsqu'on accueille un jeune ? On attend qu'on le prenne en charge et qu'on n'en entende plus parler ?* ».

Certains insistent sur une *logique de soustraction* qui consisterait à déplacer les jeunes de la scène locale où les faits de délinquance se sont produits ; logique dont le risque serait celui d'une illusion d'invisibilité (et non pas d'enfermement) des jeunes délinquants au sein de

l'institution. L'idéal éducatif peut en être ébranlé : « *On encaisse, on encaisse. On n'a pas de lieux pour se ressourcer. On en prend plein la tête. Ce que font les éducateurs, personne ne s'y intéresse vraiment. On est envahi par la souffrance. En plus, on doit analyser* ».

Au début de la recherche-action, il est, dans certains cas, apparu difficile de choisir le bon braquet d'analyse. A quel ordre de réalité fait écho tel ou tel dysfonctionnement ? Peu à peu, il est apparu que renforcer la professionnalité éducative, lui donner sens et légitimité était une première étape incontournable. Car le « faire-avec » est une valeur totale insécable. Ceci posé, l'équipe accepte plus facilement d'examiner que ce qui se loge dans ses pratiques relève aussi de la réalité psychique. Le cadre légitimateur de la recherche-action a contribué à faire sens. Mais en dehors de ce cadre extra-ordinaire, comment faire ? La question reste entière.

Quoiqu'il en soit, c'est souvent dans un contexte de tiraillement sur les valeurs qui fondent leur action que les équipes éducatives reçoivent de plein fouet les effets de la désorganisation narcissique (violence symbolique ou réelle de ou dans la relation) et de la répétition des ruptures de l'environnement relationnel proposé.

A quels types de ressentis sont-elles alors confrontées ?

Des sentiments passagers ou durables de culpabilité consécutifs à ce que les jeunes leur font faire ou éprouver apparaissent dans « les moments où ça vacille », moments souvent paroxystiques où l'ordre ordinaire de l'interaction est brouillé. Dans ces moments, les éducateurs peuvent, par exemple, se sentir coupables de ne pas avoir « tenu le cadre » ou de ne pas avoir su protéger les jeunes dont ils pensent qu'ils sont le plus vulnérables, ou encore de ne pas avoir su aider un collègue mis en difficulté par un jeune. En milieu ouvert, ces sentiments peuvent émerger à l'occasion d'une prise en charge chaotique où tel éducateur peut avoir l'impression de s'épuiser à « courir » sans fin derrière tel jeune.

Ce sont les actes et les paroles posés par les jeunes qui, selon un processus transitif, font faire, font s'émouvoir et font penser les éducateurs. Les réponses qu'ils composent à différents niveaux de leur activité oscillent entre une volonté de garder la maîtrise sur le jeune (interposition du moi professionnel, cf. C. Erhenberg)) et des sentiments désagréables de perte du contrôle soit d'une relation avec tel jeune qui semblait bien engagée, soit de l'environnement relationnel dans lequel ils évoluent (sentiment de fatalité ou d'impuissance) : sentiments et ressentiments directement en écho avec ce que dit le jeune et qu'il ne peut que transmettre dans ses actes de violence ou de déprise de la relation et du contact.

### **3.3 Cinq chantiers de clinique éducative**

Face à ces enjeux, nous avons rassemblé de manière non-exhaustive une série de questions qui se posent dans le double espace de la « pensée clinique » et « du faire avec ». Nous en avons repéré cinq que nous avons appelés *chantier* entendu comme un lieu en désordre où « sont accumulés des matériaux de construction, des combustibles... » (Larousse).

#### **3.3.1 Maintenir la co-présence : « aller-vers »<sup>35</sup>**

Chaque jeune a une histoire souvent dramatique qui fait énigme pour les équipes. Que faire face aux répétitions des conduites d'échec, aux ruptures réitérées, aux replis sur soi, aux passages à l'acte ? Comment faire une place discrète pour la détresse souvent sous jacente à ces comportements à risque ? Comment comprendre non la souffrance mais l'absence de son expression ou le sens de celle-ci ? Pour tenter de répondre à ces questions, les équipes font un énorme travail de mise en récit selon une démarche compréhensive afin d'aménager une co-présence encore possible. Dans un contexte où, comme le pointe M. Gauchet, « *le lien social ne va*

*pas de soi, il n'est pas une simple donnée, il exige d'être instauré et restauré en permanence par une reconnaissance symbolisée et institutionnalisée de la co-présence avec l'autre<sup>36</sup>».*

La spécificité de ce travail est de nature narratologique. Entre description linéaire des faits délictueux et prescription opératoire des sanctions, les équipes tentent de re-construire une histoire plausible qui organise un espace de paroles où des émotions et des pensées puissent s'exprimer. Dans les moments les plus tendus, l'importance que les éducateurs accordent au couple présence/absence peut être comprise à l'aune de **cette activité incessante de mise en récit**. Dans une période de tension avec un jeune alors qu'il se dérobe de plus en plus aux autres, les équipes éducatives réagissent en exigeant a minima sa présence au cadre. C'est seulement par le maintien d'une forme de **contrat de présence** que peut s'installer une autre scène que celle de la rupture ou du conflit. Être présent au cadre, c'est tenir une promesse d'apparition de soi sous le regard des autres. Face à la promesse de la présence faite par le jeune (honorer ses rendez-vous, être présent aux heures de repas...), les éducateurs promettent d'être disponibles.

La négociation rituelle autour des autorisations de sortie prises, repoussées, non tenues... est de ce point de vue éclairante. Bien sûr, à terme, ce qui est en jeu, c'est la restauration d'une relation de confiance et non plus seulement de contact. La confiance instaurée réamorçait le cycle d'une demande mutuelle de rencontres inscrites dans une temporalité qui déroule de nouveaux passés, présents et futurs.

Autrement dit, les éducateurs s'arrangent (et inventent les occasions) pour installer la possibilité d'une médiation, avant qu'il y ait une demande explicite de la part du jeune.

Cette question de la co-présence pose celle de la séparation et de ses composantes psychiques. Certains jeunes semblent investir le lien proposé par les éducateurs de telle manière qu'ils anticipent sa fin dès le début. Dans ce cas de figure, le seul en capacité de porter le lien, de le supporter si nécessaire et d'avoir la souci de sa **continuité**, ce n'est pas le jeune mais un éducateur (référent). Tenir la stabilité du lien d'accompagnement consiste de continuer à le faire exister dans l'absence due aux séparations. Lors des séparations prévues ou provoquées, prendre des nouvelles, donner un coup de téléphone, envoyer une carte postale, sont des manières irremplaçables de maintenir un lien « dans la tête ». L'idée défendue par C. Erhenberg « *d'installer ce lien à l'éducateur référent et de le considérer comme le **paradigme des liens** que le jeune a tissés et tisse avec ses objets internes et externes* », prend ici tout son sens.

### **3.3.2 Inventer des occasions d'expression individuelle ou groupale**

Des activités groupales sont intéressantes à développer :

- ♦ Pris individuellement, certains jeunes ont, au moins dans un premier temps, peur de se raconter. Dans leur monde social, se raconter est assimilée à une activité risquée car elle interroge leur normalité.
- ♦ Ensuite, parce qu'on a affaire à des adolescents en rupture ou en carence de lien, les dispositifs duaux, type entretiens éducatifs ou consultations psychologiques, au moins dans un premier temps, conviennent mal. De même, les groupes de parole annoncés comme tels font souvent peur.

Ainsi, les activités de groupe lorsqu'elles s'appuient sur une médiation -théâtre, musique, vidéo, écriture et pourquoi pas santé ou bien-être- créent des aires de jeu où chacun peut renouer avec sa capacité à éprouver des émotions tout en nourrissant son monde imaginaire.(cf. Contribution de A. Chaze). Peu à peu, les jeunes retrouvent du plaisir à penser et à parler. Des affects de souffrance ou de plaisir deviennent perceptibles et sont peu à peu reconnus par le jeune ou son entourage. La présence du psychologue de l'institution dans ces groupes est très utile pour

entendre les besoins psychiques sous jacents et pour orienter, si besoin, tel jeune vers des soins psychiques individualisés.

Mais dans une problématique « du faire-avec », l'installation et le maintien en vie de ces activités groupales ouvrent des potentiels de créativité pour le groupe adulte lui-même. Dans le processus même du « faire-avec » sont réintroduits des espaces à penser ensemble, entre professionnels différents (éducateurs, directeurs, psychologues, infirmiers...).

### ***3.3.3 Rendre compte des valeurs qui fondent l'engagement éducatif aujourd'hui***

Que ce soit au moment de l'accueil ou bien dans la manière d'aménager la relation d'aide -en relation duale ou en groupe- ou bien encore d'aménager le cadre de prise en charge comme un lieu de *vie* et non de placement, ou enfin d'accompagner un jeune vers un soin psychique, les pratiques de respect mutuel, de dignité ainsi que leur négatif (honte, mépris) sont régulièrement repérées par les équipes comme des enjeux importants. Tout en reconnaissant leur composante narcissique, elles sont toutefois attentives à ce que les réponses apportées ne se réduisent pas à du psychologisme d'intervention.

Une première série de réponses relève de la construction d'un lien d'accompagnement à forte coloration civique (cf. L'opposition de systèmes de norme entre omerta juvénile et loi républicaine). Tenir cette perspective nécessite de « faire parler » le cadre -muet pour le jeune- des valeurs républicaines, philosophiques ou politiques qui fondent et légitiment une action éducative engagée. *Ce travail de l'engagement* est à la fois personnel, collectif et institutionnel. Il se démarque d'une approche « libérale » du colloque singulier entre un jeune et « son » éducateur. Il s'agit, en quelque sorte, de sortir d'une conception de la relation éducative comme une relation de service à la personne afin de réamorcer, de l'échange, du lien, de la socialité, de la reconnaissance, bref de devenir allié. Cette alliance, non finalisée, ouvre la possibilité d'une première contractualisation au groupe. L'action éducative, lorsqu'elle s'engage dans cette voie, pense la notion de portance restauratrice de l'institution mais aussi cherche à s'appuyer, autant que faire se peut, sur tout collectif issu de la société civile (cf. Puygiron et Association du Jabron). Ces relais civils peuvent susciter des occasions de partenariat où les jeunes sont mis en position donatrice.

### ***3.3.4 Contribuer à réamorcer la circularité du don***

Si l'attention portée par les équipes à l'image de soi est essentielle pour réchauffer le moment de l'accueil et créer les conditions d'une alliance dans un cadre contraint, elle ne saurait suffire à engager le sujet à exercer une reprise réflexive de ses expériences traumatiques ou de ses conduites violentes.

La violence et le don sont certes deux états différents du lien social. Pour autant, ils ont un point commun. La violence comme le don *circule* non seulement entre deux individus en réciprocité mais de proche en proche par capillarité dans le tissu social ou dans l'environnement relationnel substitutif que représente la vie en foyer par exemple. Ce constat, souvent pointé par les équipes, interroge sur le type de rapport que la violence et le don entretiennent l'un envers l'autre. Depuis très longtemps, les éducateurs ont remarqué que certains comportements violents sont une forme de réponse réactive (certes inadaptée et insatisfaisante) aux ruptures de liens familiaux ou sociaux (ce qu'affirme en psychanalyste D. W. Winnicott). De même, certaines équipes ont expérimentées le fait que faciliter des occasions où des jeunes sont mis en position de donateur, peut susciter des formes d'échange alternatif à la violence.

Sur le terrain, une position donatrice peut être sollicitée à l'occasion d'activités diverses. Les expériences tentées en ce sens -et cela ne nous semble pas être le seul fait du hasard- l'ont principalement été par l'équipe du CER confrontée régulièrement à une violence circulaire.

Réintroduire de la circularité donatrice et non violente semble donner des résultats germinatifs (voyage humanitaire, banque alimentaire, brevet de secourisme...).

Outre le fait qu'elles re-introduisent une dimension de plaisir et de reconnaissance mutuelle, ces activités donatrices peuvent permettre aux groupes de jeunes et d'adultes de sortir de la logique des représailles ou de l'alternative entre « avoir » et « se faire avoir » pour se forger, en situation, des valeurs communes qui dépassent les seules valeurs de bien ou d'usage (le « fric » et la « consommation » ne sont pas des valeurs partageables sur la scène éducative). Enfin, l'expérience donatrice peut être l'occasion d'un apprentissage réflexif sur la manière dont la vie sociale se fait et se défait par des liens entre humains et non par des systèmes dits de relation. Déjà G. Simmel stigmatisait « *les systèmes qui créent des relations humaines mais qui laissent les humains en dehors de celles-ci* »<sup>37</sup>.

Une des dernières dimensions du don nourrit une réflexion sur le lien social dans sa double dimension horizontale et verticale : espace social de l'échange horizontal mais aussi temps vertical des générations où ce qui est en jeu est de l'ordre de la dette qui oblige et des engendremens passés ou à venir.

Au sein de l'institution, ces actions ne devraient pas être considérées comme une exception culturelle ou comme une activité marginale.

### ***3.3.5 Penser la filiation en terme d'enjeu de reconnaissance***

Penser la filiation nécessite d'exercer un regard critique concernant la catégorie de « jeune » telle qu'elle est couramment employée jusque dans ce rapport. Nous avons déjà eu l'occasion de voir que le mode de relation entre jeunes et éducateurs met en tension un double processus d'auto-engendrement et d'affiliation au cadre de la rencontre.(cf. Apport de Saintes et de Puygiron). Pour autant si la jeunesse est une étape de la vie à laquelle un groupe d'âge peut s'identifier, un jeune même s'il le revendique « ne s'est jamais fait tout seul » et ne « choisit pas sa famille ». Certes, la thématique de l'auto-engendrement est à l'œuvre dans les fantasmes à l'échelle individuelle. Elle est relayée voire « exploitée » en tant que valeur sociétale où l'idéal d'auto-engendrement peut confiner à une forme supérieure d'accomplissement de soi (le self made man). Dans ce contexte, poser en vis-à-vis deux catégories comme si elles étaient indépendantes l'une de l'autre (les jeunes et les adultes) ne va pas sans risque d'occultation ou de brouillage de cette question de la filiation. Ce risque, dans le cadre de la PJJ, est parfois accru par une situation de prise en charge « en bout de chaîne » où les éducateurs saisissent des parents « dépassés par les événements ».

Lorsque, au cœur de la relation éducative, l'attitude d'un jeune oscille entre auto-engendrement (je-n'ai-besoin-de-personne) et désaffiliation active (je-n'ai-pas-besoin-de-vous), la finalité du travail éducatif ne consiste-t-elle pas à l'inscrire dans la *fierté de sa filiation*<sup>38</sup> ? Sur le terrain, l'éducateur, en tant que personne-relais dans la réalité du lien avec les familles, se porte ordinairement témoin de la filiation. Il donne sens à l'inscription, non plus d'un jeune, mais « d'un enfant, fils ou fille de » dans le fil des générations. Mais au-delà de cette posture de témoignage, certaines équipes « insistent » en formalisant des moments de rencontre à haute teneur symbolique avec des parents interpellés et requalifiés justement à la place qui est la leur (cf. Contribution d'A. Chaze).

La reconnaissance d'une *existence digne* dans le social se forge non seulement dans la chaîne des relations sociales mais aussi dans celle des générations solidaires. Il va s'en dire que cette compréhension des enjeux de reconnaissance autour de la filiation est capitale dans les situations où les générations antérieures<sup>39</sup> ont été individuellement ou collectivement soumises à la dépréciation, au mépris ou à l'humiliation collective.

Désormais, nous parlerons alternativement, selon le contexte, soit des jeunes soit des enfants accueillis.

### 3.4 Penser les conditions de faisabilité de ces chantiers

#### 3.4.1 *Cadre, dispositif, disposition*

Des équipements, des outils spécifiques ont été forgés durant son histoire par l'action éducative. Une lecture, au niveau de la réalité sociale, de ses finalités, insiste, à juste titre, sur les exigences de la socialisation, sur l'éducabilité et sur l'insertion. Pour rendre compte de leurs actions, les équipes usent alors des termes de bilan, de projet, de réseau, de programme ou encore de ressource.

Nous avons vu que dans une approche qui cherche à prendre en compte les dimensions psychiques de l'action éducative, la question des affects des adultes en vis-à-vis de ceux des enfants est constitutive d'une posture de soin psychique. Dès lors, de nouveaux termes de compte rendu se cherchent. Dans quel cadre tel éducateur affecté par une situation pénible à vivre pour lui parle auprès de son équipe de son vécu ? Dans quel dispositif, l'équipe co-produit du sens autour d'un ou de plusieurs événements qui sont à l'origine de perturbations psychiques ? Comment un maillage mental collectif peut-il se tisser ? Selon quel type de disposition les personnes peuvent-elles se co-étayer en équipe ? Selon quelle procédure concrète, des individus épars se constituent-ils en tant que groupe/support pour des enfants en perte de lien contenant ou conflictuels ?

Tentons ci dessous de déplier ses questions.

#### 3.4.2 *Comment construire un cadre de réflexivité collective?*

Pour chacun des professionnels, la question de la reconnaissance d'espace réflexif où les affects inhérents à la posture du « faire-avec » puissent s'exprimer est un véritable cheval de Troie qui resurgit de manière récurrente, notamment au moment d'organisation des temps institutionnels. La difficulté à installer un cadre de réflexivité (et non pas de réflexion) est transversale à tous les sites. Ils ne peuvent être décrétés et en même temps ils périssent rapidement s'ils ne sont pas légitimés par l'institution. Le processus qui préside à leur installation est long et coûteux en temps car il y est question de confiance mutuelle et de suspension du jugement de l'autre. Il peut schématiquement être décrit comme suit :

- ♦ *Un point de vue individuel proposé au collectif*

Tel ou tel membre de l'équipe se donne les moyens d'élaborer, avec l'aide de l'équipe, un point de vue sur l'activité, la vie, la réalité intra et inter-psychique des jeunes accueillis. Diverses histoires de mal-être, de rupture, de traumatismes sont visibilisés et énonçables. Mais ce point de vue ne veut pas dire position collective univoque.

- ♦ *Un cadre régulier d'élaboration collective*

Mais mutualiser les affects individuels ne suffit pas. Comment faire vivre un cadre collectif ouvert aux ressentis individuels de manière régulière ? Comment ce cadre peut-il garantir dans la durée la possibilité pour chacun à recevoir la parole de l'autre et à parler en confiance dans le groupe ? Certains risques d'une relation trop affective sont pointés (appropriation de l'éducateur par l'enfant, impossibilité de témoigner de la qualité d'une relation sans la juger, difficulté de se positionner selon une double éthique professionnelle et personnelle). De plus, cette nécessité ressentie d'un cadre qui permet la réflexivité n'est pas seulement argumentée selon une optique clinique. Elle est aussi envisagée comme la résolution possible à un problème d'action et instanciée comme un espace éthique. Le cadre qui permet la réflexion pourrait être alors celui où se tient une discussion collective sur les normes et

les valeurs lorsqu'elles sont socialement incertaines (« shit », sexualité, respect, civilité, etc.).

Une dernière étape consiste à insérer la dimension psychique de l'action éducative dans le temps commun de l'institution. Elle se concrétise par l'instauration parfois ritualisée d'un cadre approprié (réunion du mardi matin par ex.). La présence d'un psychologue garant de ce cadre est indispensable.

### ***3.4.3 Comment faire vivre un dispositif de problématisation clinique ?***

Question itérative : Comment entrelacer de la pensée et du faire ? Qu'est-ce qu'une activité clinique en situation éducative ? Elle consiste à repérer des signes envoyés par le jeune et à s'interroger sur leur validité et sur l'opportunité d'en *faire* quelque chose entre adultes éducateurs. Tenter d'ajuster ces deux régimes consiste à inventer un **dispositif** au sens où l'entend G. Deleuze : « *c'est un agencement pratique, un dispositif à faire voir et à faire parler, d'énoncés et de visibilités* ».

Sans dispositif clinique installé, pas de problématisation clinique possible !

#### Deux exemples de problématisation clinique :

- ♦ Le premier concerne la réflexion sur l'activité de décadage (Puygiron). Le débat contradictoire qui a eu lieu au sein de la recherche-action a, peu à peu, intégré l'idée que cette activité n'était pas pertinente selon une perspective qui prend en compte la réalité psychique des jeunes accueillis (cf. P.M. Treillet).
- ♦ De même, à Chaumont, le cadre de la recherche-action a permis « *parce qu'on ne peut pas rester dans son coin avec cela* » (dixit une éducatrice) au groupe participant de mutualiser une série d'observations sur ce que le jeune donne à voir durant la phase d'accueil (thème choisi par ce site). Quelles sont ses démarches ? A qui les adresse t-il ? Quels sont ses silences ? Quel rapport entretient-il avec les autres jeunes ? Prend-il soin de lui, des autres ? Quel rapport a t-il avec la nourriture ? Avec la sexualité ? A t-il une capacité à construire des liens ? Etc.  
Le fait de lister ces observations a permis de dessiner un premier tableau où ce qui est apparu essentiel pour l'équipe a trait à des interrogations cliniques. Ce qui définit un cadre d'accueil est à la fois sa capacité contenante et la possibilité pour le jeune de le transgresser. La question, pour l'équipe, a consisté alors à savoir si le mode de transgression acté par tel jeune disait quelque chose sur son drame personnel.

### ***3.4.4 Comment disposer des personnes en équipe ?***

La *clinique éducative* permet de « parler » de ce que tel ou tel jeune « montre » en situation de prise en charge, d'être légitimé à en parler et enfin de pouvoir en parler en équipe. Ces trois axes nécessitent de porter une attention soutenue sur la manière dont les adultes/éducateurs sont disposés autour des adolescents.

Nous l'avons déjà mis en évidence : l'aire de jeu relationnelle où se déposent des éléments psychiques des jeunes n'est pas celle du psychothérapeute. Ce sont essentiellement les éducateurs qui sont disposés en tant que personnes ressources autour du jeune. La clinique éducative postule que cette disposition doit être pensée et repensée constamment de telle manière

que « *des besoins psychiques non satisfaits hier puissent trouver des équivalents de satisfaction dans les jeux relationnels d'aujourd'hui* »<sup>40</sup>. Dit autrement, elle peut alors se définir comme un art de disposer des adultes de façon qu'ils puissent, de leur place, par la parole et par l'action, effectuer un travail de transformation de la personnalité des jeunes accueillis. Cet art ne peut se déployer sans l'engagement des directeurs et des chefs de service qui en sont les véritables chevilles ouvrières. Il nécessite surtout l'engagement du psychologue interne à l'institution mais dans des fonctions de *soins aux cadres d'intervention* différenciées de celles de soins directs auprès de jeunes, de comptes-rendus d'observation auprès du juge ou bien encore de supervision et d'analyse de la pratique auprès de telle ou telle équipe éducative. Il est d'ailleurs inopérant que ce soit le même psychologue qui soit sollicité pour assurer la diversité de ses fonctions sur un même site.

## IV - QUATRIEME PARTIE : CONSEQUENCES : PENSER LES POLES JUDICIAIRES, EDUCATIFS ET SOIGNANTS EN TERME DE COMPLEMENTARITE

Il convient de resituer ces enjeux de santé psychique *dans le parcours de judiciarisation des jeunes*. Le champ de la PJJ est le lieu d'un agencement pratique entre trois régimes d'actions : le judiciaire, le thérapeutique et l'éducatif. Ces trois régimes d'action ont chacun leur épistémologie propre. Ils construisent chacun la cohérence de leur action principalement en mobilisant un référentiel spécifique, certes complémentaire mais aussi opposable à celui des autres régimes.

De manière récurrente, la question qui traverse ce système d'action tripolaire a trait à la mise en place d'un partenariat de sens et non d'administration. Comment et selon quelle intelligibilité une préoccupation concernant la santé psychique des jeunes fait-elle irruption dans ce paysage ?

### 4.1 Soin psychique, pôle judiciaire et pôle éducatif

**4.1.1 Il est essentiel que le pôle judiciaire prescrive une relation avec des adultes éducateurs.**

Dans les situations caractérisées par des passages à l'acte réitérés, une politique (en temps réel) de soustraction du délinquant de l'espace local rend trop souvent difficile une politique de reconnaissance du sujet et de sa souffrance. Le souci thérapeutique se manifeste alors au décours du parcours de judiciarisation. Trop souvent des périodes interstitielles (déscolarisation, errance, nomadisme intermittent, marginalisation) précèdent le moment où la saisie du pôle judiciaire, en prescrivant une relation éducative, oblige tel enfant, en se confrontant à des adultes éducateurs, à exprimer son mal-être.

Ainsi, de même que pour une personne anorexique le corps fait alerte, pour des jeunes pris dans la délinquance, la judiciarisation de leur parcours devrait souvent être lue comme un signe voire comme un symptôme.

Lorsque des cadres de réflexivité collective sont opérants (cf. Troisième partie), l'effectivité d'une relation de « prendre soin » est plus rapidement possible. De même, le cadre est aménagé suffisamment tôt de telle sorte que le jeune puisse y déposer d'autres signes que ceux du passage à l'acte. Cette remise en jeu relationnelle est la condition de possibles réaménagements psychiques.

L'effet symboligène de la confrontation avec les instances judiciaires est structurant pour une majorité de jeunes embarqués dans une problématique transgressive caractéristique de la période adolescente ; mais pour une minorité, cette dimension qui articule loi juridique et loi symbolique est inaccessible.

Une remise en jeu -si elle est bien coordonnée- ne met pas en opposition pôle judiciaire et pôle éducatif. Lorsque les enjeux sont bien cernés par le réseau d'adultes en charge des jeunes (famille, juges, éducateurs, psychologues), l'action éducative sous mandat judiciaire est l'occasion pour le jeune de se confronter à un nouvel espace mental où le langage reprend ses droits sur la seule logique de l'acte.

#### **4.1.2 Il ne suffit pas que le pôle judiciaire prescrive une relation avec des adultes éducateurs pour qu'elle ait lieu.**

Mais parce qu'il peine à construire un discours opposable aux deux autres, le pôle éducatif se situe, au moins partiellement, *en réactivité* aux autres pôles. Cela a toujours été la force des cadres réactifs et transitifs que d'être perméables aux nouvelles problématisations en émergence (santé mentale et clinique).

Dans ce contexte, l'enjeu pratique auquel est confronté le pôle éducatif aujourd'hui peut être décrit par le terme *d'effectivité* de la relation. Il ne suffit pas que le pôle judiciaire « prescrive » de la relation pour qu'elle ait lieu. Comment rendre une relation (éducative, d'aide ou de soin) effective ? Il y a là une question non seulement théorique et abstraite (bien caractéristique de la culture française) mais pragmatique : *comment inventer des procédures pratiques d'effectivité* ? Une fois posée, cette question éclaire d'un jour nouveau l'intérêt constant porté par le pôle éducatif sur toutes les problématiques de lien dans leur déclinaison psychique et sociale (lien social, liaison psychique, affiliation, filiation). Elle éclaire aussi sur l'insistance avec laquelle les équipes éducatives, pour rendre compte de la spécificité de leur mission, opposent avec une égale constance un régime de *co-présence continue* qui caractérise leur mode de relation avec les jeunes à un régime de *co-présence intermittente* qui caractérise le rapport qu'entretiennent les pôles thérapeutiques ou juridiques avec les mêmes jeunes. Les premiers sont soumis à une logique de proximité versus distanciation tandis que les seconds sont soumis à une logique de distanciation versus proximité. Cette insistance n'est pas formelle. Elle instruit sur le fait que le processus de conflictualité créative rappelé régulièrement et à juste titre par les psys ne peut plus être déconnecté d'une réflexion institutionnelle sur la contenance psychique des cadres de prise en charge lorsque la co-présence entre groupe adulte et groupe enfant est continue.

#### **4.1.3 Croiser les espaces et les formations**

Ainsi, les deux principaux enjeux concernant l'articulation entre pôle éducatif et pôle judiciaire se situent au niveau d'une *représentation partageable* des difficultés de chacun (par exemple : quelle procédure concrète du rappel à la loi ?) et de *reconnaissance* de la nature mais aussi des limites du travail accompli par les uns et les autres.

L'idée n'est pas d'institutionnaliser un réseau mais de créer un espace interdisciplinaire partagé (à différencier des commissions des cas lourds) qui puisse réfléchir sur les conditions d'effectivité de l'action éducative, du soin psychique et du mandat judiciaire. Par exemple, au-delà de sa fonction technicienne (dire le droit et rappeler la loi), qu'est-ce que le magistrat met en mouvement de la fonction symbolique de la loi ? Comment exercer une fonction sociale instituante qui fasse « bouger » le jeune ? ...

D'une manière plus générale, l'examen de ces questions par ceux là même qui y sont confrontés, ne militent-ils pas pour la création ou la multiplication d'espaces d'échanges dans l'exercice professionnel et pour l'organisation de **formations croisées** (type D.U. de P. Jeammet) (éducateurs, soignants, enseignants, juges...) **sur les territoires locaux de la prise en charge** ?

### **4.2 Soin psychiatrique, pôle éducatif et pôle soignant**

#### **4.2.1 Comment repérer un état pathologique qui nécessite des soins psychiatriques ?**

La corrélation entre des sujets pris dans la violence et la présence -souvent inexprimée- d'une souffrance psychique individuelle est loin d'être aussi admise qu'il n'y paraît. Certes, cette corrélation entre jeunes violents et jeunes souffrants est classique dans le corpus théorique de la psychiatrie ou de la psychanalyse. Mais lorsqu'elle se déploie sur les lieux de la prise en charge

effective (éducative ou judiciaire), elle est soumise à une sorte de *désagrégation récurrente*. Plus précisément, la question à laquelle sont confrontés les professionnels du champ éducatif n'est pas tant celle de la corrélation entre violence et souffrance dont ils admettent le principe mais plutôt celle du repérage des « bons » indices qui signent une translation sensée entre l'une et l'autre (qui permettent éventuellement de passer de la filière éducative à la filière du soin).

Autrement dit, à quel moment et selon quels indices une série d'actes violents fait signe du côté de la souffrance ou du danger psychique et/ou du côté de la maladie mentale ? Cette question, ordinaire dans la pratique éducative, est parfois perçue par ceux là mêmes à qui elle se pose comme une question–limite, hors champ de leur compétence ou illégitime (au niveau de leur mission). Le risque encouru est alors celui d'une perception de débordement, puis d'un défaussement tendanciel vers une désignation psychiatrique de tous les adolescents délinquants. **C'est seulement lorsque l'institution permet aux équipes éducatives d'oser cette question que la possibilité d'un soin psychique pour tous les adolescents accueillis peut être différenciée de celle d'un soin psychiatrique concernant une minorité d'entre eux** (cf. Troisième partie concernant l'intérêt de faire vivre des lieux de réflexivité dans chaque service).

L'accès aux soins doit d'abord se travailler en interne. Ce travail est sans aucun doute facilité lorsque le psychologue a pu rencontrer l'adolescent voire sa famille ou à défaut connaître son histoire et le déroulement de la prise en charge éducative à travers la parole des éducateurs.

#### ***4.2.2 Quelques questions récurrentes à partager avec les équipes de psychiatrie***

Une réflexion sur les modalités de passage entre non demande et co-construction de la demande pourrait être travaillée avec la psychiatrie de secteur. Traiter de cette problématique nécessite de passer d'une vision qui associe colloque singulier patient/soignant à un système en réseau dit de soins triangulaires composé :

- ♦ **Du mineur** qui ne demande rien ou dont la demande n'est pas recevable dans les termes où elle apparaît aux adultes/professionnels, en fonction de leur encodage respectif du *problème*. Quelle perception ont-ils de leur mission ? Comment en imaginent-ils les frontières au-delà de grands découpages sectoriels ?
- ♦ **Des tiers éducatifs** qui perçoivent la souffrance des adolescents à partir des agitations, des répétitions, des effondrements psychiques non réductibles au symptôme réactif à un parcours de judiciarisation.
- ♦ **Des équipes de psychiatrie de secteur**. Il ne s'agit pas de promouvoir un dispositif soignant à bas seuil spécifique à ce type de population. Par contre, le seuil à partir duquel l'évaluation de « soignabilité » s'effectue doit être aussi bas que possible.

#### ***4.2.3 Consolidation des savoirs partagés***

Comment composer non seulement avec les résistances d'un sujet mais parfois avec celles de l'entourage ? C'est souvent le cadre d'action judiciaire qui peut soutenir la demande des éducateurs auprès des équipes de soin au moment adéquat.

Il s'agit ainsi d'apprendre à travailler sur le sens d'une demande pour l'équipe éducative. Celle-ci se construit aussi par des effets de contexte institutionnel qu'il convient de repérer (cf. Annexe 1).

Les équipes éducatives souhaitent une collaboration non pas intensive mais régulière avec les équipes du secteur psychiatrique qui s'inscrivent dans une continuité de travail autour de

chaque adolescent. C'est cette continuité qui permet de préparer et de mobiliser le moment venu un adolescent afin de l'accompagner vers un service de soins si nécessaire.

A ce propos, nous pourrions reprendre la notion d'opération-balise proposée par J.P. Martin<sup>8</sup>. Il s'agit de construire un espace et une grammaire commune afin de pouvoir clarifier les attentes par rapport à la psychiatrie, d'échanger sur les situations partageables, de faire vivre une forme de clinique partagée dont les objets à travailler pourraient être ceux *de co-construction de la demande, de pré-bilan de santé, de prévention et de soins effectifs*. Ces objectifs nécessitent que les équipes éducatives considèrent que l'interpellation de la psychiatrie ne signe pas un échec de leur prise en charge (cf. Contribution de B. Brahmy).

---

<sup>8</sup> Psychiatre, Paris.

## V - CONCLUSION : ACTION EDUCATIVE ET SANTE MENTALE : LE PARADIGME DE LA REMISE EN JEU

Cette recherche-action est circonscrite. Elle concerne seulement cinq sites parmi l'ensemble des institutions de la PJJ et du secteur habilité. Par ce fait, la position, tenue ici, est celle du vraisemblable. Elle ne prétend pas à la représentativité institutionnelle cependant elle peut être appréhendée comme un creuset matriciel d'où émerge une série de questions actuelles pour la communauté éducative et soignante.

En plus de la déprivation mise en évidence au lendemain de la seconde guerre mondiale par ce que D. W. Winnicott a appelé la tendance antisociale<sup>41</sup>, elle ouvre en compréhension deux figures de la souffrance en lien avec des comportements violents.

Une première figure s'inscrit dans un contexte de désaffiliation de la société salariale qui est co-extensif du « *risque de dissociation qui pèse sur les sociétés modernes* »<sup>42</sup>. Robert Castel précise : « *ce que j'ai proposé d'appeler aujourd'hui la désaffiliation nomme des situations de décrochage. Cela signifie que les individus ne sont plus inscrits dans des régulations collectives, qu'ils ont perdu leurs assises et leurs supports et qu'ils se mettent à flotter parce qu'ils n'ont pas de repères* »<sup>43</sup>. Cette problématique de la désaffiliation refuse d'établir une discontinuité entre les différentes formes d'exclusion sociale. Elle les renvoie à des niveaux différenciés d'un même procès de socialisation négative. Elle met sur le devant de la scène, la figure sociale du valide invalidé. Dans ce contexte d'anomie contemporaine, la violence manifestée par nombre de jeunes suivis par la PJJ, les invalide socialement. Dès lors, comment penser des espaces de conflictualité créative dans un contexte où la demande sociale se crispe sur des attitudes sécuritaires, expulsives voire racistes et où l'action politique oscille entre un traitement de la délinquance juvénile par soustraction/invalidation ou pire, en prônant l'enfermement dont on sait qu'il redouble la violence mimétique ?

Une seconde figure de la souffrance intègre l'exigence tyrannique d'un *nouvel esprit du capitalisme*<sup>44</sup> : projets, réponses en urgence, programmes, évaluations, injonctions illimitées à se connecter aux autres et à s'investir. Les thématiques de la dignité, du respect prennent sens dans les situations où les jeunes sont particulièrement déliés de leurs appartenances non seulement pour des raisons de « détricotage » dans la sphère interpersonnelle mais aussi parce qu'ils sont pris dans des rapports sociaux qui produisent des formes de *mépris social*<sup>45</sup> qui peuvent aller jusqu' « au sacrifice de leur intériorité »<sup>9</sup>. Un décryptage de la souffrance psychique et sociale, non en terme d'invalidation mais en terme de *déni de reconnaissance* d'existence, permet-il de mieux discerner une nouvelle ligne de front au sein de laquelle puisse émerger une conflictualité créatrice pour la pacification de soi ?

Quoiqu'il en soit de la manière dont ces deux figures se conjugent, seule une action éducative relégitimée par le politique peut dans le même temps où elle relaie les exigences d'une socialisation normée, éveiller ce qui demeure du désir de lien et de besoin de reconnaissance des jeunes mineurs dont s'occupe la Protection judiciaire de la jeunesse.

Mais une fois cet objectif bien compris, comment s'y prendre ?

Si nous sommes tant de fois revenus sur la notion de réalité psychique dans ce rapport sans arriver à la définir, c'est parce qu'elle a une fâcheuse tendance à se dérober sans cesse. Certes, la méconnaissance de la dimension psychique des troubles ou des perturbations individuelles ou collectives est une constante remarquée sur toutes les latitudes. Toutefois, nous avons mis en

---

<sup>9</sup> Selon l'expression de Luc Boltanski

évidence que ce n'est pas dans le cabinet du « psy » mais sur les lieux de l'action éducative que différentes pratiques en rapport avec la santé psychique peuvent être saisies aujourd'hui :

- ♦ La première que nous avons identifiée comme *pratique éducative de santé mentale* se définit par le fait que la dimension psychique est reconnue par ses effets dans la réalité sociale. Les équipes pointent un « plus », diagnostiquent du positif en terme de mieux-être psychique. Elles savent alors repérer et promouvoir les activités, les espaces temps « où ça marche », où il se passe des choses qui font plaisir ou pas, qui sont satisfaisantes ou non pour les jeunes qui les vivent.
- ♦ Mais dans certaines situations, les équipes diagnostiquent une rupture du lien d'accompagnement. Insister au niveau de la réalité sociale provoque alors des signes d'usure et de répétition dans le groupe adulte. Dans ces situations, lorsque les équipes font *un travail d'interprétation* concernant le sens d'une rupture actée par un jeune avec l'environnement relationnel proposé, on peut alors avancer le terme de *clinique éducative*. Autrement dit, la clinique éducative ne convoque pas seulement une pratique éducative attentive à ses effets induits en terme de mieux être. En tant qu'évaluation de la dynamique psychique engagée dans l'action, elle suppose une possibilité de suspension des propositions antérieures et elle est le moteur de nouvelles propositions d'actions. En quelque sorte, la réflexion inhérente à toute action se double d'une posture réflexive (secondarisée) sur les modalités de l'action à promouvoir. Cette posture clinique suppose que les éducateurs soient dégagés de la double injonction à l'insertion standardisée et à « la guérison de la délinquance »

Plus largement, il resterait à mettre en rapport l'émergence de la santé mentale dans le champ de la protection de la jeunesse avec une interrogation sur la manière dont notre société articule passé, présent et futur.

Après 1945, le paradigme psycho-éducatif de l'action éducative a puisé ses fondements et ses valeurs dans un projet de société tendu vers un avenir de Progrès et d'émancipation individuelle et collective (certes sans cesse à conquérir et à maîtriser). Aujourd'hui, tout se passe comme si la confrontation de l'action éducative au fait mental en tant que fait social marquait un infléchissement de ce modèle. En effet, l'avenir reste ouvert d'abord à ceux qui sont bien outillés psychiquement -et bien sûr socialement- pour l'affronter. Dans le cas contraire, les individus sont alors menacés par une sortie possible d'une société de connexion qui n'hésite plus à penser leur soustraction ou leur invisibilisation du réseau des échanges qui comptent. La dimension de la vie psychique risque alors d'être écrasée ou instrumentalisée (la « superdéprime » ou la « superpêche » comme modalité ordinaire de l'intériorité).

Dans ce nouveau contexte, le rapport au temps est brouillé. La posture clinique, en traitant des panes, des traumatismes, des récurrences biographiques, consiste d'abord à revenir sur « un passé qui s'est mal passé » et qui se réactualise dans un présent désaccordé. C'est seulement après ce détour/retour qu'une anticipation positive de l'avenir est de nouveau possible.

En dernier ressort, parce qu'elles anticipent la possibilité de la perte, de la chute, d'une sortie réversible du social, les pratiques de santé mentale ne procèdent-elles pas d'une activité correctrice ayant trait à une plus juste répartition des places ? Si tel est le cas, l'action éducative est plus que jamais nécessaire. Mais ses fondements s'enrichissent de nouvelles valeurs. N'est-elle pas en train de se reconfigurer comme un espace de la co-présence entre enfants et adultes/éducateurs où une remise en jeu des affects et des pensées « mal passés » hier se réactualise dans l'accueil et dans la rencontre éducative ?

Si tel est le processus -remettre en jeu le passé pour que s'ouvre un avenir en commun- alors il est nécessaire de réintégrer le temps long : celui des mouvements psychiques, de la filiation, de l'élaboration de la pensée, de la réparation réelle et symbolique et si possible de la réconciliation.

## **ANNEXES**

**ANNEXE 1 : RESTITUTION DE LA JOURNEE DU 14/12/2001 :**

**« Pratique éducative et clinique autour des adolescents »**

**CAE de valence**

## **ANNEXE 2 : VIGNETTE CLINIQUE**

***Contribution de l'équipe du CER de Puygiron***

## Déroulement du séjour au CER de Puygiron de J.

**2 Avril 2001** : Arrivée de J.

**25 Avril 2001** : Premier rapport faisant état de la situation du mineur

**29 Avril 2001** : Nuit extrêmement agitée (coucher à 5 h). Intervention du cadre de permanence.

**2 Mai 2001** : Rapport à Madame S. (Juge des enfants) et Monsieur B. (Juge d'Instruction). Dégradation de son comportement (provocations, injures, menaces envers l'équipe éducative). J. a du mal à s'endormir, selon lui la structure d'hébergement « *est habitée par des mauvais esprits qui se mettent en furie lorsque le vent et la pluie sont violents...* ».

Vol d'argent à une éducatrice. Fugue avec un autre jeune : alcoolisé, J. extériorise sa haine envers l'adolescent. Sans limite, J. est incontrôlable.

**3 Mai 2001** : Altercation avec le responsable du chantier.

**6 Mai 2001** : Fugue.

**10 Mai 2001** : Rapport à Madame S. et à Monsieur B.. Lors de la projection d'une K7 vidéo, J. se lève et frappe un de ses camarades (soit disant, ce dernier l'aurait « branché » par le regard...). Pose plusieurs fois la même question à plusieurs reprises. Nuit très agitée. J. refuse toute consultation médicale. Très agressif, menaçant. Sa mère est informée des événements. Un soir, il essaie de « désenvoûter » le veilleur de nuit. Le comportement de J. devient très inquiétant. Sa problématique semble dépasser le seul registre éducatif mais l'adolescent se refuse à consulter un spécialiste. A plusieurs reprises, il déroge aux obligations du contrôle judiciaire ordonné le 22 avril 2001. Il banalise ses passages à l'acte violents et ses fugues. Il ne se conforme à aucune exigence. Quotidiennement, son comportement se dégrade.

**16 Mai 2001** : Courrier à Madame S. et Monsieur B. faisant état que la situation de J. nécessiterait une hospitalisation en service de psychiatrie, sa personnalité présente des aspects délirants, des sentiments de persécutions et des hallucinations.

Madame S. ne répond pas à notre demande et serait prête à ordonner une main levée du placement si nous en faisons la demande ! Refus de notre part car cette solution ne nous apparaît pas répondre à la problématique du mineur. Surtout, J. nous apparaît en danger pour lui-même et pour les autres. Nous pensons qu'une hospitalisation reste nécessaire afin de pouvoir poursuivre ultérieurement le travail éducatif amorcé avec l'adolescent. Nous essayons de contacter la mère de J., mais son téléphone est coupé.

Monsieur B. demande une expertise réalisée par un pédopsychiatre de la Drôme. J. accepte de s'y rendre.

**Monsieur B. ordonne le placement de J. au CHS de M. après le certificat d'HDT établi par un médecin généraliste.**

Entre temps, nous contactons un infirmier de secteur psychiatrique pour un rendez-vous sur le CMP de M. L'infirmier recevra J. et constatera ses troubles psychiatriques. Il nous indiquera les modalités pour son hospitalisation.

**6 Juin 2001** : O.P.P. prononcée par Monsieur B.

J. est hospitalisé dans le service du Docteur D. au CHS de M.. Nous essayons de contacter ce médecin pendant et après l'hospitalisation de J. sans réponse de sa part ni aucun désir de collaboration.

Le séjour sera réduit à trois jours d'hospitalisation par le Docteur D. qui constate « *une immaturité comportementale, un état dépressif et des bizarreries de l'expression comportementale et verbale dus à des conduites addictives précoces* ».

Le comportement de J. apparaît très adapté dans le service grâce au cadre de soins. Le diagnostic et le pronostic psychiatrique « *seraient donc plutôt favorables et en cela le séjour ne sera pas prolongé* ». J. sera revu en consultation externe sur le C.M.P. de Montélimar tous les 15 jours.

**12 Juin 2001** : Rapport à Monsieur B., Juge d'Instruction. Nous alertons à nouveau sur l'état psychologique de J.. Nous restons sur notre évaluation effectuée au sein du C.E.R. et rappelons quelques éléments cliniques qui constituent le soubassement de nos inquiétudes (J. fabrique des armes le soir, veut fabriquer un cocktail molotov et dérobe un bidon d'essence. Parfois, J. se renferme complètement dans son « monde ». Il présente des rires immotivés, fixe les gens du regard ou agresse verbalement et menace, ceci quotidiennement.

Un jour, J. demande un chèque de plusieurs millions de francs au Directeur et se met à délirer complètement... La liste serait encore longue de signes cliniques qui nous font penser à une pathologie grave de type psychotique.

L'équipe éducative, au cours d'une réunion, exprime le souhait de ne plus accueillir J.. Cependant, J. se montre calme et respectueux pendant une semaine mais progressivement, il va reprendre son fonctionnement initial. L'hospitalisation n'a pas été suffisamment longue pour que J. manifeste les troubles psychiques qu'il présente au sein de notre structure.

Malgré le diagnostic psychiatrique, nous restons sur notre position : J. présente de graves troubles psychiques (de l'ordre d'une problématique psychotique). **Nous pensons que les actes délinquants de J. masquaient cette problématique psychique et qu'un séjour au C.E.R. a permis une décompensation de ce système dans lequel les actes servaient d'évitement de l'extrême souffrance interne de J..**

Nous pensons que J. devrait bénéficier de soins psychiatriques.

**18 Juillet 2001** : Passage à l'acte violent de J. sur un éducateur. A deux jours de la prise en charge, nous sollicitons une main levée du placement et de l'ordonnance de mise sous contrôle judiciaire. Courrier à Monsieur B..

**20 Juillet 2001** : Fin de la prise en charge de J..

## - Quelques éléments d'analyse -

**De la part de l'équipe éducative** : processus de contenance groupale. Le travail de la souffrance de l'équipe a été mis au travail. La prise en charge est allée jusqu'au bout grâce à un espace suffisant de pensées pouvant contenir les anxiétés évacuées dans le lien.

**Alliance mère/institution** : J. a pu être pensé dans un scénario à trois = la dynamique pulsionnelle d'un scénario fantasmatique triangulaire alimente la contenance de l'enveloppe.

L'alliance a permis à J. d'entendre quelque chose de sa « folie ». Il a accepté de rencontrer un médecin, de retourner au C.M.P. et ce, malgré l'oscillation de se sentir rejeté par le C.E.R. ou de se sentir rejeté par sa mère (J. « écoute » sa mère mais celle-ci, constatant qu'il n'a pas changé, ne veut « plus de lui » à la maison).

**La contenance ne fonctionne pas ou peu** à un niveau inter ou supra-institutionnel. Problème de l'articulation avec les juges et la psychiatrie.

**Les juges** : Réponse de Madame S. : main levée alors que le jeune a besoin de soins ! Négation de la souffrance psychique de J..

**La psychiatrie** : fonctionnement clivé. Forte de ses prérogatives. Réduction de l'hospitalisation à trois jours. Refus de collaboration mais proposition de consultation au C.M.P. (insuffisant). Refus de référence tierce et de l'observation clinique sur un temps plus long.

**C.E.R.** : Insistance à la fin, malgré tout, sur le besoin de soins psychiatriques (et de médicaments). On ne peut pas faire comme si J. n'était pas malade (l'attitude du Juge et du Psychiatre témoigne d'un déni commun de sa maladie !).

En dernier recours, la contenance est exercée par l'équipe du C.E.R. qui, malgré des moments de rejet du jeune face à sa violence, a continué jusqu'au bout la prise en charge.

**Mais résultat : J. est remis à sa mère après son séjour au C.E.R. !**

**Question finale de la prise en compte de la réalité psychique de chaque jeune.**

## NOTES

- 
- <sup>1</sup> Cf. Petitclerc (J.M.) : « *Les nouvelles délinquances des jeunes, violence urbaine et réponses éducatives* », Edition Dunod, avril 2001.
- <sup>2</sup> Cf. Honneth (A.) : « *La lutte pour la reconnaissance* », Cerf, 2000. Cf. Aussi Lagrange (H.) in *Reconnaissance, délinquance et violences collectives*, Revue Esprit, Oct. 2000 dont le thème était : « *Délinquance juvénile, droits des mineurs et violences collectives* ».
- <sup>3</sup> Cf. Lepoutre (D.) : « *Au cœur des banlieues. Codes, rites et langages* », Ed. Odile Jacob, 1997.
- <sup>4</sup> Sur ce point, cf. Baudry (P.), Blaya (C.), Choquet (M.), Debardieux (E.), Pommereaux (X.) in « *Souffrances et violences à l'adolescence : qu'en penser ? Que faire ?* », Rapport à Claude Bartolone, Ministre délégué à la Ville, ESF Editeur, 2000.
- <sup>5</sup> Cf. Travaux de Nadia Zeghmar sur ce sujet : notamment l'article paru dans JDJ, n°100, décembre 1996 : « *Jeunes en difficulté, difficultés des jeunes : à propos des cas dits 'lourds'* ».
- <sup>6</sup> Comme le montre encore récemment le dernier rapport du Haut Comité de Santé Publique : « *Les conduites violentes se retrouvent chez 10 à 40% des jeunes* ». Elles sont fréquemment associées à des violences subies et à des conduites à risques ou à des consommations de produits toxiques.
- <sup>7</sup> « *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes* » ; Haut Comité de Santé publique, Février 2000.
- <sup>8</sup> Cf bibliographie.
- <sup>9</sup> Cf. Rapport du Commissariat Général au plan « *jeunesse, le devoir d'avenir* », Dominique Charvet, Magistrat à la Cour d'Appel de Paris, ancien directeur de la PJJ.
- <sup>10</sup> Cf. Bailleau (F.) : « *Sens et usage d'une querelle récurrente : répression versus répression* » in AGORA, débats jeunesse, n° 21.
- <sup>11</sup> Rapport ORSPERE-FNARS : « *Points de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale* », résultat de deux recherche-action, décembre 1999.
- <sup>12</sup> Le recours à la pluridisciplinarité était déjà inscrite comme une obligation procédurale par l'ordonnance du 2 février 1945, articles 8 et 9 : « *Le juge des enfants effectuera toutes diligences et investigations utiles pour parvenir à la manifestation de la vérité et à la connaissance de la personnalité du mineur ainsi que des moyens appropriés à sa rééducation. Il ordonnera un examen médical et s'il y a lieu un examen médico psychologique. Il pourra s'il estime que l'état physique ou psychique d'un mineur justifie une observation approfondie, ordonner un placement provisoire dans un centre d'observation institué ou agréé par le Ministère de la Justice* ». Au civil, l'ordonnance du 23 décembre 1958, reprise et modifiée par la loi du 4 juin 1970, sur l'assistance éducative, inscrite dans le code civil aux articles 375 et suivants, toujours au chapitre relatif à la procédure où « *avant décision sur le fond qui doit intervenir dans un délai de six mois* », le juge des enfants peut « *soit d'office soit à la requête des partis ou du Ministère public, ordonner toute mesure d'information et faire notamment procéder à une étude de la personnalité du mineur, en particulier par le moyen d'une enquête sociale, d'examen médicaux, psychiatriques ou psychologiques, d'une observation du comportement ou d'un examen d'orientation professionnelle* ».
- <sup>13</sup> Cf. notamment « *Accueil des mineurs présentant des troubles d'ordre psychiatriques par les services éducatifs de la PJJ* ».
- <sup>14</sup> Synthèse des rapports annuels effectuée par la PJJ en 1989.
- <sup>15</sup> Cf. Revue Esprit, Octobre 2000 « *Délinquance juvénile, droit des mineurs et violences collectives* ».
- <sup>16</sup> Cf. Le rapport Strohl-Lazarus : « *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* », 1995.
- <sup>17</sup> Cf. Bourdieu (P.) : « *La misère du monde* », édition du Seuil, février 1993.
- <sup>18</sup> Cf. le Numéro de la revue PLURIELS éditée par la Mission Nationale d'Appui consacré à ce thème.
- <sup>19</sup> Cité par M. Joubert, in *Perturbations*, RESCOM, idem.
- <sup>20</sup> Cf. sur ce thème la recherche effectuée dans le cadre de la MIRE par le RESSCOM : « *Perturbations : santé mentale et confrontation aux difficultés de la vie quotidienne* », 1997, Convention Mire n° 1/93.
- <sup>21</sup> Cf. Le Plan Santé Mentale de Nov. 2001 intitulé : « *l'usager au centre d'un dispositif à rénover* ».
- <sup>22</sup> Le séminaire Ville, Violences et Santé Mentale définit ainsi la souffrance mentale ou psychique ou psycho-sociale : terminologie récurrente visant à rendre compte des difficultés manifestes vécues par certaines personnes sans que pour autant une maladie mentale soit identifiable ; plusieurs dimensions co-existent dans cette souffrance. La traduction d'un état (tension, douleur intime, symptôme), un mode de communication (expression d'un refus, d'une impossibilité, du caractère insupportable d'une situation) est une manière d'agir, de gérer des tensions, de se manifester (éventuellement d'une manière violente). J. P. Martin parle du mal-être et de la « *façon de ne plus arriver à réaliser le sens de sa vie* ».
- <sup>23</sup> Le couple affiliation/désaffiliation s'oppose ici à celui de socialisation/désocialisation. Il met l'accent sur l'affaiblissement contemporain des apprentissages adaptatifs concernant les processus d'incorporation des usages et des règles qui assurent la reproduction de la co-existence collective. Plus qu'à une problématique d'adaptation ou d'incorporation, l'affiliation renvoie à une problématique d'attachement et de co-construction de liens (d'accompagnement).
- <sup>24</sup> Cf. Les travaux de Robert Castel et plus particulièrement « *Le Roman de la Désaffiliation* », in La Revue le Débat, sept./oct. 1990.

---

<sup>25</sup> Cf. Honneth (A.), idem.

<sup>26</sup> Hormis pour le site de Valence, voir annexe.

<sup>27</sup> « Sauvageon » selon le Littré : Enfant farouche, qui a grandi dans l'abandon et sans éducation, comme un sauvage. Arbre venu spontanément, dans les bois, dans les haies, de pépins ou de noyaux de fruits sauvages; les rameaux en sont presque toujours armés d'épines, et les fruits ont trop d'âpreté pour être bon à manger (14<sup>ème</sup> siècle). Terme de jardinage. Tout arbre qui n'a pas été greffé, et qui peut servir de sujet pour la greffe.

<sup>28</sup> Groupe adultes CER.

<sup>29</sup> BARRABAND (M.) : « *Odyssées au sein d'un dispositif trans-institutionnel* », Le divan familial – justice et écoute familiale – printemps 2001.

<sup>30</sup> KAES (R.) : « *Filiation et affiliation. Quelques aspects de la réélaboration du roman familial dans les familles adoptives, les groupes et les institutions* », Gruppo, 1985.

<sup>31</sup> CHAPELIER (J.B.) : « *Le lien groupal à l'adolescence* », DUNOD, 2000.

<sup>32</sup> VACHERET (C.) : « *Chaîne associative et articulation sujet-groupe dans les groupes à médiation* », in Objets et sujets du groupe, avril 93, ARLES.

<sup>33</sup> Vailland (M.) : « *La réparation. De la délinquance à la découverte de la responsabilité* », Gallimard, 1999.

<sup>34</sup> Renault (E.), in Mépris social et souffrance psychique précise : « *Parler de rapport positif à soi c'est ici parler de la manière dont l'image du moi se constitue dans les identifications primaires à ces « autres significatifs » que sont les parents et autres modèles, mais c'est également parler de la manière dont le narcissisme se nourrit ensuite du rapport à autrui et de la manière dont les différents rôles sociaux endossés en viennent à constituer l'image que nous nous faisons de notre propre valeur. Mais le fait sur lequel il convient d'insister est sans doute que le rapport positif à soi étant intersubjectivement constitué, il est également intersubjectivement vulnérable* ».

<sup>35</sup> En référence au mot de M. Gauchet, in Essai de psychologie contemporaine, « *un nouvel âge de la personnalité* », p. 171.

<sup>36</sup> Gauchet (M.) : idem, p. 171.

<sup>37</sup> Cité par Gotbout (J.), in l'Enigme du don.

<sup>38</sup> Selon le mot de P. Kammerer.

<sup>39</sup> Sur cette question Corinne Ehrenberg précise : « *Les troubles d'un enfant peuvent être considérés comme la résultante de l'histoire personnelle de ses parents et des interactions auxquelles il participe dans le présent. Ce diagnostic inter relationnel présente l'avantage d'introduire d'emblée la dynamique familiale au cœur des difficultés de l'enfant. Cette façon d'envisager les difficultés d'un jeune permet à l'éducateur de penser la filiation non comme une charge ou un appui mais comme un système en recherche d'homéostasie, système au sein duquel le jeune occupe une fonction. M. Berger distingue, dans Entretiens familiaux et champ transitionnel, l'enfant-fonction de l'enfant-symptôme et de l'enfant-malade. Cela ne signifie pas que l'enfant-fonction n'est pas lui-même atteint de troubles mais que ces troubles permettent à l'ensemble du groupe familial de se maintenir dans un certain équilibre et d'éviter les crises. Cela traduit et souligne qu'une partie de la pathologie de l'enfant est la traduction des difficultés affectives passées et actuelles que rencontre le groupe familial. Les rencontres avec les familles seront alors l'occasion d'apprécier cliniquement, dans un recadrage positif des symptômes, la façon dont la symptomatologie du jeune a renforcé les liens familiaux ou a permis à un des membres de la famille de ne pas décompenser, de ne pas tomber malade. « De l'enfant-fonction, nous dirons qu'il n'est ni sujet ni objet, mais porteur du rôle du membre de la famille désigné comme faisant problème » (M. Berger). On peut rapprocher cette façon d'envisager la problématique troublée d'un enfant de l'apparition précoce de comportement de parentification en cas de pathologie parentale avérée (par exemple : le jeune enfant qui s'agite sans arrêt pour sortir sa mère de sa dépression, ou, autre exemple, la projection dont l'enfant est l'objet par un des parents qui reconnaît en lui le trait d'un parent mort dont il n'a pu faire le deuil). Vouloir aider un jeune ayant la place d'un enfant-fonction sans prendre en compte son rôle dans la dynamique familiale peut mener à un échec ou à une catastrophe pour d'autres membres de cette famille* ».

<sup>40</sup> Selon les mots de P Kammerer.

<sup>41</sup> Winnicott (D.W.) : « *La tendance antisociale* », in Déprivation et délinquance, Payot 1994.

<sup>42</sup> Castel (R.) : « *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi* », P. 115.

<sup>43</sup> Castel (R.), Haroche (C.) : « *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi. Entretiens sur la construction de l'individu moderne* », Ed. Fayard, mars 2001.

<sup>44</sup> Tel que l'ont défini L. Boltanski et E. Chiappelo, in « *Le nouvel esprit du capitalisme* », NRF Essai, Gallimard, Octobre 1999.

<sup>45</sup> Renault (E.) : « *Mépris social, éthique et politique de la reconnaissance* », Ed. du Passant, Déc. 200.

---

## - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES-

### OUVRAGES :

- ◆ **ABDESSALEM (Y.) & coll.** : « *Violence/passage à l'acte et situation de rupture* », La Pensée Sauvage, Mars 2000.
- ◆ **BAUDRY (P.)** : « *Conflit, image du corps et rapport à la mort* », in *Souffrances et violences à l'adolescence*, ESF, 2000, p. 13-38.
- ◆ **BAUDRY (P.), BLAYA (C.), CHOQUET (M.), DEBARDIEUX (E.), POMMEREUX (X.)** in *Souffrances et violences à l'adolescence : qu'en penser ? Que faire ?*, Rapport à Claude Bartolone, Ministre délégué à la Ville, ESF Editeur, 2000.
- ◆ **CARTUYVELS (Y.)** : « *Justice des mineurs et sanctions alternatives* », Ed. Jeunesse et droit.
- ◆ **CASTEL (R.), HAROCHE (C.)** : « *Propriété privée, propriété sociale, Propriété de soi. Entretiens sur la construction de l'individu moderne* », Ed. Fuyard, Mars 2001.
- ◆ **CHIAPPELO (E.), BOLTANSKI (L.)** : « *Le nouvel esprit du capitalisme* », Gallimard, 1999.
- ◆ **CHOQUET M, LEDOUX S.** : *Attentes et comportements des adolescents*. Paris : INSERM, Montpellier : Editions espace 34, 1998.
- ◆ **CICCONE (A.)** : « *L'observation clinique* », Dunod, Octobre 2000.
- ◆ **CLANCIER (A.), KALMANOVITCH (J.)** : « *Le paradoxe de Winnicott* », In Press, 1984.
- ◆ **DELEUZE (G.) FOUCAULT (M.)** : Les éditions de minuits, Novembre, 1996.
- ◆ **ERHENBERG (A.), LOVELL (A.)** : « *La maladie mentale en mutation, psychiatrie et société* », Ed. Odile Jacob, Février 2001.
- ◆ **ERHENBERG (A.)** : « *La fatigue d'être soi, dépression et société* », Odile Jacob, 1998.
- ◆ **FUSTIER (P.)** : « *Le lien d'accompagnement entre don et contrat social* », Ed. Dunod, Paris 2000.
- ◆ **HAYEZ (J.Y.)** : « *La destructivité chez l'enfant et l'adolescent. Clinique et accompagnement* », Ed. Dunod, Mars 2001.
- ◆ **HONNETH (A.)** : « *La lutte pour la reconnaissance* », CERF, 2000.
- ◆ **HOUZEL (D.)** : « *Les enjeux de la parentalité* », ERES, 1999.
- ◆ **ION (J.)** : « *Le travail social au singulier* », Dunod, Mars 1998.
- ◆ **JEAMMET P. (sous la dir.)** : *Adolescences*. Paris : Syros / Fondation de France, 1997.
- ◆ **KAMMERER (P.)** : « *Adolescents dans la violence* », Ed. Gallemard, 2000.

- 
- ◆ **LAGRANGE (H.)** in *Reconnaissance, délinquance et violences collectives*, Revue Esprit, Oct. 2000 : « *Délinquance juvénile, droits des mineurs et violences collectives* ».
  - ◆ **LEPOUTRE (D.)** : « *Au cœur des banlieues. Codes, rites et langages* », Ed. Odile Jacob, Mars 1997.
  - ◆ **MARCELLI D., BRACONNIER A.** : *Adolescence et psychopathologie*. Paris : Masson (5<sup>ème</sup> ) édition, 2000.
  - ◆ **MARTIN (J.P.)** : « *Psychiatrie dans la ville* ». Pratiques et cliniques de terrain.
  - ◆ **PETITCLERC (J.M.)** : « *Les nouvelles délinquances des jeunes, violence urbaine et réponses éducatives* », Edition Dunod, avril 2001.
  - ◆ **ROUSSILLON (R.)** : « *Paradoxe de la représentation : le médium malléable et la pulsion d'emprise* » in *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1991, p 130-146.
  - ◆ **SALAS (D.)** : « *Le tiers pouvoir, vers une autre justice* », Pluriel, 1998.
  - ◆ **WINNICOTT (D.W.)** : « *La tendance anti-sociale* », in *Déprivation et délinquance*, PAYOT, 1994.

### **DOSSIERS/RAPPORTS :**

- ◆ **HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE.** : *La souffrance des adolescents et des jeunes adultes*. Rennes : ENSP, 2000.
- ◆ **HAUT COMITE DE SANTE PUBLIQUE.** : *Santé des enfants et des jeunes*, rapport adressé à la Conférence nationale de santé 1997 et au Parlement. Paris : HCSP, 1998.
- ◆ **PIEL (E.), ROELANDT (J.L.)** : « *De la psychiatrie vers la santé mentale* », rapport de la Mission, Juillet 2001.
- ◆ **PLAN SANTE MENTALE** : *L'usager au centre d'un dispositif à rénover*, Novembre 2001, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministre délégué à la Santé.
- ◆ **RAPPORT ORSPERE, FNARS** : « *Points de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale* », résultat de deux recherches-action, décembre 1999.

### **REVUES :**

- ◆ **AUTREMENT** : « *Souffrances, corps et âmes, épreuves partagées* », février 1994.
- ◆ **LES CAHIERS DYNAMIQUES**, Février 2000.
- ◆ **LE DEBAT** : CASTEL (R.) : « *Le Roman de la Désaffiliation* », sept./oct. 1990.
- ◆ **ESPRIT** : « *Violences par temps de paix* », déc. 1998.
- ◆ **ESPRIT** : « *Délinquance juvénile, droit des mineurs et violences collectives* », Octobre 2000.
- ◆ **PLURIELS**, La lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale : « *La Santé Mentale aux Etats-Unis* », n°22, juin 2000.
- ◆ **RHIZOME** : « *Jeunesse, le devoir d'avenir* », n°6, avril 2001.