

# L'impossible prise en charge des jeunes à la limite de l'aide à la jeunesse et de la psychiatrie

par Jacques Moriau \*

*Certaines mesures d'aide prises au profit d'adolescents en difficulté débouchent sur une multiplication d'interventions, une succession de ruptures et l'épuisement des solutions institutionnelles. En dernier recours, le jeune est alors orienté vers le secteur psychiatrique ou les institutions publiques de protection de la jeunesse. L'errance institutionnelle du jeune ne permet, évidemment, aucune amélioration de son état.*

*Le CAAJ de Bruxelles a mené une recherche visant à comprendre les causes de cet état de fait et à proposer des pistes de solution <sup>(1)</sup>.*

## Introduction

De plus en plus fréquemment, les acteurs du secteur de l'aide à la jeunesse rencontrent des jeunes <sup>(2)</sup>, au seuil de l'adolescence, pour lesquels les outils habituels d'analyse et d'action se révèlent inefficaces. Quelle que soit la décision prise – placement, suivi ambulatoire, aide à visée thérapeutique, hospitalisation, travail systémique, recours aux institutions publiques de protection de la jeunesse (IPPJ),... - sa mise en œuvre débouche systématiquement sur un échec, une rupture de la prise en charge et la recherche d'une nouvelle intervention plus adéquate.

Dans leurs témoignages, les professionnels - psychologues, psychiatres, délégués, éducateurs, juges de la jeunesse - évoquent fréquemment leur manque de maîtrise des dynamiques qui se mettent en place. Le service qui se voit confier le jeune est confronté, à plus ou moins brève échéance, à des comportements qui mettent en échec ses moyens d'actions, épuisent l'équipe et rendent impossible la poursuite de la relation. L'instabilité et la souffrance psychique du jeune, l'inadéquation de l'intervention se traduisent en effet fréquemment par une série de débordements difficilement contenables dans les cadres institutionnels : fugues, auto-mutilations, impulsivité, violences, vols, abus sexuels, toxicomanie, tentatives de suicide, etc.

L'impératif social d'intervention qui anime les professionnels ne débouche, dans ces situations, sur aucune solution durable. Pire, les comportements du jeune, aussi bien en institution qu'au dehors d'elle, s'avèrent tellement problématiques que l'on passe bien souvent d'une logique d'aide à une logique de sanction. Alors que l'entrée du jeune dans le système avait été justifiée par un souci de protection de celui-ci, les décisions d'intervention qui se succèdent finissent par s'inscrire dans une rhétorique ortho-pédagogique et sanctionnelle, voire de pure contention.

Cette difficulté de peser positivement sur le devenir de ces jeunes ouvre une série de questions. Deux interrogations principales sont au centre des préoccupations des membres du secteur. La première porte sur l'identité de ces jeunes. Qui sont-ils ? Partagent-ils des caractéristiques, une histoire communes ? Si oui, comment en parler en des termes adéquats ? Comment identifier les causes ? Leurs problèmes de comportement et d'intégration institution-

nelle et sociale relèvent-ils d'une problématique psychiatrique ou s'agit-il « simplement » d'une exacerbation passagère des pulsions adolescentes ? Assiste-t-on à l'émergence d'un nouveau type de troubles ? Si oui, comment le définir et quel remède y apporter ?

La seconde interrogation s'adresse à la pratique même des intervenants. Quel type de solutions peut-on mettre en place pour apporter une réponse aux débordements dont ces jeunes font preuve ? Faut-il réformer les méthodes de travail ? Est-il nécessaire de mettre en place de nouvelles structures ? Si oui, quelles formes devraient-elles prendre ? Faudrait-il plutôt se centrer sur l'adaptation du travail effectué par les structures existantes, en améliorant le travail en réseau par exemple ?

Fournir des propositions de réponses à ces questions suppose de comprendre comment se construit l'incapacité générale à produire une prise en charge durable et

\* Sociologue. Chercheur à l'ULB et au CAAJ de Bruxelles

(1) Cet article est le résumé de la recherche intitulée «L'ado, la crise, la vie active, la folie», menée à la Plateforme de Concertation pour la Santé Mentale en Région de Bruxelles-Capitale, sous la direction de Leo Levy et du Dr Jean-Paul Matot, pour le CAAJ de Bruxelles de novembre 2002 à décembre 2003 dans le cadre de sa mission de prévention générale.

(2) Précisons que, pour tout le reste de cet article, le terme «jeune» sera employé pour désigner les garçons comme les filles. Les problèmes exposés concernent aussi bien des jeunes hommes que des jeunes filles, même si les façons de vivre et de résoudre ces problèmes peuvent prendre des formes diverses selon l'identité sexuelle. Cette remarque vaut également pour le terme «adolescent».

## La perplexité des intervenants face à l'état de ces jeunes

réductrice des souffrances du jeune. Pour ce faire, il nous paraît primordial d'articuler plusieurs niveaux de lecture : l'évolution du cadre social et familial, les politiques publiques et la gestion des catégories administratives, les différentes pratiques institutionnelles, les conditions contemporaines de l'expérience adolescente. C'est à la rencontre de ces différents niveaux que nous proposerons notre analyse de la situation.

Nous serons ainsi particulièrement attentif à ne pas «psychologiser» le problème, dans le sens où toutes les explications seraient à trouver du côté des jeunes, de leur structuration psychique – voire de déterminants génétiques – et de leur inadéquation à toute forme de vie sociale. Nous faisons au contraire le pari que la répétition des ruptures trouve sa source dans une mise en relation de plusieurs ordres (celui du jeune, de sa famille, des institutions d'aide, de soin ou de sanction, etc.).

### Redéfinir la question

L'échec de l'intervention est une possibilité toujours présente dans le travail délicat qu'est l'accompagnement des jeunes en difficulté. Le fait que les institutions spécialisées soient mises en échec ne suffit pas à définir la question qui nous occupe. De nombreux jeunes ont, à un moment ou à un autre, fait l'objet de mesures répétées, posé problème à une institution ou même nécessité une réorientation. Dans ces cas, l'échec parle peu du jeune lui-même.

Ce qui frappe dans les situations qui sont envisagées ici, c'est la répétition de l'échec quel que soit le mode d'intervention et le type de secteur étudié. Considérée au niveau institutionnel, la succession des orientations est synonyme d'éclatement : éclatement des points d'accrochage pour le jeune, des repères éducatifs et affectifs, des méthodes de travail, des problèmes traités. La notion d'errance institutionnelle est ainsi la première façon de parler de la question qui nous occupe. Elle rend compte à la fois du parcours chaotique pour l'adolescent et de la difficulté, pour le système d'aide, à assurer une continuité entre les différentes interventions.

Une deuxième dimension, essentielle, du problème est la difficulté rencontrée par

le secteur à définir le jeune. Cette difficulté est symétrique, dans le champ symbolique, de l'impossibilité à assurer l'inscription institutionnelle du jeune.

À l'opposé du «bon» délinquant ou du «bon» psychotique<sup>(3)</sup>, les adolescents dont les trajectoires ont été analysées voient sans cesse leur statut être redéfini : caractériel, porteur de troubles du comportement, délinquant, toxicomane, à la limite de la psychiatrie, malade mental. Ils n'échappent à aucune qualification, mais ils ne s'installent dans aucune non plus. Veillant toujours à sortir des catégories que les institutions maîtrisent, le jeune est perpétuellement en dehors...

La pluralité des registres employés pour parler de ces jeunes témoigne de la perplexité des intervenants face à leur état. Elle témoigne aussi de l'incapacité de fusionner plusieurs discours professionnels pour construire un corpus composite applicable à des jeunes qui traversent les cloisonnements institutionnels<sup>(4)</sup>. Cette résistance à la classification se voyant d'ailleurs contrecarrée par la naissance d'une nouvelle catégorie - celle des biens nommés «borderline».

Ce qui est caractéristique dans ce type de situations, c'est que l'échec d'une intervention se traduit fréquemment par une requalification des états de l'adolescent et l'ouverture de nouveaux registres d'action. Cette relation entre discours et intervention institutionnelle est centrale. La difficulté d'identification que les institutions affrontent quand elles sont aux prises avec ces adolescents se répercute directement dans les conditions pratiques de prise en charge. Les façons de faire développées et éprouvées pour des jeunes à propos desquels une connaissance solide a été élaborée se révèlent inadéquates pour les adolescents qui nous occupent. Au manque de définition répond un manque de

pratiques. De ce point de vue, les jeunes sont autant des *incasables* – dans la description à la fois cognitive et institutionnelle classique – que des *intraitables* – par les moyens de cure habituels.

Enfin, une troisième dimension réside dans la multiplicité des problèmes dans lesquels est pris le jeune et auxquels les intervenants tentent de trouver des solutions. Même si la souffrance et l'instabilité du comportement sont les traits les plus marquants, le suivi mis en place vise également à pallier une série de déficits et à restaurer une série de compétences. L'action des professionnels aura ainsi comme horizon autant de contrer le décrochage scolaire que de renouer des liens familiaux ou de préparer à l'autonomie. L'étendue et la profondeur des problèmes rendent néanmoins très difficile une action coordonnée sur tous les axes. On peut aussi présenter la question d'une troisième façon en parlant de *jeunes en difficultés multiples*.

### Une option méthodologique : l'étude des trajectoires

La dimension temporelle est au cœur des problèmes que posent ces jeunes au système institutionnel. C'est la répétition de l'échec et l'aggravation de la situation qu'il faut comprendre. C'est donc la relation entre le jeune et les différents intervenants qui s'impose comme le lieu d'observation idoine. La difficulté de prise en charge prend sa source dans le complexe de relations subtiles qui se nouent entre chaque adolescent et les différents acteurs institutionnels qu'il rencontre mais, également, entre les institutions elles-mêmes. L'offre des services conditionne grandement la trajectoire des usagers. C'est en fonction des directions offertes par l'existant institutionnel que peut se construire la *carrière*<sup>(5)</sup> de l'adolescent difficile. La

(3) Voir par exemple Francis Martens, «Comment être fou dans les règles ?», La revue nouvelle, février 2002, pp. 44-49.

(4) Dans son remarquable travail de terrain, Patrick Declercq émet exactement le même constat à propos de cette autre catégorie d'«innommables» que sont les clochards : «D'emblée, on se heurte à une carence langagière. Clochards ? Nouveaux pauvres ? SDF ? Errants ? Zonards ? Exclus ? ... Les mots, nombreux et tous aussi insatisfaisants les uns que les autres, masquent et révèlent à la fois que ces sujets ne peuvent être nommés. Littéralement «innommables», ils échappent par là même à toute tentative d'appréhension claire, car la pensée a besoin de définir, de s'appuyer sur un objet stable et identifiable».

Patrick Declercq, Les naufragés, Paris, Plon, coll. Terre Humaine, 2001, p. 285.

(5) Par carrière, il faut entendre la suite de passages réalisés par un individu entre diverses positions possibles au sein d'un espace de positions, voir Howard Becker, Outsiders, Paris, Métailié, 1985.

## Nous avons opté pour une démarche d'enquête, démarche qualitative et non quantitative

mobilité d'une position à l'autre dépendant autant de la structure du système (de l'ensemble des règles qui l'organise par exemple) que des désirs de l'individu.

Schématiquement, trois perspectives d'analyse s'offrent à nous : soit les jeunes qui entrent dans le filet tressé par les intervenants sont porteurs de caractéristiques propres à leur personnalité, ils présentent un fonctionnement psychique spécifique et c'est pour cela qu'ils entrent dans le filet; soit ce sont les contours du filet eux-mêmes qui spécifient les jeunes qui s'y retrouvent pris; soit on postule que le mineur, entré dans le circuit sans caractéristiques psychologiques particulièrement inquiétantes, est soumis à de telles expériences pendant, et entre, ses séjours en institutions que son état psychique se dégrade et ne permet plus sa prise en charge dans les structures «classiques» de l'aide à la jeunesse.

Dans le premier cas, l'explication *internaliste* du comportement du jeune se construira autour du registre de sa personnalité : traumatismes affectifs, déficits relationnels, manque de résistance à la frustration, sentiment de toute-puissance, carences éducatives. L'action de remédiation se centrera donc sur les déterminants internes du comportement du jeune via diverses interventions à but thérapeutique.

À l'opposé d'une réflexion ancrée dans un questionnement sur le caractère interne du trouble, on trouve les explications *externalistes*. Elles peuvent être de plusieurs ordres mais elles ont en commun de faire porter l'interrogation sur la relation entre le jeune, la qualification de son comportement et la réaction des institutions. Ce n'est pas une analyse en terme de personnalité qui est proposée mais en terme de construction d'un système qui produit lui-même le matériau qu'il entend traiter<sup>(6)</sup>.

Enfin, la vision *dynamique* aura à cœur de prendre en compte autant les comportements et les faits commis par le jeune que l'évolution des réponses institutionnelles apportées ainsi que l'emballage de cette relation.

En ce qui nous concerne, si l'on tentera bien de repérer comment chacun de ces principes d'explication est ou non mis en

œuvre par les différents intervenants, nous tenterons de rester fidèle au programme présenté en introduction et de considérer l'errance institutionnelle comme le produit conjoint de l'action du mineur et des institutions qu'il fréquente. Par cette position nous entendons respecter la positivité des faits commis par le jeune tout comme celle des pratiques propres à chaque secteur, voire à chaque institution.

Suivre l'hypothèse dynamique d'explication de la difficulté des prises en charge nécessite d'obtenir un maximum d'informations sur la façon dont se répondent l'évolution du jeune et le travail des intervenants. Dans ce but, nous avons choisi une démarche d'enquête qui permet de centrer son attention sur la relation aidé/aidant.

Le caractère flou, fuyant, de l'objet de cette recherche n'autorisait certainement pas à avoir recours à des outils de traitement statistique et aux outils méthodologiques qui les accompagnent (questionnaires fermés, tirage d'échantillons représentatifs, etc.). Nous avons donc opté pour une démarche qualitative et non quantitative. Dans un contexte où la définition même des entités en cause fait problème, il est essentiel d'accéder au travail de construction du sens des situations fourni par les différents intervenants. Ce qui nous importe est la diversité des discours et des points de vue sur la prise en charge, indépendamment de la véracité et de l'objectivité de ces discours.

La représentativité du discours, et par là son caractère généralisable, tient à deux critères particuliers : la diversification et la saturation. La *diversification* signifie qu'il s'agit de rencontrer des intervenants qui occupent des positions très différentes, et repérables, dans l'espace de la prise en charge. On peut ainsi raisonnablement s'attendre à recueillir des discours très différents en fonction d'un certain nombre de variables (discipline de référence, secteur d'appartenance, mode d'intervention, type d'institution, etc.). La *saturation* signifie que le caractère généralisable des informations recueillies peut se mesurer à leur degré de répétition. Une fois que le

même contenu apparaît de façon répétée, on peut considérer qu'une partie très importante de l'information a été acquise et qu'il n'est plus nécessaire de chercher de nouveaux interlocuteurs.

La sélection des situations est, en elle-même, un enjeu. Nous n'avons pas voulu parier sur une unité *a priori* des situations retenues. Néanmoins, en concertation avec le comité d'accompagnement qui a supervisé la recherche, nous avons convenu d'un minimum de convergences pour retenir les cas.

Quatre critères ont été choisis pour discriminer les situations :

- le jeune devait avoir été en contact avec des représentants de tous les secteurs de l'aide à la jeunesse au sens large : secteur socio-éducatif, secteur médical, secteur judiciaire,
- le jeune devait avoir une trajectoire institutionnelle «difficile», ce qui signifiait à la fois que le traitement de la situation avait mobilisé un nombre important d'intervenants différents (de l'ordre de la dizaine au moins) et qu'une grande proportion de ces interventions s'étaient soldées par un échec (représenté par la rupture de la prise en charge ou le renvoi définitif vers un autre intervenant jugé plus adapté),
- le jeune concerné devait avoir entre 12 et 18 ans au moment du développement de cette situation difficile (ce qui marque le caractère «adolescent» de la problématique),
- la qualification du (des) problème(s) dont souffrait le jeune était en elle-même problématique. Le jeune était à la limite des différents secteurs sans qu'il n'y ait consensus sur ce qu'était la question à résoudre.

En outre, il fut convenu avec le comité d'accompagnement que les situations devaient être apaisées afin que le travail d'enquête réalisé n'interfère pas avec le travail d'intervention et ne puisse être interprété comme une tentative déguisée de supervision.

(6) On reconnaîtra ici les théories de l'étiquetage. Voir par exemple Lode Walgrave, *Délinquance systématisée des jeunes et vulnérabilité sociétale*, Genève, Méridiens Klincksieck, 1992 ou, dans un autre registre, François Sicot, *Maladie mentale et pauvreté*, Paris, L'Harmattan, 2001.

# Par quel processus le système d'aide contribue-t-il à produire des «jeunes difficiles» ?

Le recueil des données s'est basé sur deux sources principales : la lecture des dossiers établis par les différentes institutions - principalement les dossiers judiciaires et médicaux - et l'entretien de type semi-directif avec, au sein de chaque institution, la rencontre d'au moins un intervenant qui a été particulièrement concerné par la situation choisie. Il faut préciser que la position hiérarchique de l'intervenant n'était pas un critère de choix, seule l'existence d'un lien direct avec la situation envisagée était retenue comme critère pertinent.

L'absence de la parole du jeune et de sa famille dans notre analyse est évidemment criante si nous prétendons nous intéresser au rapport entre ce jeune et les institutions qui en ont la charge. On pourrait évoquer plusieurs raisons légitimes comme le choix de départ des commanditaires, la volonté de ne pas perturber le jeune, les difficultés pratiques et éthiques liées à la récolte de cette parole, l'intérêt de se pencher du côté des institutions, le manque de temps, ... On peut déplorer cette absence. Ajoutons simplement que la seule prise en compte de la parole des intervenants ne nous empêche pas de porter un regard critique sur cette unique source. Ces données ne doivent pas être considérées comme valides en elles-mêmes, elles doivent plutôt être vues comme quelques facettes d'une question qui devront être complétées par le discours des jeunes et de leurs familles.

Reprenons. Des jeunes, qu'il reste à identifier, entrent dans le système de l'aide à la jeunesse. À l'adolescence, leur comportement dans et hors des institutions devient tellement problématique que le secteur tout entier (aide à la jeunesse, psychiatrie, judiciaire) épuise ses ressources sans pouvoir offrir au jeune un lieu et une aide qui lui permettent de poursuivre sa construction identitaire selon une évolution «normale». Au niveau institutionnel, la lecture des problèmes que vit le jeune est équivoque : les intervenants socio-éducatifs et judiciaires y voient les signes de la présence d'un trouble d'ordre psychiatrique; le monde médical refuse, le plus souvent, de cautionner une telle interprétation. En pratique, le jeune se voit balotter d'institution en institution, de secteur en secteur jusqu'à sa majorité légale.

La question centrale ne porte cependant pas sur la «réalité» de l'existence du trouble psychiatrique. Hors des cadres que pose une approche essentialiste <sup>(7)</sup> de l'anormalité, il s'agit tout au contraire de comprendre comment se crée dans la relation entre le jeune et le dispositif institutionnel au sens large une trajectoire faite de qualifications, de soins et de ruptures successifs qui, dans une certaine mesure, concourt à la dégradation de la situation jusqu'à l'apparition de troubles.

La question qui nous occupe peut donc se poser de la façon suivante : par quel processus le système d'aide contribue-t-il à produire des «jeunes difficiles» ?

## 1. - Les situations limites, quelques éléments de compréhension

À chaque époque, se fabrique dans un même mouvement les formes de la déviance et les outils nécessaires à son administration. Notre type de société industrielle, voire postindustrielle pour son organisation économique, et démocratique pour ce qui est de son fonctionnement politique réfère les actes déviants à deux grandes catégories : la criminalité et la folie. L'idée de crime renvoie à la transgression volontaire des interdictions établies par la loi, celle de folie renvoie à l'incapacité prononcée que connaissent certaines personnes à intégrer les normes de conduite dans leur vie quotidienne. Chacune de ces situations reçoit une réponse sociale particulière mobilisant des corpus de connaissances distincts, des professionnels spécialisés, des institutions différentes, des visées normatives spécifiques. Il s'agit de mettre en lumière, d'une part les processus d'interprétation qui mènent à la formation de ces catégories -

soit les façons dont des opérations d'attribution de sens permettent de transformer un fait en objet pénal ou médical - et, d'autre part, les politiques mises en place pour traiter les individus qui relèvent de ces catégories.

### État social actif et société de contrôle

Au niveau général des formes de la vie sociale, la montée des valeurs néo-libérales, au premier rang desquelles se place l'individualisme, va influencer toute la fin du XX<sup>ème</sup> siècle. «Une nouvelle moralité est en voie de développement dont les mots-clefs sont insertion, contrat, activation, responsabilité. Elle correspond à une mutation des politiques sociales face à la persistance de la crise de l'emploi, mais aussi face à une réactivation des idéaux d'autonomie individuelle dans le contexte d'une société post-industrielle. Appuyé par les dispositifs de réinsertion, il devient de plus en plus difficile de distinguer soins thérapeutiques et aide sociale : c'est une même sémantique qui désormais enveloppe les deux champs.

Concrètement, il s'agit d'individualiser les offres sociales de manière à obtenir une attitude active de l'individu face au malheur et à lutter contre sa «désocialisation». Demander, s'activer et se socialiser : ces trois impératifs redéfinissent le rôle de l'assisté (du patient); en contrepartie, celui de l'assistant (du thérapeute) se décline dans le vocabulaire de l'accompagnement» <sup>(8)</sup>.

Nombreux sont les auteurs <sup>(9)</sup> qui émettent l'idée que nous traversons les derniers soubresauts de l'agonie de la société disciplinaire. Les institutions qui la concrétisent sont en crise et les multiples réformes en cours - celle, engagée depuis 20 ans maintenant, de l'école, celle du droit de la famille, celle des usines à travers les multiples restructurations, ... - ne parviendront pas à les sauver. Elles sont plutôt le signe d'une nouvelle transformation de

(7) Par «essentialiste», il faut entendre une approche de l'anormalité qui reposerait toute entière sur des référents «naturels». Dans ce sens, l'anormalité n'est pas le résultat d'un processus de qualification mais un état.

(8) Jean De Munck, dir. Santé mentale et citoyenneté. Les mutations d'un champ de l'action publique, rapport de recherche, SSTC, 2003, p. 38.

(9) Gilles Deleuze, «Post-scriptum sur les sociétés de contrôle», in Pourparlers, Paris, Minuit, 1990; Michel de Certeau, Histoire et psychanalyse, Paris, Gallimard, 1987; Michael Hardt et Antonio Negri, Empire, Paris, Exils, 2000; Philippe Zarifian, Travail, modulation et puissance d'action, 2003, à paraître.

## Des institutions encore structurées pour travailler avec des identités d'un autre temps

L'organisation sociale, de la naissance d'un autre principe organisateur. Gilles Deleuze propose de parler de *société de contrôle* pour identifier les changements en cours. C'est le principe de l'enfermement lui-même – dans un lieu mais aussi dans une identité – qui est en crise. Au centre des modifications, on trouve une tendance forte à l'ouverture des formes institutionnelles : éclatement de la famille et dissolution de l'emprise paternelle, expansion des systèmes de soins à domicile, des suivis ambulatoires, contrôle des délinquants dans leur lieu de vie (par exemple via des procédés de surveillance électronique), entreprises virtuelles s'articulant sur le mode du réseau, ... Un principe relie tous ces nouveaux dispositifs : la modulation. On ne regroupe plus les hommes en un lieu pour en faire un *corps* fonctionnel, on place chaque homme, isolé, en position de donner le maximum de ce qu'il peut tirer de lui-même. Ce processus de modulation, on le retrouve à l'œuvre dans l'effondrement de tous les montages institutionnels du siècle passé.

Cette transformation, si l'on conserve un point de vue foucauldien<sup>(10)</sup>, se concrétise dans une série de micro-techniques bien différentes des techniques disciplinaires. L'attention aux capacités et aux spécificités individuelles atteint un maximum. Chaque position particulière se négocie et fait l'objet d'un traitement différencié. Que ce soit au niveau du donneur d'ordre ou à celui de l'exécutant, l'enjeu est le même : définir une position négociée, individualisante, cadrante, qui isole des objectifs sans préciser les façons de les atteindre. Le dressage uniforme, l'exercice partagé sont abandonnés au profit d'une modulation généralisée du temps, de l'espace, de l'activité. Les nouvelles technologies de l'information et de la communication fournissent les moyens techniques nécessaires à cette forme d'organisation sociale : à la fois possibilité quasi illimitée de mise en relation, de constitution instantanée et éphémère de communautés et nouveau panoptisme, fantastique outil de surveillance, de traçage des individus, de gestion de l'accès.

Ce contrôle discret<sup>(11)</sup> implique également une modification importante des comportements individuels. Principalement, il exige des individus qu'ils exercent une

autodiscipline sur leur propre engagement, chacun devient ainsi acteur de son propre enfermement. Les vulnérabilités psychiques s'articulent sur ce nouveau mode de sociabilité. Le soi se vit moins comme une substance que comme une capacité d'adaptation. En conséquence, la vulnérabilité est moins du côté de l'altération du soi que de la réduction des habilités et des capacités et la thérapie vise moins à réconcilier le sujet avec lui-même qu'à restaurer les capacités de construction de soi.

C'est dans ce contexte très général que s'inscrivent les évolutions qui marquent la gestion contemporaine de la déviance. On peut ainsi faire correspondre à l'avènement d'une société de contrôle, l'apparition de certaines tendances : la désinstitutionnalisation et l'importance de la notion de projet dans le champ du travail thérapeutique comme dans celui de l'aide à la jeunesse, la personnalisation du traitement et l'augmentation du recours aux peines alternatives dans le champ pénal. Les agences sociales de traitement de la délinquance reconfigurent leurs pratiques dans le sens d'une plus grande individualisation. Une série d'acteurs périphériques s'associent au suivi du jeune qui, s'il n'est plus physiquement enfermé, se retrouve au centre d'un réseau d'institutions qui, chacune, gère une partie de la situation problématique. À «*l'acquiescement apparent des sociétés disciplinaires entre deux enfermements (succède) l'attermoisement illimité des sociétés de contrôle en variation continue*»<sup>(12)</sup>. Pour les individus les moins armés naît de ce processus de désaffiliation une véritable *insécurité sociale*<sup>(13)</sup>.

La question même de la déviance se voit posée à nouveaux frais. Comment faire la part entre particularité individuelle et écart à la norme<sup>(14)</sup> ? La maladie mentale, le trouble doivent-ils encore être nécessairement considérés comme une forme

de déviance ? L'écart à la norme doit-il obligatoirement être traité socialement comme un comportement criminel ? On connaît le flou qui envahit aujourd'hui les esprits à propos de ces questions. Devant cette réorganisation générale des conditions de la cohésion sociale, les agences de contrôle se voient amenées à traiter, au cas par cas, les questions collectives que sont l'instauration des institutions et le respect des limites. Dans ce cadre, l'apparition des jeunes difficiles en tant que nouvelles «*subjectivités*» peut être perçue comme une illustration, parmi d'autres, de cette nouvelle identité.

À un niveau d'analyse macro – au sens de la prise en compte de l'ensemble de la société comme lieu d'observation mais aussi d'une observation qui se place dans le temps de l'histoire plus que dans l'imédiateté – nous assistons sans doute, en direct, au travail, douloureux, de recherche d'adéquation entre des subjectivités nouvelles, nées de conditions socio-économico-culturelles présentes et d'institutions encore structurées pour travailler avec des identités d'un autre temps<sup>(15)</sup>.

### Les situations difficiles : tentative de description

Un des enjeux de ce travail est de produire un regard neuf sur les situations considérées comme problématiques par les différents intervenants. Il serait dès lors contre-productif de reprendre à notre compte les interprétations fournies par l'une ou l'autre grille d'analyse (psychologique, médicale, sociale, ...) et de fournir comme acquises des qualifications qui font problème pour les autres intervenants. Les adolescents dont la trajectoire institutionnelle a nourri le texte qui suit n'ont, au moment présent, rien d'autre en commun que de poser problème aux mêmes types de dispositifs institutionnels. Leur similarité n'est pas dans les symptômes

(10) Michel Foucault, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.

(11) *Au double sens qu'il sait se faire oublier et qu'il ne se rappelle à vous que périodiquement (et non pas de façon continue).*

(12) Gilles Deleuze, «*Post-scriptum sur les sociétés de contrôle*», in *Pourparlers*, Paris, Minuit, 1990, p. 243.

(13) Robert Castel, *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?*, Paris, Seuil, 2003.

(14) *Pour une approche générale de la question*, voir Jean De Munck et Marie Verhoeven, *Les mutations du rapport à la norme*, De Boeck, Bruxelles, 1997.

(15) *C'est ce à quoi se réfère, dans d'autres termes, Jean-Pierre Lebrun quand il parle d'acte de décès de la société hiérarchique. Voir Jean-Pierre Lebrun, Les désarrois nouveaux du sujet, Ramonville Saint-Agne, Erès, 2001.*

## L'histoire affective de ces enfants est marquée par la séparation, la carence voire l'abandon

dont ils pourraient être porteurs ni dans leurs origines sociales, elle est dans le type d'interaction qu'ils entretiennent avec l'ordre socio-psycho-médico-judiciaire.

Un élément essentiel de la théorie sociologique mobilisée pour proposer une lecture de ces problèmes récurrents de prise en charge est de considérer «*que les groupes sociaux créent la déviance en instituant des normes dont la transgression constitue la déviance, en appliquant ces normes à certains individus et en les étiquetant comme des déviants. De ce point de vue, la déviance n'est pas une qualité de l'acte commis par une personne, mais plutôt une conséquence de l'application, par les autres, de normes et de sanctions à un «transgresseur». Le déviant est celui auquel cette étiquette a été appliquée avec succès et le comportement déviant est celui auquel la collectivité attache cette étiquette.*

(...) *Qu'y a-t-il donc de commun à tous ceux qui sont rangés sous l'étiquette de déviant ? Ils partagent au moins cette qualification, ainsi que l'expérience d'être étiqueté comme étranger au groupe. Cette identité fondamentale sera le point de départ de mon analyse : je considérerai la déviance comme le produit d'une transaction effectuée entre un groupe social et un individu qui, aux yeux du groupe, a transgressé une norme. Je m'intéresserai moins aux caractéristiques personnelles et sociales des déviants qu'au processus au terme duquel ils sont considérés comme étrangers au groupe* <sup>(16)</sup>.

La même démarche peut s'appliquer à notre problème. Si l'on remplace l'adjectif «*déviant*» par «*difficile*», on peut également considérer cette qualification comme «*le produit d'une transaction*», comme la propriété, non d'un comportement, mais de l'interaction entre le jeune qui commet certains actes et ceux qui réagissent à ces actes. En ce sens, ce sont bien des situations, impliquant nombre de parties, qui sont nos unités d'observation et non des individus.

Il n'est donc pas question ici de spécifier un type d'adolescent mais une situation-type. Ce sont les situations qui ont été construites en relation avec les différentes institutions et les différents acteurs qui y circulent qu'il faut comparer. À partir de ces situations, il sera alors peut-être possible de relever un certain nombre de points communs.

Plusieurs traits représentatifs peuvent d'ores et déjà être pointés :

### La discontinuité et la durée

Une situation difficile naît de la succession et de la répétition des interventions, mais surtout de la vitesse à laquelle ces interventions se succèdent. À partir d'un certain moment, la situation ne semble plus pouvoir aller vers une stabilisation : les mini-ruptures sont continues, les séjours en institution dépassent rarement six mois, les fugues et les faits qualifiés infraction scandent la trajectoire du jeune.

Aux yeux des intervenants, le caractère «*limite*» de la prise en charge se construit en fait peu à peu. Certains épisodes font seuil et marquent le moment où le jeune change de statut.

### L'adolescence

Tout se passe comme si le passage à l'adolescence fonctionnait comme premier repère des situations limites. Non seulement au sens où le jeune est pris dans une étape particulière, et particulièrement délicate, de sa construction identitaire, mais aussi au sens où les institutions qui travaillent avec lui modifient considérablement leurs attentes et leurs réactions à son égard. La notion de responsabilité est alors souvent invoquée pour justifier le fait que certains comportements deviennent cause d'inquiétude, de sanctions, voire de renvoi. L'âge adolescent, qui débute conventionnellement à 12 ans, ouvre la possibilité de penser autrement le comportement du jeune et de poser des actes différents en réaction. Cette possibilité se voit par ailleurs garantie par une série de mesures administratives comme, par exemple, l'ouverture à ces jeunes des institutions de protection de la jeunesse.

### La multiplicité des intervenants

Corrélat évident de la discontinuité, la situation limite se caractérise également

par le grand nombre d'intervenants impliqués dans le suivi du jeune.

### L'absence de consensus

Le nombre élevé d'intervenants renvoie également au caractère inclassable de la situation. Le jeune épuise les solutions, traverse les secteurs, accumule les échecs. Le recours à la psychiatrie (et son échec fréquent) est néanmoins une constante.

### Des situations de carences et de détresses multiples

Les jeunes en situation limite accumulent les désavantages. Leur entrée précoce dans le monde de l'aide à la jeunesse est très souvent due à leur origine sociale. Issus de familles situées au plus bas de l'échelle socio-économique, ils ont été l'objet de mesures de placement <sup>(17)</sup> à un très jeune âge, que ce soit par mesure de protection, suite à la déchéance de leurs parents ou aux difficultés que ceux-ci connaissent à l'époque. Cette première rupture dans leur parcours de vie est d'autant plus difficile à gérer que les parents sont eux-mêmes dans une situation très précarisée : ils ne disposent que de peu, voire pas, de ressources scolaires et sociales, ils occupent des emplois peu rémunérés et, le plus souvent, subsistent grâce à des revenus de remplacement (chômage, revenu d'insertion, allocations diverses), ils ont connu, eux aussi, le placement et/ou des épisodes familiaux douloureux...

L'histoire affective de ces enfants est marquée par la séparation, la carence voire l'abandon. Le parcours scolaire est évidemment des plus erratiques. Les accrocs se sont multipliés : redoublement, fréquentation de l'enseignement spécial, souvent d'un IMP.

### Des comportements hors-normes qui font signes

Les différents intervenants se montrent particulièrement alarmés par une série de comportements. La violence <sup>(18)</sup> dont

(16) Howard Becker, op. cit., pp. 32-33.

(17) Voir à ce propos Carroll Tange, Le placement des enfants : une bienveillance à risque, Bruxelles, De Boeck, 2003.

(18) Voir Carla Nagels, «La violence : un concept ambigu...», Bruxelles Santé, n° spécial 2002 Violence et adolescents, pp. 26-36.

# La difficulté de remettre en cause la décision de placement aboutit souvent à un repli des parents

font preuve les jeunes envers eux-mêmes (les tentatives de suicide et l'automutilation notamment) ou envers les autres est souvent l'occasion d'une réorientation. Les actes de délinquance et la toxicomanie, fréquente, sont d'autres problèmes qui structurent la vision qu'ont les institutions de ces adolescents et l'éventail de possibilités qui leurs sont ouvertes dans leur parcours institutionnel.

## La souffrance psychique

De nombreux intervenants insistent sur la présence de *troubles* d'ordre psychologique chez les adolescents en situation difficile. La spécification de ces troubles reste complexe et sujette à caution. Notons simplement qu'une série de signes (consommation de toxiques, violence sur soi-même, etc.) sont considérés par les différents intervenants comme de bons indicateurs de leur présence.

## Le refus de l'aide, l'impossibilité du contrat

Enfin, ces situations sont également marquées par l'incompatibilité entre les formes d'adhésion demandées par les différents services - aide acceptée, expression d'une demande, construction d'un projet personnel - et l'attitude des jeunes fortement réfractaires à tout travail structuré et à long terme.

Voilà, en quelques mots, un essai de description des situations limites. Il n'a d'autre but que de fournir une représentation, un objet commun minimum avec lequel travailler. Des points relevés plus haut on peut tirer un premier enseignement : les situations limites peuvent se référer autant à des interprétations socio-économiques que psychologiques, voire psychiatriques. Mais se contenter d'un seul de ces référents reviendrait à réduire le sens et la spécificité de ces situations. C'est la singularité du mélange qu'il faut garder à l'esprit. Cette singularité renvoie à des causes multi-factorielles : des exclusions et des carences économiques, sociales, familiales, affectives et culturelles, mais aussi des manifestations pathologiques (tentative de suicide, polytoxicomanies, état dépressif).

## 2. - Une trajectoire type

### Une origine indécidable

Il est malaisé de déceler une façon unique d'entrer dans la «*carrière*» de jeune difficile. Comme nous l'avons évoqué précédemment, la situation difficile se construit dans la durée. Il ne s'agit pas tant de franchir telle ou telle porte pour être qualifié de «*borderline*» ou d'état-limite que d'accumuler une série d'expériences jusqu'à voir son statut modifié.

C'est la notion d'effet de seuil qui décrit le mieux la naissance du jeune difficile. L'usage de cette notion ne peut pas être détaché du processus de qualification qui est engagé par les intervenants. Dès les premiers moments de sa trajectoire adolescente, on assiste à la construction, à plusieurs, d'un véritable «*récit*». Les quelques années de vie du jeune sont ramassées, résumées, les épisodes saillants sont repérés et mis en exergue, des chaînes de causalité apparaissent, des comportements deviennent des symptômes, la situation est évaluée, comparée et rapprochée d'une série d'autres interventions mémorables. Peu à peu l'identité du cas se forme.

Cette description ne vaut, évidemment, que dans un mouvement rétrospectif. L'entrée dans l'état de «*jeune difficile*» coïncide rarement avec l'entrée au sens physique dans les institutions de l'aide à la jeunesse. Le plus souvent le jeune a subi un placement en institution dès sa petite enfance. À ce moment il est rarement question de problèmes d'ordre psychiatrique ou de difficulté de prise en charge.

Cependant, si aucun critère ne permet encore de discriminer les situations, la décision de placement elle-même constitue la première étape du repérage social. Appliquée de façon différenciée selon l'origine sociale des familles et l'âge des

enfants concernés, la première décision de placement joue un rôle de filtre déjà déterminant. Motivée le plus souvent pour des raisons de protection de l'enfant, la mesure de placement sera d'autant plus rapidement prise que les familles sont repérées comme pauvres et marginales par les intervenants sociaux. «*Les arguments les plus fréquemment évoqués, centrés surtout sur les parents, paraissent ainsi être la négligence des parents (ou, variante inverse, la surprotection), leur caractère de parents inadéquats, non structurants, mais surtout instables*»<sup>(19)</sup>.

Les critères de placement portent sur des faits mais aussi sur une évaluation générale de la famille qui surdétermine l'interprétation de ceux-ci<sup>(20)</sup>. Les caractéristiques socio-économiques, révélatrices des capacités d'adaptation et d'évolution des parents, apparaissent comme centrales dans les choix posés. Ces critères ont d'autant plus d'importance que ce sont déjà eux qui ont joués dans le fait que la famille soit soumise à l'attention des acteurs sociaux puisque identifiée «*à risque*». Des composantes psychoaffectives s'ajoutent au tableau. Les parents, essentiellement la mère puisque l'absence du père est une autre donnée récurrente, sont décrits comme profondément déstructurés.

Débutent ainsi une carrière d'enfant placé qui n'est évidemment pas sans conséquences sur la suite du parcours du jeune.

Au niveau de la famille, le constat d'incompétence et d'instabilité qui colle aux parents rend délicate toute décision quant au retour de l'enfant. On peut observer, après la première mesure, la mise en place d'une lecture de la situation familiale qui a tendance à décrire tous les événements comme conformes au pronostic négatif posé à l'entame de la situation. La difficulté de remettre en cause la décision de placement aboutit souvent à un repli des parents qui ne fait que confirmer le désintéret pour leur enfant aux yeux des intervenants.

(19) Carrol Tange, «*Le placement comme expédient d'un système*», Journal du droit des jeunes, n°196, juin 2000, p. 19.

(20) Il y aurait d'ailleurs avantage à se pencher sur la façon dont les familles des milieux les plus défavorisés gèrent leur intimité. Les comptes-rendus des intervenants indiquent qu'elles ont souvent tendance à «*déballer*» leur vie à qui veut l'entendre. L'exposition de morceaux de vie intime comme le simple fait de les exposer ne peut qu'ajouter à leur stigmatisation.

## Le retour débouche fréquemment sur une nouvelle crise relationnelle au sein de la famille

Remarquons néanmoins que les faits qui déclenchent la procédure de placement sont souvent à grande portée traumatique pour l'enfant concerné : violences conjugales ou vis-à-vis des enfants, violences à caractère sexuel, abandon, difficultés psychologiques vécues par les parents, etc. le tout dans un contexte caractérisé par un manque flagrant de ressources. C'est à cette aune que la mesure de placement doit aussi être évaluée. Il n'empêche que celle-ci marque le début d'une trajectoire sur laquelle peu d'efforts vont porter pour l'infléchir ou la stopper.

### Une attention soutenue

Au niveau du jeune, l'entrée dans le giron de l'aide à la jeunesse le soumet à une visibilité institutionnelle continue. La vie en institution s'organise en effet selon des principes particuliers : application de règles de type disciplinaire liées à la vie en groupe et observation constante des comportements.

Dans ce contexte, faire un pas de côté s'avère plus délicat qu'au sein d'un environnement familial. Les suivis sociaux, éducatifs, psychologiques sont consignés dans des rapports; la parole sur le jeune circule dans le cercle des intervenants; une mémoire de son évolution se constitue et peut être mobilisée à tout moment. D'un point de vue extérieur, on peut dire que s'installe une «*technicisation*» du développement du jeune.

La surveillance généralisée à laquelle est soumis le jeune peut se révéler inoffensive tout au long de l'enfance même si certains comportements (irritabilité, impulsivité, difficulté d'intégration scolaire ou dans le groupe) sont, relativement tôt, considérés comme les signes d'instabilité.

L'irruption des pulsions adolescentes complique singulièrement la relation jeune-institution d'hébergement.

### Un premier moment charnière : la puberté

Les modifications psychiques et physiques que connaissent tous les enfants aux environs de leur douzième année donnent lieu à de nombreux bouleversements dans le suivi institutionnel des jeunes placés.

Trois effets, au moins, se conjuguent :

- 1° le changement de comportement du jeune qui entre dans l'instabilité propre à l'adolescence, qui commence à tester les limites posées par les adultes et qui doit gérer ses pulsions sexuelles;
- 2° la structure de l'offre de service qui s'organise fréquemment sur la séparation entre une population d'enfants et une autre d'adolescents, ce qui oblige à orienter le jeune vers un nouveau lieu d'hébergement;
- 3° la modification du regard porté sur le jeune avec son entrée dans la catégorie des 12-18 ans, ce qui, aux yeux des intervenants, le dote d'une responsabilité accrue.

La puberté est donc fréquemment l'occasion de reconsidérer la mesure de placement qui a couru jusqu'alors. Le principe de stabilité qui présidait à la recherche d'un hébergement à long terme se voit remis en cause par le refus de nombreuses institutions de continuer l'accompagnement du jeune au-delà de ses 12 ans. Les mandants, confrontés à la charge de trouver un nouveau lieu d'accueil, évoquent à nouveau la perspective d'un retour en famille.

Avec l'adolescence, on approche du début de la spirale propre aux situations difficiles. L'obligation de devoir repenser les mesures ouvre la porte à une série de faits déclencheurs :

### - le retour en famille

L'absence d'alternative de placement, la demande insistante du jeune ou l'espoir de pouvoir réussir une réinsertion aboutissent souvent à un retour en famille.

Il faut d'ailleurs faire preuve de beaucoup de nuances quant à l'utilisation de ce terme; en fait de famille, il s'agit le plus souvent d'un des deux parents, en général la mère.

Au moment du retour, les liens entre l'enfant et sa famille sont relativement distendus. De nombreuses difficultés matérielles, organisationnelles et relationnelles ont empêché des retours en week-end suivis, le travail thérapeutique familial s'est déroulé de façon erratique, le ou les

parents sont eux-mêmes pris dans des situations très difficiles et très peu porteuses d'améliorations futures.

Le retour débouche fréquemment sur une nouvelle crise relationnelle au sein de la famille. Soit le jeune commet un fait qui remobilise les différentes instances qui en ont la charge, soit le ou les parents se sentent vite dépassés par le comportement de leur enfant et se retournent vers les intervenants déjà engagés dans la situation (S.A.J., Juge, services sociaux). Le jeune est alors réorienté vers une nouvelle institution. L'objectif d'un retour en famille définitif s'éloigne un peu plus encore à la lumière de cette expérience ratée.

### - le changement d'institution : l'entrée en IMP

L'âge de 12 ans est une limite. De nombreuses institutions refusent de garder les enfants au-delà de celle-ci. La réorientation a alors une cause exclusivement administrative. Parfois, elle se double, de façon explicite ou non, d'une réaction aux premières transgressions (violence, fugues) qu'a commises l'adolescent. À l'approche de l'adolescence, les débordements du jeune ne semblent plus pouvoir être gérés de façon purement éducative.

La réorientation s'inscrit dans une réévaluation générale de la situation. C'est le moment des premiers constats de troubles, des premières demandes d'évaluation psychiatriques, du début de la «*médicalisation*» de la situation.

La structure de l'offre de prise en charge pour les jeunes de plus de douze ans prend aussi toute son importance. Le cumul, dans le chef des jeunes, de déficits scolaires et de comportements problématiques aboutit, de façon récurrente, à une orientation en institut médico-pédagogique<sup>(21)</sup> (catégorie 140).

Cette orientation est d'autant plus inéluctable que, suite à une enquête effectuée au sein des institutions relevant de la catégorie, il ressort que les raisons de placement dans de telles institutions recouvrent un spectre considérable de comportements.

(21) Si l'on considère les trajectoires suivies au cours de cette enquête, quatre jeunes sur les cinq qui étaient déjà placés à l'âge de douze ans ont été orientés en IMP aux alentours de cet âge.



# L'IMP est le premier filtre par lequel certains enfants vont commencer à se transformer en jeunes difficiles

«Les résultats relatifs aux symptômes mettent bien en évidence la multiplicité et la diversité des problèmes et des difficultés des enfants de notre échantillon. Ces enfants dits «caractériels» présentent un profil bien plus nuancé que celui qui ne se traduirait qu'en termes de comportement ou de diagnostic psychiatrique.

La recherche relève neuf catégories significatives dans la problématique des enfants : problèmes de comportement, problèmes d'adaptation sociale, problèmes d'apprentissage, problèmes psychologiques, problèmes psychiatriques, problèmes de handicap, problèmes à expression somatique, problèmes de maltraitance et problèmes relationnels»<sup>(22)</sup>.

La catégorie 140 qui, rappelons-le, est une catégorie administrative, est par son rôle de «fourre-tout», le deuxième passage obligé dans le parcours des jeunes difficiles. La place, importante, qu'elle prend dans la trajectoire des jeunes qui nous occupent impose de s'arrêter un tant soit peu sur le rôle des institutions qui en relèvent.

Les IMP 140 arrivent dans l'histoire des jeunes quand leur situation paraît déjà trop complexe que pour relever d'un seul service d'hébergement. L'intervenant en charge de la situation, généralement le SAJ, considère que les problèmes, déjà récurrents, du jeune doivent trouver une réponse adaptée et bénéficier d'un traitement d'ordre thérapeutique. Si, de l'aveu même des équipes des IMP, «la population de la catégorie 140 se définit par la combinaison d'une problématique individuelle lourde et d'une situation familiale difficile»<sup>(23)</sup>, en ce qui concerne les situations qui nous occupent, l'articulation des deux interventions se concrétise néanmoins rarement sur le terrain.

Faute de pouvoir contribuer à une amélioration de la situation familiale, l'attention de l'institution se centre quasi exclusivement sur le jeune. Celui-ci se retrouve confronté à l'impossibilité, qu'on perçoit à long terme, d'un retour en famille. Ses comportements se durcissent. Le caractère thérapeutique de la prise en charge prend peu à peu le dessus.

Il est frappant de constater que, au sein de l'IMP, se pose déjà une série de problématiques qui seront rejouées tout au

long de la trajectoire des jeunes. L'entrée en institution d'abord qui, comme on l'a vu, se fonde sur des critères multiples et peu définis. Leur diversité rend difficile l'identification d'une mission claire pour les équipes et tend à obscurcir l'identité des institutions. De l'avis de nombreux intervenants en IMP, l'arrivée du jeune correspond plus souvent à une nécessité de «faire quelque chose» qu'à l'établissement d'un début de solution pensée en fonction d'un diagnostic précis. Le vocable «caractériel» préfigure - ou remplace - celui de «jeune difficile» et empêche tout autant de définir une ligne d'action.

Le placement en IMP pose aussi, très tôt dans la trajectoire, la question du cloisonnement des interventions. Confrontées à une situation qui est déjà qualifiée de sérieuse, les institutions se retrouvent très souvent seules face au jeune. Cet isolement se marque dans la difficulté d'obtenir des informations sur le parcours précédent du jeune, de rencontrer les autres intervenants, de mettre en place une coordination globale (famille - IMP - école - SAJ - etc.). Surtout, il est patent en ce qui concerne le travail en réseau. Face à un problème complexe, difficilement identifiable et reposant sur des déterminants

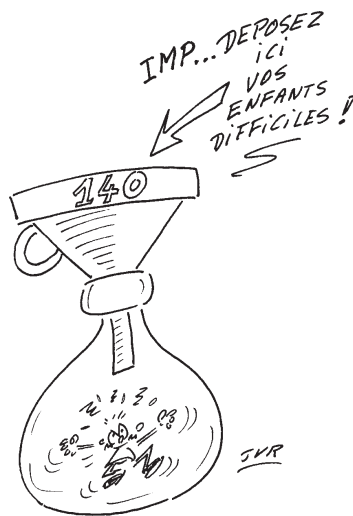
multiples (conditions socio-économiques des parents, liens affectifs, troubles individuels, ...), l'intervention est, faute de mieux, réduite à un encadrement du jeune dans les registres éducatifs, scolaires et thérapeutiques.

## La chronisation de la situation

L'IMP est donc le premier filtre par lequel certains enfants vont commencer à se transformer en jeunes difficiles<sup>(24)</sup>. Rien d'inéluctable dans cette évolution. C'est justement la latitude qui existe entre la possibilité de suivre un chemin «normalisé» et celle de tomber dans les affres de la rupture répétée qu'il faut mesurer.

Le passage en IMP est à l'évidence le signe d'une médicalisation de la situation. Quelle que soit la raison qui préside à l'orientation, la structure même de ce type d'institution implique, au moins partiellement, une lecture d'ordre psychologique voire psychiatrique des problèmes posés par le jeune au système de prise en charge.

La violence des jeunes prend une place importante dans les décisions qui vont être prises au sein de l'institution. Elle marque une des limites de la prise en charge.



(22) Ligue wallonne pour la Santé Mentale, La catégorie 140. Quelles réponses ? Pour quels besoins ?, 2000, p. 7. Voir par ailleurs le dossier, intitulé Transversalité, que l'Association Nationale des Communautés Educatives a consacré à la question des prises en charge de mineurs «caractériels» en IMP 140.

(23) Ibid., p. 31.

(24) Rappelons qu'il s'agit ici de retracer, évidemment à grands traits, la trajectoire type des situations analysées. Il faut rappeler que certaines situations, elles aussi susceptibles d'entrer dans la catégorie «difficile», se sont bâties de façon très différente.

## La nouvelle orientation du jeune doit être trouvée dans une situation de crise individuelle et institutionnelle

Les comportements du jeune posent, de façon générale, la question de la discipline. Les institutions peuvent gérer certains débordements en augmentant l'attention qui est consacrée au jeune – concrètement, en le confiant à un éducateur «*personnel*» - mais cela ne peut que se répercuter sur la vie de l'ensemble du groupe de pensionnaires. Les désordres institutionnels ainsi produits, les violences répétées amènent beaucoup d'institutions à penser qu'elles atteignent là les limites de leurs compétences et de leurs capacités organisationnelles. La réorientation s'impose. C'est le début de l'engrenage.

Au regard de ce qu'était la situation à l'entrée du jeune en IMP, le constat tiré est celui de l'aggravation. Les comportements de l'adolescent ont en quelque sorte pris le dessus par rapport à une analyse complexe de la situation et une prise en compte des possibilités d'intervention. Les problèmes trouvent leur explication par rapport à une lecture clinique, c'est le premier recours à l'expertise psychiatrique <sup>(25)</sup>.

Des diagnostics, avec toutes les précautions d'usage sur le caractère réversible des processus qui marquent l'adolescence, s'élaborent peu à peu. Le jeune concerné prend sa place dans une étiologie dont on sait à quel point il est difficile de se détacher. Trouble du contrôle des impulsions, personnalité limite, trouble de l'attachement sont les caractérisations les plus fréquemment utilisées.

Certains faits (tentatives de suicide, violence) apparaissent aux yeux de l'équipe comme particulièrement graves. La possibilité de la prise en charge au sein de l'institution est remise en question et un transfert du jeune vers une institution qualifiée de «*mieux adaptée*» ou de «*plus armée pour faire face à de tels cas*» est demandé. À ce stade, la possibilité d'une action à plusieurs institutions est rarement évoquée. L'institution considère qu'elle est arrivée au terme de sa mission mais qu'une autre structure pourra, seule elle aussi, trouver les modes d'intervention adéquats.

### L'institution psychiatrique

Le passage par la psychiatrie marque, si on peut dire, l'impossibilité de réaliser un travail sur plusieurs dimensions. La composante psychologique recouvre la

situation. Là où l'IMP représente un point de convergence entre un travail individuel et familial, le recours à l'hôpital implique une focalisation sur l'infériorité du jeune.

De façon frappante, il faut remarquer que, si les réorientations en psychiatrie correspondent parfois à des décisions réfléchies par rapport à un programme d'aide, elles se doublent, elles aussi, d'un recours à l'institution psychiatrique comme à un repoussoir ou à l'image du «*pire*» qui permettrait de secouer assez l'adolescent que pour stopper un parcours décrit comme une «*escalade*». On retrouve ici cette fonction d'arrêt qui tente d'utiliser le fait du placement indépendamment du travail qui doit être effectué.

L'orientation en psychiatrie pose la question spécifique de l'admission. Les institutions psychiatriques partagent comme caractéristique le fait de demander un accord formel aux jeunes qu'elles reçoivent. Qu'il soit nommé «*demande*» ou «*projet*», l'investissement du jeune dans sa prise en charge est un préalable incontournable. Cette exigence prend place dans une procédure d'admission qui comprend, la plupart du temps, plusieurs rencontres entre le jeune et l'équipe espacées sur plusieurs semaines voire plusieurs mois. L'admission en psychiatrie ne peut, dès lors, s'envisager ni en situation d'urgence, ni pour des jeunes qui répugnent à s'engager <sup>(26)</sup>.

Pourtant, l'équilibre, fragile, du séjour précédant l'orientation en psychiatrie a souvent été «*tenu*» jusqu'au point de rupture. Un ultime fait, une dernière dissension au sein de l'équipe, l'arrivée d'un autre jeune dans l'institution, une crise plus grave que les autres a fait craquer

le dispositif d'aide et la nouvelle orientation du jeune doit être trouvée dans une situation de crise individuelle et institutionnelle.

Si l'orientation vers la psychiatrie est préconisée, le délai entre la sortie de l'institution et l'entrée en psychiatrie s'avère difficilement gérable. La longueur et le caractère aléatoire des procédures d'admission obligent les intervenants à proposer des solutions de «*soudure*» entre les deux prises en charge. On l'imagine, le choix de ces solutions est rarement conditionné par des critères propres aux services (projet pédagogique, spécificité de l'encadrement, localisation, etc.). Le plus fréquemment, le mandant ou l'institution en rupture se lance dans une recherche de place tous azimuts. Au mieux, l'adolescent se voit orienté vers une institution qui fera le pont entre les deux prises en charge «*investies*», en se plaignant souvent de ne pas être dans les conditions de pouvoir réaliser le moindre travail avec le jeune.

Cette «*orientation-pont*» s'ajoute ainsi à la liste des institutions fréquentées par l'adolescent et apporte sa contribution au désarroi du jeune. Un nouveau changement d'environnement, un nouvel effort d'adaptation lui sont imposés – souvent dans un moment de crise.

S'il s'avère impossible, comme cela arrive fréquemment, de trouver une place pour le jeune dans les structures d'accueil, le dernier recours reste la famille. L'adolescent se retrouve alors replongé dans un contexte qui a pourtant été identifié comme faisant partie du problème à résoudre. Rien n'ayant vraiment changé, ni dans les conditions matériel-

(25) Pour les quatre jeunes placés en IMP, l'orientation suivante sera, dans tous les cas, une institution psychiatrique.

(26) «*On peut faire l'hypothèse que la séparation ne se fait plus entre les jeunes favorisés et les autres, mais, au sein de populations de jeunes désaffiliés, entre ceux qui manifestent le désir de s'insérer et qui font appel à des systèmes d'aide, et ceux qui, par leur délinquance, s'excluent en quelque sorte d'eux-mêmes. Ceux-là seront qualifiés de dangereux et dès lors sujets à une surveillance accrue, voire à l'enfermement en institution ou à la répression pénale.*

Si l'on veut bien admettre que le premier groupe, celui qui manifeste un désir d'intégration, peut, dans une certaine mesure, «*négoçier*» un projet de vie, donner un contenu à un programme d'insertion, force est d'admettre que cette qualité d'acteur qu'on lui reconnaît exigera des compétences sans doute beaucoup plus importantes que celles des jeunes nantis».

Yves Cartuyvels, Françoise Digneffe, Dan Kaminski, «*Droit pénal et déformalisation*» in Jean De Munck, et Marie Verhoeven, Les mutations du rapport à la norme, Bruxelles, De Boeck, 1997, p. 225.

## La plainte de l'un ou l'autre instrumentalisée dans le but d'ouvrir la porte au secteur judiciaire

les, ni dans les relations affectives, cette «solution» débouche le plus souvent sur une nouvelle crise.

La première intervention de la psychiatrie est généralement de courte durée. D'une part, parce que l'orientation a été pensée comme une mission d'observation ou un «coup d'arrêt» ou qu'elle a été sollicitée en urgence et que la demande d'intervention était donc limitée; d'autre part, parce que, aux yeux des médecins, ce type de situation est sensible, difficile à caractériser et qu'il leur incombe d'éviter la chronicisation de celle-ci. En outre, le jeune, qui a rarement demandé ou même accepté l'idée d'une orientation en psychiatrie, se met très rapidement en opposition avec les règles institutionnelles : mutisme, incapacité à exprimer une demande dans les termes légitimes, violence<sup>(27)</sup>, etc. Ces comportements mènent rapidement à l'exclusion du cadre hospitalier, voire à la conclusion que le jeune n'est porteur d'aucun symptôme de maladie mentale.

### De renvoi en renvoi, la délinquance comme option institutionnelle

Le premier passage en psychiatrie n'a pas suffi pour construire une solution. La fin de la prise en charge - convenue ou par rupture - en institution psychiatrique débouche sur un retour en famille - parfois en code «M»<sup>(28)</sup> -, dans un nouvel IMP, ou dans une institution de l'aide à la jeunesse.

La fréquence des renvois s'accélère. Le nombre et la diversité des intervenants concernés augmentent de façon spectaculaire, reflet de l'impuissance du système. Sont mobilisés dans la même tentative désespérée la famille élargie, des services ambulatoires (Centre d'orientation éducative, Aide en milieu ouvert), des sections psychiatriques d'hôpitaux généraux, etc.

Face à la multiplication des faits inquiétants (violence, toxicomanie, tentative de suicide, fugue, comportements sexuels «à risque») se construit, entre les intervenants, une controverse sur la qualification de l'état du jeune. Les intervenants relevant de l'aide à la jeunesse cherchent une solution dans une intervention de type

psychiatrique : les déséquilibres dont fait preuve le jeune à ce moment leur semblent devoir être «contenus» dans une structure qui bénéficie de moyens spécifiques (encadrement thérapeutique, compétences, prescription et suivi d'une médication, etc.).

S'additionnent ainsi les tentatives pour faire entrer le jeune dans ce genre de structures. De demande d'admission en demande d'admission, il rentre à nouveau en institution psychiatrique ... souvent pour en être très rapidement exclu suite à une nouvelle «transgression du cadre». Certaines institutions résistent particulièrement peu aux symptômes que montrent les jeunes difficiles. Face à un jeune non compliant, le recours au règlement de l'institution permet, au premier écart, de mettre fin à la prise en charge. Ce recours est d'autant plus utilisé que l'équipe est elle-même fragilisée. Quand la distance qui existe entre le travail «routinier» du service et les exigences nouvelles qui naissent avec l'admission de ce type de jeune ne peut être comblée, quand l'organisation interne est mise à mal, l'usage de la règle peut alors utilement servir à trancher les conflits internes.

Par ailleurs, dans de nombreux cas, le médecin psychiatre, fort de la souveraineté dont jouit l'institution médicale en matière de diagnostic, remet en cause les raisons de l'orientation. Se retranchant derrière les catégories cliniques, il réfute l'existence d'une «maladie mentale». L'adolescent se voit alors privé de prise

en charge sous prétexte que son état n'est pas «assez»...

Une sorte de «jeu» se met en place autour du diagnostic. À l'inverse de leurs collègues travaillant en institution, les psychiatres qui remettent une évaluation à titre d'expert à la requête du juge de la jeunesse concluent invariablement à la présence de troubles importants et à la nécessité d'une prise en charge de type psychiatrique. Mais si ce constat débouche sur une admission, voire sur une mise en observation, il est irrémédiablement réfuté par l'équipe de l'institution «accueillante»<sup>(29)</sup>.

Le pourrissement de la situation, l'aggravation continue des faits commis par le jeune, l'absence de solutions aboutissent alors, souvent en désespoir de cause, à un recours aux IPPJ. La plainte de l'un ou l'autre intervenant, voire d'un parent, à l'égard du jeune, est instrumentalisée dans le but d'ouvrir la porte au secteur judiciaire.

En effet, butant sur les refus ou les ruptures multiples qui proviennent du secteur médical, l'autorité mandante n'aperçoit comme solution que le recours à ce secteur qui, lui, obéit à une obligation de prise en charge.

Le recours à l'IPPJ fait, en quelque sorte, basculer la prise en charge vers un tout autre registre. Les problèmes que pose le comportement du jeune sont toujours interprétés dans une grille de lecture psychiatrique; néanmoins, la réalité organi-

(27) Certains professionnels incluent cet aspect de résistance de la part du jeune dans leur façon d'envisager leur pratique. Cela les amène à aménager les dispositifs de prise en charge selon plusieurs dimensions :

«Accepter de reconnaître comme une demande suffisante, pour une évaluation au moins, tout ce qui parvient au service de soins concerné : tout, c'est-à-dire tous ceux qui viennent avec ou sans rendez-vous et ceci en limitant au maximum les seuils et les règles imposés pour recevoir cette démarche; bas seuil donc, ou en tout cas seuil aussi bas que possible.

Organiser un accueil qui soit supportable pour les patients, en aménageant les conditions du respect des défenses psychiques que celui-ci a mis en place pour traiter les risques qu'il attribue au lien.

Ne pas pour autant alimenter la fréquente résistance de ces patients et de leur entourage à la mise en place de traitements psychothérapeutiques approfondis, lorsque ceux-ci sont indiqués, ce qui suppose souvent de prévoir le passage entre les modalités d'accès aux soins et les modalités de thérapie au long cours dont le cadre est nécessairement plus contraignant ».

Michel Botbol, «Faut-il en finir avec la question de la demande du jeune ?», Jeunes en grande difficulté : aux limites de la psychiatrie, de la justice, de l'éducatif et du social, Actes du colloque de Marseille, 27 et 28 mai 2002, Anthea, p. 33.

(28) L'enfant retourne en famille mais le dossier reste ouvert. Un service d'accompagnement en ambulatoire est fréquemment mandaté pour assurer le suivi.

(29) Précisons à nouveau qu'il s'agit ici du relevé de certaines logiques générales. Ce récit ne préjuge ni des difficultés rencontrées sur le terrain au jour le jour par les intervenants, ni de l'engagement dont ils font preuve.

## Entre la tentation d'isoler le jeune de son milieu d'origine et la nécessité de travailler avec l'ensemble de la famille

sationnelle de l'IPPJ ne permet pas d'y consacrer toute l'attention requise.

Le jeune se voit forcé de cohabiter avec d'autres jeunes ayant un profil délinquant beaucoup plus marqué. L'image qu'il renvoie à ceux-ci au travers de ses comportements les plus excessifs exacerbe très rapidement les tensions au sein du groupe. L'intégration se révèle très difficile, tant dans les activités quotidiennes avec les autres jeunes que dans le cadre, plus strict encore que dans d'autres types d'institutions, que dessine le règlement intérieur.

Le travail éducatif est très difficile à mettre en place, le travail thérapeutique se révèle trop lourd que pour être réalisé dans ce type d'institution.

Ce constat doit être relativisé selon la section dans laquelle le jeune est placé. En section «*accueil*», la brièveté du séjour – quinze jours – ne permet évidemment aucun travail de fond. Avec des jeunes qui sont peu conscients du caractère transgressif de certains de leurs actes, la prise en charge s'apparente, selon le mot d'un éducateur, à du «*gardien-nage*».

En section d'éducation ou en section fermée, le travail peut s'installer sur une période nettement plus longue. Mais les conditions de l'encadrement sont également limitées en regard des demandes – en termes de temps et d'attention – exprimées par le jeune.

Les séjours en isolement, les fugues, quand le jeune n'est pas placé en section fermée, se multiplient. L'inadéquation entre la structure de prise en charge et le vécu de l'adolescent prend le chemin de la rupture déguisée là où la rupture réelle n'est pas possible. Face à ces signaux, suite aux pressions exercées par les équipes de l'IPPJ, le juge de la jeunesse doit une nouvelle fois reconsidérer l'orientation. L'IPPJ qui apparaissait à la fois comme un moment de rappel à la loi et comme la dernière chance de trouver une structure adaptée aux manques dont le jeune a souffert jusqu'alors, s'avère également incapable d'être le lieu de l'apaisement.

Est particulièrement mise en exergue la difficulté d'offrir, dans ce type d'institutions, les conditions de soins nécessai-

res à des adolescents présentant des troubles d'ordre psychiatrique. Si l'hôpital préconisait le placement en IPPJ, c'est maintenant l'IPPJ qui renvoie à l'hôpital.

Une fois que l'adolescent est passé par une (des) institution(s) de chaque secteur, les grilles de lecture se brouillent; il devient de plus en plus difficile de savoir comment parler du jeune. Les différentes qualifications entrent en concurrence, les certitudes des uns sont battues en brèche par les autres. Au fil des différents renvois, le jeune s'est construit son propre «*no man's land*».

### Des portes de sortie multiples

Les différentes prises en charge dont le jeune a été le «*bénéficiaire*» ont eu des durées très différentes; certaines se sont étalées sur plusieurs années, d'autres n'ont duré que quelques jours. D'institution en institution, le temps a passé. L'âge de la majorité approche, synonyme de la sortie du jeune du système d'aide à la jeunesse.

Plus on se rapproche de cette échéance, plus il semble difficile, pour les intervenants, de mobiliser de l'énergie pour trouver des solutions.

Jusqu'à ses dix-huit ans (vingt-et-un, s'il s'agit d'une minorité prolongée), la ronde des institutions peut se poursuivre. Parfois, elle s'arrêtera dans la famille avec une supervision d'un service ambulatoire, parfois dans un hôpital faisant preuve d'une particulière abnégation. La mise en autonomie est la solution la plus fréquente. Elle permet de décharger les institutions et donne parfois de bons résultats. L'âge aidant, éloignés de leur milieu familial, les jeunes semblent, en effet, un tant soit peu s'apaiser.

Il reste que cela peut également être la porte ouverte à toutes les dérives. En quittant le cadre protecteur de l'aide à la jeunesse, le jeune se trouve, avec peu de ressources à sa disposition, dans l'obligation de se débrouiller seul. Les conditions sont réunies pour reproduire un cadre familial identique à celui qui était celui du jeune au moment de sa naissance.

## 3. - Quelles réponses ?

### La famille

Comme le montre l'analyse des trajectoires, le développement des situations limites ne peut pas se penser sans faire référence au contexte familial. Le plus souvent, le départ de la situation est lui-même directement lié à la vie de la famille : la pauvreté, les carences dont font preuve les parents, leur profil psychologique, des épisodes de violence ou les tensions intra-familiales sont à l'origine des premières mesures. Le placement ou l'éloignement consenti des enfants vise alors à protéger ceux-ci de leur milieu d'origine.

Largement fantasmée, la famille nucléaire reste une référence idéologique majeure dans notre organisation sociale et dans la pratique du secteur de l'aide à la jeunesse. Mais, même si elle organise le travail des intervenants - le but ultime étant la recomposition harmonieuse de la famille -, elle occupe fréquemment une place ambiguë dans le dispositif d'aide. Là où certains intervenants la considèrent comme partie de la solution, d'autres la voient comme partie du problème. La place qu'elle occupe dans la prise en charge demanderait sans doute à être analysée et définie lors de chaque intervention. Se poseraient ainsi, selon une nouvelle perspective, les questions de savoir avec qui et pour qui les intervenants travaillent.

En effet, l'identification, dans certaines situations, de la «*toxicité*», de la «*démision*» ou des tendances «*manipulatrices*» de certaines familles pose question quant à la possibilité de mener un travail d'aide qui englobe aussi la famille. À l'opposé, on peut relever l'importance d'un attachement familial et les nombreux signes produits par les jeunes qui manifestent cet attachement. Les professionnels se retrouvent ainsi coincés entre la tentation d'isoler le jeune de son milieu d'origine et la nécessité de travailler avec l'ensemble de la famille. Cette double contrainte peut, en partie, expliquer pourquoi l'inclusion de la famille dans l'intervention reste si difficile à négocier et à réaliser.

# Une articulation entre le travail d'aide à la jeunesse et d'aide aux adultes

Quelle que soit la solution préférée, et au contraire de ce que pourrait laisser penser le caractère restrictif du vocable «*aide à la jeunesse*», c'est toujours toute la relation enfants-parents-professionnels qui est au centre de l'intervention. Comme on peut facilement le voir en reconstruisant les trajectoires des jeunes, la famille est partie intégrante de la problématique et réapparaît régulièrement dans les descriptions qui sont faites de la situation par les professionnels. Au-delà du jeune, qui est au centre du système d'aide, c'est très souvent la famille tout entière qui demande de l'attention et du soutien.

Deux remarques à ce propos :

1° L'intervention des professionnels dans l'espace privé de la famille est rarement accueillie comme une aide<sup>(30)</sup>. Vécu sur le mode de l'intrusion, le travail des intervenants peut difficilement s'ancrer dans une relation de confiance et d'utilisation réciproque des potentialités. Nombreux ont été les témoignages de professionnels faisant état de conflit et d'incompréhension dans leurs rapports avec la famille du jeune. Un des enjeux généraux d'une politique d'aide à la jeunesse est sans doute de construire de nouvelles positions intermédiaires – consolidées par des dispositifs institutionnels, comme le code «*M*» par exemple – entre la collaboration positive de la famille et donc le retrait rapide des intervenants et le placement de l'enfant par l'autorité judiciaire et donc le retrait de la famille;

2° La précarité socio-économique est au centre des difficultés que connaissent ces familles. Selon des études françaises récentes, en France, 37 % des familles suivies par un service de l'aide à la jeunesse vivent en situation de grande précarité, 17 % sont sur-endettées, 10 % sont confrontées à des problèmes graves de logement - inconfort, insalubrité, surpopulation -, l'alcoolisme touche 1 père sur 2 et 1 mère sur 4, 15 % des parents bénéficient de l'allocation adulte handicapé et 42 % des enfants ont des parents qui ont fréquenté ou qui fréquentent le service de psychiatrie adulte<sup>(31)</sup>.

La situation socio-économique des familles n'est évidemment pas étrangère à la difficulté avec laquelle est assumée la fonction parentale. Les tentatives de résolution de difficultés familiales, qui sont fréquemment d'ordre à la fois économique, social, culturel, sanitaire voire psychiatrique, doivent donc passer nécessairement par une réponse collective en termes éducatif, psychologique, matériel et financier, au regard d'un projet social. Il n'existe pas de solution éducative ou médicale unique à l'intrication des problèmes auxquels les familles sont confrontées. Les professionnels de la protection de l'enfance ne sont pas, la plupart du temps, à même d'apporter seuls une réponse adaptée à des problématiques de plus en plus complexes, surtout lorsque ces problèmes relèvent de l'économique. Une articulation entre le travail d'aide à la jeunesse et d'aide aux adultes qui ont la charge des enfants doit être impérativement réfléchie.

## L'indispensable prévention

Les actions de prévention doivent aussi porter directement sur les familles connaissant des difficultés dans l'exercice de la parentalité. Cette proposition repose sur le constat qu'un enfant en souffrance au sein d'une famille en souffrance souhaite en général que le projet de soins qu'on lui propose prenne en compte son propre besoin de guérison en même temps que son besoin de famille et le besoin de guérison de sa famille.

L'accompagnement à la parentalité constitue ainsi un axe fondamental dans la mise en place d'un projet de prévention générale. Parler de prévention amène inévitablement à s'interroger sur les conditions socio-économiques qui influencent la construction de situations difficiles. Au niveau de la société tout entière, un travail de prévention volontariste et à long terme impliquerait à la fois de soutenir les familles précarisées et de repenser le partage des moyens entre les

politiques répressives ou de contention et les politiques d'accompagnement et de soutien.

## Préparer la crise

L'adolescence se présente comme un réel moment charnière. Au niveau de la prise en charge, on peut dire que c'est là que tout se joue. Aux premières incartades, la réorientation choisie sera l'IMP, bientôt suivie d'une entrée en institution psychiatrique puis d'une multitude d'essais et d'erreurs. Avec certains intervenants, on peut se demander si, compte tenu de ce que le secteur sait déjà du jeune (histoire, profil «*abandonnique*», etc.) ou de ce qu'il découvre assez vite, il ne serait pas adéquat, dès ce moment-clé de l'adolescence, de prévoir un programme d'intervention en prévision des crises possibles. Le travail de prévention s'inscrirait ainsi, en partie, dans l'établissement d'une collaboration entre plusieurs institutions aux compétences différentes afin de pouvoir pallier aux moments de crise sans rompre le lien entre le jeune, sa famille et son institution d'origine.

Au vu des situations analysées, l'âge critique semble se situer entre 11 et 14 ans. Si durant les dix premières années de vie de l'enfant l'objectif d'«*éducation*», de «*retour en famille*», d'«*autonomie*» est relativement clair, il se délite rapidement après les premières interventions. Les manifestations de violence plus sérieuse, la consommation de stupéfiants, les comportements extrêmes amènent à remettre ces objectifs en question et à orienter l'intervention, de façon plus manifeste, vers des objectifs thérapeutiques.

L'entrée dans l'adolescence est un moment de l'évolution du jeune qui doit donc faire l'objet d'un investissement particulier de la part des professionnels présents dans la situation. Les tendances destructrices doivent pouvoir être contenues et les questionnements identitaires doivent pouvoir trouver une

(30) Voir B. Cathala et P. Naves, Accueils provisoires et placements d'enfants et d'adolescents : des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection, juin 2000.

(31) Voir P. Durning, J. Chretien, L'AEMO en recherche, Paris, Matrice, 2001. Cité par Claude Roméo, L'évolution des relations parents-enfants-professionnels dans le cadre de la protection de l'enfance, Rapport à la Ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, République française, octobre 2001.

## *Il ne suffit pas de travailler autour de la même situation pour faire preuve de coordination*

écoute sans que cela implique un choix radical entre une institution thérapeutique ou sanctionnelle.

### **Articuler des services**

Aujourd'hui, on constate en fait une instabilité totale de la prise en charge. Malgré la bonne volonté avec laquelle les autorités mandantes construisent un programme d'aide, la pression du contexte d'intervention (rareté des places, urgence, autonomie des institutions privées en ce qui concerne l'admission) réduit souvent ce programme à une gestion de crises et ne permet pas d'engager le jeune dans une filière d'aide raisonnée.

Si, en pratique, l'adolescent bénéficie d'une pluralité d'aides, cela se fait souvent de façon linéaire et sans concertation entre les différents intervenants. La méconnaissance des missions et du travail réalisés par les autres services, ainsi que la situation de crise pendant laquelle est envisagé le renvoi amènent, dans de nombreux cas, l'institution envoyeuse à adresser aux autres intervenants des demandes qui ne trouvent pas de réponses.

La difficulté de construire un suivi intégré et à long terme et de prescrire des prises en charge en rapport avec une problématique plutôt que selon la disponibilité des places en institution ne peut que renforcer la dynamique de la rupture.

Dans ce cadre, de façon emblématique, la famille – souvent elle-même en crise – fait figure de dernier recours du mandant alors que, dans bien des cas, son caractère déstructuré était à l'origine du placement.

La coordination du travail des différents secteurs, l'établissement de « routes » balisées permettant la continuité de la prise en charge tout au long de l'adolescence et au gré de l'incidence des problématiques deviennent des objectifs prioritaires.

La mise en place d'une action conjointe demande évidemment de modifier les logiques et le cadre général d'intervention. Quatre conditions au moins doivent être rencontrées :

- organiser une véritable concertation entre les institutions parties prenantes sur la problématique à traiter et les solutions à mettre en œuvre;
- disposer, au sein des institutions partenaires, de places libres pour pouvoir prendre le relais au moment jugé opportun;
- que l'autorité mandante réagisse rapidement en cas de crise et gère efficacement le relais;
- résoudre les problèmes liés à la subsidiarité des institutions.

Cependant, il ne suffit pas de travailler autour de la même situation pour faire preuve de coordination. Une identification des conditions pratiques d'une coordination réussie est à faire. Doivent être abordées des questions comme l'établissement d'une lecture commune de la situation en cours, la définition précise des rôles et des compétences de chacun, les limites réglementaires multiples, les logiques institutionnelles, la connaissance par chacun de la pratique de l'autre, la distribution du pouvoir de décision, des obligations d'intervenir, du pouvoir de refuser...

### **Le nœud du problème : définir la situation**

Comment remplacer la suite des ruptures par un travail coordonné ? Une des clés du problème réside très certainement dans l'attention qu'il faut porter à la qualification de la situation. Le propre des situations limites est de chevaucher plusieurs catégories : le jeune peut être vu à la fois comme mineur en danger et comme délinquant, comme prépsychotique et comme délinquant, comme toxicomane et comme malade mental, etc. De plus, les comportements du jeune peuvent amener les intervenants à le classer à la limite d'une catégorie sans réellement pouvoir l'y inclure totalement.

Si l'on s'en tient aux catégories institutionnelles (« mineur en danger », « psychotique », « 36.4 », etc.) et aux possibilités d'intervention qu'elles ouvrent, on touche très rapidement aux limites de la prise en charge. Le mandat fait référence à une compétence particulière de l'institution, alors que la problématique po-

sée par le jeune fait appel à une pluralité de compétences : éduquer, soigner, contenir, recréer des liens, etc.

Il s'agit donc d'arriver à penser la situation des jeunes difficiles autrement qu'à travers les catégories d'intervention habituelles. La question est moins de parvenir à classer la situation dans les grilles que nous maîtrisons que de créer un type d'intervention au-delà des barrières institutionnelles. Nous sommes confronté au défi de penser ce qui résiste, ce qui n'est pas pensable avec les outils à notre disposition.

Plus prosaïquement, l'enjeu d'un suivi porteur d'amélioration semble résider dans la capacité, chez les intervenants, à détacher les qualifications des outils d'intervention qu'elles imposent. Si, dès le départ de la prise en charge, un axe de travail a été défini, il est d'une importance cruciale de pouvoir conserver la possibilité de travailler selon cet axe même si la qualification juridico-administrative du jeune se modifie. Au moment d'évaluer la complexité des problèmes dans lesquels le jeune et sa famille se débattent, il faut donc aussi définir des priorités d'intervention. Le choix d'un levier d'action privilégié en fonction de la situation présente est parfois préférable à l'ambition de tout résoudre simultanément.

De nombreux entretiens réalisés avec les intervenants montrent à quel point il est essentiel de bâtir un consensus sur la définition de la situation entre les services mais, également, au sein de l'équipe. C'est en disposant d'une référence claire et partagée qu'il est possible pour les différents acteurs de régler leur travail et de s'assurer qu'ils poursuivent bien le même objectif. Pour l'accompagnement de jeunes très déstructurés, ce consensus est d'autant plus indispensable qu'il conditionne, chez le jeune, le sentiment d'être ceint par un cadre clairement défini.

## **4. - Organiser les passages**

En pratique, la question de l'errance est d'abord la question du relais. C'est sou-

## Chacun des intervenants s'investit durant un temps limité

vent à cette occasion que la rupture survient. Les causes peuvent être multiples : l'orientation pressentie ne se réalise pas, la place disponible ne l'est plus, le jeune ne sait pas gérer l'angoisse liée au changement d'institution et une nouvelle crise se déclenche, ce qui annule l'orientation au profit d'un accueil en urgence, etc.

À la lumière des nombreux échecs qui constituent les trajectoires analysées, il est très clair que l'organisation du relais est un élément primordial de la continuité de la prise en charge.

Notre travail de recherche montre à satiété que la majorité des transferts entre institutions s'apparente beaucoup plus à une sollicitation par dépit que par besoin. À partir d'un certain moment dans la trajectoire du jeune, la prise en charge se termine systématiquement sur un constat d'incompétence et la réorientation devient une course à la place libre. Le transfert du jeune est fonction de la résistance de l'équipe, non d'un projet bâti sur les besoins de l'adolescent.

Au sein des institutions, la question à résoudre devient donc : «*quand faut-il demander de l'aide ?*». Il s'agit en effet d'organiser le relais avant que ce ne soit la situation qui décide ou avant le fait - souvent extrême - qui autorise enfin le passage vers une autre institution ou un autre secteur.

Remarquons que la prise de relais ne va pas de soi. Beaucoup d'institutions du secteur privé ou du secteur médical utilisent leur liberté de gestion pour refuser des prises en charge qui s'annoncent difficiles. Le groupe IPPJ, confronté à ces mêmes situations, tente parfois également de s'opposer au transfert des jeunes, mais son statut public l'oblige finalement bien souvent à accueillir le jeune. Le secteur psychiatrique, singulièrement, est sans doute le plus rétif. Le diagnostic qui réfute l'hypothèse de la maladie mentale s'avère l'outil suprême pour échapper à la prise en charge<sup>(32)</sup>. Les autorités mandantes sont alors dans l'obligation d'attendre l'apparition d'un fait particulièrement sérieux - qui permet le recours à la mise en observation - pour pouvoir solliciter ce type de service.

Pour faciliter la mise en place de relais, une série de conditions devraient être rencontrées :

- Abandonner l'idée qu'un service peut s'en tirer seul. Le «*jusqu'au boutisme*» dont font preuve certains services amène à tenir des situations jusqu'aux limites les plus fragiles et débouche sur des situations de crise, donc de rupture. Cette abnégation, positive dans l'intention, crée alors des situations difficiles, à résoudre dans l'urgence. De façon provocante, on pourrait dire que ce sont les services les plus attentionnés qui créent l'urgence.
- Construire, au sein d'une coordination d'institutions, les relations indispensables de confiance.
- Bâtir la prise en charge commune en plusieurs temps : discussion approfondie sur la situation, visite de l'institution accueillante, suivi du jeune dans cette institution par l'équipe demanderesse, ... Le simple transfert d'informations entre services suffit rarement à assurer une continuité efficace de la prise en charge.
- Créer des balises qui permettent de pointer le moment adéquat du relais. Pour pouvoir orienter le jeune avant la crise aiguë, il faut pouvoir repérer les éléments qui indiquent que l'on approche des limites. La question est donc : comment créer de la vigilance dans la prise en charge ?

### Synchroniser les temporalités

La question de l'urgence c'est aussi la question des *temps de réponse* développés par les différentes institutions. Une situation peut s'avérer urgente pour un service inscrit dans la crise alors qu'elle paraîtra banale pour un autre, habitué à travailler dans le long terme. Certains services, comme la plupart des institutions psychiatriques et des IMP, refusent

même toute admission sur base de l'urgence. Il en résulte que les réorientations produites par une rupture de prise en charge ne peuvent déboucher que sur une série limitée de relais :

- les prises en charge à court terme dans le secteur de l'aide à la jeunesse (CAU, COO, ...),
- les IPPJ si la rupture est causée par un fait qualifié infraction ou si le juge utilise un tel fait pour «*trouver une solution*»,
- les services d'urgence en psychiatrie. Paradoxalement, elle ne peuvent pas déboucher sur des aides peut-être plus adéquates, comme celles que peuvent fournir les services d'hébergement spécialisés (IMP, PPP, ...) ou les hôpitaux psychiatriques. Il faut tirer le constat qu'au moment où la prise en charge requiert plus d'attention, plus de compétences, la situation est souvent redirigée vers des institutions disposant de relativement peu de moyens et parfois très mal adaptés à la situation. Une nouvelle fois, une concertation préalable et structurelle entre les services des différents secteurs pourrait permettre de synchroniser les interventions.

### Qui est garant ?

La linéarité de la prise en charge, outre qu'elle oblige à repenser l'accompagnement à chaque nouvelle étape, dilue les responsabilités. Chacun des intervenants s'investit durant un temps limité - le temps de la présence du jeune - puis se retire de la situation.

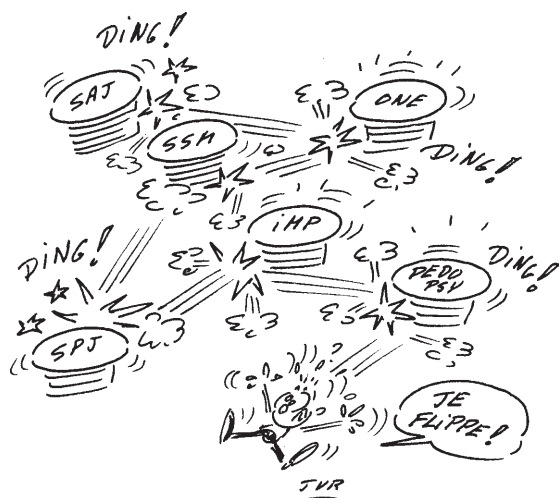
La famille, qui devrait pouvoir assurer la continuité, est souvent, faute de ressources, incapable de jouer ce rôle. Les membres des instances de suivi et de coordination que sont les SAJ et les SPJ travaillent dans de telles conditions<sup>(33)</sup>

(32) À la décharge du secteur, cette citation :

«*Bien souvent ces jeunes viennent ici pour des conduites qui posent problème ou une souffrance mentale. Ils ne présentent pas d'antécédents psychiatriques et sont adressés par une institution...Il me semble que bien souvent nous sommes confrontés à un ras-le-bol institutionnel et on nous demande de faire contenant...on ne peut poser un diagnostic de maladie mentale. Cette demande, qui fait suite à une réelle inquiétude, est exprimée tant par des parents complètement débordés que par les institutions sociales ou le juge. Un diagnostic de troubles mentaux les rassure face à l'impossibilité ou aux difficultés de communication avec un adolescent difficile*» (un médecin psychiatre).

(33) Il n'est pas rare qu'un délégué ait à gérer en même temps une trentaine à une cinquantaine de dossiers. Vu la charge de travail que cela représente (contact, rapport, déplacement), on imagine l'impossibilité dans laquelle il se trouve d'assurer un suivi de l'ensemble des dossiers.

## L'action thérapeutique ne peut se penser uniquement dans les murs de l'hôpital



que, de leur aveu même, ils tendent à considérer un jeune placé en institution comme un dossier classé. En outre, en rapport direct avec la rudesse des conditions de travail, le «turn-over» est particulièrement élevé au sein de ces services.

Dans les situations difficiles, le manque de cohérence est aussi du côté des institutions. Dans les six situations étudiées, personne n'a été présent au côté du jeune du début à la fin de la prise en charge. En laissant de côté les effets particulièrement perturbants que doivent produire sur le jeune des changements répétés de lieux de vie et d'attaches affectives, la fréquentation d'une multitude d'institutions ne peut aboutir à quelque chose de positif que s'il existe un point d'ancrage commun. La création d'un lieu de coordination des différents services a souvent été évoquée lors des interviews.

L'existence d'un tel lieu est essentiel pour permettre aux divers intervenants :

- de confronter leurs définitions du problème et les solutions qu'il faut y apporter,
- de définir et d'assigner la place et le rôle de chacun,
- d'organiser la continuité de l'intervention d'un service à l'autre,
- d'intégrer les diverses dimensions du problème,
- de définir les «zones de compétences» institutionnelles
- de partager la responsabilité des choix et des interventions mises en place.

Cette position permettrait également de garantir :

- que les choix collectifs visent l'intérêt de l'usager,
- l'existence d'une mémoire de l'intervention à laquelle tous les intervenants auraient accès;
- qu'un acteur institutionnel soit porteur de la situation tout au long de la prise en charge.

L'existence d'un tel lieu serait également un élément de réponse à la question du risque que soulève inévitablement l'accompagnement des jeunes en situation difficile. Certaines décisions, prises par les professionnels, peuvent à la fois ouvrir des perspectives de changement pour le jeune et contenir des risques de dérapages. Dans le contexte actuel de nos sociétés, rares sont les intervenants qui se sentent prêts à assumer seuls ces risques. Le partage de la responsabilité du suivi pourrait aider les différents services à proposer des interventions plus incertaines mais, peut-être, plus fructueuses. Les conditions légales d'une telle co-responsabilité restent, évidemment, à discuter.

Cette réflexion évoque également un acteur constamment oublié par les différents intervenants : l'avocat du jeune (lorsque la judiciarisation de la situation requiert sa présence). Garante de l'existence de l'adolescent comme sujet de droit et porte-parole des souhaits du

jeune, cette fonction pourrait également trouver sa place dans un lieu organisant la coordination. En pratique, il faut bien constater que l'avocat est rarement présent aux côtés des adolescents.

Des expériences concrètes de création de tels lieux sont tentées actuellement, que ce soit au sein d'un secteur précis, sur base territoriale ou à l'intersection de plusieurs secteurs. Ainsi s'établissent des chartes et des contrats entre des institutions hospitalières et des IMP qui ont pour but de régler les modalités pratiques du relais et la philosophie générale d'intervention à laquelle il doit répondre. Ailleurs, sur base de cas précis, se réunissent tous les intervenants concernés (secteurs social, éducatif et thérapeutique confondus) et la famille afin de confronter les points de vue et d'améliorer la relation aidant/aidé. Ces lieux de coordination<sup>(34)</sup>, qui sont aussi des lieux de réflexion, permettent de poser une question cruciale : «pour qui travaille-t-on ? Le mandant, le jeune, la famille, la société ?». C'est en effet la réponse que l'on apporte à cette question qui détermine le type de travail réalisé.

### Penser la santé mentale

Nous avons fait l'hypothèse que les difficultés que connaît le secteur de l'aide à la jeunesse à venir en aide à ces jeunes tiennent autant aux jeunes eux-mêmes qu'aux effets liés à la structuration de ce secteur. Il faut ici ajouter la façon dont le paysage général de la santé mentale évolue et les tensions qui en résultent au sein du secteur médical.

Le champ de la santé mentale tend de plus en plus à recouvrir également les capacités d'insertion sociale des individus. Les questions du lien et de l'identité sont ainsi devenues des sujets importants de l'intervention en santé mentale. Dans ce contexte nouveau, l'action thérapeutique ne peut se penser uniquement dans les murs de l'hôpital. Il s'agit à la fois de donner la possibilité au patient de travailler la question du lien et de lui fournir des lieux qui n'imposent pas de solutions normées.

(34) Voir par exemple Hélène Blondeau, Anne-Christine Frankard, Eliane Pirard, «Le réseau, partenaire et ressource de la thérapie», *Thérapie familiale*, 2001, vol. 22, n°4, pp. 371-382.



## Les questions adolescentes engendrent, chez les adultes, une volonté de contenir

« Sans une clinique de l'insertion, tournée vers la singularité des personnes et le sens des situations, la volonté d'insertion n'est qu'une forme renversée d'adaptation forcée à des idéaux sans autre consistance que celle que donne le pouvoir social. L'insertion, à cette aune, n'est que la prolongation du projet d'enfermement asilaire sur un mode renversé. Une telle clinique de l'insertion exige, de la part des pouvoirs publics, et dans la ligne même de la dynamique propre au champ de la santé mentale, une pleine reconnaissance, à la fois de la spécificité des trajectoires de vie, mais aussi de la contingence des institutions, aucun modèle institutionnel ne pouvant plus prétendre a priori à un quelconque privilège thérapeutique. C'est dans une telle optique qu'une place pourrait par exemple être laissée à des institutions dont la fonction d'accueil et de refuge aurait supplanté, voire effacé, l'exigence thérapeutique, ou que pourraient être pleinement reconnues les ressources offertes par la diversité des milieux de vie eux-mêmes<sup>(35)</sup> ».

C'est également pour ce type de solutions que plaide Patrick Declerck quand il écrit à propos des clochards :

L'important est que les soignés puissent changer de lieux (en progressant ou en régressant) en fonction de leurs besoins, désirs et possibilités. Mais il ne faut pas que ces mouvements, s'ils sont régressifs, soient qualifiés d'échecs et les entraînent dans l'infamante spirale des habituelles punitions et exclusions administratives qui viennent sanctionner ce qui apparaît aux yeux des institutions et des soignants comme des transgressions et/ou des échecs thérapeutiques « pervers », alors qu'ils ne sont que des manifestations inévitables et structurelles de ce type de prises en charge au long cours. « Cela renvoie évidemment à la nécessité de repenser la notion même d'échec thérapeutique. (...) Echec de qui ? Défini par qui ? Echec par rapport à qui ? Par rapport à quoi ? Et si cette notion d'échec thérapeutique reproché aux soignés et brandi par les soignants ne l'était que pour mieux masquer, justement, leur faillite, l'inefficacité de leur thérapeutique, l'inadéquation de leur pensée...<sup>(36)</sup> ».

Ce nouveau type d'intervention suppose une série d'adaptations au sein du champ lui-même et dans les relations qu'il entretient avec les autres acteurs concernés. Il serait nécessaire d'y consacrer une étude entière pour discuter cette question sous tous ses aspects, mais nous mentionnerons néanmoins quelques éléments en relation directe avec notre problématique. Ainsi, il semble nécessaire d'insister sur :

- la reconnaissance et le renforcement des capacités curatives d'une série d'acteurs (travailleurs sociaux, infirmiers, éducateurs,...);
- la constitution de formes institutionnelles mixtes ou hybrides reconnues (alors que leur existence ne repose actuellement que sur la bonne volonté et la capacité de gestion de l'informel de quelques personnes);
- la prise en compte, comme partie intégrante du travail des intervenants, des nombreuses heures de concertation indispensables au travail en réseau efficace;
- la reconnaissance du caractère limité de l'intervention thérapeutique et de l'impossibilité de garantir « tout projet de sécurisation absolue de l'existence »;
- le renforcement de la coordination entre secteur hospitalier et ambulatoire (à travers le développement des « hôpitaux de jour » par exemple);
- la formation des différents intervenants aux savoirs récents produits dans le champ de la santé mentale.

### Substitutif ou thérapeutique, soin ou sécurité ?

Quel est le but de l'intervention ? Des notions comme celle de « projet personnel » ou celle « d'autonomie » dessinent l'horizon idéal de l'action de l'aide à la jeunesse. Pourtant, si l'on observe l'action des intervenants, on voit nettement poindre des mises en tensions entre différentes lectures des situations difficiles.

Ce que met en lumière l'existence des adolescents difficiles, c'est notre façon de traiter l'adolescence déviante. À l'évidence, il n'existe pas de consensus pratique sur les mesures à adopter. Au regard des catégories institutionnelles, le jeune en crise peut aussi bien être orienté dans une filière thérapeutique que dans une filière sécuritaire, sans que le choix ne soit argumenté de façon probante. Cette ambiguïté est déjà présente dans les références à une politique de la jeunesse à visée protectionnelle : jeune en danger et jeune délinquant se superposent, comme si l'adolescence elle-même était imprégnée de cette ambivalence.

La répugnance qu'éprouve notre société à traiter le « corps adolescent » organise le pire : aucune intervention de soin ne peut s'instaurer à long terme sans que le jeune n'ait aussi été étiqueté « délinquant ». Les catégories du soin et du sécuritaire s'entremêlent constamment; au sein des institutions comme dans la longueur de la prise en charge.

Héritée des dizaines d'années d'action sociale précédentes, la peur du « substitutif » marque encore les pratiques actuelles au sein du secteur. L'impératif moral de faire « quelque chose » s'inscrit dans des pratiques qui visent à soigner, à remettre sur la voie, à « rééduquer ». Les questions adolescentes engendrent, chez les adultes, une volonté de contenir.

En écoutant les multiples intervenants qu'il m'a été donné de rencontrer, s'est peu à peu construite l'intuition que nous avons besoin d'un nouveau mot pour désigner une pratique d'accompagnement du jeune au moment de la crise. Face à l'échec répété du thérapeutique, certains en viennent à penser qu'il est illusoire de vouloir soigner, si derrière la notion de soin se cache une volonté ortho-pédagogique. Coincé entre ce refus et celui de la gestion sécuritaire de l'anormalité, il convient peut-être de développer une pratique institutionnelle nouvelle qui soit d'abord marquée par l'attention donnée au jeune, malgré ses débordements.

(35) Jean De Munck et alt., op. cit., p. 89.

(36) P. Declerck, op. cit., pp. 366-367.