



Les adolescents (et ce qu'ils ont de) difficiles

DIRECTEUR DE PUBLICATION

Christian LAVAL

ASSISTANTE DE RÉDACTION

Natacha CARBONEL

COMITÉ DE RÉDACTION

Guy ARDIET,
psychiatre (St-Cyr-au-Mont-d'Or)

Marianne AUFFRET,
vice présidente de l'association « Élus,
Santé Publique et Territoires » (Paris)

Arnaud BÉAL,
psychologue social, Orspere-Samdarra
(Lyon)

Nicolas CHAMBON,
sociologue, responsable
de la recherche,
Orspere-Samdarra (Lyon)

François CHOBEAUX,
responsable des secteurs social
et jeunesse des CEMEA, sociologue
(Paris)

Philippe DAVEZIES,
enseignant-chercheur
en médecine du travail
(Univ. Lyon 1)

Bernard ELGHOZI,
médecin, président de Créteil
Solidarités (Créteil)

Pascal ESTECAHANDY,
médecin, DIHAL (Paris)

Benoît EYRAUD,
sociologue (Univ. Lyon 2)

Jean FURTOS,
psychiatre (Lyon)

Carole GERBAUD,
responsable associatif
(Bourg-en-Bresse)

Sandra GUIGUENO,
psychiatre (Rouen)

Antoine LAZARUS,
président de l'OIP et professeur
de santé publique
(Univ. Paris XIII)

Édouard LEAUNE,
psychiatre (Lyon)

Philippe LE FERRAND,
psychiatre (Rennes)

Gwen LE GOFF,
directrice adjointe
Orspere-Samdarra (Lyon)

Jean-Michel LE MARCHAND,
psychiatre (CH Sainte-Anne, Paris)

Jean-Pierre MARTIN,
psychiatre
(CH Sainte-Anne, Paris)

Alain MERCUEL,
psychiatre
(CH Sainte-Anne, Paris)

Éric MESSENS,
directeur de la LBFSM
(Bruxelles)

Pierre MORCELLET,
psychiatre (Marseille)

Christian MULLER,
président de la Conférence
des Présidents de CME de CHS
(Lille)

Marie-Noëlle PETIT,
Chef du pôle Avignon Nord
(CH de Montfavet, Avignon)

Olivier QUEROUIL,
ex-conseiller technique fonds CMU
(Paris)

Bertrand RAVON,
professeur de sociologie
(Univ. Lyon 2)

Pauline RHENTER,
politologue (Marseille)

Étienne RIGAL,
magistrat (Lyon)

Aurélien TINLAND,
médecin de santé publique
et psychiatre (Marseille)

Nadia TOUHAMI,
aumônier des hôpitaux (Marseille)

Nicolas VELUT,
psychiatre (Toulouse)

Benjamin WEIL,
psychiatre (Lille)

Halima ZEROUG-VIAL,
psychiatre, directrice Orspere-Samdarra
(Lyon)

CONTACT RÉDACTION

Orspere-Samdarra
CH Le Vinatier
95 bd Pinel
69678 Bron Cedex
Tél: 04 37 91 53 90

Orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr

CRÉATION & RÉALISATION

Médiacité

ABONNEMENT

Vous pouvez vous abonner à la version
numérique ou papier sur le site
de l'Orspere-Samdarra :

www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra

BY ! Artiste peintre-plasticien

Benjamin DUPUY est né à Lyon en 1978. Il a commencé par le dessin, le graff et le tag dans les années 90. Il s'inspire principalement de l'Art Urbain et de ses propres expériences pour réaliser des œuvres atypiques qui inspirent émotions et réflexions: deux notions clefs dans le travail de l'artiste. Les superpositions et les éclats de couleurs, les phrases chocs, les traits « maladroitement » alignés participent à l'expression d'un thème récurrent dans le travail de BY! : notre existence et l'expérience de la vie, notre vie. Son style possède une originalité graphique de par l'impression de relief et des messages subliminaux qu'il incorpore à ses œuvres. Cet artiste au style atypique apporte une dimension humaniste à son travail et lui donne ainsi une dimension philosophique et poétique.

> Appartement galerie sur rendez-vous dans le 6^e arrondissement de Lyon

> Page BY ! sur Facebook / Instagram et Facebook: Amalle Dupuy

> amalle.dupuy@gmail.com / 06 86 72 47 64



La revue Rhizome est éditée et diffusée par l'Orspere-Samdarra, observatoire national fondé en 1996 et hébergé par l'hôpital du Vinatier à Lyon. Il est dirigé par Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre. L'équipe pluridisciplinaire (psychologue, sociologue, politiste, anthropologue) travaille sur les problématiques qui lient santé mentale et questions sociales : précarités, vulnérabilités, migrations...

La revue Rhizome s'inscrit dans la tradition de la clinique psychosociale et encourage les échanges entre différentes disciplines. Les numéros de Rhizome offrent un espace réflexion à des professionnels de terrain afin de leur permettre de trouver des ressources pour leurs pratiques quotidiennes.

Dans le prolongement des activités de l'observatoire, la thématique des Cahiers est déterminée en fonction des recherches portées par l'Orspere-Samdarra. Pour chaque Cahier un appel à contribution est mis en ligne sur notre site internet et diffusé par le biais de notre liste de diffusion.

Chaque année, trois bulletins et un Cahier sont disponibles en version papier (par abonnement) et mis à disposition gratuitement sur internet. Dans une volonté de le rendre accessible et de sensibiliser un public hétéroclite, la diffusion numérique est désormais privilégiée. Ainsi, les numéros de Rhizome sont diffusables et peuvent être mis à disposition gratuitement sur les sites internet sans autorisation préalable.

SOMMAIRE

5

AVANT PROPOS
LES ADOLESCENTS DIFFICILES
ET CEUX QUI S'EN PRÉOCCUPENT

Christian Laval
Bertrand Ravon

14

LES FRONTIÈRES
DE L'ADOLESCENT

Patrick Alécian

23

VINGT-CINQ ANS DE JEUNES
EN ERRANCE ACTIVE.
OÙ EN EST-ON ?

François Chobeaux

30

À TRAVERS LA PORTE

Maria Tuiran-Rougeon
Julie Calvayrac
Florent Jounenc-Soler

38

ANICROCHE AUTOUR
D'UNE DOUDOUNE.
DE LA CONSTRUCTION DES
TRAJECTOIRES D'ADOLESCENTS
AUX FRONTIÈRES DE L'ÉDUCATIF
ET DU SOIN

Béatrice Deries
Roman Pétrouchine

47

LA PRISE EN CHARGE
DES CAS COMPLEXES
PAR LA PROTECTION JUDICIAIRE
DE LA JEUNESSE

Martine Serra

53

CONSTRUIRE UN CADRE
RASSURANT POUR LA PRISE
EN CHARGE COMPLEXE DES
MINEURS ISOLÉS ÉTRANGERS

Juliette Leconte

62

L'ADOLESCENT DÉCROCHEUR,
UNE PROBLÉMATIQUE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Sophie Chirat

69

QUI SONT LES JEUNES
JIHADISTES FRANÇAIS ?

Farhad Khosrokhavar

74

REGARD D'UN PSYCHIATRE
SUR LE PROCESSUS PSYCHIQUE
DE LA RADICALISATION

Jean Chambry

78

« OÙ SONT-ILS ? » : INCERTITUDES
PROFESSIONNELLES DANS LE
TRAITEMENT DES ADOLESCENTS
« DIFFICILES »

Yannis Gansel

Christian Laval

Bertrand Ravon

AVANT-PROPOS

LES ADOLESCENTS DIFFICILES ET CEUX QUI S'EN PRÉOCCUPENT

Ce numéro 59 des *Cahiers de Rhizome* est consacré à la prise en charge des adolescents dits « difficiles ». Apparue dans les années 1960 dans le champ de l'aide sociale à l'enfance, cette catégorie s'est élargie sous la plume de *psys* critiques intervenant dans des institutions du travail social à la fin des années 1970, avant de s'imposer comme problème public dans les années 1980-1990, au croisement de deux préoccupations : une approche sécuritaire centrée sur les comportements transgressifs voir violents, et une perspective de santé mentale attentive aux carences et/ou aux souffrances des jeunes. La prise en charge délicate de ces jeunes en « grande difficulté » est au cœur de nos recherches depuis quelques années¹. Elle recouvre une grande diversité de situations : « jeunes vulnérables », « en errance », « en danger », « isolés », « précaires », « déviants », « incasables », « mineurs isolés étrangers (MIE) », « jeunes en rupture » et/ou « en souffrance », « en risque de marginalisation », ou plus récemment « radicalisés », etc. Nous n'avons pas à privilégier l'une ou l'autre de ces acceptions, car toutes sont traversées par une même préoccupation : comment prendre en charge des adolescents « sans solution de prise en charge » ? Comment les accompagner dans la durée, alors qu'ils sont « trimballés » entre les institutions scolaires, du travail social, de l'insertion et du médico-social, de la justice pour mineurs ou de la pédopsychiatrie ? Comment s'en préoccuper réellement alors qu'ils peuvent se trouver « bloqués » dans des établissements inadaptés ? Comme le résume Yanis Gansel, « *l'adolescent est difficile car les professionnels se sentent impuissants (c'est là un élément de sa définition) et les professionnels se sentent impuissants car l'adolescent est difficile (c'en est une caractéristique essentielle)* ». Comme on pourra le lire au fil des articles et des entretiens qui composent ce numéro, la catégorie « adolescents difficiles » rend compte d'une expérience collective et publique problématique, caractérisée par l'enchevêtrement de trois types d'épreuves, indissociables l'une de l'autre : la mésinscription adolescente ; l'ébranlement des identités professionnelles ; la difficile coordination interinstitutionnelle. Reprenons les, une par une.

¹ Pour les recherches publiées, voir la bibliographie. Deux recherches sont actuellement en cours : Ravon, B. et Zeroug-Vial, H. (dir.) *La professionnalité à l'épreuve des adolescents difficiles. Enquête sur les pratiques de soutien aux professionnels.* Centre Max Weber/Orpsere-Samdarra. Convention CH Le Vinatier - Université Lyon 2, 2014-2016 et Gansel, Y. et Ravon, B. (dir.). *Volet socio-anthropologique de l'étude : « Trajectoires cliniques et sociales des enfants et adolescents avec comportements perturbateurs : approche pluridisciplinaire des situations admises aux urgences pédiatriques et psychiatriques de la région Rhône-Alpes Auvergne. Étude pluridisciplinaire prospective multicentrique et longitudinale »* (Y. Gansel, coord.), HCL, 2016-2018.

MÉSINSCRIPTION ADOLESCENTE

«*Le monde est moche, injuste et dangereux*». Ainsi s'exprime un jeune dans ces Cahiers. «Marginal», «peace and love», puis «punk»: le refus d'entrer dans la société telle qu'elle se présente à certains jeunes, appartient à ces figures inscrites dans une généalogie politico-morale dont François Chobeaux nous rappelle qu'elle procède, depuis un demi-siècle - générations après générations - de gestes de rejet, de révolte ou de contestation de la société. Le fond de l'air actuel est toujours imprégné par ce récit du «no future». Mais notons que cette rhétorique du «no future» est une expression offensive d'un mouvement plus souterrain que l'on propose de désigner sous le terme de mésinscription.

Ce terme forgé par le psychanalyste Alain-Noël Henri (Henri, 2013) rend compte de la difficulté pour un sujet à habiter le monde, c'est-à-dire à identifier sa «place» dans une famille, un foyer, un réseau d'aide, un espace public, une communauté, et donne sens aux conduites d'évitement, de fugue, d'errance, de décrochage scolaire, voir des processus d'auto-enfermement dans des mondes réels ou virtuels. Cette mésinscription dé-symbolisante renvoie à une temporalité vulnérable, du fait de l'impossibilité d'entrer dans une trajectoire de perfectibilité, d'autonomie, de réussite. Elle est le produit de l'affaiblissement voire de l'impossibilité même d'étayages identificatoires, et particulièrement le produit de l'absence de «répondants» (ces correspondants sociaux de l'identification), ces garants - personnes, groupes ou institutions - qui «répondent de quelque chose pour quelqu'un» (Kaës, 2012). Sans ces répondants, pas de réseaux d'attachement qui rendent possibles les processus de subjectivation, et donc aucune inscription possible dans le monde en tant que sujet. Sur ce plan, les difficultés pour les adolescents à trouver des référents identificatoires est exemplaire des mutations de la seconde modernité. Et ce jusqu'au vertige destructeur comme le précise Farhad Khosrokhavar à propos des adolescentes radicalisées: «*Dans une société hyper-sécularisée où rien ne semble plus relever du sacré, la seule sacralité qui résiste au nivellement est de type répressif, comme une forme d'archaïsation du sens pour parer au non-sens des relations sociales parfaitement désacralisées, voire profanées*».

L'expérience de la mésinscription, co-extensive de la difficulté à trouver un lieu où l'adolescent puisse habiter et s'y construire une place, a transformé les manières de penser la question de l'adolescence. Dorénavant, les intervenants en charge de mettre en œuvre l'action publique en direction des jeunes en grande difficulté s'attachent moins à définir la notion d'adolescence comme un passage (âge de

début et de fin, durée, caractéristiques), qu'à insister sur les multiples épreuves d'une phase de la vie de plus en plus longue, caractérisée par un parcours semé d'embûches. Dit autrement, les prises en charges se dessinent et se définissent au nom des problèmes (sanitaires, sociaux, éducatifs, judiciaires) rencontrés à l'âge adolescent : toxicomanie, conduites à risques, délinquance, troubles du comportement, décrochage ou rupture scolaire, insertion professionnelle impossible, maltraitance, souffrance psychique, etc.

Parler d'« adolescents difficiles » plutôt que d'« adolescence difficile », c'est déjà centrer le regard sur les dynamiques individuelles de construction de soi, plutôt que de penser le phénomène à partir des caractéristiques propres à une classe d'âge. À ce propos, il est remarquable de noter l'incapacité des « adolescentologues » à nommer l'âge des dits « adolescents difficiles », tant celui-ci dépend des situations et de la manière de qualifier leur accession à l'autonomie. On le voit bien avec les mineurs isolés étrangers, pour lesquels, par définition, la fin des prises en charge est juridiquement fixée à leur majorité.

Pour d'autres prises en charge, l'autonomie est envisagée dans ses dimensions normatives, avec un curseur fixé sur la capacité au *self-government* des jeunes exposés à la vie scolaire, urbaine, sexuelle, etc. ; les « adolescents difficiles » sont alors intégrés à la période classique de l'adolescence (13-16 ans). Lorsque par contre l'autonomie concerne l'habiter et l'insertion professionnelle, c'est la barrière des 21 ans, au-delà de laquelle les services d'accompagnement des jeunes majeurs ne peuvent plus intervenir, qui fixe l'âge du public.

On le voit à travers ces exemples, c'est la qualité du parcours spécifique du jeune qui est évaluée, ou plus exactement sa capacité à tenir la sacrosainte injonction à l'autonomie qui lui est faite. Cette centration sur les parcours se joue au détriment d'une attention au corps des adolescents. Or, comme le rappelle Patrick Alécian, une définition rigoureuse de l'adolescence ne peut se passer de l'observation des mutations associées à la sexualisation du corps.

DES PROFESSIONNALITÉS BOUSCULÉES

La catégorie d'«adolescents difficiles» désigne également la difficulté des intervenants à les prendre en charge et à les aider. Face à l'impossibilité de trouver un hébergement adapté, face à la violence de certains passages à l'acte, face à l'auto-destructivité de certains de ces adolescents, face à leurs «attaques incessantes du cadre», bref, face à des situations inextricables où l'incertitude sur ce qu'il s'agit de faire est communément partagée, le malaise des accompagnants est transversal à tous les corps professionnels concernés. Qu'il s'agisse des travailleurs sociaux de l'Aide sociale à l'enfance ou de la Protection judiciaire de la jeunesse, responsables de structures d'hébergements, chefs de services éducatifs, enseignants, psychiatres, psychologues, juges pour enfants, infirmiers, animateurs mais aussi en seconde ligne les cadres administratifs des associations, des hôpitaux ou même de l'Agence régionale de santé.

Si tous les professionnels sont affectés, ils traversent les épreuves avec des issues plus ou moins favorables. L'expérience, les statuts professionnels et les légitimités associées, la définition plus ou moins large des missions données, les marges de manœuvre vis-à-vis des autorités institutionnelles ou managériales, les ressources mobilisables dans le territoire d'intervention, l'existence d'étoyages collectifs, les inscriptions dans des réseaux plus ou moins ouverts: ces différents contextes se combinent pour constituer des environnements de travail plus ou moins propices à l'exercice du métier.

Cela dit, il s'agit de prendre toute la mesure de l'incertitude des agirs professionnels en la matière. Cette incertitude n'est pas seulement conjoncturelle, liée aux aléas de l'exercice d'un métier réputé impossible comme l'avait déjà souligné Freud. Elle est aussi et peut être surtout structurelle. D'une part, le contexte général de précarité de nos sociétés hypermodernes rend la tâche d'intégration des «adolescents difficiles» plus illusoire aujourd'hui qu'hier. D'autre part, le mouvement socio-historique profond de singularisation des prises en charge de la vulnérabilité à tous les âges de la vie et dans tous les compartiments du travail judiciaire, sanitaire, social ou éducatif, fait du parcours de vie (du parcours de santé, du parcours éducatif, du parcours professionnel, etc.) le cœur de l'action publique. On ne soulignera jamais assez les conséquences du point de vue du pilotage de cette transformation. Dorénavant situés au plus près du cheminement biographique des personnes en difficulté, les acteurs sont en permanence confrontés dans la définition de l'intervention qui convient aux ruptures, aux bifurcations, aux aléas des parcours. Le

contrôle continu des trajectoires fait que les intervenants sont devenus plus que jamais perplexes pour définir convenablement les situations : « *s'agit-il d'un adolescent 'en danger' ou 'dangereux' ?* » se demande l'interne en psychiatrie qui le reçoit aux urgences ; « *cet enfant relève-t-il du soin ou de l'éducatif ?* » questionne le juge confronté à une demande de placement ; « *faut-il protéger cet ado ou est-il nécessaire de le sanctionner ?* » s'interroge tel ou tel chef de service éducatif qui cherche à « contenir » un adolescent violent et connu pour les maltraitances qu'il a pu subir plus jeune. La réponse à ces questions n'est plus inscrite dans le marbre des missions institutionnelles auxquelles émerge tel ou tel professionnel, mais se construit pour une grande part dans et par l'action. Indissociablement, il s'agit de rappeler que la centration des professionnels sur les parcours individuels est le produit d'une attention à une prise en charge globale et transversale des personnes, à l'encontre des découpages sectoriels antérieurs mais toujours existants. Prise en charge personnalisée et déssectorialisation généralisée sont les deux faces de la même pièce. Autrement dit, l'extension des dispositifs de prise en charge territorialisés, pluridisciplinaires et interinstitutionnels mettant en réseaux les différents professionnels concernés est le pendant d'une prise en charge singularisée, centrée par une attention clinique sur les parcours individuels et leurs risques de rupture. Cette focalisation sur les parcours de vulnérabilité conduit les intervenants, quelles que soient leurs missions professionnelles, à se rapprocher des adolescents au plus près de leurs situations, mêlant de manière complexe, des problématiques socio-éducatives, médico-sociales, pédo-psychiatriques ou judiciaires. Ce qui fait qu'aujourd'hui, pour un même adolescent, différents dispositifs peuvent être mobilisés simultanément ou bien successivement au cours de son parcours. La spécificité du parcours tient dès lors à la dynamique d'emboîtement des dispositifs de prise en charge : comment par exemple on passe d'une problématique de « décrochage scolaire » à une problématique de santé mentale (conduite addictive par exemple), qui va être judiciairisée, etc.

C'est donc la trajectoire que prend le parcours de tel ou tel adolescent qui va mettre en réseau les professionnels de différentes disciplines. Ceux-ci se retrouvent avec des missions, des approches, des expériences différentes, mais penchés sur une même personne et un même parcours. Au-delà de la mission première, qui repose comme le rappelle François Chobeaux sur trois principes : « *aller vers, accueillir inconditionnellement, accompagner au rythme des personnes* », qui pilote l'action commune et où les décisions se prennent ? Qui assure la coordination entre les institutions concernées et dans quelle temporalité ?

Ces questions redoutables, inhérentes à tout travail en réseau, ont de quoi déstabiliser les professionnels les plus chevronnés ! Car elles posent des problèmes d'empiètement d'un domaine professionnel sur l'autre. Prenons l'exemple du diagnostic. Certes, des diagnostics sont avancés et même parfois des nouveaux termes sont rapatriés d'une aire culturelle lointaine. Ainsi en est-il du phénomène dit Hikikomori, notion désignant des adolescents et des jeunes adultes qui abandonnent leur scolarité pour rester dans leur famille, qui n'ont pas de projet professionnel, ne pensent pas se marier, ni avoir d'enfants, et ont en général très peu d'amis. Mais dans les cas les plus ordinaires, le diagnostic est surdéterminé par la perspective d'hébergement et/ou de placement. La question qui se pose est la suivante : où placer l'adolescent, en fonction de la problématique de sa situation mais aussi en fonction des lieux disponibles. Les désaccords sont nombreux dans les manières de cadrer la situation, d'une part parce que les appartenances disciplinaires (travail social éducatif ou soin psychiatrique) ne portent ni les mêmes missions ni les mêmes attendus (traverser un moment de crise, construire un projet à moyen terme, se poser, permettre une rupture avec le milieu...). Et comme l'incertitude sur ce qu'il convient de faire règne en maître, ces visions stratégiques s'énoncent sous forme de dilemmes. Les malentendus sont nombreux, surtout en cas de « clashes », de « crises » ou de situations dites d'urgence. Les professionnels concernés – qu'ils soient soignants ou éducateurs – n'ont alors d'autre choix que de relativiser le diagnostic ou plus précisément de l'inféoder en pratique aux enjeux qu'ils décèlent à propos des parcours des adolescents qu'ils ont en « partage ». Dans ce cas comme dans d'autres, les professionnels du travail social ou de la psychiatrie ne sont ni naïfs ni dupes. Ils ne craignent pas les diagnostics contradictoires, mais ils en soupèsent constamment les enjeux en termes d'orientation. Ils ont l'expérience de nombreux échecs de prises en charge antérieures, et savent en évaluer la portée stigmatisante. Ils ont compris, des deux côtés de la barrière du social et du soin, que le fait de porter tel ou tel diagnostic pouvait favoriser une voie praticable ou non. Mais s'ils ont conscience que le pari qu'ils prennent est incertain, ils peuvent l'admettre car l'enjeu transversal de toutes les orientations est de prévenir l'enfermement de l'adolescent dans un parcours irréversible. Par exemple, un placement en psychiatrie peut être acceptable si - et seulement si - il s'accompagne d'une promesse de sortie.

L'analyse que proposent Béatrice Deries et Roman Pétrouchine est à cet égard exemplaire. En l'absence d'un diagnostic partagé, c'est donc le « trouble de l'indication » pour reprendre leur terme qui prévaut. Passée la crise, et à condition de la disponibilité des uns et des autres à se pencher ensemble après-coup sur

la situation pour s'accorder sur leurs désaccords persistants, les épreuves interprofessionnelles qu'ils narrent s'avèrent souvent disqualifiantes, mais peuvent être réfléchies collectivement, et assurer le maintien du travail en réseau.

Du point de vue de l'identité professionnelle des uns et des autres, ce doute généralisé oblige à un mouvement de déspecialisation, comme si pour s'écouter, les différents professionnels devaient chercher, hors de leur spécialité, le diagnostic autour duquel s'entendre. Ainsi, il est fréquent d'assister à des glissements de tâches, au risque d'un empiètement sur la juridiction professionnelle de l'autre (c'est typiquement le cas du recadrage mainte fois entendu de psychiatres, qui face à des éducateurs prompts à saisir la dimension psychopathologique d'une situation pour donner des indications de protection, se voient vertement reprochés d'oublier la tâche primaire éducative de rappel à la loi).

Or, il apparaît que le transfert de compétence d'un champ professionnel met en évidence que le travail de recentrage des professionnels sur leur métier, est une manière de garder une « prise » sur l'activité propre à chacun. En cas de diagnostics ambivalents, le réinvestissement sur les missions, les risques et les responsabilités par métier redevient indispensable, en premier lieu pour rendre compte de la spécificité de « son » travail auprès des interlocuteurs. Autrement dit, il s'agit paradoxalement, pour faciliter la coordination, de respecialiser le métier, c'est-à-dire comme le suggère Yannis Gansel, « *de réassigner le cas à une catégorie normative (mineur en danger ou dangereux) et à une catégorie pratique (fugueuse ou délinquante)* ».

LES RISQUES D'UNE ARCHIPÉLISATION DE L'ACTION PUBLIQUE

Plus la prise en charge est personnalisée, plus le travail en réseau s'étend avec son lot de malentendus et de dilemmes. Cette dynamique est particulièrement à l'œuvre dans les situations les plus critiques. « *L'organisation de réunions avec les partenaires, les intersecteurs et les directeurs et responsables des unités, permet de formuler un état des lieux sur ce qui fonctionne ainsi que les attentes de chaque acteur. Ces rencontres interinstitutionnelles ont pour objectif d'améliorer le travail avec les services d'intersecteurs, notamment en cas de crises* » témoigne une directrice de Protection judiciaire de la jeunesse. Peut-on dès lors parler de changement de paradigme dans l'approche du problème dont la coopération interinstitutionnelle serait la nouvelle clef de voûte ? Oui, sans aucun doute : l'extension des dispositifs interinstitutionnels à travers la France conjuguant approche sani-

taire, pédagogique, éducative et judiciaire (Maison des adolescents, réseau jeunes en errance, dispositifs de lutte contre le décrochage scolaire, etc.) donnent à voir une action publique de plus en plus archipélisée.

Ce mouvement général de démultiplication de dispositifs interinstitutionnels oscillants entre psychiatrie, contrôle social et répression fabrique de nouvelles catégories toujours plus spécifiques autour des « cas complexes », comme celle de mineur isolé étranger, ou plus récemment autour dudit phénomène de radicalisation de certains jeunes issus des quartiers d'exclusion. Dans l'un et l'autre cas, la clinique, par sa capacité à traiter des singularités souffrantes, forme le cadre transversal de perception et de traitement des situations sans pour autant arriver à en problématiser l'une de ses dimensions politiques essentielles, qu'on la nomme interculturelle, migratoire ou ethnique ; à l'instar de l'échec partiel de la Politique de la Ville et plus largement des politiques dites territoriales incapables d'intégrer dans leur logiciel les problématiques liés aux conséquences migratoires dans le temps intergénérationnel. La question se pose de savoir, au-delà de la sidération actuelle, où et comment monter en généralité cette question sans perdre la connaissance singulière des multiples lieux où les problèmes se traitent localement et collectivement. Socialiser le soin et mieux comprendre ce qui fait soin dans le geste éducatif, semble être une des voies fécondes. Cela équivaut à inventer de nouveaux paradigmes substitutifs de l'idéal stéréotypé de l'insertion qui demeure toujours le drapeau rassembleur de l'état social actif et surtout oser des expériences construites sur d'autres références (réduction des risques et des dommages notamment). De même, il devient indispensable d'institutionnaliser des espaces réflexifs et d'expérimentation (aujourd'hui tellement précaires) pour les adultes en charge afin de fonder de nouveaux rapports déhiérarchisés entre soin et éducation. Ces trois conditions fondent un socle minimal pour réinventer des institutions en phase avec les enjeux du temps présent.

REFONDER UNE POLITIQUE DE LA JEUNESSE ?

L'avènement des « adolescents difficiles » comme problème public doit nous alerter sur la place que notre réalité politique octroie à la jeunesse. Depuis longtemps, les « cas complexes » que vient documenter cette catégorie ont été rapportés aux transformations socio-économiques (Mises, 1977) et à la « crise de société ».

Les « cas de plus en plus complexes » sont immanquablement étiquetés extrêmes. Mais, est-il possible de comprendre la nature d'une politique de la jeunesse à partir

d'éléments qui se situent à sa marge, tout en sachant que l'ordinarisation du cas extrême peut mener tout droit à une politique sécuritaire. Autrement dit les « cas complexes » peuvent-ils être heuristiques et avoir une portée cognitive pour notre société et contribuer à la redéfinition d'une politique de la jeunesse ? Oui, s'ils favorisent la compréhension de la réalité de la jeunesse dans son ensemble qui n'est pas nécessairement incasable, radicale ou extrême comme on voudra.

Ce que nous apprend également la catégorie « adolescents difficiles », c'est la tendance lourde à se focaliser sur la vulnérabilité des parcours dans le but de trouver une place pour la vie dans la société. Il y a là une préoccupation majeure qui mériterait d'être interrogée à l'aune d'autres conceptions de l'adolescence. Ainsi, Cécile Van de Velde (Van de Velde, 2008) propose de construire un modèle sociologique des âges de la vie ; elle distingue quatre « idéaux types d'expériences de passage à l'âge adulte ». « Alors que, généralement, les Danois cherchent à « se trouver » (développement personnel), les Britanniques à « s'assumer » (émancipation individuelle) et les Espagnols à « s'installer » (installation matrimoniale), les Français veulent d'abord « se placer » (intégration sociale) ». Écrasés par ce qu'elle appelle « le poids du définitif », les jeunes français jouent leur vie pendant leur jeunesse et leurs études qui détermineront « de façon quasi définitive la future place sociale de l'individu ».

BIBLIOGRAPHIE

Henri, A. N. (2013). Le migrant précaire comme objet méinscrit. Rhizome « *Le migrant précaire entre bordures sociales et frontières mentales* », (48), 3-4.

Kaës, R. (2012). *Le mal être*. Dunod.

Laval, C. (dir.) (2003). *Penser la vie psychique dans l'action éducative. Pour une clinique partagée* (6). Études et Recherches : Éditions du CNFE-PJJ.

Mises, R. (1977). *Problèmes posés par les adolescents difficiles*. Journée d'étude de l'Aide sociale à l'enfance. *L'information psychiatrique*, 53 (2), 119-125.

Ravon, B. et Laval, C. (2014). *De l'adolescence aux 'adolescents difficiles'*. In A. Brodiez, I. Von Bueltzingsloewen, B. Eyraud, C. Laval et B. Ravon (dir.), *Vulnérabilités sociales et sanitaires. De l'histoire à la sociologie*. Presses Universitaires de Rennes.

Ravon, B. et Laval, C. (2015). *L'aide aux adolescents difficiles, chronique d'un problème public*. Érès.

Van de Velde, C. (2008). *Devenir adulte. Sociologie comparée de la jeunesse en Europe*. Paris : PUF. In.

M. Boisson, C. Godot, S. Sauneronv et V. Kovess-masfety (dir.), *La santé mentale l'affaire de tous pour une approche cohérente de la qualité de la vie* (vol. 24, 2009). La documentation française.

Patrick Alécian

Pédopsychiatre

Coordinateur clinique de la Maison de l'adolescent du Val de Marne

Psychanalyste adhérent SPP (Société Psychanalytique de Paris)

Créteil

LES FRONTIÈRES DE L'ADOLESCENT

Rhizome: *En tant que pédopsychiatre, comment définissez-vous l'adolescence ?*

Patrick Alécian: Il y a confusion, notamment au niveau des âges et des durées que comprend cette période. Chaque période culturelle apporte ses variations à la définition de cet âge. Mais il existe bel et bien un invariant de l'adolescence. Dans les années 1980 pour beaucoup de professionnels, l'adolescence commençait entre 12 et 13 ans et pouvait aller jusqu'à 25 ou 30 ans dans certaines institutions. Il y avait donc bien une réelle confusion sur les problématiques d'un jeune de 14-15 ans et de 21-23 ans. Aujourd'hui, je trouve violent d'appeler un jeune de 22 ans un adolescent et c'est aussi violent d'appeler des gamins de 10 ou 12 ans des adolescents ou des préadolescents. Je réfute même le terme d'adolescent dans le terme « préadolescent » pour ces âges-là.

L'adolescence c'est une dynamique psychique qui se développe après le plus fort de l'emprise de la physiologie pubertaire sur le corps. L'acmé pubertaire étant marquée par les premières règles pour les filles, entre 12 et 14 ans, et la première éjaculation pour les garçons, environ à 15 ans¹. Ces événements respectifs pour le garçon et la fille sont préalables aux mouvements psychiques qui passeront d'abord par une latence de quelques semaines ou quelques mois. Ces mouvements déterminent pour la latence le refoulement du récit infantile, puis l'apparition de la sexualisation du corps et de la pensée. Il y a véritablement, toutes cultures et périodes confondues, deux années qui peuvent être ciblées comme étant ce qu'est l'adolescence dans la vie des jeunes filles (actuellement vers 13-15) et des jeunes garçons (actuellement vers 15-17). Ce qui précède doit vraiment être préservé comme étant du domaine de l'enfance. Des gamins de 13 ans qui sont agités, qui font les quatre cents coups, voire qui vont aux actes extrêmes jusqu'à tuer d'autres gamins – car malheureusement ces situations sont survenues dans le Val de Marne – sont des enfants. Ce ne sont pas des adolescents. Ils ont amorcé leur taille, mais ils n'ont pas acquis la pilosité pubienne ni la mue et ne sont pas engagés dans la sexualisation des pensées. Cependant, on me parle de ces jeunes comme étant des « adolescents incasables ». Je ne suis vraiment pas d'accord.

Pour définir l'adolescence je reprends donc des notions existantes qui sont assez simples. Tout d'abord je pense que la puberté ce n'est pas l'adolescence, mais par contre il faut que la puberté soit très avancée pour que l'adolescence se déclenche.

¹ En France, ces âges sont quasiment inamovibles depuis quarante, cinquante ans.

Puis la surestimation dans le récit infantile, c'est-à-dire tout le récit que l'enfant s'est construit, sa relation au monde, à ses parents, et plus particulièrement la surestimation de ses parents – le papa roi et la maman reine –, va se transformer². Un nouveau récit va être celui imposé par la sexualisation du corps et des pensées, qui va également avoir comme effet l'inversion du contenu du récit infantile. Le papa devient « le plus con » et la mère devient « une pute » – ou alors les nouveaux conjoints des parents. En réintégrant ce processus psychique, l'adolescence ne commence que si l'inversion et le refoulement du récit infantile, ainsi que la sexualisation des pensées et du corps se font et que cette puberté-là se produit. Une fille qui a ses règles à 12 ou 13 ans aborde sa sexualisation quelques mois après que le processus de la névrose infantile ait été refoulé. C'est à partir de ce moment-là qu'elle va décider de ses choix sexuels, ses orientations, ses partenaires. Il y a bien une emprise du pubertaire sur la pensée qui se met en œuvre et cette emprise sera d'une telle violence pour la pensée que des processus spécifiques à l'adolescence peuvent émerger : des bouffés délirantes, éventuellement des troubles psychotiques, ou des recherches de substitution qui vont créer les premières addictions, la quête d'idéaux ou de figures idéales.

Le deuxième processus qui accomplit l'adolescence est l'entrée dans le monde social (au-delà de 15 ans pour la fille et 17 ans pour le garçon), marquée essentiellement par la plus ou moins grande exacerbation des idéaux et par les interactions sociétales (surtout au niveau des interdits de chaque société) et leur potentiel conflictogène avec les références familiales. Cette entrée-là est prise à partie violemment depuis trente ans par le déni des potentiels et des compétences des adolescents. Il y a cent ans une répression sur la sexualité s'exerçait. Aujourd'hui la répression tombe par le biais des performances reconnues ou non de l'adolescent sur ses compétences pour son accès au travail. Ceux qui veulent travailler très jeunes on leur dit : « non, tu continues tes études », et ceux qui ont fait des études pour travailler ne trouvent pas d'emploi. Par conséquent, le fait de trouver une place dans la vie sociale est reculé et plus encore annulé à de multiples reprises. Et on « leur joue cela » sur un mode paradoxal qui exacerbe les violences. Par exemple, aujourd'hui, quand on prend des gamins qui font un stage en classe de troisième, ils découvrent une boulangerie, un atelier de carrosserie ou le bureau de maman. Je n'ai jamais vu un gamin déçu par cette expérience. Ils sont « emballés » et ils ont envie de se lancer. Mais pour ces mêmes jeunes, quatre ou cinq ans plus tard, ce n'est pas du tout évident qu'ils aient envie de travailler. Ils ne sont pas non plus prêts à faire n'importe quoi. Enfin, les jeunes qui sont diplômés bac+5 sont pris au même piège que ceux sortis des classes à 16 ans : sans perspectives professionnelles. Je trouve qu'il y a là des violences qui amputent à l'adolescence quelque chose de son issue. Nous sommes face à un drame de notre société actuelle, qui est tellement belle et en même temps étrange et violente.

Rhizome : *Comment vous pourriez caractériser ce qu'on peut appeler aujourd'hui la catégorie des « adolescents difficiles » ?*

Patrick Alécian : Les « adolescents difficiles », le plus souvent sont d'abord des adolescents. Un bon nombre d'entre eux dont on me parle ou que je rencontre se

² C'est le moment de la brèche, dangereuse et rendant hyper vulnérable le sujet devant les prédateurs.

rétabliront après des réajustements des adultes devant et autour d'eux. Cependant, il faut tenter de caractériser certains d'entre eux qui émergent par trois aspects : d'abord un signe grave (agitation, déscolarisation, toxicophilie, auto agression³, hétéro agression⁴, sexualité erratique⁵...) les rend remarquables de plusieurs points de vue professionnels ; puis : ces faits graves se répètent ; et enfin les professionnels en intra ou inter institutionnel sont débordés.

Après trente-trois ans de pratiques directes auprès d'eux et indirectes auprès des professionnels qui s'occupent d'eux je vois un quatrième point qui est en fait le premier chronologiquement. À Créteil, je dresse actuellement un bilan sur cent situations que j'ai eues à connaître depuis sept ans. Plus des trois quarts ont leur premier trouble manifeste et repéré avant l'âge de trois ans. Mais, plus étrangement, déjà les premières réponses n'ont pas d'effet favorable sur le développement. Il faut ici se rappeler que la sémiologie somatique et psychique chez l'enfant est peu différenciée, et c'est pour cela qu'elle exige des professionnels formés au regard sur l'enfance et ses développements. Ainsi les troubles psychiques, comme des hallucinations chez l'enfant, ne peuvent être compris sur le même pré supposé que pour l'adulte. Les troubles envahissants du développement (TED) tels qu'ils sont proposés au diagnostic contemporain poussent vers de nombreux risques de passer à côté soit d'un vrai TED soit d'un autre trouble. La question aggravée de la destructivité ne survient qu'à ce moment-là par les ratages des premières réponses, souvent involontaires. Mais plus celles-ci se construisent dans le champ des pratiques sociales plus elles augmentent le risque de ratage. La destructivité se met alors en mouvement, soit temporairement soit durablement, mais dans tous ces cas avec une reprise au moment de l'adolescence par les effets surajoutés et conjugués du pulsionnel sexuel. Notre société contemporaine en rajoute une couche par ses afférences incessantes sur le monde infantile, afférences excitantes tant sur le plan des performances cognitives que le dévoilement prématuré de la sexualité adulte.

3 Scarifications, vomissements, ingestions toxiques.

4 Attaque d'objets et de personnes.

5 Comportements sexuels précoces et/ou sous influence.

6 Il s'agit de la capacité qu'acquiert le sujet au contact de sa mère, dans les premières années, à limiter ses excitations. Il interpelle directement la capacité de l'adulte à se contenir lui-même.

7 AEMO : Service d'Aide Éducative en Milieu Ouvert.

En ce sens les adolescents qui sont « difficiles » ont donc été impliqués très précocement dans leur existence à des problèmes de contenance sur leur vécu de construction de leur conscience du corps et de leurs interactions au monde, ainsi qu'au pare-excitation⁶ défailant de la parentalité à l'œuvre. À ce groupe s'ajoutent d'autres enfants qui ont été exposés à des formes d'agression, de destruction, de carence précoce et qui entretiennent une forme de destructivité dans leur vie. Chez les jeunes dont je suis l'évolution, il s'est avéré que plus de 70 % de leurs histoires ont commencé avant l'âge de trois ans par le suicide du père ou de la mère sous les yeux de l'enfant, une défenestration, la toxicomanie, des abandons ou des carences graves, le sida, des instrumentalisation...

L'enfant a une destructivité intrinsèque qui n'est pas anormale et qui est liée à une violence fondamentale. En école maternelle et en primaire nous pouvons déjà retrouver des enfants agités ou dits « hyper actifs », donc cette destructivité est déjà présente. Certains signalements seront faits, ou au mieux des AEMO⁷ lorsque la famille tient encore le coup. Selon moi, la destructivité présente chez l'enfant est sous-estimée, notamment la capacité de cette destructivité infantile à se trans-

former en de grandes destructivités sous prétexte que ce sont des enfants. Il faut prendre également en compte que la destructivité de l'enfant fait écho au processus de l'enfance, qui est lui-même animé par un processus très violent : le fait de grandir. La violence c'est quelque chose qui est en mouvement. Le dictionnaire d'Alain Rey (Rey, 2006) définit ce processus en prenant l'image du torrent, de quelque chose qui est très fort, qui charrie des pierres, de l'eau et qui peut tout casser sur son passage. Je pense qu'il faut être plus sensible et compétent à la psychologie et au développement de l'enfant. Aujourd'hui, nous avons vraiment les connaissances pour comprendre que l'enfant vit des processus psychiques et comportementaux de développement qui sont en lien avec l'environnement, et sur lesquels nous avons des réponses très opérantes à poser au sujet de la destructivité. Relisons Fernand Deligny, August Aichhorn, Sándor Ferenczi, Donald Winnicott, Célestin Freinet, Janusz Korczack, Stanislas Tomkiewicz, Jean Bergeret et John Bowlby.

Concernant le phénomène de radicalisation, je pense qu'il y a des adolescents vulnérables et qu'il y a des prédateurs sectaires en face. Les jeunes sont avalés par ces forces-là. Ces prédateurs sont extrêmement savants sur la vulnérabilité de l'enfance et de l'adolescence. Qui plus est, ces forces sont aujourd'hui décuplées par les illusions que colportent des médias modernes hyperpuissants en communication. Ma métaphore marine est que les petites vagues forment des vagues scélérates. Certains leur disent « *tu vas libérer la Syrie, ce sont des mécréants, ce sont des sales, des porcs... les purs c'est nous* ». Ce sont des jeunes qui sont sous influence et il y a une sorte de case vide à prendre. Pour d'autres c'est un jeu d'abord, ça se joue autour du cannabis, de la contrebande, et pas loin derrière il y a ces gens-là. Tout est relié, il faut beaucoup d'argent pour tout cela. Quand j'étais à Marseille au sein de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) il y a vingt ans, nous étions déjà confrontés à tout cela, là sous nos yeux. Nous le savions et nous nous le disions en 1997. Maintenant nous avons vingt ans de retard. Ce ne sont plus quelques dizaines d'enfants à Marseille, ou à la Grande Borne, ou à Paris mais ce sont des milliers d'adolescents vulnérables du côté du Jihad. Et ils ne sont pas issus exclusivement des quartiers les plus pauvres. Catherine Delcroix (Delcroix, 2005) a montré que dans les quartiers difficiles ce sont les familles les plus pauvres qui font le plus d'efforts pour protéger leurs enfants des phénomènes de radicalisation.

Rhizome: *Comment sont suivis les « adolescents difficiles » d'un point de vue institutionnel ?*

Patrick Alécian: En France la première unité psychiatrique de soins intensifs pour adolescents⁸ a vu le jour en 1986⁹. L'ouverture de cette unité spécialisée a été impulsée par les institutions sanitaires en réponse aux nombreuses plaintes des familles et acteurs éducatifs, comme les juges pour enfants ou des éducateurs à la PJJ, dans un contexte d'augmentation des tentatives de suicides des 16 à 25 ans. Les revendications dénonçaient que les adolescents n'étaient pas pris en charge comme ils le devaient dans les hôpitaux psychiatriques. L'idée de cette unité n'était plus de travailler sur le long terme avec des patients chroniques, souf-

⁸ En 1980, le Pr. Victor Courtrecuisse, les Dr Patrick Alvin et Patrick Jacquin, pédiatres, ouvrent un service de médecine d'adolescents au Centre Hospitalier Universitaire de Bicêtre, qui a déjà un projet de travail avec les adolescents difficiles accueillis en pédiatrie.

⁹ En 1986, les tutelles ont confié la création de la première unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) pour les adolescents à Sceaux (FSEF) au Dr Alecian. Cette unité a démarré en comptant dix lits et 4,5 équivalents temps pleins. Parallèlement, il travaille avec la PJJ à la « Consultation familiale pour les problèmes de l'enfance et l'adolescence » puis conseiller à la DPJJ de 1984 à 2002.

frant de troubles schizophréniques, de psychoses ou de troubles maniaco-dépresseurs, mais de mettre en place des hospitalisations d'urgence pour les adolescents. Cette unité permettait de traiter spécifiquement des troubles aigus liés à cette période de l'adolescence qui peuvent se traduire, par exemple, par des bouffées délirantes, des bouffées sous toxiques, ou alors des tentatives de suicide. Ce sont aussi les années où les expressions pathologiques sont comprises sous le jour des concepts limites : états limites, dépressions limites. Préalablement, cette spécificité institutionnelle et administrative du soin en santé mentale réservée au champ de l'adolescence était inexistante. Dans les années 1980, 99% des confrères médecins et psychiatres pensaient qu'il ne fallait pas de système d'hospitalisation pour les adolescents. Le dogme relatif à la crise d'adolescence disait : « Moins il y a d'hospitalisation pour les adolescents, mieux c'est ».

Personnellement, je ne parle plus systématiquement d'hospitalisation mais d'hébergement. Une hospitalisation d'urgence est une forme d'accueil et d'hébergement d'un individu en souffrance. Toutefois, accueillir un adolescent en prenant uniquement en compte ses troubles psychiques peut être pathogène. Le projet clinique est porteur en lui-même, c'est-à-dire : comment accueille-t-on un adolescent ? L'accueille-t-on en cherchant s'il est psychotique ou pas ? Ou est-ce qu'on l'accueille plus largement ? Contextualiser la lecture et la rencontre avec l'adolescent me semblait évidemment nécessaire dans le projet clinique, puisqu'auparavant il y avait une sorte de vide de lecture dans cette contextualisation, notamment au sujet des questions familiales, transgénérationnelles mais aussi des fratries et des pairs. Par exemple, j'ai instauré d'emblée la question de la présence de la famille de l'adolescent lors d'un accueil d'urgence. Pour la lecture contextuelle, j'ai demandé que des enseignants soient présents avec moi dans une unité d'urgence ainsi qu'une assistante sociale à temps plein, ce qui a fait scandale à l'époque mais qui a finalement été accepté.

Je pense que certaines institutions missionnées auprès des adolescents en difficulté sont violentes dans l'accueil et le suivi. C'est ce que j'appelle une « attaque sur l'enfance et sur l'adolescence » : ne pas tenir compte que ces gamins peuvent effectivement être très dangereux. Par exemple, croire qu'un enfant qui était méchant en groupe deviendrait moins méchant parce que ça se passerait mieux pendant ses premiers jours en placement familial est d'une grande naïveté. Actuellement, lorsque l'enfant est placé, la majorité des professionnels et des familles sont en sous lecture des risques dont j'ai parlé plus tôt et ont une hypothèse d'accueil que j'appelle « un accueil naïf de l'enfant ». L'enfant va se calmer trois ou quatre jours en arrivant, puis certains vont recommencer à s'agiter tout de suite après et d'autres recommencer à s'agiter dans d'autres circonstances. Une autre réalité : on retrouve aussi des enfants placés qui vont mieux suite à la qualité du travail mis en place, mais un jour on va leur dire : « *Maintenant il faut aller ailleurs. Tu rentres chez tes parents, ou tu vas dans une autre famille, ou dans un Itep¹⁰, dans une Mecs¹¹, ou je ne sais où* ». À partir de ce moment-là quelque chose les renvoie à leur symptôme initial. C'est de cette manière que des jeunes arrivent comme ça aujourd'hui à l'âge de 12-14 ans. Et là nous retrouvons « les adolescents difficiles incasables ».

¹⁰ Institut Thérapeutique Éducatif & Pédagogique (ITEP).

¹¹ Maison d'Enfants à Caractère Social (Mecs).

Cette « naïveté » dans l'accueil des « adolescents difficiles » se retrouve dans différents lieux, notamment dans le domaine judiciaire ou pénitentiaire. Ce n'est pas en incarcérant un jeune ou en le transférant sans cesse d'un quartier de mineur à un autre que le jeune va arrêter de poser des problèmes. J'ai suivi la situation d'un jeune qui a fait huit maisons d'arrêts différentes en moins de six mois. C'est criminel de travailler de cette manière, pour les professionnels et pour les adolescents. La prise en charge peut favoriser la destructivité et la répétition de cette destructivité. La répétition est par essence destructive, ce qui transformera la répétition en créativité ce seront les pensées qui l'accompagneront. Aujourd'hui il y a une trentaine de structures en France qui travaillent sur ces principes, essentiellement du côté des soins et du secteur associatif éducatif (SEA ¹² dans la Drôme, l'association Jean Cotxet ¹³, Sipad ¹⁴). Les expériences du secteur public reliant l'éducatif PJJ et le thérapeutique sanitaire (exemple du Dr Gilles Barraband à Suresnes ¹⁵) ont malheureusement été abandonnées par le ministère de la Justice.

Rhizome: Est-ce que ce genre de prise en charge qui contextualise, qui englobe, existe ? Est-ce que la Maison de l'Adolescent fait partie de ce type d'institution ?

Patrick Alécian: Les Maisons de l'Adolescent (MdA) ont des analyses et des besoins définis sur des territoires localisés. Elles sont très différentes d'un lieu à un autre. La réalité des moyens internes aux MdA est dérisoire et n'offre pas d'hébergement aux adolescents difficiles, et très rarement des hospitalisations. De toute façon, ce ne sont pas ces hospitalisations-là qui seraient en mesure d'accueillir et de soigner ces jeunes. Le gros souci est que, sauf exception de prestige (Paris et Marseille), les équipes sont réduites en deçà des besoins pour ces populations. Les efforts de l'État vont vers le sécuritaire, c'est-à-dire le milieu pénitentiaire et les centres éducatifs fermés (CEF).

La MdA est une opportunité pour ces adolescents, parce qu'ils peuvent y venir et en repartir sans un système d'emprise et de contrainte sur eux. De cette manière, cela permet de revoir certains d'entre eux qui vont mal. L'idée est qu'ils pourront revenir le lendemain et s'ils n'apparaissent pas le lendemain ils pourront quand même encore revenir le surlendemain. C'est une forme de lien possible, ce qui est quand même une bonne chose, mais ce n'est pas du tout résolutif à court terme pour les « adolescents difficiles ». Les MdA sont malgré tout des « opérateurs » sur cette problématique quand ils ont une responsabilité de dispositif de travail avec l'Aide sociale à l'enfance (ASE), la justice ou l'hôpital. Ils ont un rôle sur la régulation et les échanges entre les professionnels. Mais aujourd'hui, en France, nous sommes dans une culture qui reste trop intrinsèque à chaque institution, voire à chaque association et cela occasionne de la casse. La MdA doit pouvoir transcender cela un jour. Ma deuxième métaphore marine est que la MdA pourrait aborder les diversités comme celles d'un archipel ; mais l'archipel est tellement animé dans des prés carrés que son potentiel de régulation n'est pas sollicité sur le fond. Les résistances institutionnelles sont fondées sur des expériences négatives, parce que les institutions ont eu trop de problèmes avec certains adolescents et sont devenues très méfiantes, aussi bien du côté de l'ASE que de l'hôpital. Au sein des institutions, on perçoit également une culture très administrative qui fait du mal.

¹² Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence (SEA).

¹³ Sacré Cœur à Paris et la Villa Préaut à Villiers sur Marne.

¹⁴ La structure intersectorielle pour adolescents difficiles à Nice a été créée par les Dr Roure et Dr Giordano en 2000.

¹⁵ La PJJ des Hauts de Seine et le Dr Gilles Barraband, chef de l'intersecteur, avaient créé un dispositif d'hébergement individualisé qui accueillait des adolescents difficiles. Les résultats étaient remarquables voire inattendus. Mais l'administration a cessé ce partenariat.

Chercher une réponse opératoire à tout prix pour un adolescent est devenu une telle obsession pour les professionnels que ceux qui sont en lien avec ces jeunes ne savent même plus de quel adolescent ils parlent. Ils font face à des pressions pour trouver un lieu d'accueil, un lieu de vie, ou un hôpital spécialisé pour traiter les difficultés qu'amènent ces jeunes. À côté de cela, il existe des professionnels qui sont hyper compétents. Ils ont un lien avec les adolescents, ils savent que le gamin va tout casser un jour mais qu'il pourra revenir les voir le lendemain. Malheureusement, cette compétence-là est parfois insuffisamment soutenue par l'encadrement. Il est difficile de permettre à ces professionnels-là d'être en confiance avec les équipes de soins quand il s'agit de parler d'un adolescent pour lequel il va falloir envisager quelques jours d'hospitalisation pour le calmer, ou alors lui remettre une prescription médicamenteuse. Certains éducateurs pensent que donner des sédatifs à ces jeunes font d'eux des zombies. Pour certains jeunes, le fait d'être apaisés transitoirement avec des neuroleptiques va avoir comme effet qu'ils se sentent moins persécutés, moins sous emprise, ce qui peut ouvrir l'accès au dialogue entre les jeunes et les professionnels. Au prétexte que les jeunes pourraient devenir des zombies, des éducateurs mais aussi des psychiatres refusent ces médicaments mais demandent quand même des hospitalisations. Donc nous sommes sans arrêt dans des paradoxes. Je considère beaucoup les éducateurs comme des cliniciens. Mais il peut souvent leur manquer un étayage institutionnel qui leur permettrait de renforcer leurs compétences et leurs qualités cliniques. Toutefois, quand les obstacles sont surmontés, et cela existe par exemple à la Roche sur Yon, le travail est très favorable pour l'adolescent¹⁶.

Rhizome: *Quels rôles jouent les référents pour adolescents dans cette prise en charge ?*

Patrick Alécian: Aujourd'hui des systèmes de référents pour les adolescents en situation difficile ont été mis en place à l'ASE. Les référents sont présents pour trouver une orientation, des contacts, ou pour créer un réseau de travail autour d'un enfant ou d'un adolescent psychotique. Sauf que les référents aujourd'hui servent trop à organiser un dossier qui montre toutes les étapes qui ont été franchies par le jeune. Le référent, a priori, aurait dû être une personne qui pourrait être aux côtés de l'adolescent, voire de la famille de l'adolescent, pour témoigner d'un certain nombre de choses qui sont faites, d'une qualité du lien, de la charge destructive qui a déjà été à l'œuvre mais aussi des apaisements qui existent. Le référent serait également en mesure d'être aux côtés du jeune dans un certain nombre de situations, y compris dans ses passages en prison, en consultation psychiatriques ou pédiatriques. Les référents doivent être présents en étayage de la personne de l'adolescent, qui est dans l'infantile destructif, c'est-à-dire dans des débordements de violence. Ces « adolescents difficiles » peuvent casser, tuer, sans pour autant être dans une construction criminelle comme le sont certains adultes.

¹⁶ Le Dr Anne-Marie Royer a travaillé à la création de l'inter secteur de Vendée en associant l'ASE et la PJJ, puis à la création de la MdA avec ces institutions.

¹⁷ L'unité en question mise en place par Cécile Toutant est dans l'institut Philippe-Pinel situé à Montréal au Canada.

Quand ce type de débordement survient, il leur faut parfois des années pour qu'un réaménagement interne sur ce qu'ils ont pu commettre puisse apparaître. À titre d'exemple, il existe une unité pour adolescents située à Montréal qui reçoit tous les jeunes criminels du Canada¹⁷. La cheffe de service qui a institué l'unité disait

qu'il fallait environ dix années pour travailler avec un jeune criminel. Les deux ou trois premières années le jeune ne montrera rien d'une élaboration quelconque, il n'éprouvera pas de sentiment de culpabilité, même s'il pourra la simuler. Le retour sur soi de ces actes-là chez des « adolescents difficiles », avec le parcours que je viens de vous évoquer, survient au mieux trois ou quatre ans après son arrivée. C'est à partir du moment où il prend conscience de ce qu'il a fait que le travail de reconstruction se met en place, en ayant un risque grave de suicide. Pendant ce temps, les professionnels peuvent voir que le gamin avait des dysfonctionnements dans les apprentissages, et que des problématiques précoces étaient déjà présentes. On ne peut donc pas isoler l'adolescence de ce qui s'est passé dans l'enfance.

Le référent est quelqu'un qui doit pouvoir être à un moment donné à côté d'un vrai gamin, mais aussi à côté de celui qui vient de tout casser comme un géant. Parce qu'un gamin qui s'agite, ce n'est pas le bébé de neuf mois qui hurle dans les bras de sa mère. Il hurle mais sa mère est devenue « le groupe » et c'est ça qu'il casse. Si les référents construisent cette richesse-là, une possibilité de travail se crée. Si le référent devient un gestionnaire de dossier, il a cette tentation de se protéger administrativement et juridiquement pour montrer que des choses ont été faites et nous sommes moins dans la construction des liens qui vont permettre de se représenter l'enfant ou l'adolescent, pour comprendre aussi où est sa dangerosité, sa naïveté et son infantilité.

Rhizome: *Comment faudrait-il travailler dans l'idéal avec cette catégorie d'adolescents ? Faut-il créer davantage de réseaux ?*

Patrick Alécian: Le travail en réseau autour des adolescents difficiles est une étape, certains d'entre eux implorent autour de situations complexes notamment au décours des passages à l'acte des jeunes¹⁸, les institutions n'ont plus voulu travailler ensemble. Le problème du réseau c'est sa vulnérabilité fonctionnelle par le renouvellement des partenaires, des personnes. À chaque départ, il est vulnérabilisé. Mais si une entité unifiée est mise en place autour des adolescents on est sur une obligation de continuité, ce qui engage différemment les institutions.

Il faut réellement travailler à des accueils spécifiques dans une seule institution, avec tous les partenaires professionnels qui suivent ces jeunes, et ce le plus tôt possible. C'est malheureux, mais je suis convaincu aujourd'hui que si j'avais une lecture des cas signalés dans les cellules de recueil d'information de danger au conseil départemental, je suis quasiment sûr du profil de l'enfant qui sera signalé à deux ou trois ans. Mais cette réflexion a été mal communiquée et a provoqué la création du collectif « Pas de zéro de conduite ». Quel avenir lui offre-t-on si on le laisse rentrer dans le parcours social et sanitaire comme on y entre aujourd'hui ? Un travail peut tout à fait être préfiguré pour ces enfants-là. À mon sens, le premier accueil de cet enfant – que ce soit en pédiatrie, en urgence, en placement d'urgence, dans des foyers, des établissements, ou des familles d'accueil spécialisés – devrait se faire dans un contexte qui articule tout de suite des compétences très fortes dans les domaines judiciaires et socio-éducatifs, ainsi que pédiatriques et pédopsychiatriques. Je suis de plus en plus persuadé qu'une institution unique

¹⁸ Les premiers réseaux d'adolescents difficiles ont été mis en place à la fin des années quatre-vingt à Marseille, Avignon et Libourne.

serait nécessaire pour ces enfants, pour avoir un rôle de prévention secondaire. Quand les jeunes arrivent à l'âge de 12 ou 13 ans nous avons encore accès à du travail avec eux. Mais plus tard, quand ils atteignent l'âge de 15 ans, avec l'exacerbation du pulsionnel dans le corps, la stimulation, l'excitation que ça implique, ils suscitent de la peur, au mieux à eux-mêmes, ou aux professionnels.

BIBLIOGRAPHIE

Delcroix, C. (2005). *Ombres et lumières de la famille Nour. Comment certains résistent face à la précarité.* Paris : Petite bibliothèque Payot.

Rey, A. (2006). *Dictionnaire historique de la langue française* (3^e éd. Enrichie, vol. 3). Le Robert.

François Chobeaux

CEMEA, Animateur du réseau national « Jeunes en errance »

Travailleur social, Sociologue

Paris

VINGT-CINQ ANS DE JEUNES EN ERRANCE ACTIVE. OÙ EN EST-ON ?

Voici plus de vingt ans que les « jeunes en errance » sont apparus en France sur la place publique et sociale avec leurs comportements et leurs looks inhabituels et un peu provocateurs, leurs sacs, leurs chiens, leurs consommations de substances psychoactives, et leur discours permanents de revendication de leur statut. Cette population, étrange objet sociologique mal défini, est devenue une question sociale et professionnelle au fil des années (Pattegay, 2000 ; Rothé, 2015). En même temps, le terme « errance » a été utilisé pour qualifier de plus en plus de populations diverses, l'errance dite « active » (Chobeaux, 2001) permettant alors de caractériser ces jeunes assez particuliers. Qu'est-ce que l'errance, et qu'est-ce que l'errance active ? Tous la vivent-ils de façon semblable ? Comment travailler avec eux ? Et cette errance a-t-elle à voir avec l'adolescence ?

Genèse du terme « jeunes en errance »

En 1991, je menais durant les grands festivals de musique et de théâtre de Bourges, La Rochelle, Lorient, Avignon, une mission d'exploration portant sur les jeunesses festivières, ceci dans le cadre de la création d'une fonction « Jeunesse » au sein des CEMEA¹. J'y rencontrais ces jeunes, et proposais alors aux CEMEA et au ministère de la Jeunesse et des Sports de conduire un travail de recherche approfondi auprès d'eux. J'avais proposé le terme « Jeunes en errance » pour les qualifier ; « errance » m'était venu en les ayant entendu dire, et vu, leurs déplacements aléatoires et leur impossibilité à se fixer. Eux disaient d'eux-mêmes, comme ils le disent encore aujourd'hui, « *on est des zonards* », « *on vit la zone* ». Je disais alors « ce sont des jeunes âgés de 16 à 25 ans, engagés dans une dynamique forte de marginalité, et qui revendiquent cette situation en disant qu'ils l'ont choisie afin de mettre leurs actes en accord avec leurs pensées » (Chobeaux, 1996-2011). Aujourd'hui ils reprennent souvent à leur compte le terme médiatique « punks à chiens », que l'on retrouve à l'identique en Espagne, en Italie et en Allemagne. Les échanges et les travaux conduits au sein du réseau national « Jeunes en errance »

¹ Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Éducation Active (CEMEA).

montrent qu'ils sont toujours là, beaucoup plus nombreux que durant les années 1990, maintenant visibles en permanence dans toutes les villes grandes villes et les villes moyennes, consommant encore plus de produits psychoactifs, certains plus âgés, dans des groupes plus féminisés, hier 15% de femmes aujourd'hui 40%, surtout très jeunes (Chobeaux et Aubertin, 2013).

Dans les années qui ont suivi, le terme « Jeunes en errance » a vu l'élargissement de son sens, chaque groupe professionnel l'utilisant pour qualifier sa propre population. Ainsi en 1995 le rapport de François Lagandré (Lagandré, 1995) parlait de « *l'errance immobile des jeunes des cités* », et le rapport d'Antoine Lazarus et d'Hélène Strohl (Lazarus et Strohl, 1995) de « *l'errance psychique* » des SDF, avant que le Livre blanc de la FNARS évoque en 2007 « *l'errance invisible des jeunes SDF* ». Nous en sommes aujourd'hui à « *l'errance nocturne des mineurs* » visés par des arrêtés municipaux, et à « *l'errance internationale* » des jeunes migrants clandestins et des réfugiés issus des crises des états du sud. J'ai contribué à cet enrichissement lexical par adjectifs interposés en proposant en 2001 « *l'errance active des jeunes* », en reprenant la caractérisation de 1991 étendue à la trentaine (Chobeaux, 2001).

Le problème est que cette valse des adjectifs, certes utile à chaque groupe professionnel pour qualifier son public particulier, ne permet pas de comprendre de quoi il est question pour les jeunes concernés, en enfermant chaque sous-population dans des descriptions parallèles. Cette question avait été pointée dès 2000 par Patrice Pattegay, chargé d'un rapport sur l'errance des jeunes, qui montrait que ce concept était opératoire pour les intervenants sociaux pour autant que chacun s'entende bien sur les mots, mais qu'il restait à solidifier dans le cadre d'une approche scientifique (Pattegay, op.cit.).

En plus de ce flou, ce concept opératoire qui permet encore aujourd'hui aux professionnels de qualifier et de définir leur public présente deux limites. D'une part, comme chacun y met ses observations et ses représentations, tout échange en devient alors impossible puisque chacun produit isolément les caractères de sa propre catégorie d'errants qui n'a rien à voir avec celle du voisin. D'autre part, il s'agit dans tous les cas de descriptions et d'analyses globales, surplombantes, on pourrait dire dominantes, qui ne prennent pas en compte les dynamiques diverses animant chacune des personnes de chaque catégorie.

Il paraît alors nécessaire de revenir sur le terme même d'« errance » et de chercher ce qui est commun à toutes les personnes dites « en errance », et ce quelle que soit la case socio-politique dans laquelle elles ont été affectées.

La question psy au centre de l'errance

L'errance c'est quand ça décroche. C'est quand le projet de faire ne tient pas ou ne tient plus et qu'on passe à la survie, voire au vide. Il faut alors interroger pour chacun de ces jeunes les conditions du décrochage des contingences du concret, du réel, et ici les conditions, les circonstances socio-économico-politiques n'expliquent pas tout. Il y a aussi une dimension individuelle, intime, qui agit et qui ou

bien aide à transformer, à déplacer, à décaler le projet et à interroger le rêve, ou bien conduit à un repli, à un enfermement dans un modèle impossible, dans un idéal illusoire sans solution alternative. Cela renvoie à la façon dont chacun a été aimé et a appris à s'aimer, puis à se détacher. Cela renvoie à la façon dont chacun a appris les limites, les impossibles, et les possibles. Ici les échecs des résolutions maturantes du processus d'attachement et de l'Œdipe pèsent lourd.

Et si l'errance, cette dynamique de vide, agit à tout âge, évidemment les âges d'adolescence et de jeunesse ajoutent leurs propres marques dans ce paysage : effets de l'impulsivité, de l'intolérance à la contradiction et à la frustration, effets de la toute puissance imaginaire mise en acte dans le réel, effets des expérimentations souvent non accompagnées, effet des fonctionnements groupaux qui permettent de se fabriquer une identité quand on ne sait pas qui on est, et inadaptation des dispositifs d'aide à l'insertion aux réalités de ces adolescents et jeunes (Rapport alternatif au plan Priorité Jeunesse, 2015).

Des discours de radicalité sans la pratique

Revenons sur ce qui différencie radicalement les « jeunes en errance » ancrées dans la planète zonarde et punk des autres adolescents et jeunes destinataires des programmes d'aide à l'insertion et d'accompagnement social. Une double différence essentielle apparaît : ces jeunes en errance là ne se positionnent absolument pas en tant que victimes des circonstances économiques, du racisme, des assignations territoriales... Cette absence, ce refus de positionnement est lié au refus affirmé d'une intégration sociale conforme aux normes majoritaires : construction de sa vie par l'emploi, habitat stable, famille nucléaire. L'analyse politique punk est ici sous-jacente, même non-théorisée ni élaborée, et puisque cette société-là n'a aucun avenir (« *no future* »), autant accélérer sa chute en la moquant et en niant ses valeurs. La revendication punk s'allie avec des revendications anarchistes, avec des affirmations tiers-mondistes et alternatives, avec des filiations affirmées avec les beatniks, les hippies, les voyageurs, pour construire des positions de rejet. On est donc à l'opposé des positions et des rêves des jeunes qui pensent et rêvent intégration, consommation et normalité.

Cependant, à la différence des grands ancêtres culturels appelés dans la généalogie zonarde, on ne voit pas apparaître dans cette population de production esthétique, artistique, politique, qui fasse rupture culturelle comme l'ont été la révolution dans l'écriture apportée par Jack Kerouac (Kerouac, 2010) et Allen Ginsberg (Tysh, 1974), le op-art², le flower power qui a emporté le monde avec sa musique et sa mode, le punk avec sa critique radicale des sociétés occidentales vieillissantes, l'itinérance des voyageurs avec l'émergence de la musique techno *free*. On ne voit pas plus s'y développer de nouvelles formes de vie alternatives construites sur une écologie radicale en acte, sur l'égalité des sexes, sur un engagement dans les luttes extrêmes locales ou internationales dans les dynamiques des ZAD³ et du black block⁴. C'est comme si les vêtements de la radicalité avaient été ramassés au sol par ces jeunes puis enfilés pour se protéger du froid ; il y a bien un discours de marginalité, mais sans les pratiques ni les productions qui devraient y être liées.

² Le op-art fait référence à une tendance de l'art qui privilégie les effets optiques générateurs d'illusions de mouvements.

³ Zone d'Aménagement Différé, Zone À Défendre (ZAD). L'archétype français est la ZAD de Notre Dame des Landes près de Nantes.

⁴ Individus et groupes autonomes engagés dans des contestations sociales violentes.

Et le paradoxe de ce discours, de cette situation, est qu'il produit une identité collective et individuelle protectrice tout en enfermant dans cette fausse identité empruntée (Douville, 2007).

Travailler avec ces jeunes

Ces jeunes ne se situent donc absolument pas dans la logique classique de l'action sociale destinée à réparer les diverses formes de malheur humain. « Mauvais pauvres » (Geremek, 1987), ils refusent le jeu de pouvoir-dépendance qui règle les rapports entre les usagers du social et les intervenants sociaux. Ce refus de reconnaître un statut et une compétence d'aidants aux intervenants s'appuie aussi sur l'expérience issue d'une longue expérience de contacts contraints avec des éducateurs, assistants sociaux, psychologues, psychiatres : « *des gens qui ne m'ont servi à rien à part me prendre la tête* »⁵. Ici les années de parcours institutionnel vécus au sein des incohérences conceptuelles et organisationnelles de la protection de l'enfance pèsent très lourd sur le travail à conduire, un vécu fait de ruptures successives de prises en charge et de placements renforçant la dynamique abandonnique installée dans la petite enfance (Potin, 2012; Alecian et Birraux 2015). Et il faudra des années pour transformer auprès de ces jeunes l'image des intervenants sociaux et psy, en rétablissant et en développant auprès d'eux une confiance relationnelle et humaine permettant de leur faire comprendre qu'il y a des professionnels accessibles, attentifs, non normatifs, et qu'il est donc possible d'oser se livrer à eux.

Travailler avec ces adolescents et ces jeunes adultes nécessite donc de s'engager dans une relation de forte proximité, au détriment de la sacro-sainte « distance » souvent enseignée comme étant indispensable à entretenir avec les usagers. Mais cette nécessité d'une proximité contrôlée est confrontée à trois écueils. D'une part, des jeunes professionnels peuvent être attirés, fascinés par cette marginalité présente sous leurs yeux et alors abdiquer de toute position critique. Certains, et des moins jeunes aussi, ne seront pas dans la fascination mais clairement dans l'accompagnement militant, avec des questions déontologiques récurrentes : aider, jusqu'où, à l'ouverture d'un squat ? Exprimer un avis, une position, sur la consommation individuelle et sur le statut public des substances psychoactives ? Le troisième écueil est l'action et le positionnement individuel, chacun pour soi et comme il le sent au sein d'une équipe qui n'en a alors que le nom. Quel travail collectif permanent de partage et d'analyse ? Et quel soutien technique, clinique, quel système de contrôle et de travail des affects mis en jeu dans cette relation difficile ? Force est de constater que plus on s'éloigne des structures de terrain de la sphère psy, plus les supervisions analytiques se font rares au profit de réunions d'équipe souvent limitées à la seule organisation factuelle. Et pourtant, travailler au quotidien avec la marginalité et avec des personnes en dynamiques d'abandon d'elles-mêmes devrait nécessiter un solide soutien.

Accompagner ces jeunes nécessite également de travailler dans la non-demande, du moins durant leurs premières années de vie dans la marginalité où les sentiments de toute-puissance jouent au maximum, les professionnels étant alors ré-

⁵ Entretien avec un jeune homme de 20 ans fait à Rouen en juin 2012 dans le cadre de la recherche « Jeunes en errance et addictions ».

duits à se positionner comme balises, comme repères, en pouvant très peu agir sur les dynamiques personnelles d'exclusion. Ce n'est que plus tard, quand les jeunes auront fait le tour des supposés plaisirs de cette vie, qu'ils demanderont de l'aide pour en changer, passant en fait de fonctionnements adolescents construits dans l'immédiateté à des fonctionnements adultes faits de projections cohérentes. Et c'est alors que la confiance réinstallée peu à peu avec des professionnels permettra d'avancer ensemble.

Travailler au quotidien avec ces jeunes chez qui la rupture masque la souffrance, pourtant évidente avec les surconsommations de substances psychoactives et les comportements dépressifs, s'appuie sur trois fonctions, trois principes : aller vers, accueillir inconditionnellement, accompagner au rythme des personnes (Chobeaux et Aubertin, 2013).

« Aller vers » c'est le travail quotidien de rue, la rencontre cherchée dans les espaces publics tels les gares, les lieux marchands de déambulation, les parcs. C'est aussi la rencontre cherchée dans les périphéries des espaces festifs, parkings et arrières scènes, zones off où se vivent des rencontres et des initiations. C'est aussi aller, sur invitation, dans des espaces organisés : squats, ZAD. Ceci non pas en y cataloguant « errants » tous les jeunes qui évoluent dans ces espaces intermédiaires, mais en y étant attentif à ceux qui peuvent les fréquenter tout en étant en errance.

Cet « aller vers » permanent et professionnel est à différencier de ce que sont aujourd'hui nombre de « maraudes » où la rotation permanente d'intervenants parfois peu qualifiés, avec des présences de terrain ponctuelles, ne garantit pas la possibilité d'engager un long travail de réaccrochage du lien qui passe nécessairement par la confiance et la connaissance longuement construites au quotidien (Cefai et Gardella, 2011).

« Accueillir inconditionnellement » c'est ne mettre aucune barrière matérielle ni organisationnelle pour l'accès à un espace d'accueil, qu'il s'agisse d'un accueil de jour ou même d'un dispositif d'hébergement. En accueil de jour pas de questionnaire administratif pour vérification préalable des droits, pas de nécessité de se raconter une fois de plus, pas d'obligation d'avoir un projet, pas d'obligation d'avoir un comportement social enjoué. Il est juste explicitement interdit de recourir à la violence, de consommer des produits psycho actifs, et si on est trop pénible car trop indisponible à soi-même on est prié de s'éloigner afin de revenir demain. C'est aussi, pour les dispositifs d'accès à des hébergements de longue durée, le principe du « logement d'abord » : d'abord on abrite, on héberge, avec une garantie de durée donc de stabilité ; ensuite, seulement ensuite, on engage un travail de mobilisation.

« Au rythme des personnes » : le rythme, les projections temporelles des jeunes en errance, plus largement des gens de la rue, n'ont rien à voir avec les rythmes et les temps professionnels ou administratifs. Développer pour travailler avec eux des programmes calibrés en mois, en phases progressives successives très normalisées, telle la « Garantie jeunes » dans ses modalités de mise en œuvre par les Missions locales, n'a aucun sens. Il est nécessaire de comprendre et de prendre en compte qu'un accompagnement se déroulera sur des années, pas toujours avec

les mêmes intervenants ni dans la même ville, et jamais sans ruptures, sans régressions, sans phases où il semble ne plus rien se passer. Ces évidences remettent de façon inattendue les usagers au centre du système, et c'est tant mieux.

Réinsertion ou accompagnement ?

Le travail conduit auprès de ces jeunes peut-il aboutir à leur réinsertion ? Les conditions générales socio-économiques n'y sont pas favorables avec le chômage de masse des jeunes mêmes qualifiés et les impossibilités locales d'accès à des logements aux loyers accessibles. Alors, quelle place pour eux dans la société des intégrés alors qu'il n'y a déjà pas de place pour ceux qui y sont conformes ?

D'autre part, il apparaît clairement aux professionnels qui travaillent avec ces jeunes que nombre d'entre eux souffrent de difficultés psychologiques évoquant des psychopathologies lourdes (états limites, structures psychotiques...), et que ces situations qui conduisent à de grandes difficultés dans la conduite autonome et responsable de sa vie évoquent clairement la notion de handicap psychique prévue par la loi de 2005. À ce titre, le travail avec les MDPH ⁶ fait aujourd'hui partie des réalités de nombre d'équipes d'accueil et d'accompagnement.

Le statut de handicapé psychique permet à la fois la perception d'une allocation de vie, et l'accès aux dispositifs spécialisés du secteur du handicap : services de jour d'accueil et d'accompagnement, accompagnements dans le logement, travail protégé... pour autant que les structures et les intervenants de ce secteur soient prêts à accueillir ces nouveaux usagers. Notons au passage que les moyens financiers et en personnel dont bénéficie ce secteur sont sans commune mesure avec ceux de l'urgence sociale.

Évoquer cette orientation possible ne consiste pas à l'utiliser comme solution financière magique avant l'âge de 25 ans et un possible accès au RSA ⁷; elle ne doit pas non plus être une relégation construite dans le cadre d'une pathologisation de l'errance. Mais c'est l'application pragmatique d'une possibilité bénéfique ouverte par la loi à des personnes concernées. Reste évidemment la question de la stigmatisation, de la labellisation «handicapé» qui peut être vécue ainsi si elle est imposée. Il s'agit plutôt d'expliquer, de proposer, d'argumenter cette possible ouverture construite alors dans l'intérêt même des personnes car au plus proche de leurs réalités.

Le paradigme stéréotypé d'une insertion sociale et professionnelle construite dans une progression positive et linéaire, aboutissant à une vie familiale, un emploi et une façon d'habiter conformes aux normes sociales est donc probablement à abandonner pour partie, au moins à fortement nuancer, au profit de la construction d'autres avenir partagés fondés sur des accompagnements et des soutiens adaptés et de très longue durée.

⁶ Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

⁷ Revenu de solidarité active (RSA).

LE RÉSEAU NATIONAL « JEUNES EN ERRANCE »

Ce réseau est animé par les CEMEA dans le cadre d'une convention passée avec le ministère de l'Action sociale.

Il réunit 290 structures et équipes au travail avec des jeunes en errance, ainsi que des « têtes de réseaux » nationales, des centres de formation et des chercheurs. Des correspondants à l'étranger sont également identifiés.

Il a deux fonctions : la mise en lien des structures et des intervenants ; l'appui à l'élaboration des politiques publiques.

Ses travaux sont en ligne sur le site du réseau : bulletins d'information et comptes-rendus des rencontres annuelles, travaux d'équipes, documents techniques et administratifs, mémoires d'étudiants, bibliographie, liste des correspondants.

Nous vous invitons à consulter le site internet :

<http://jeunes-en-errance.cemea.asso.fr>

BIBLIOGRAPHIE

- Alecian, P. et Birraux, A. (2015). *Essai sur l'origine des embarras devant les psychoses. Revue de l'enfance et de l'adolescence* (92), 11-29.
- Cefaï, D. et Gardella, E. (2011). *L'urgence sociale en action. Ethnographie du Samusocial de Paris*. Paris : La Découverte.
- Chobeaux, F. et Aubertin, M.X. (2013). *Jeunes en errance et addictions. Recherche et préconisations pour la Direction générale de la santé*. jeunes-en-errance-et-addictions.cemea.asso.fr/, 138.
- Chobeaux, F. (2011). *Les nomades du vide* (4^e ed.). Paris : La Découverte.
- Chobeaux, F. (2001). *L'errance active*. Paris : Actualités Sociales Hebdomadaires.
- Douville, O. (2007). *De l'adolescence errante. Variations sur les non-lieux de nos normalités*. Nantes : Plein Feux.
- Geremek, B. (1987). *La potence et la pitié. L'Europe et les pauvres du Moyen-Âge à nos jours*. Paris : Gallimard.
- Kerouac, J. (2010). *Sur la route*. Paris : Gallimard.
- Lagandré, F. (1995). *Les phénomènes d'errance chez les jeunes de 15 à 25 ans*. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Conseil technique des clubs et équipes de prévention spécialisée.
- Lazarus, A. et Strohl, H. (1995). *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. Rapport à la délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain et à la délégation interministérielle au revenu minimum d'insertion*. Paris : La Documentation Française.
- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes Direction Générale de la Cohésion Sociale. (2015). *Cahier des clauses techniques particulières pour la réalisation d'une étude relative aux jeunes dits « incasable »*. <http://jeunes-en-errance.cemea.asso.fr/?Cahier-des-charges-pour-une-etude>
- Pattegay, P. (2000). *Jeunes en errance : définir, mesurer, décrire. Rapport pour l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale*. Paris : GRASS et IRESCO.
- Potin, E. (2012). *Enfants placés, déplacés, replacés. Parcours en protection de l'enfance*. Toulouse : Ères.
- Pour un big bang des politiques jeunesse. (2015). *Rapport alternatif au plan Priorité Jeunesse*. BigBang-RapportAlternatif_2015
- Rothé, C. (2015). *La construction de l'objet « Jeunes en errance »*. Conférence aux Rencontres 2015 du réseau Jeunes en errance.
- Tysh, C. (1974). *Allen Ginsberg*. Collection Poètes d'aujourd'hui. Paris : Seghers.

Maria Tuiran-Rougeon

*Psychologue, Codase
Grenoble*

Julie Calvayrac

*Psychologue, Codase
Grenoble*

Florent Jounenc-Soler

*Chef de service éducatif, Codase
Grenoble*

À TRAVERS LA PORTE

Codase

Les missions du service sont de promouvoir et d'accompagner individuellement et collectivement des jeunes en difficulté de 12 à 25 ans dans leurs démarches d'insertion sociale, d'apporter des réponses éducatives au sein même des espaces de vie où ils sont, mais également d'accompagner les familles dans leurs fonctions parentales. Pour lutter contre toutes formes d'exclusion sociale, les équipes d'éducateurs tentent de maintenir, de restaurer, ou de recréer des liens nouveaux dans les territoires concernés. Ces missions s'inscrivent dans le cadre de la compétence du Conseil Départemental en termes de protection de l'enfance. L'intervention du Codase est fondée sur le principe de libre adhésion des jeunes à la relation, ainsi qu'au travers d'une démarche « d'aller vers » de façon volontaire et s'inscrit dans un territoire donné. Elle s'articule avec d'autres actions menées, c'est pourquoi nous tentons en permanence de construire des partenariats institutionnels afin de permettre une élaboration diversifiée des réponses, ce qu'appelle l'analyse des situations rencontrées.

1 Afin de soutenir les pratiques éducatives, les équipes sont encadrées par un chef de service en charge de coordonner et de réfléchir sur le sens des actions menées, ainsi que de définir avec les éducateurs des stratégies d'intervention. La pratique professionnelle s'élabore dans le cadre des réunions d'équipes où les situations des jeunes sont abordées.

2 L'analyse de la pratique, animée par les psychologues cliniciens permet également de se centrer sur des situations qui interrogent les éducateurs, laissant ainsi la possibilité de s'ajuster et de construire des stratégies éducatives à partir des aspects cliniques de la situation abordée.

Le service de Prévention Spécialisée de l'association Codase, propose un accompagnement éducatif aux jeunes en difficultés de 12 à 25 ans, dans leur espace de vie. Plus spécifiquement, cette aide s'adresse à des jeunes en rupture, et/ou en conflit avec leur environnement, en risque de marginalisation, à des jeunes en souffrance, et à des jeunes isolés.

Dans le cadre de la réunion d'équipe, avec le chef de service¹, et de l'analyse de la pratique, avec les psychologues², un éducateur amène une situation toute particulière d'isolement, qui retiendra notre attention. Nous présentons ici, chacun de notre place, le travail d'articulation des enjeux éducatifs et psychiques. Il s'agira d'interroger les points de repères cliniques classiques mais également d'aborder les questionnements éducatifs ainsi que les modalités d'intervention de la Prévention Spécialisée dans cette situation qui inquiète et interroge.

Fin août 2013, une mère a contacté la Maison des Adolescents (MdA) pour une intervention auprès de son fils, un jeune homme de 18 ans, enfermé dans sa chambre depuis un an ; que nous nommerons Frédéric.

Comment intervenir à partir de la demande d'une collègue, elle-même interpellée par la mère au nom du fils ? D'autant plus, comment intervenir auprès d'un jeune enfermé ? Cette situation semble d'emblée complexe en termes d'emboîtement

des espaces. Sur quelles demandes l'intervention de l'éducateur serait-elle légitime ? Au nom de l'enfermement du jeune ? Au nom de l'inquiétude de la mère ?

En septembre 2013, l'éducateur reçoit la mère dans le local d'équipe. Lors de cet entretien, la mère décrit un tableau inquiétant de son fils. Après avoir redoublé la classe de troisième dans deux collèges différents, Frédéric fait sa scolarité par correspondance, qui aboutit par l'obtention du brevet. Pendant les années collège, une mesure AEMO (Action Éducative en Milieu Ouvert) est prononcée mais ne sera jamais mise en place ; il a alors 14-15 ans. Au moment où Frédéric reprend ses études par correspondance, la mère intervient auprès du juge, signalant que désormais tout va bien. Dans le même temps, au niveau familial se déroulent d'autres événements dans sa vie : alors qu'il habitait chez sa mère (ses parents étant séparés), celle-ci, pour des raisons professionnelles, décide de déménager sur une commune voisine. Frédéric fait alors le choix d'habiter quelques étages au dessus, chez sa grand-mère maternelle. Pour arriver à ses fins, Frédéric ruse et fait croire à sa grand-mère que sa mère est d'accord, elle l'accueille à bras ouverts. La mère de Frédéric se trouvant devant le fait accompli, n'osera pas s'y opposer.

Actuellement, Frédéric ne sort plus de sa chambre depuis un an, si ce n'est à de très rares occasions (douche, alimentation) ; il vit dans sa chambre, close, volets fermés. Il présente des rituels de contrôle autour de l'alimentation : Frédéric ne mange qu'une fois par jour ; il ne mange ni viande, ni poisson, ni œuf ; il ne mange que certains aliments bios, excluant ainsi tous ceux ne correspondant pas à ses critères et ne boit qu'une seule eau gazeuse. L'écran prend de plus en plus de place (via l'ordinateur), et il peut faire preuve de violence, physique ou verbale, à l'égard de sa mère si cette dernière rentre dans sa chambre (c'est-à-dire quand elle dépasse ses frontières) ou pose un cadre (c'est-à-dire quand elle délimite des frontières).

L'éducateur apprend également l'existence d'un oncle, ayant eu de nombreux contacts avec Frédéric. Cependant, l'oncle est évincé de sa place de personne ressource auprès de Frédéric par les deux femmes car il propose des solutions perçues comme radicales et insupportables (à savoir défoncer la porte et le faire sortir de force). Lors de l'entretien avec la MdA, la mère mentionne que Frédéric a peur de cet oncle.

La grand-mère, suivie à l'hôpital d'une ville voisine, finit un protocole de chimio thérapie, suite à un cancer. Elle parlera à l'éducateur de son histoire familiale difficile et fera cette remarque : *« c'est étrange, ma sœur a des tocs, moi j'ai des phobies »*. Elle portera le discours d'un monde dangereux.

À l'égard de la situation, au point où nous en sommes, émerge une première question : quelle est la place de cette grand-mère dans la dynamique familiale, elle-même ayant fait l'expérience de l'abandon, dans son enfance, lors de son placement à l'orphelinat, en même temps qu'une sœur, suite à la dépression de sa propre mère ? Frédéric tente-t-il de restaurer la grand-mère quant à son histoire familiale, et ensuite à son cancer ?

La mère recontacte l'éducateur deux semaines après ce premier entretien. Suite à un temps de travail en équipe, l'éducateur décide de rencontrer la mère au domi-

cile de la grand-mère, dans l'idée d'entrer en contact avec Frédéric. À partir de la demande de cette mère, l'éducateur se positionne ainsi dans l'environnement élargi du jeune, lui laissant la possibilité, s'il le souhaite, de se saisir de cette relation. Il se pose à côté de son enfermement, dans son espace; tout en étant dans une posture respectueuse de cette porte fermée. Il marque ainsi la volonté de ne pas être intrusif dans cet espace privé, et part du postulat que la parole suffit et permet l'ouverture.

L'éducateur fait la tentative de parler à Frédéric à travers la porte – sans réponse. Dès cette première rencontre, l'éducateur écrit une lettre, en deux exemplaires destinée à Frédéric; il en glisse une sous la porte de la chambre et affiche la deuxième sur le réfrigérateur, endroit stratégique de la journée du jeune. Dans cette première lettre, l'éducateur se présente, parle du souci de l'entourage familial, ne juge pas son silence («*Ce n'est pas grave de rien dire, je peux entendre*»), mais promet de revenir supposant qu'il l'acceptera.

Assez rapidement, le phénomène Hikikomori³ est venu s'immiscer dans la tête des professionnels (Tisseron, 2012).

À partir des interrogations (à savoir comment poursuivre et comment retourner auprès de Frédéric?), il s'élabore une double stratégie: envoyer une lettre à la mère et interpeller les partenaires. Dans les faits, c'est la mère qui sollicitera à nouveau l'éducateur. En revanche, il fait le lien avec les professionnels ayant orienté la famille vers la Prévention Spécialisée, à savoir la MdA et son dispositif rattaché sur le versant de la psychiatrie. Pour information, ce dispositif est une équipe mobile, composée d'un psychologue et d'un infirmier psychiatrique, ayant une attention particulière pour les jeunes isolés. Ils ont, eux aussi, la possibilité de se déplacer à domicile, dans une démarche d'aller vers.

Pour la deuxième fois, l'éducateur se rend au domicile et pourra échanger quelques mots avec Frédéric, la porte restant toujours close. Il se montre moqueur, insolent, et méprisant, avançant que l'éducateur «*ne sert à rien*», qu'il «*est un guignol*», et qu'il n'en a «*rien à foutre de lui*». Face à ces propos, la grand-mère fait irruption dans la chambre du jeune homme, lui demandant de se montrer respectueux. Elle est repoussée par le jeune homme, et la porte se ferme aussitôt. L'éducateur laisse un deuxième mot sous la porte.

Alors qu'un lien devenait possible, même sur le registre du refus, est ce que cette grand-mère ne manifeste pas un insupportable face au fait même que Frédéric prenne la parole?

Après cet entretien, l'éducateur effectue des recherches sur les réseaux sociaux afin, de trouver une trace du jeune homme, et pourquoi pas la possibilité de rentrer en contact par ce biais. Son compte Facebook est inactif depuis son enfermement.

À l'ère du numérique et quand on sait que 98% des adolescents et jeunes adultes ont un compte Facebook, on peut s'interroger sur ce retrait de la scène sociale numérique. Les réseaux sociaux peuvent être un moyen pour les jeunes de garder une forme de socialisation; bien souvent décriée par les adultes mais néanmoins

³ Ce mot japonais désigne des adolescents et des jeunes adultes qui abandonnent leur scolarité pour rester dans leur famille. Ils n'ont pas de projet professionnel, ne pensent pas se marier, ni avoir d'enfants, et ont en général très peu d'amis. Ce phénomène est parfois lié à une pathologie mentale identifiée (notamment une psychose, une dépression ou une phobie grave); on parle alors de «*Hikikomori secondaire*». Mais il peut aussi être manifestement indépendant, auquel cas on parle de «*Hikikomori primaire*». Il s'agit d'un double désempolement: un désempolement du lien social, et un désempolement psychique.

réelle pour eux. Sur Internet, on est le maître de ses identités innombrables puisque l'on n'a pas à engager son corps, il n'y a pas de visage et l'on peut s'autoriser car on n'a pas à répondre de soi devant les autres. Cependant, ce qui nous alerte réside plus dans le faisceau d'indices et de symptômes. Ce jeune homme semble s'extraire, tant dans le réel que dans le virtuel de la scène sociale.

Quelques semaines après, un entretien a lieu avec le psychologue de l'équipe mobile. Le choix est fait d'un binôme psycho-éducateur auprès de Frédéric, tandis que l'infirmier psychiatrique s'entretient avec la grand-mère, de sorte à la neutraliser. À cette occasion, Frédéric évoque de manière argumentée son choix de vie (soit rester enfermé) et le fait qu'il ne souhaite pas « raconter sa vie à tout le monde dans la rue » alors que les professionnels sont dans le couloir. Pour Frédéric. « le dehors » commence à la porte de sa chambre. Frédéric parle d'un monde « moche », « injuste » et « dangereux ».

À la suite de cette expérience, il est proposé à la famille un co-accompagnement, prenant en considération les modalités et les contraintes d'intervention des différents professionnels. L'équipe mobile, n'ayant pas pour vocation de proposer de thérapies au long court, recevra la mère lors de quatre entretiens, dont l'un en y associant la grand-mère. La mère engagera par la suite une démarche personnelle de thérapie. La prévention spécialisée elle, accompagnera plus Frédéric, tout en gardant une oreille attentive aux demandes de la famille, ainsi qu'à la nécessité de prendre un temps avec la grand-mère pour pouvoir accéder à Frédéric.

L'éducateur repasse donc, seul, toutes les trois, quatre semaines, pendant une année en accord avec la grand-mère et la mère. L'éducateur demande à la mère d'être présente. En effet, il a observé qu'à chaque fois que celle-ci tente de poser un cadre à son fils, elle se trouve invalidée par le discours de la grand-mère, en son absence. Malgré les paroles rejetantes et hostiles de Frédéric (« tu ne sers à rien », « je ne veux pas d'aide », « va aider les gens qui en ont besoin »), des échanges sont possibles autour des jeux vidéo et des séries ; Frédéric est particulièrement hostile à l'ironie. Ces échanges se font toujours porte fermée. Au-delà de l'envie irrésistible d'ouvrir cette porte, ce qui prime est le respect de cette modalité de communication, notamment en raison d'un risque de défenestration, réactionnelle à la violence de l'intrusion. L'éducateur arrive pourtant à imaginer ce jeune homme, notamment en prenant appui sur une photo de Frédéric enfant, présente au domicile.

De nombreux questionnements sont amenés autour de cette situation, dont certains sur un versant éthique. Dans quelle mesure il est nécessaire de respecter le choix de vie de ce jeune homme, malgré nos inquiétudes et la perception d'une grande souffrance sous-jacente au choix de vie ? Qu'est ce qui motive le fait de persévérer dans notre intervention ? Est-ce la volonté de normalisation ? Devant ces interrogations, l'éducateur éprouve un sentiment de solitude et tente de trouver de réponses appropriées à la situation, qui viendraient compléter son intervention. Les dispositifs tels que l'hospitalisation d'office et l'hospitalisation à la demande d'un tiers ne semblent pas possibles : Frédéric est majeur, il ne représente pas de danger pour les autres et le danger envers lui-même paraît difficile à évaluer.

Au niveau institutionnel, chef de service éducatif et psychologues ont le souci de ce jeune homme et de cet éducateur confronté à une situation qui amène une pratique singulière et inhabituelle. Une attention particulière est portée sur l'articulation chef de service, psychologue et éducateur, nécessaire à la compréhension et à l'élaboration d'une pratique. Cela passe par la validation d'un tel accompagnement et la réaffirmation de la pratique éducative, mais également par la mobilisation des partenaires (CMP, Réseau adolescent Isère notamment via des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire) afin de s'assurer que l'éducateur ne se retrouve pas lui-même isolé, et que l'éducatif ne soit pas la seule réponse apportée.

L'éducateur reste également disponible pour la famille, avec laquelle un travail d'élaboration partagée se met en place (notamment autour de pistes éducatives). Cet accompagnement amène les deux femmes à cheminer. Elles commencent à nommer l'impossible de cette situation, et ont, pour la première fois depuis plusieurs années, un discours commun et une volonté de faire changer les choses. Elles souhaitent poser un cadre cohérent et élaborent des stratégies pour amener le jeune homme à sortir (de sa chambre et du domicile). À titre d'exemple, la mère décide de dormir une nuit au domicile de la grand-mère, sur le canapé. Son fils lui dira en souriant : « *tu n'es pas à ta place* ». Elle réfléchira également à trouver de nouvelles modalités en ce qui concerne les courses. Actuellement, la mère apporte les courses une fois par semaine, en respectant scrupuleusement la liste établie par son fils. Elle envisage de lui laisser de l'argent plutôt que de « *faire à la place de* ». Elle menace également de couper l'accès à internet entre 22h et 9h. Après la manifestation de son mécontentement, il accepte mais à partir de la rentrée. Les deux femmes tentent de structurer une intervention commune dont l'intention est claire : elles veulent le faire sortir.

En Avril et mai 2014, à la grande surprise de tout le monde, Frédéric sort à trois reprises afin d'effectuer des démarches administratives (renouvellement de sa carte d'identité, ouverture d'un compte bancaire) et de soin (visite chez le dentiste) ; argumentant la nécessité de normaliser sa situation. Sa mère l'accompagne. Elle sera surprise du comportement de son enfant : elle le trouve inadaptée dans sa relation à l'agent de l'état civil et vis-à-vis des démarches dans ses interrogations sur le bien fondé des questions posées. Nous apprendrons par la suite qu'il a fermé les yeux tout au long du trajet en voiture, comme s'il sautait d'un espace à un autre, sans les traverser. Sa visite chez le dentiste était motivée pour des raisons toutes particulières. En effet, Frédéric pensait avoir deux dents « mortes », ce qu'il trouvait malsain. C'est pourquoi il souhaitait se les faire arracher. Le dentiste refusera en l'absence d'élément médical justifiant cette intervention.

Finalement, au mois de juin 2014, Frédéric finit par laisser place au silence, il se montre mutique et hermétique à toute rencontre. À chacun de ses passages, l'éducateur continue à laisser des mots à Frédéric, d'autant que les échanges lui laissaient entrevoir que Frédéric les lisait. On sait également, par la famille, que la venue de l'éducateur amène Frédéric à se doucher une fois de plus par semaine en amont de la rencontre.

En parallèle de ces rencontres, l'éducateur apprend par le biais de la mère d'un autre jeune qui connaît Frédéric, l'existence du père et de la grand-mère pater-

nelle. Lorsqu'il les rencontre, l'éducateur découvre un père en situation précaire, qui habite chez sa propre mère et qui ne semble pas vraiment concerné par la situation inquiétante de son fils ; de manière surprenante, il mettra fin à l'entretien pour aller « sortir le chien ». Concernant la grand-mère paternelle, elle mentionne un conflit et un mépris entre les deux familles, et interpelle l'éducateur sur de prochains échanges : « *le dire à mon fils ou à moi c'est pareil* ». On apprend qu'un secret plane sur la famille à propos de l'existence du jeune homme : une partie de la famille paternelle ignore son existence, y compris sa demi-sœur. Il est même question de mettre en cause la réalité de la paternité, Frédéric serait le fils d'un autre. De plus, on sait que le père reconnaîtra tardivement la paternité. Pourtant, lors de cette rencontre, la ressemblance de Frédéric à son père apparaît évidente à l'éducateur.

En septembre 2014, la famille observe un changement dans le comportement de Frédéric : la fréquence des douches augmente, il nettoie sa chambre et change, pour la première fois en deux ans, ses draps. Il demande à sa mère de résilier son abonnement téléphonique, sous le prétexte de changer d'opérateur. Il annonce à sa mère, ainsi qu'à sa grand-mère qu'il souhaite aller vivre chez sa grand-mère paternelle. Cette nouvelle agite les deux femmes, réactivant le ressentiment envers la famille du père.

Quelques jours après, Frédéric sort de chez sa grand-mère, pour disparaître avec l'unité centrale de son ordinateur (sans son écran), sa carte bancaire (récemment obtenue), une enveloppe contenant ses économies, sa carte d'identité, et son téléphone portable. Il partira en lacérant son matelas, en y cachant l'inscription « *ne pas chercher* ». Ce n'est qu'au bout de trois jours que la grand-mère découvre l'état de la chambre, n'ayant pas osé y accéder avant. Elle appelle alors la grand-mère paternelle, furieuse de cette découverte. C'est à ce moment que la famille comprend que Frédéric n'est nulle part, il n'est pas à là où ils le croyaient.

Cette disparition pourrait faire écho à la figure anthropologique pensée par David Le Breton, la « blancheur » (Le Breton, 2000, p. 35). Il arrive que l'on ne souhaite plus communiquer, ni se projeter dans le temps, ni même participer au présent ; que l'on soit sans projet, sans désir, et que l'on préfère voir le monde d'une autre rive : c'est la blancheur. Elle touche hommes ou femmes ordinaires arrivant au bout de leurs ressources pour continuer à assumer leur personnage. C'est cet état particulier hors des mouvements du lien social où l'on disparaît. C'est une forme de démission de soi, une volonté de s'effacer d'une existence, là que par une sorte de pesanteur. L'indifférence à soi suscite l'exposition à un danger qui n'est plus perçu comme tel, car le jeune ne s'habite plus tout à fait. Forme inconsciente d'une volonté, moins de mourir que de ne plus être là. Elle témoigne de l'impossibilité d'être un individu et de s'investir comme sujet de son existence. Les techniques de blancheur sont des tentatives de se débarrasser de soi pour ne plus supporter les pressions d'une identité intolérable.

La mère appelle l'éducateur en urgence, paniquée. Après échange avec le chef de service, l'éducateur propose d'accompagner la mère déclarer la disparition à la Police Nationale.

Les recherches menées par la police mettent à jour que le jeune homme a désactivé sa page Facebook définitivement peu avant son départ, qu'il a acheté un billet

d'avion au départ de Paris à destination de l'Islande (un aller sans retour). Pour rappel, ces événements ont lieu dans un contexte sociétal très particulier, teinté d'attentats, de jihad⁴, de jeunes partants en Syrie ; ce qui inquiète l'éducateur. Au vu des éléments, la piste d'un engagement au sein du jihad n'est pas privilégiée par la police, mais plutôt une disparition inquiétante. L'équipe laisse de nouveau une porte ouverte à la mère et à la famille.

Un an après, en septembre 2015, la mère recontacte l'équipe: Frédéric est décédé, elle part avec son frère pour rapatrier le corps de son fils, les obsèques se dérouleront quelques jours plus tard. Les circonstances de son décès sont à ce jour inconnues, une zone d'ombre entoure cette disparition: le corps de Frédéric a été retrouvé dans un état de décomposition avancé, dans les terres sauvages et reculées en Islande sans aucun papier d'identité, ni aucun matériel.

Pour conclure, comment lire dans l'après coup cette situation? Revenons sur quelques éléments.

Au vu du contexte social au moment de cet accompagnement, la question de la radicalisation a émergé dans l'esprit de l'équipe. En effet, dans la quête d'identité propre au moment de l'adolescence, et du fait de l'enfermement et de l'utilisation excessive de l'ordinateur, Frédéric aurait pu être happé par le discours Jihadiste. La suite des événements infirmeront cette hypothèse.

Même si le numérique permet de mettre de côté la dimension réelle de la rencontre avec l'autre, la dimension imaginaire est complètement investie. Qu'en est-il pour Frédéric? Nous saurons rapidement qu'il n'en est rien. Il semble s'inscrire plus dans un enfermement que dans un isolement. Cette mise en suspension, (redoublement, isolement, enfermement), pourrait être lue comme une tentative adolescente, comme un temps d'hésitation, d'inhibition, avant de s'engager dans la vie adulte. L'équipe éducative fait au départ cette supposition, d'où :

- La décision d'aller vers, d'entrer dans l'espace familial pour le rencontrer à travers la porte.
- Le temps d'échange avec la famille, à la recherche de leviers qui permettent de dénouer la situation.

Cependant, le dénouement nous amène, aussi, à éclairer les interrogations qui sont restées présentes pendant l'accompagnement.

Dans les éléments cliniques que l'éducateur apporte, des manifestations qui peuvent être considérées d'ordre phobique ont émergé. L'espace du jeune était limité à sa chambre, incluse elle-même dans l'espace de la grand-mère. La grand-mère délimitait son propre espace dans le discours « *l'extérieur est dangereux* », « *c'est étrange ma sœur a des tocs, moi j'ai des phobies* ». Frédéric semble répondre en miroir à ce discours par « *le monde est moche, injuste et dangereux* ». L'enfermement vient comme une réponse inversée au discours de la grand-mère: « *à l'intérieur l'espace est rassurant* ». Même si l'espace de vie de Frédéric est délimité, voire même clos, il semble ne pas parvenir à constituer un objet phobique pour se protéger de l'angoisse.

On verra que Jacques Lacan, dans le séminaire *D'un Autre à l'autre* (Lacan, 2006, p. 307) va considérer la phobie comme un moment de la métaphore paternelle, une

⁴ Le Jihad est un mouvement armé, sous filiation islamique, impliqué dans la « guerre sainte ». L'objectif est de combattre pour s'améliorer soi-même (atteindre le perfectionnement moral ou religieux), étendre l'Islam et éventuellement le défendre et ainsi transformer la société.

solution imaginaire, où l'objet phobique sert de balise en créant un espace interdit pour suppléer un temps à la nomination par le Nom-du-Père. Confronté au « pas de pénis » de la mère, chaque sujet va avoir à symboliser ce manque, par le biais de la fonction phallique : soit sur un mode névrotique, en se reparamétrant d'un signifiant phobique, soit en le déniaut sous la forme d'un « objet » fétiche. C'est pourquoi Jacques Lacan en est venu à considérer la phobie comme une « plaque tournante » entre névrose et perversion.

Quelques traits semblent nous poser d'autres questions nous laissant à ce jour en suspens.

- Le rapport à l'espace : il n'est pas organisé par un continuum mais par une étrangeté de l'un par rapport à l'autre. Par exemple, il saute d'un espace à l'autre sans les traverser.
- Le rapport à l'alimentation : au-delà de la peur qu'il développe vis-à-vis de certains aliments ou du contrôle (comme dans l'anorexie), il semble être dans une position extrême à tel point qu'on pourrait s'interroger : si sa mère ne lui apporte pas la nourriture qu'il demande, se nourrirait-il ?
- L'hostilité face à l'ironie : malgré l'absence d'éléments autres que ses réactions à l'ironie de l'éducateur, nous percevons une pointe (une petite indication) nous indiquant un sentiment de mise en danger, de persécution à son égard.
- Au moment où la mère et la grand-mère cessent de se tenir sur deux positions différentes, et parviennent à se mettre d'accord, à quoi est-il confronté ? À un effondrement de ce point d'appui sur deux scènes opposées ? Alors qu'il commence à faire des démarches, qu'on pourrait prendre comme des tentatives d'être au monde, il les annule (avec un discours normalisé des démarches) et reconstitue deux espaces dressés en opposition (le paternel et le maternel). Il finira par prendre la fuite, comme un aller sans retour. S'agit-il d'une tentative d'auto-engendrement ? Peut-on percevoir des tentatives de duperie à l'adresse de sa famille ?
- Les conditions d'une métaphore paternelle semblent absentes : ce garçon n'est pas inscrit chez le père, ni dans la famille paternelle, il n'y a pas d'homme dans la vie de la grand-mère et de la mère, sachant que le seul nommé est évacué (l'oncle).
- La perception du corps : Quel est le statut de cette crainte de deux dents « mortes », s'agit-il d'être dedans mort ?

Frédéric semblait être également en suspens : définissant un espace clos, se maintenant dans une inhibition, dans un non-engagement de ses affaires, sans parvenir à se constituer un objet phobique. Pouvons-nous faire l'hypothèse qu'il se trouvait en deçà de cette « plaque tournante », autrement dit piégé dans un enfermement d'ordre psychotique ?

BIBLIOGRAPHIE

Le Breton, D. (2000). *Passions du risque*. Paris : Métailié.

Lacan, J. (2006). *D'un Autre à l'autre. Le séminaire : Livre XXI (1968-1969)*. Paris : Seuil.

Tisseron, S. (2012). *Hikikomori, un nouvel habit de la crise d'adolescence ? Repéré à : <http://www.sergetisseron.com/blog/hikikomori-un-nouvel-habit-de-la>*.

Béatrice Deries

Sociologue
École Rockefeller
Lyon

Roman Pétrouchine

Pédopsychiatre
Chargé de recherche à l'Orspere-Samdarra
Lyon

ANICROCHE AUTOUR D'UNE DOUDOUNE. DE LA CONSTRUCTION DES TRAJECTOIRES D'ADOLESCENTS AUX FRONTIÈRES DE L'ÉDUCATIF ET DU SOIN

Souad, 15 ans, arrive en ambulance au pôle des Urgences d'un grand centre hospitalier psychiatrique à une heure et demie du matin au cours d'un week-end. Nous sommes début juin. Elle y est reçue par le médecin de garde qui pose une indication d'hospitalisation en toute perplexité, à partir des éléments apportés par les éducateurs de son foyer qui l'accompagnent. Bien qu'inconnue de l'unité d'hospitalisation pour adolescents Henri Wallon¹ et n'ayant a fortiori aucun dossier à l'hôpital, cette adolescente, disent-ils, serait attendue par le médecin de cette unité qui aurait lui-même posé l'indication. Cette procédure d'hospitalisation inhabituelle qui court-circuite la compétence d'indication du médecin des Urgences, cumulée d'une indication d'hospitalisation au premier abord « assez limite » et d'une jeune fille qui ne veut pas rester à l'hôpital mais rentrer chez elle, déclenche un méli-mélo entre le service médical d'accueil et l'Unité pour adolescents. Sans attendre l'avis médical du service, la direction de l'hôpital interviendra : « *C'est une adolescente, il y a un lit de disponible dans l'unité, vous l'envoyez* ». Le lendemain, le psychiatre d'Henri Wallon y trouvera Souad avec autour d'elle une certaine agitation du fait des circonstances de son arrivée.

Une première rencontre a lieu le lendemain avec une éducatrice de son foyer. Après que le cadre de l'hospitalisation propre à cette unité de « crise » y ait été reposé, prescrivant qu'aucun changement de lieu d'hébergement de l'adolescente ne se produise durant son hospitalisation, l'entretien se poursuit avec Souad. Le médecin ne manque pas d'être marqué par une valise à côté d'elle, de celles qui font un mètre cinquante de haut comme on en voit dans les aéroports. Dans un service où les jeunes patients sont mis en pyjama dès leur arrivée, de voir cette valise comme si la jeune fille allait au bout du monde lui paraît particulier. Une discussion s'engage alors entre le médecin et l'éducatrice : « *Mais pourquoi vous avez amené tout ça ?* ». Il lui sera dit que Souad avait l'habitude de se parer de vêtements

¹ Cette unité d'hospitalisation a été anonymisée.

et qu'elle était très attachée à ses affaires, dont elle avait demandé qu'on les lui apporte. « *Il y a même la doudoune que tu m'avais demandée* », ajoutera l'éducatrice en s'adressant à Souad ; « *Une doudoune, mais on est au mois de juin ? Qu'est-ce que tu vas faire avec une doudoune ?* » s'étonne le médecin ; « *Oui, mais Souad, elle a besoin toujours systématiquement de sortes d'enveloppes permanentes, d'objets qui lui tiennent à cœur, du fait de son histoire...* ». Au médecin de marquer son scepticisme, et à l'éducatrice de lui répondre : « *On est toujours là* ».

L'incongruité de se prémunir d'une doudoune en début de période estivale dans un lieu de prise en charge de la crise où l'on ne reste pas, tel est le point d'entrecroisement des divers récits. Ce qui aurait pu être accepté comme un objet transitionnel ne réussit qu'à susciter colère et inquiétude institutionnelles. En vis-à-vis des exigences du cadre de soin, sont montrés des gestes éducatifs relevant du *care*, suivis cependant, comme on le verra plus loin, par des décisions gestionnaires qui ne manqueront pas de les trahir : telles sont les premières tensions entre mondes du travail social et du soin qui traversent le malheureux vêtement. Le cas-Souad commence ici, cette doudoune inaugurant une controverse interinstitutionnelle à plusieurs rebondissements dans laquelle le trouble de l'indication est central. Car si Souad la première « ne comprend pas l'indication d'être ici », il s'agit là d'une expérience professionnelle partagée.

Replacée dans la série d'évènements qui lui succèdent, cette scène de la valise acquiert toute sa portée. Le médecin reçoit trois jours après un appel de l'assistante de service social en charge du placement à l'Aide sociale à l'enfance (ASE) pour l'informer de la proposition imminente du dossier de Souad auprès d'un autre établissement. Elle le rassure à sa demande que c'est bien à partir du placement en cours, après l'hospitalisation, que se fera la réorientation. Or cet épisode est aussitôt suivi d'un autre où depuis l'actuel foyer il est demandé aux infirmières d'accompagner la jeune fille à un rendez-vous de présentation dans le nouvel établissement, faute d'éducateur disponible et parce que le séjour de Souad y prend fin. La jeune fille, pas au courant, est la première à en être surprise. Ainsi, deux projets éducatifs la concernant, de soin et de réorientation, ont trouvé à se concrétiser en même temps, se chevauchant et portant atteinte à un principe clinique pourtant non-négociable, faisant sortir l'Unité de soin pour adolescents de son cadrage, soit en ses termes : faire porter du côté du soin la question du changement du lieu de vie vient signifier à l'adolescente qu'on ne pourra pas la soigner, discréditant à ses yeux l'idée du soin. Être le lieu à partir duquel se réalise une nouvelle rupture invalide le lieu d'hospitalisation. Demander à l'institution sanitaire de faire de l'éducatif en la chargeant d'accompagner la jeune fille dans son nouveau lieu de vie c'en est trop : en exprimant la colère du service, le psychiatre responsable d'Henri Wallon décide de la sortie de Souad pour le lendemain, lui permettant de réintégrer son foyer d'urgence avant de le quitter définitivement. La possibilité d'une réhospitalisation est ouverte, mais sous condition rédhitoire d'un nouveau lieu d'hébergement. Ni indication à la maintenir en urgence dans le service, ni inquiétude pour elle « cliniquement » : telle est la toile de fond diagnostique de l'organisation de ce passage à l'acte venu répondre à ce qui a été identifié comme un autre passage à l'acte.

2 Cette étude de cas réalisée par les deux auteurs de l'article est l'un des quatre volets d'une recherche en cours menée conjointement par le Centre Max Weber (UMR 5283 CNRS) et l'Orspere-Samdarra sous la direction de Bertrand Ravon (Centre Max Weber) et d'Halima Zeroug-Vial (Orspere-Samdarra) : « La professionnalité à l'épreuve des adolescents difficiles. Enquête sur les pratiques de soutien aux professionnels », convention CH Le Vinatier - Université Lyon 2, 24 mars 2014. La « mise en récits » des cas est centrale dans notre démarche d'enquête. Le cas ici convié pour soutenir notre propos est anonymisé.

3 C'est dans l'expérience de l'échec, c'est-à-dire dans la découverte d'une anicroche, de quelque chose qui cloche, que les acteurs sont conduits à expliciter des attentes à l'égard des choses ou des personnes impliquées dans un même cours d'action. En s'inspirant de cette « pragmatique de la réflexion » de Luc Boltanski et Laurent Thévenot, nous proposons de suivre au plus près le mouvement des acteurs, en nous intéressant à cette anicroche de la doudoune, moment de moindre réflexivité, en deçà du jugement, mais à partir duquel s'engage un mouvement vers un « retour réflexif sur l'action qui convient » (Boltanski et Thévenot, 1991, p. 427-428).

'Souad' est l'un des quatre cas d'une recherche s'intéressant à la prise en charge complexe d'adolescents à l'articulation de la psychiatrie et du travail social². Le trouble des indications leur est transversal, emboîtant à l'image d'une poupée russe toute une série de troubles constitutifs de la formation de leurs trajectoires chaotiques aux confins des champs : de l'indication, de l'orientation, de l'affiliation... Alors, bien que le détail de 'la doudoune' fasse sourire ceux qui nous en font le récit dans l'après-coup, témoignant de tout le recul qui se construit continuellement dans le cours de cette action publique, nous prenons au sérieux cette anicroche³ pour en faire le détail ethnographique par lequel entrer dans la 'complexité' de ces trajectoires au sens que nous lui donnons dans notre étude : non pas intrinsèque à l'adolescent (sévérité des troubles psychopathologiques et nombre d'institutions fréquentées) mais référée à la multiplicité des expériences de la « difficulté » de sa prise en charge, et aux controverses que celle-ci fait naître entre ses protagonistes.

Placée depuis sa première année dans une famille d'accueil de l'ASE, Souad y a grandi jusqu'à l'âge de 15 ans. Des troubles psychologiques et un comportement « difficile » à l'égard de son entourage apparaissent à sa puberté, s'aggravant au décès de sa mère, jusqu'à mettre très à mal sa scolarité et la vie familiale. La solution du collectif est alors proposée par ses travailleurs sociaux référents pour prendre le relais du couple accueillant qui ne peut plus jouer son rôle. Le passage de la famille d'accueil à l'établissement est le commencement d'une trajectoire sociale instable. Alors que le premier placement en foyer d'urgence approche de son terme, dans un contexte d'épuisement de son équipe par les troubles de l'adolescente, la directrice l'adresse aux urgences psychiatriques.

Le cas-Souad illustre la tension entre urgence éducative et urgence pédopsychiatrique. À cet égard, l'approche par cas, on le verra dans cet article, n'intéresse pas que les sciences sociales. Elle est également prégnante 'sur le terrain', dans le rôle que les acteurs de sa prise en charge lui font jouer et dans les leçons qu'ils en tirent, dans une remarquable congruence avec une sociologie du cas inspirée de la tradition historique⁴.

En dépliant le trouble d'indication qui s'est cristallisé autour de la doudoune de Souad, accédons à cette histoire collective pour en retrouver les strates organisationnelle, interinstitutionnelle et clinique.

Le processus d'indication à l'épreuve des temporalités

L'entrée et la sortie d'hôpital de Souad constituent la double épreuve, partagée par l'éducatif et le soin, à travers laquelle s'actualise le trouble de l'indication. Comment décrypter cet événement que la directrice du foyer d'urgence a qualifié de « quiproquo » et le praticien hospitalier en charge du suivi de Souad de « forçage de l'institution psychiatrique par le service éducatif » ? Notre premier réflexe est de réunir bout à bout les divers fragments de récit retraçant l'épisode en reconstituant ainsi ce fil rouge qui a manqué aux infirmières d'Henri Wallon tout comme à l'éducatrice du foyer qui, happée par les urgences de sa prise de service le lundi matin, est venue apporter toutes ses affaires à Souad au lieu de prendre le temps de faire du tri.

Que s'est-il passé les jours d'avant? Qu'est-ce qui, à un moment et en un lieu donnés, « sans parler de pathologie », a conduit à une hospitalisation en urgence au milieu de la nuit, alors que la patiente était déjà suivie en centre médico-psychologique (CMP)? C'est la méconnaissance de ce contexte qui selon leur analyse a rendu le travail des infirmières inconfortable. Répondant à un besoin de contextualisation et de biographisation plutôt que de catégorisation, l'indication en ce sens est constituée des informations qui permettent de situer la proposition de prise en charge dans une trajectoire.

Les récits recollés nous donnent accès, en amont de cette première hospitalisation en urgence, à une trajectoire sinueuse dans laquelle le mouvement de l'adolescente n'est pas en reste. On apprend qu'elle a fugué du foyer pour se rendre dans sa famille d'accueil un dimanche soir. Que l'éducatrice prévenue par ces derniers s'y est rendue, mais s'est heurtée au refus radical de la jeune fille de retourner au foyer. La seule voie trouvée pour sortir de cette situation a été l'ambulance en direction des urgences psychiatriques, accélérant de *facto* une hospitalisation envisagée par le foyer, mais dont l'indication posée par le psychiatre du CMP n'était pas encore validée dans un échange avec le médecin hospitalier. Au lieu que l'hospitalisation en pédopsychiatrie soit préparée sereinement avec l'ensemble des partenaires, elle se réalise dans l'urgence avec une Souad brinquebalante.

La première dimension du conflit d'indication qui oppose les mondes éducatifs et du soin est procédurale. Tout d'abord, le mode d'adressage de Souad est sorti de la 'routine' des relations entre psychiatres, extra et intra-hospitaliers; une routine qui sert à ce que la parole du médecin ne soit pas prise à la légère: pour le médecin de garde qui a accueilli Souad, si le praticien d'Henri Wallon dit qu'il l'attend dans son service et qu'il doit l'y recevoir, ainsi qu'ont cherché à l'en convaincre les éducateurs, donc c'est que c'est grave, quand bien même l'état de la jeune fille ne lui paraît pas relever d'une hospitalisation et qu'il n'a pas reçu de consigne de sa part. À cette effraction dans la routine qui règle les rapports entre Urgences et unités d'hospitalisation se surajoute l'intervention gestionnaire de l'administration hospitalière qui impose l'hospitalisation de Souad en dépit de tout avis médical. Une marge est possible entre la non-maîtrise par les éducateurs de ces codes d'accès à l'univers hospitalier et l'instrumentalisation de ces codes par les mêmes. Dans cette marge, se dessine l'enjeu de l'indication comme procédure.

Ce sont ensuite les procédures du placement socio-éducatif qui viennent heurter la temporalité du soin psychique. Les professionnels de la protection de l'enfance, depuis leurs différentes institutions, sont engagés ensemble dans une lutte serrée de place pour faire passer Souad d'une « place d'urgence » à une « place pérenne » et rétablir une certaine permanence dans sa trajectoire sociale. La rareté et la perte de maîtrise sur les ressources institutionnelles à tous les niveaux de la chaîne de l'aide à l'enfance, pour une adolescente essayant depuis plusieurs mois refus sur refus pour une place en Mecs⁵, rabat tout projet de vie à long terme sur le format de l'urgence. La moindre opportunité de réorientation est à acter immédiatement, le risque est trop grand de la mettre en attente, quitte à reléguer à l'arrière-plan le soin psychique hospitalier venant de commencer, qui pourtant était devenu prio-

4 « Loin d'opposer le particulier au général [...] c'est en accumulant des expériences que se fait l'histoire, c'est-à-dire qu'elle se constitue en expérience collective ». (Hennion et Vidal Naquet, 2012, p. 15).

5 Maison d'Enfants à Caractère Social (Mecs).

ritaire. La « stabilité » devient une notion relative et subjective, donnant lieu à des interprétations divergentes entre travailleurs sociaux et psys, les premiers ne l'associant pas/plus nécessairement à un cadre pérenne. Cette incertitude pèsera sur le projet d'hospitalisation séquentielle qui, à condition de stabilité institutionnelle, devait permettre de soutenir le nouveau foyer dans sa prise en charge éducative.

Les épreuves d'entrée et de sortie se nourrissent du télescopage des procédures et du désaccordage des temporalités, relevant les unes de la protection de l'enfance, les autres de l'hospitalisation en psychiatrie. En bref, tout le monde paraît s'accorder sur les grands principes qui fondent l'articulation du soin hospitalier et de la prise en charge éducative, comme sur les risques iatrogènes d'une hospitalisation non indiquée. Et pourtant, les différents interlocuteurs, de l'éducatif et du soin, semblent empêchés de s'entendre, par la superposition de leurs contraintes organisationnelles et gestionnaires respectives.

L'indication au cœur de la diplomatie interinstitutionnelle

6 Même si l'incident ouvre en première scène sur la rupture, prenant un tour contraire à la diplomatie au sens où la revisite la sociologie pragmatique : maintenir le lien jusqu'au point de rupture, savoir repérer et faire reculer ces seuils (Laval et Ravon, 2005), s'annoncer disponible pour envisager toutes les situations possibles (Stengers, 2003). La portée diplomatique du « clash » se révélera ici dans une temporalité qui excède le temps de l'urgence.

7 Cette disposition de l'article 375 du Code Civil a été levée en 2002, toute ordonnance de placement provisoire (OPP) dans le sanitaire étant désormais adossée à l'établissement d'un certificat médical.

8 C'est en ces termes que Bruno Latour redéfinit ce qui fait le social : un monde commun qui va de l'intrication à l'encore plus intriqué, et dont la constitution progressive repose sur ces intrications (Latour, 2000, p. 203-204).

Le conflit qui s'instaure à partir de la doudoune de Souad prend la tournure d'un incident diplomatique⁶. Il ne se cantonne pas à la dureté des propos entre intervenants de première ligne qui viserait à réajuster ensemble leurs postures cliniques. Mais il engage les hiérarchies de part et d'autre : médecin-chef d'Henri Wallon et direction de la protection de l'enfance. Plusieurs aspects constituent cette dimension interinstitutionnelle.

En premier lieu, le cas-Souad actualise une histoire longue. Il est interprété comme une réminiscence de l'héritage asilaire, en vertu duquel, jusqu'à une période récente, des adolescents étaient « déposés dans le service » par décision du juge des enfants qui pouvait prononcer une ordonnance de placement provisoire à caractère « sanitaire » sans besoin d'avis médical⁷. Inscrit dans l'histoire, il fait l'histoire en même temps. Le trouble de l'indication est en ce cas l'occasion de redéfinir le territoire contemporain d'un fragment de la psychiatrie publique.

Sur cet arrière-plan socio-historique, l'absence de modélisation du travail interinstitutionnel renvoie la construction de ce dernier à une jurisprudence des cas. Par « le coup de gueule » du chef de service, qui au nom de sa position institutionnelle a mis fin à l'hospitalisation de Souad, la jeune fille 'aura payé pour tous les autres'. Le récit du cas-Souad s'entremêle en permanence avec d'autres récits d'hospitalisation d'adolescents, comme si les décisions à son encontre réglaient une bonne fois des histoires plus anciennes qu'il est venu raviver. « Le coup de gueule » l'inscrit dans la mémoire du service et fait référence au sein des rapports interpartenariaux. Dans l'espace ouvert par l'incertitude des indications, l'intrication de ces trajectoires adolescentes donne ainsi forme à une action publique très localisée à destination d'adolescents difficiles à prendre en charge⁸.

Le trouble émerge enfin dans une expérience de dessaisissement de leurs indications de prise en charge par les professionnels du soin. Ils ne maîtrisent pas ou plus leurs critères d'admission ; construire des trajectoires de soin peut prendre un tour politico-institutionnel. Dans le cas de Souad, cette externalisation de l'indi-

cation d'hospitalisation vers le champ éducatif engendre une violence qui nous est présentée comme partagée par l'adolescente - réitération de l'expérience de l'abandon dans une trajectoire faite de ruptures successives - et par le psychiatre - qui vit en quelque sorte une épreuve de disqualification professionnelle. La violence de l'abandon leur est commune, comme si les soignants de l'hôpital se trouvaient abandonnés avec elle. Ils se révoltent en son nom contre les actes institutionnels d'abandon avant que d'être placés dans la nécessité diplomatique de l'abandonner à leur tour. La problématique de l'abandonnisme est doublement clinique et institutionnelle. Planant sur les situations, le référentiel psychanalytique⁹ infiltre toutes les interprétations au-delà des psys. Mais l'abandon renvoie aussi en creux à des impératifs interinstitutionnels de continuité. Sur ces scènes de construction des indications, les responsables de services s'attribuent réciproquement le rôle de celui qui doit détenir la continuité de présence dans la trajectoire de l'adolescent, moyennant des attentes et des déceptions de part et d'autre. Les indications sont implicitement chargées de réaliser un principe de continuité de l'action publique, ou pour le moins d'en corriger les discontinuités (Laval et Ravon, 2015). La pédopsychiatrie y est singulièrement attendue, actualisant le constat sociohistorique de Nicolas Dodier et Vololona Rabeharisoa selon lequel les termes de la critique antérieurement adressée au secteur psychiatrique tendraient à se renverser : « Au lieu d'être pris à partie pour l'excès de contrôle qu'ils exerçaient sur les individus, les dispositifs psy sont dorénavant questionnés sur leurs capacités à ne pas abandonner, sans filets, les malades mentaux dans la société de précarité » (Dodier et Rabeharisoa, 2006, p.16).

Ces récits controversés d'acteurs liés les uns aux autres dans la prise en charge de Souad nous aident à penser sa trajectoire autrement qu'à travers la métaphore de la « patate chaude ». Le trouble de l'indication par les discussions qu'il a occasionnées a permis en ce cas d'en atténuer le risque. Éducateurs comme soignants reconnaissent qu'ils ont besoin les uns des autres. En creux « *le soin a été émaillé d'un lien éducatif non soutenant du soin* » nous dira le praticien hospitalier. Les éducateurs du second foyer témoignant de leur côté de ce que les mises en échec successives de ses soins psychiatriques par Souad les ont rendus incapables d'être dans l'éducatif.

La part clinique du trouble

La question du diagnostic n'est pas première dans la genèse du conflit d'indication retracée depuis l'unité de soin. En revanche elle est pointée comme un argument central de la demande d'hospitalisation par ceux qui depuis le dehors de l'hôpital accompagnent Souad au quotidien, famille d'accueil puis équipe éducative.

Le travailleur social de l'Aide sociale à l'enfance rapporte, depuis sa position tierce, que d'un placement éducatif à l'autre la même controverse autour du diagnostic s'instaure entre éducateurs et médecins : « *Souad ne montrait pas les mêmes choses dans le soin et chez la famille d'accueil ou au foyer. On avait l'impression d'avoir deux personnes très différentes dans ce qu'Henri Wallon voyait et dans ce que l'éducatif voyait. Et du coup ils n'arrivaient pas à se rencontrer parce qu'ils ne*

⁹ Référentiel théorique classique mobilisé en psychothérapie institutionnelle.

parlaient pas de la même personne à ce moment-là. Lors d'une réunion entre l'ensemble des intervenants, les [famille d'accueil] ont dit: Il faut que le docteur ouvre les yeux, sauf que le docteur n'observait pas du tout les mêmes choses de Souad».

Du dehors au-dedans de l'hôpital, le curseur entre le normal et le pathologique se déplace, le recours aux catégories nosologiques pour qualifier la souffrance de l'adolescente se faisant plus insistant depuis la sphère socio-éducative. Souad est la première à 'jouer' de ces différents espaces, donnant à voir une maîtrise de sa «trajectoire de maladie»¹⁰. Lors de sa toute première hospitalisation, les troubles schizophréniques des jeunes patients d'Henri Wallon l'effraient et nourrissent son incompréhension d'être là. Ailleurs cependant, forte de ses premières hospitalisations en clinique elle a pu dire à ses éducateurs: «*Vous voyez, j'ai de l'hyperactivité, j'ai des TDAH*¹¹, ne me cherchez pas, ne me gonflez pas, je suis malade, laissez-moi tranquille». «*Cela fait partie de ma personne*, disait-elle encore à sa famille d'accueil, *il n'y a pas de remarque à me faire*». Mais quand il s'agit, depuis le foyer, d'aller à un rendez-vous au CMP, elle n'y va pas et le revendique. Il faut attendre alors trois semaines pour le suivant, mettant l'équipe éducative, qui ne sait par quel bout la prendre, dans une difficulté extrême. Dans cette absence de coopération de l'adolescente à la mise en place d'un soin ambulatoire, la crise (les clashes) est ce qui reste à l'éducatif comme accès à une prise en charge partagée.

Des termes psychologisants se mêlent au récit de la famille d'accueil qui n'hésite pas à parler des «tocs» de Souad ou à constater sa «double personnalité» et suggérer une «bipolarité». De leur position parentale bien assumée, ils ont eu à cœur de mener des investigations médicales visant à assigner à des mots la souffrance de l'adolescente et lui trouver une solution thérapeutique. Ils exercent chemin faisant une fonction d'alerte auprès des services de protection de l'enfance par rapport à des changements qui, de leur longue expérience éducative, leur semblent cette fois plus importants qu'une crise d'ado. «*Ils [le service de l'Aide sociale à l'enfance] avaient du mal à nous croire*». Le statut d'enfant confié de Souad transforme l'accès aux premiers soins psychiatriques en parcours du combattant. Durant toute une année, seules les «crises» de la jeune fille donnent à la famille d'accueil, en l'absence d'autorité parentale, la légitimité de franchir les portes des hôpitaux avec elle.

L'équipe du foyer d'urgence, à travers sa difficulté, est venue conforter l'expérience de la famille d'accueil en situant l'étrangeté du comportement de Souad au-delà du mal-être, du côté d'un trouble psychiatrique; sa mission d'observation et d'évaluation bien que dite empêchée par les troubles psychiques donnant paradoxalement du crédit à ce 'diagnostic social'.

Ce sont les mêmes symptômes (anxiété, obsessions) qui reviennent dans le récit clinique du praticien hospitalier, ré-encodés dans un langage psychosocial, passés au filtre d'une approche dé-psychiatrisante. Souad est la première à les lui décrire avec intelligence en rapport avec son histoire. Les tocs sont extraits de leur référence médicale par le médecin, pour être replacés dans un contexte relationnel éducatif où le besoin de réassurance que s'inflige l'adolescente vient empêcher la scolarité et mettre à mal les équipes sociales dans leur projet éducatif. Amenant du coup la question du soin.

¹⁰ Dans le sens que lui donne Anselm Strauss en la distinguant du «cours de la maladie»: la notion de trajectoire (de prise en charge) dés-essentialise le problème, le regard est porté non pas sur le tableau clinique de l'adolescent, sur l'évolution de sa pathologie, mais sur la manière dont les professionnels s'en arrangent au travers de leurs actions plus ou moins articulées (Strauss, 1992).

¹¹ Trouble Déficit de l'Attention / Hyperactivité (TDAH).

Étonnamment, les « comportements » de Souad (isolement, opposition), qui avaient inquiété les éducateurs et motivé 'leur' indication d'hospitalisation, alimenteront à leur tour les notes enregistrées quotidiennement en fin de poste par les infirmières. Qu'est-ce qui discriminerait alors le boulot des soignantes, si ce n'est de déposer à un endroit ce qui est valorisé par elles comme n'étant « *pas seulement un comportement pour faire chier* », afin de le « *travailler psychologiquement* » en équipe. Aller creuser « *derrière les comportements* » étant une condition pour « *[devenir] soignantes au-delà d'être là* ».

Ainsi les intervenants éprouvent différemment les troubles de l'adolescente. Pour les lieux de placement, l'indication d'hospitalisation en psychiatrie (et plus largement la qualification psychiatrique des troubles) est une (é)preuve de reconnaissance de la difficulté éducative et du mal-être institutionnel, le fonctionnement de Souad ayant clivé les équipes et mis l'institution sens dessus dessous. Pour la famille d'accueil, la traduction psychiatrique des troubles est l'aboutissement de son parcours du combattant pour faire reconnaître Souad comme ayant besoin de soins psychiques. Symétriquement, chez les infirmières, le cas-Souad, parce qu'il est 'limite', donne à repenser les contours du soin psychique en perspective de l'éducatif. À travers la lecture des comportements de l'adolescente se rejoue la tension entre *cure* et *care* structurante d'un champ de pratiques en santé mentale (Laval, 2009, p. 5). En cela, le trouble de l'indication est instituant.

Pendant que les uns sont disqualifiés dans leur autorité de prescription, les autres sont en demande de reconnaissance de la complexité de leur métier. Ces épreuves symétriques et simultanées de disqualification et de reconnaissance s'affrontent et sont inaudibles dans le temps de l'urgence. Passée la crise, et surtout dans un espace-temps différé où les contraintes organisationnelles (procédures, temporalités) n'exercent plus leurs pressions sur les différents protagonistes, les récits de cas prennent le temps de l'analyse et font coexister en leur sein, à parité, ces deux épreuves. Place y est faite à une politique des interstices, reconnaissant comme nécessaires les zones de recouvrement entre les mondes éducatif et du soin, sans lesquelles les ados explosent. De l'objet transitionnel aux espaces de transitionnalité... l'anicroche, ce quelque chose qui a cloché autour de la doudoune de Souad semblerait pouvoir s'articuler, ne serait-ce que dans le récit collectif, à une théorie de l'aide aux adolescents difficiles.

Conclusion

La centralité des parcours dans l'aide aux « adolescents difficiles » (Ravon et Laval, 2015) est certes tout d'abord à replacer dans un contexte historique d'individuation des politiques sociales. Mais si la construction des trajectoires devient 'le travail' collectif intersectoriel, en bref si la trajectoire est un travail (Strauss, 1992), c'est aussi parce que l'indication ne joue plus son rôle en son sens médical, qui nomme à la fois le problème et sa solution et où un problème diagnostiqué est égal à un remède. À travers les régulations qui s'opèrent nécessairement autour des indications, des professionnels depuis une diversité de métiers mettent en réflexion et en pratique des solutions personnalisées pour tenter de maintenir une certaine permanence auprès de l'adolescent. Les institutions redessinent ainsi leur action à leurs marges, au sens interinstitutionnel du terme, à partir de la construction des trajectoires les plus complexes.

BIBLIOGRAPHIE

- Boltanski, L. et Thévenot, L. (1991). *De la justification, les économies de la grandeur*. Paris : Gallimard.
- Dodier, N. et Vololona, R. (2006). *Les transformations croisées du monde « psy » et des discours du social*. Politix, 1(73), p. 9-22. doi : 10.3917/pox.073.0009
- Hennion, A. et Vidal Naquet, P. (2012). *Une ethnographie de la relation d'aide : de la ruse à la fiction, ou comment concilier protection et autonomie. Treize récits de cas sur l'intervention du réseau des proches, des aidants et des soignants auprès de personnes atteintes de troubles psychiques ou cognitifs*. Rapport de recherche pour la MiRe (DREES).
- Latour, B. (2000). *Factures/ fractures : de la notion de réseau à celle d'attachement*. In A. Micoud et M. Péroni (dir.), *Ce qui nous relie*. La Tour d'Aigues : L'Aube.
- Laval, C. (2009). *Sur quelques tensions à l'œuvre dans le champ de la santé mentale. Les cahiers de Rhizome : Prendre soin de la professionnalité*.
- Laval, C. et Ravon, B. (2005). *Relation d'aide ou aide à la relation ?* In J. Ion (dir.), *Le travail social en débat(s)*. Paris : La Découverte.
- Ravon, B. et Laval, C. (2015). *L'aide aux adolescents difficiles. Chroniques d'un problème public*. Érès.
- Stengers, I. (2003). *Cosmopolitiques II*. Paris : La Découverte.

Martine Serra

Directrice départementale de la Protection
judiciaire de la jeunesse du Val de Marne
Créteil

LA PRISE EN CHARGE DES CAS COMPLEXES PAR LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE

Rhizome: *Il y a-t-il une évolution positive des modes d'articulations entre les services de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et les dispositifs du champ de la santé mentale ?*

Martine Serra: Seize ans après la parution de la circulaire du 3 mai 2002¹ sur les pratiques concernant les adolescents en grande difficulté, l'évolution entre les services de la PJJ et les champs de la santé mentale est positive mais nécessite une bonne articulation entre les différents intervenants au niveau territorial. La création des premières maisons des adolescents (MdA) à l'interface entre les services éducatifs et les services de santé mentale a aidé à formaliser ces liens car il existait beaucoup de projets visant à favoriser l'articulation entre la PJJ et la psychiatrie mais bien souvent ces articulations reposaient sur les liens personnels et des liens de proximité au niveau des services.

Lorsqu'elles remplissent leur rôle, les MdA sont des dispositifs interdisciplinaires et interinstitutionnels à soutenir, qui facilitent l'accès des professionnels et des jeunes de la PJJ aux services de santé mentale, avec l'inter-secteur concerné, ou en cas de crise, pour faire l'interface avec l'hôpital pour une hospitalisation. Elles offrent également des possibilités de consultation

Les services de santé mentale amenés à travailler conjointement avec les services PJJ sont les CMP qui sont principalement en lien avec les psychologues qui travaillent dans les services de milieu ouvert, ainsi que les structures hospitalières. Ces dernières sont sollicitées en cas de crises ou de nécessité d'hospitalisation d'un jeune qui va vraiment très mal, cependant les professionnels de la PJJ y font très rarement appel. Certains services bénéficient parfois de l'intervention d'un psychiatre, ce qui est de plus en plus rare mais facilite l'accès aux soins.

La continuité du soin se fait plus facilement quand c'est un psychiatre qui porte la demande à un autre psychiatre.

Rhizome: *Quelles places ont les problématiques de santé à la PJJ ?*

Martine Serra: La direction de la PJJ a lancé en 2013 le projet « PJJ promotrice de santé » dont l'objectif est d'améliorer la santé globale des jeunes pris en charge en agissant sur l'ensemble des déterminants de santé accessibles pendant toute la durée de la prise en charge.

¹ Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DRJJ du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des adolescents en grande difficulté.

La santé des jeunes est une priorité pour l'institution, elle est un des leviers de l'action éducative et est inscrite comme un facteur de réussite de la prise en charge.

Dans le projet de service de chaque établissement des procédures de travail concernant la santé sont formalisées et inscrites dans la phase d'accueil, dès le début de la prise en charge.

Lorsqu'un nouveau jeune est accueilli dans un établissement de placement, un premier entretien permet d'aborder avec lui et sa famille les besoins, concernant sa santé de manière globale.

Ensuite une rencontre avec l'infirmière départementale est systématiquement proposée, afin de contribuer à la réappropriation par l'adolescent des démarches de santé le concernant.

L'infirmière se rend une fois par mois dans les unités d'hébergement, ce temps de travail, sur site, d'une journée est élaboré et construit selon des modalités locales avec les équipes. Ce temps de permanence constitue le cadre permettant la rencontre entre les jeunes et l'infirmière.

Des rencontres informelles, sur des temps collectifs, comme les repas par exemple, facilitent également les entretiens infirmier et permettent d'ouvrir le dialogue avec les jeunes.

Bien qu'une attention particulière soit portée sur les jeunes en hébergement, les services de milieu ouvert et d'insertion peuvent aussi solliciter l'infirmière départementale en fonction des problématiques de santé qu'ils rencontrent.

L'infirmière par sa connaissance des différentes associations ou services de santé du territoire soutient les directions de service pour monter des actions de prévention sur site. Cela permet, par exemple, de favoriser la rencontre avec les adolescents et de pouvoir aborder la question des addictions d'autant que les éducateurs rencontrent des difficultés pour accompagner les jeunes vers des consultations individuelles et régulières.

Rhizome: *Beaucoup de jeunes suivis par la PJJ sont pris en charge en psychiatrie à un moment ou un autre ?*

Martine Serra: Sur le Val de Marne je ne connais pas le nombre exact de jeunes suivis par la psychiatrie qui sont conjointement pris en charge par la PJJ. Les cas d'hospitalisations ou de crises ne sont pas très nombreux.

Globalement, cela concerne très peu de jeunes suivis par nos services, certainement moins que par l'Aide sociale à l'enfance (ASE) dont le nombre de prise en charge est proportionnellement beaucoup plus important. L'année dernière, quatre jeunes sur la totalité des jeunes accueillis et suivis par la PJJ ont été hospitalisés en psychiatrie dans le Val de Marne. La PJJ dans ce département compte quatre unités d'hébergement dont trois foyers dits « classiques » avec une capacité de 12 places chacun. La quatrième unité est un service d'hébergement individualisé avec plusieurs modes d'accueil : hébergement en studios ou en foyers jeunes travailleurs (FJT) et en famille d'accueil la capacité est de vingt-quatre jeunes. La PJJ

compte également et un service d'insertion, une unité éducative auprès du tribunal, cinq unités de milieu ouvert, 1 200 jeunes environ sont suivis à l'année.

De manière générale le public adolescent suivi par la PJJ a beaucoup de difficulté à aller vers les soins et à consulter. Lorsque certains jeunes souffrent de difficultés psychologiques, voir psychiatriques il est parfois même difficile pour les psychologues de la PJJ d'arriver à les rencontrer.

De même lorsqu'une orientation vers un service de soins est envisagée, il faut parfois un certain temps pour arriver à accompagner le jeune à consulter.

***Rhizome:** Comment les équipes de la PJJ gèrent ces problématiques de santé mentale ?*

***Martine Serra:** Les services de la PJJ et ceux des secteurs psychiatriques se connaissent, les difficultés apparaissent surtout lorsqu'ils sont confrontés à des adolescents qui se situent aux limites des champs éducatifs et psychiatriques, c'est-à-dire considérés comme les plus difficiles.*

Ces cas difficiles, qui sont très minoritaires dans la population des mineurs suivis par la PJJ, sont pourtant un motif d'épuisement et de malaise des professionnels car cela les confronte à un sentiment d'insécurité et d'impuissance.

Du fait d'un renouvellement continu des professionnels travaillant en hébergement, on constate que les services de la PJJ ne connaissent pas suffisamment bien leurs interlocuteurs de la santé. Lorsqu'ils ne sont pas informés et formés sur les modes de prises en charge en psychiatrie et sur la façon de faire appel à ces services, ces professionnels expriment des attentes irréalistes sur la durée des prises en charge ou sur leur suite ; ou inversement, cela peut les conduire à renoncer à faire appel aux services de soin lorsqu'ils estiment par avance qu'ils ne seront pas entendus.

Les jeunes accueillis dans les unités d'hébergement du Val de Marne proviennent de toute la région parisienne. Il arrive parfois que lorsque ces jeunes arrivent au foyer ils sont déjà inscrits dans des soins et parfois ont un traitement à prendre ; il s'agit donc là pour les équipes qui les accueillent d'être particulièrement vigilants à la continuité de ces soins : en veillant à ce que les jeunes honorent les rendez-vous avec les médecins et pour certains d'entre eux qu'ils poursuivent la prise de traitement qui leur a été ordonné.

La prise en charge de ces adolescents, qui ont des problématiques psychiatriques repérées nécessite de la part des équipes de la PJJ, de ne pas « lâcher » le jeune et de rester en contact avec les services de santé qui le prennent en charge. Les éducateurs se sentent démunis lorsque les jeunes refusent de prendre leur traitement. Ils n'ont pas non plus les moyens de contraindre le jeune à consulter même s'ils constatent une aggravation de son état.

En général le CMP qui suit le jeune n'est pas le CMP de secteur du foyer ce qui rend plus délicat le fait de faire appel au service de soins de proximité.

Nous nous sommes rendus compte que s'il est particulièrement pertinent de travailler avec le CMP qui suit le jeune afin d'anticiper la crise et d'éviter les ruptures

dans les soins. Il est également souhaitable de travailler sur ces situations avec le CMP de secteur d'autant que les professionnels de la PJJ ne savent pas forcément vers quels services se tourner dans les moments de crise et en cas de nécessité d'hospitalisation, ou lorsque le jeune refuse l'hospitalisation.

Si ces questions peuvent être travaillées en amont de la crise cela permet également aux équipes de la PJJ de poursuivre la prise en charge au-delà de la crise en se sentant soutenu par le service de santé.

Un travail régulier avec le CMP du secteur permet d'apprendre à se connaître, à mieux s'articuler au bénéfice des jeunes qui nécessitent une double prise en charge.

Les services de la PJJ peuvent ainsi « s'appuyer » sur le CMP ou sur la MdA pour présenter des situations, expliquer les symptômes du jeune, les comportements et les difficultés qu'ils rencontrent avec le jeune et éviter, lorsque c'est possible, une hospitalisation.

Rhizome: Pensez-vous que les temporalités dans le milieu clinique, pédopsychiatrique et psychiatrique, sont-elles différentes de celles vécues par les professionnels de la PJJ ?

Martine Serra: Je ne sais pas si la question de fond est la différence de temporalité. Les équipes éducatives de la PJJ comme de l'ASE se retrouvent confrontées au fait que les services de pédopsychiatrie et de la psychiatrie ne souhaitent pas diagnostiquer trop tôt ou mettre une étiquette sur un enfant mineur, et les services de santé mentale peuvent avoir du mal à entendre que les services de la PJJ sont en difficulté avec le comportement de certains adolescents.

Un décalage temporel est donc perceptible entre les travailleurs sociaux et les services de soins. Bien souvent la demande formulée par les équipes arrive auprès des psys quand c'est déjà trop tard, c'est-à-dire que les équipes sont déjà dans l'idée de se débarrasser du mineur.

Les difficultés de prise en charge provoquées par le fonctionnement de certains mineurs qui peuvent parfois être très violents conduisent les équipes à des mouvements de rejet qui aboutissent à une exclusion définitive du mineur concerné pour faire cesser la difficulté ressentie par l'équipe. Face à ce phénomène, certains services de pédopsychiatrie

ou de psychiatrie se mettent en retrait lorsqu'ils perçoivent que les services qu'ils ont en face vont lâcher.

Aujourd'hui, de nombreux travaux démontrent que ces prises en charges doivent être travaillées autrement. Les cadres doivent mettre en place une organisation de travail auprès des équipes souvent démunies face à ces situations-là. L'étayage des équipes sur ces questions est fondamentale car elles ne peuvent pas « tout » attendre des services de soins.

Un véritable travail de fond est à réaliser quotidiennement par les cadres de la PJJ, notamment dans les établissements de placement afin que le projet éducatif prenne en compte ces violences et qu'elles fassent l'objet d'un traitement institutionnel.

Cela suppose de considérer la crise du mineur et sa violence comme un événement prévisible de la prise en charge, et non comme un événement entraînant la recherche de son exclusion.

Et de développer les études de cas et de développer des pratiques qui permettent d'anticiper les crises et accompagner cette violence.

Ce n'est qu'à cette condition qu'un travail conjoint peut se mettre en place.

Les services de soins attendent d'une prise en charge éducative qu'elle soit suffisamment contenante, et la prise en charge éducative doit pouvoir s'appuyer sur des soins au long cours au-delà des situations d'urgences et de crises générées par les comportements difficiles de l'adolescent.

Rhizome: Dans le cadre de la PJJ, des termes sont-ils employés pour nommer ces adolescents dits « difficiles », « incasables » ?

Martine Serra: Il n'y a pas, à ma connaissance, de terme spécifique employé à la PJJ pour désigner ces adolescents. Lorsque je travaillais en Seine Saint-Denis, une commission interdisciplinaire et interinstitutionnelle nommée « cas complexes » avait été créée dans le cadre du schéma conjoint. Elle se réunissait mensuellement et permettait aux professionnels de venir présenter les situations. Ce terme me paraît plus approprié dans la mesure où il est moins stigmatisant.

Cette commission a montré, en son temps toute son efficacité car elle permettait une élaboration commune autour de ces prises en charge.

Rhizome: Est-ce que les missions de la PJJ évoluent ? Est-il encore possible d'être dans l'éducatif avec les cas les plus complexes ?

Martine Serra: Bien souvent « les cas complexes » se situent à la frontière de l'ASE, de la PJJ et de la santé et le parcours institutionnel d'un certain nombre d'entre eux a commencé très tôt. Ces situations complexes obligent chaque institution à accepter les limites de son intervention et à travailler en réseau afin de ne pas réduire le parcours de ces mineurs à une succession de ruptures.

L'action de la PJJ qui est menée dans un cadre pénal est pleinement éducative, elle est à la fois protectrice et contraignante. La PJJ a donc, dans le parcours de ces mineurs un rôle à jouer, même si son intervention est parfois tardive et si les durées de prises en charge peuvent parfois s'avérer parfois très courtes.

Juliette Leconte

Psychologue clinicienne à France Terre d'Asile
et au foyer de l'enfance Tandou
Paris

CONSTRUIRE UN CADRE RASSURANT POUR LA PRISE EN CHARGE COMPLEXE DES MINEURS ISOLÉS ÉTRANGERS

Pour la plupart des jeunes mineurs isolés étrangers (MIE) pris en charge par l'Aide sociale à l'enfance (ASE), le travail éducatif se déroule normalement, les projets se mettent en place et aboutissent positivement. Mais, parmi les MIE pris en charge, certains mettent à mal le cadre éducatif et ont du mal à *arriver* et à *vivre* la France, à construire un projet scolaire, à se projeter ici. Ceux-là peuvent se montrer dans l'opposition, fuguer et se faire exclure des établissements de l'enfance. Comment penser la situation de ces jeunes ? Comment faire pour qu'ils arrivent à adhérer aux propositions qui existent ? Comment trouver des pistes de solutions avec le jeune concerné et ainsi construire un projet adapté ?

Ceux qui ont les ressources psychiques nécessaires arrivent à se rassurer et à *survivre* à ce tsunami que représente cette situation d'exil. Et puis il y a ceux qui n'arrivent pas à s'inscrire dans un tel projet pour de multiples raisons. C'est de ceux-là dont nous allons parler.

À partir de mon expérience clinique dans différentes institutions où j'interviens, à l'arrivée des mineurs isolés étrangers en France ou durant la prise en charge ASE, je vous propose de réfléchir à ces prises en charge complexes, qui questionnent, qui font douter et pour lesquelles les réponses ne sont pas aisées. J'aborderai dans un premier temps la problématique bien spécifique des jeunes qui ont connu l'errance. Ils sont affiliés au monde de la rue et cela peut être un obstacle à la réalisation du projet éducatif proposé. Dans un second temps, j'analyserai la situation de ces jeunes qui n'arrivent pas à adhérer à la scolarité. En sachant que la scolarité est une des clefs de la régularisation et, du coup, de la réalisation de leur projet de vie en France ; cela peut mettre à mal toute la prise en charge ASE. Enfin, je questionnerai les situations où des troubles psychiatriques apparaissent et rendent impossible le travail éducatif habituel.

Tout d'abord, n'oublions pas que ces MIE sont des adolescents. Ce sont des jeunes qui peuvent parfois « passer à l'acte ». Et comme l'a dit Philippe Jeammet (Jeammet, 1980), l'adolescent a une forte propension à exprimer ses souffrances et ses

conflits par des passages à l'acte, à utiliser son corps comme moyen d'expression et de communication, avec une nette prédominance du « vécu » sur le « pensé ». Ils vont agir ce qu'ils ne peuvent pas dire. Certains adolescents ne vont pas réussir à mettre des mots sur ce qu'ils ressentent (parfois parce qu'ils ne le comprennent pas eux-mêmes). Même s'ils arrivent d'un ailleurs où cette notion d'adolescence est peu présente, même s'ils arrivent d'une culture où la transition d'enfant à adulte est plus continue, ces jeunes migrants sont dans leur grande majorité des adolescents. Même si souvent l'obligation de partir, ainsi que les conditions du voyage d'exil, les ont obligés à oublier leur jeune âge pour pouvoir faire face aux événements rencontrés ; il n'en demeure pas moins que pour tous les enfants, les changements physiologiques liés à la puberté sont inquiétants et déclenchent des mécanismes de défenses spécifiques.

Par conséquent, est-ce que ces mineurs isolés ont droit à une adolescence ? À la différence des autres jeunes pris en charge dans les foyers de l'enfance suite à des difficultés familiales, (qui ont souvent eu des prises en charge dès l'enfance et ont un vécu fait de ruptures) et pour qui l'équipe éducative travaille avec les passages à l'acte, les mineurs isolés peuvent se voir menacés par une demande de main levée auprès du juge des enfants (ce qui signifie l'arrêt de la prise en charge de l'ASE) si leur comportement n'évolue pas positivement ou si les mises en danger sont trop fréquentes. Il y a tout de même souvent l'idée que les MIE doivent être exemplaires, car les places dans les institutions sont comptées et bien d'autres jeunes attendent d'être pris en charge. Derrière ces comportements d'opposition (active ou passive), ces MIE expriment une souffrance. Pour un psychologue, voir un mineur isolé étranger devenir ou redevenir adolescent est rassurant car cela signifie qu'il sort du trauma ou de la sur-responsabilisation dans lequel il était ; mais cela peut menacer sa prise en charge.

Ces jeunes qui ont connu l'errance

Arrêtons-nous maintenant sur la problématique bien précise que posent les jeunes errants. Ce sont ces jeunes qui ont connu la rue, au pays, puis à leur arrivée en France. En 2013 et 2014, nombre d'Algériens et de Tunisiens relevant de ce profil sont arrivés à Paris. Ils ont déjà travaillé, ils ont vécu de débrouille au pays. Souvent la famille est défaillante, absente ou maltraitante. Ils se sont construits malgré le manque de repères parentaux et ils ont, du coup, une certaine fragilité narcissique (qui se traduit notamment par une faible *estime de soi*). Ils ont l'impression de s'être construits seuls, et non avec leurs parents. Ainsi, leur sentiment de *filiation* est faible.

Par contre, c'est grâce au sentiment *d'affiliation* qu'ils trouvent leur équilibre, qu'ils s'étaient. Ce mouvement d'affiliation, inhérent à l'adolescence, est d'autant plus fort pour ces jeunes. Grâce à leur identification à un groupe de pairs, ils restaurent leur *estime de soi*. Cette appartenance définit une identité sociale qui vient relayer ou se substituer à l'identité familiale en s'appuyant sur certaines structures communes.

L'enfant se construit au croisement de ces deux processus : un processus de filiation, « je suis le fils, la fille de... » et un processus d'affiliation, « j'appartiens à tel groupe et à tel autre », en général selon un schéma d'appartenances multiples, qui peuvent se modifier dans le temps. Et ces deux processus, pour être harmonieux, se soutiennent l'un l'autre.

Pour nos jeunes errants, autant leur sentiment de filiation est faible, autant leur sentiment d'affiliation est fort et joue un rôle de soutien important. Plus largement, il est possible de dire que ces jeunes sont affiliés au monde de la rue. Notre difficulté va être de contourner l'opposition monde-de-la-rue/institution.

Nous sommes obligés de construire un cadre adapté au jeune avec qui nous travaillons. Il m'est ainsi arrivé de faire une série d'entretiens sur un banc, dans la rue. Ce jeune algérien au passif d'errance s'était approprié le monde de la rue. Lorsque je l'ai rencontré, rester dans une pièce lui était difficile et très oppressant. Durant nos premiers entretiens, dans mon bureau, une angoisse massive l'envahissait dès que l'on abordait des sujets sensibles. Il pouvait également réagir avec une certaine agressivité défensive. Il fut absent à plusieurs reprises. Nous avons alors convenu d'un nouveau cadre qui lui convenait mieux : la rue. Être dans un bureau installait une hiérarchie (institution/rue) trop forte, qu'il vivait comme agressive. Nous nous sommes alors installés, chaque semaine, sur un banc, à une centaine de mètres de l'institution. Ce nouveau cadre a permis la création d'un espace thérapeutique possible : il fut présent à chaque rendez-vous et bien plus détendu. Nous avons ainsi pu aborder et travailler des aspects inenvisageables auparavant.

Pour d'autres, ce travail en entretien individuel n'est pas possible. Cela est trop menaçant psychologiquement pour le jeune. Ainsi, avec un travailleur social, nous avons mis en place un groupe de parole à destination des jeunes du Maghreb, qui à ce moment-là, avaient tous eu un parcours d'errance et d'affiliation au monde de la rue. Ce dispositif avait pour objectifs de me permettre de rencontrer les jeunes que je ne pouvais pas rencontrer autrement, mais surtout de créer un lien d'affiliation aux professionnels de la structure. Ces jeunes étaient alors peu présents à l'accueil de jour. Comment les rendre acteur de cette prise en charge ? Nous avons créé cet outil, autour d'un thé à la menthe, sur un temps d'une heure tous les 15 jours, afin qu'ils s'approprient cet espace. L'adhésion à cet espace avait pour objectif l'adhésion à une prise en charge par les services de l'Aide sociale à l'enfance. Cette expérience fut constructive, les jeunes étaient présents. Nous avons pu aborder les souvenirs du pays, la réalité en France, le voyage. Dans une dynamique de groupe de paires, nous faisons des ponts entre le pays et ici, entre le passé et le présent.

Illustrons maintenant cette problématique à travers une vignette clinique. La situation de ce jeune que j'appellerai Issam, reflète la problématique plus globale de ces jeunes qui ont connu l'errance, qui essayent d'adhérer à une prise en charge ASE mais dont le suivi est constamment fragilisé par le monde de la rue qui les rattrape. Issam est tunisien, il a 15 ans. Son père est mort de maladie lorsqu'il avait huit ans. Suite à ce deuil, sa mère se remarie avec un homme algérien et le suit en Algérie. Issam reste avec sa tante. Cela fait quatre ans qu'il n'a plus de contact avec sa mère. Est-ce lui qui refuse ? Est-ce elle qui ne le contacte pas ? En tout

cas, le jeune vit le départ de sa mère comme un abandon. Il a subi deux pertes consécutives. Il doit se construire seul (c'est ainsi qu'il le vit). Sans en informer sa tante, il vient en France. Ici, il n'a plus de contact avec elle. Lorsque je lui propose de contacter sa tante pour lui donner de ses nouvelles et nous présenter, il refuse. Au foyer, Issam se montre très agréable, poli, en lien avec les adultes comme avec les jeunes. Il ne montrera jamais de violence, ni verbale, ni physique, sauf une fois à la fin de sa prise en charge au foyer. Il est maigre et élancé. Il est très attentif à sa façon de se vêtir. Il est touchant et sincère dans sa présence et dans sa relation aux adultes. Il participe beaucoup aux ateliers d'art-thérapie mis en place au foyer. Il sait se saisir de ce qui est à sa portée. Par contre, c'est un jeune qui flirte avec la prison : il y a déjà passé cinq semaines suite à plusieurs vols. Il a encore du sursis. Toutes les personnes qui travaillent avec lui sont touchées par sa personnalité, même le juge, qui a pu se montrer clément. En lien avec le tribunal pour enfant, il lui est donc demandé de respecter les règles du foyer et de ne plus se trouver dans une affaire relevant de la justice.

Issam, dès le début, a beaucoup de difficulté à rentrer à l'heure (19h). Il rentre plus tard. Il prévient même qu'il devra ressortir. Il consomme du cannabis de manière quotidienne. Cette addiction a clairement une fonction sédatrice : « *ça me permet de ne pas penser et d'arriver à dormir* ». Avec moi, psychologue du foyer, il a du mal à parler de son passé. Mais il obéit à l'injonction du juge et va faire un travail de quelques mois avec une psychologue extérieure au foyer. Il est ensuite scolarisé, mais il a de nombreux retards le matin. Au foyer, par période, il arrive à rentrer à l'heure. On se doute qu'il fugue la nuit, mais sans preuve. D'un côté, c'est un jeune qui fait beaucoup d'effort pour sa prise en charge. Il montre une réelle envie de réussir, il investit ce qui lui est proposé. Mais en même temps, on le sent happé par sa vie à l'extérieur. Il revient avec des marques de coup sur le visage, des cicatrices ; mais refuse de nous dire quoi que ce soit à ce sujet, répondant juste : « *C'est rien ! Ne t'inquiète pas* ». Sans parler de lui (mais c'est une façon de nous donner accès à son monde du dehors), il nous dit que la personne qui est morte poignardée, dont nous avons entendu parler dans les médias, était une de ses connaissances. Un autre de ses amis est mort d'une overdose ; il justifiera une fugue pour aller le voir à la morgue avec un aîné. Il se trouve mêlé à une bagarre pour défendre un ami que plusieurs personnes veulent tuer. Il est donc dans un monde rempli de violence et de traumatismes potentiels.

Ainsi, la prise en charge ne le protège pas de l'environnement dans lequel il traîne. On le soupçonne d'être dans un réseau : revende de vêtements ? Prostitution ? En plus de cette affiliation adolescente qui le renarcisse, il semble tout de même avoir des obligations. Petit à petit, un trouble de l'alimentation apparaît : il se nourrit essentiellement de yaourt. Il est constamment à la limite de l'exclusion du foyer. Ses efforts pour obéir aux règles sont en dents-de-scie. Il rate des rendez-vous chez la psychologue. On le sent renfermé, mal. Jusqu'au jour où une bagarre éclate avec deux autres jeunes du foyer, suite à des moqueries sur le terrain de foot. Une exclusion est alors décidée. Nous n'avons pas réussi à le faire quitter ce réseau (amical ou autre) de la rue. Il a fait des efforts, mais il a gardé une facette de lui

très secrète. Il me semble que cette prise en charge l'a, malgré tout, aidé. Il était rassuré lorsqu'il était au foyer (hors de cette vie de rue très stressante), il redevenait un enfant. Les problèmes n'arrivaient pas jusqu'au foyer. Il a pu s'appuyer sur sa vie au foyer pour faire face à sa vie extérieure. Mais il était constamment dans le clivage. Je fais l'hypothèse que cette exclusion arrive à un moment où il était particulièrement mal (d'où les passages à l'acte), où les tensions (les pressions ?) de l'extérieur ont pris le dessus. Mais beaucoup d'éléments de sa vie nous échappent, nous pouvons seulement faire des hypothèses. Bien sûr, un éloignement de Paris aurait été préférable. Mais ce jeune, comme un grand nombre d'autres, a toujours catégoriquement refusé de partir. Cette solution a déjà été tentée par sa référente de l'ASE, mais il avait fugué pour revenir sur Paris.

Issam est donc retourné à l'hôtel. Il a ensuite à nouveau eu affaire à la police pour une bagarre à l'arme blanche, ce qui l'a mené à retourner en prison plusieurs mois.

Cette prise en charge et la finalité de celle-ci est d'autant plus marquante qu'Issam a une belle personnalité, sincère et pleine de joie de vivre. Il nous montrait une envie de s'en sortir. Malgré ses secrets et toutes les interrogations qu'il nous laisse, un sentiment de frustration reste à l'équipe du foyer. Qu'avons-nous raté ? À son arrivée, nous le savions proche d'un possible retour en prison. Il n'a pas eu de peine de prison le temps de la prise en charge au foyer, mais nous n'avons pas réussi à le sortir de ses difficultés.

Ce lien au monde de la rue, est-ce une affiliation identitaire ? Est-ce un réseau dont il n'arrive pas à sortir ? Est-ce des conduites ordaliques ? Nous avons essayé de tisser un environnement sécurisant avec lui. Il a joué le jeu jusqu'au jour où la pression extérieure a pris le dessus.

Quand la scolarité ne tient pas

Une autre difficulté, à laquelle nous sommes confrontés avec certains mineurs isolés étrangers, est d'arriver à inscrire le jeune dans un projet de vie en France. Pour ces jeunes mineurs isolés qui vont devoir être régularisés à leur majorité, le projet de vie passe par un projet scolaire. La prise en charge de l'Aide sociale à l'enfance et la scolarité sont deux éléments importants pour la régularisation et par conséquent pour la réalisation ensuite de leur projet professionnel. La plupart des jeunes ont une soif d'apprendre et sur-investissent leur scolarité. Mais il y a parfois des jeunes qui mettent en échec les différentes solutions proposées, qui n'arrivent pas à adhérer à un cursus scolaire. Comment faire dans cette situation ?

Le lien à la famille, lorsqu'il est possible, est primordial. Peu de temps après leur arrivée au foyer, je propose systématiquement aux jeunes qui sont en contact avec leur famille d'appeler leurs parents, en présence d'un interprète, afin de nous présenter - avec un éducateur ou une autre personne de l'équipe -, mais aussi pour expliquer la prise en charge au foyer, la scolarité et le suivi de la santé. Ce lien est important car il permet de faire des ponts entre ici et là-bas. Le jeune entend la reconnaissance du parent envers nous, les remerciements, la joie qu'ils ont à connaître les personnes qui s'occupent de leur enfant. Les parents nous donnent

ainsi leur accord sur le travail effectué avec leur enfant. C'est un temps où ils nous confient symboliquement leur enfant et donnent leur consentement à la réalisation de ce travail éducatif.

Les jeunes ont besoin d'avoir *l'aval de la famille, le consentement* de ces derniers, pour pouvoir construire un projet en France. Je pense à cette jeune congolaise qui était incapable de choisir son orientation scolaire, de prendre une décision, de donner son opinion ou d'être partie prenante des solutions qui la concernaient. Après en avoir discuté en équipe et après avoir eu l'accord de la jeune fille, les éducateurs se sont mis en lien avec les parents afin de transmettre des nouvelles de leur fille et de les informer des démarches entreprises. Le plus important fut le contact. Mettre du lien, aux yeux de la jeune, entre sa famille là-bas et sa vie ici, lui a ainsi permis de s'inscrire dans un projet scolaire.

D'autre part, les dernières paroles des parents avant la séparation vont être déterminantes dans la manière de gérer les difficultés. Le jeune se rattache à ces paroles qui sont comme des repères quant à leur conduite à tenir. Y a-t-il eu des paroles? Parfois la rapidité et la violence du départ ne le permet pas. À nous de construire un récit familial où le jeune pourra « piocher » et trouver les conseils qu'auraient pu leur donner leurs parents.

La situation d'un jeune que j'appellerai Maruf illustre bien cette problématique. Maruf est un jeune bangladais de 16 ans lorsqu'il arrive au foyer. C'est à sa demande qu'il obtient une place dans ce foyer car il vient souvent y voir des amis qui y vivent déjà. C'est un jeune qui fait très attention à son apparence, toujours très bien coiffé et habillé. Il a un regard vif et avenant. Dans les premiers temps de son arrivée au foyer, il montre de lui le profil d'un jeune agréable. Par contre, il garde une attitude distante avec les adultes. Il a du mal à apprendre le français. En attendant une scolarité dans une école de l'Éducation nationale, il est inscrit à des cours de français dans une association, mais il s'y rend de manière irrégulière. En cours, il peut se montrer désintéressé, ayant du mal à se concentrer. C'est ce qui va également se jouer lorsqu'il sera en classe d'accueil dans un lycée. Il aura un professeur très impliquée, mais il tente de mettre à mal cette relation. Elle continue de croire en lui et soutient sa demande d'orientation en CAP coiffure qu'il souhaite particulièrement (mais qu'il mettra rapidement en échec). Ce professeur a joué un rôle très important, en binôme avec l'équipe du foyer.

Avec moi, il montre de lui un portrait plaqué, se disant très bon élève au pays. Il refuse de parler de son passé et de sa famille. Il dira juste son inquiétude concernant sa mère malade. Il souffre d'insomnie majeure, qui entraîne de grosses difficultés pour se réveiller le matin. Petit à petit, il peut se montrer très virulent lorsque ses demandes n'aboutissent pas positivement. Nous sentons une colère massive contenue. Derrière ce profil plaqué, cette attention particulière à son apparence, apparaît un jeune perdu. Je fais l'hypothèse que sa présence en France n'a pas de sens. Il la subit. Il n'y adhère pas et la vit comme une sanction. Il s'oppose (par une passivité aigüe) à tout ce qui lui est proposé. Il est en souffrance mais refuse le suivi psychologique. Malgré tout, il accepte que nous appelions sa famille une fois, dans l'objectif de les rappeler ensuite tous les mois. Cette première conversa-

tion est cordiale et se passe bien. Les parents semblent soulagés d'entendre des adultes qui s'occupent de leur fils. Mais ensuite, Maruf refusera de nous communiquer le numéro de téléphone. Il nous met ainsi dans un piège, en miroir à celui qu'il doit également vivre, à savoir ne pas pouvoir tenir parole.

Sous la pression de l'ASE, il acceptera de se rendre de manière irrégulière à des rendez-vous avec un psychiatre qui parle le bengali, sa langue maternelle. Il me dira qu'il a pu se mettre dans des colères incontrôlables où il cassait les meubles chez lui au Bangladesh. Il me semble que son voyage en France est pensé par la famille comme un rite d'initiation qui le fera grandir : « vis, grandi et assagis-toi ». Est-ce que cela lui a été dit ainsi ou pas ? Est-ce que Maruf en saisit le sens ?

La remise en sens de la décision des parents de faire émigrer leur fils est quelque chose d'important. Une partie des jeunes ressentent beaucoup d'affection pour leurs parents mais également de la colère. Cette colère est légitime et il est nécessaire de lui faire une place dans l'espace thérapeutique. Ce projet d'exil a-t-il été construit pour le protéger ? Ou pour l'abandonner et l'exclure de la famille ? Pourquoi lui et pas son frère ? Pourquoi lui faire vivre tant de moments si difficiles s'il a l'affection de ses parents ? L'a-t-il mérité ?

Maruf semble avoir une très faible *estime de soi*, il se dévalorise en permanence. Avec ses troubles du sommeil, apparaissent des traits dépressifs. Il met à mal tout ce qu'il construit. On se rend compte que même s'il part le matin avec son sac à dos, pour aller à l'école, il ne s'y rend pas. Il n'obéit plus aux règles du foyer, il rentre tard. Nous avons le sentiment qu'aucune tentative de notre part ne permet de le saisir, tout glisse sur lui.

Il est reçu par sa référente ASE qui, au lieu de réaliser un travail éducatif, le menace quant à la continuité de sa prise en charge : soit il fait un effort, soit la prise en charge s'arrête. Bien sûr, lui qui est dans une dynamique de mise à mal de ce qu'il a, ce discours ne produit pas l'effet escompté. La réponse de l'Aide sociale à l'enfance tombe alors : arrêt de la prise en charge dans le foyer et demande de main levée au juge des enfants (ce qui signifie l'arrêt de la prise en charge ASE). Pour cette référente, puisqu'il n'adhère pas à la prise en charge éducative, il a qu'à s'en passer. Le jeune se retrouve à la rue durant quinze jours. Je me questionne toujours autant sur l'intérêt de cette logique - qui signifie : « Tu exagères ! Je vais te faire comprendre que la prise en charge ASE a de la valeur » -. Bien sûr, le jeune en souffre énormément, perd des kilos, rentre dans un processus de survie sociale et psychique. Lorsque la prise en charge reprend, il est ensuite hébergé en hôtel puis, plusieurs mois après, dans une structure où le suivi psychologique est un objectif central. Il suit de manière irrégulière, durant une année des cours de français dans une autre association (avec des journées plus courtes et des horaires moins stricts). Environ un an après sa sortie du foyer, il est maintenant inscrit dans un CAP de l'éducation nationale auquel il semble adhérer. Son équilibre psychique reste toujours fragile, il montre maintenant des troubles de l'alimentation. Il a fallu de multiples dispositifs et beaucoup de temps à Maruf pour qu'il finisse - malgré ce mal-être profond - par trouver une certaine stabilité en France.

Lorsque des troubles psychiatriques apparaissent

Nous ne pourrions évoquer ici toutes les problématiques compliquées, mais il en est encore une qui est symptomatique de cette problématique de prises en charge complexes : lorsque le jeune MIE décompense. Que faire après une hospitalisation en psychiatrie ? L'état du jeune est stabilisé, mais les compétences de ce dernier ne permettent pas une scolarité habituelle. La perspective d'un travail éducatif pour amener le jeune à la vie autonome est sans doute illusoire. Quelle perspective possible trouver ?

Je pense à un jeune algérien qui a décompensé peu de temps après la décision du juge de le prendre en charge (décision tant attendue). Il est hospitalisé, pour un comportement délirant, plusieurs semaines en psychiatrie. Il a beaucoup de mal à adhérer au traitement : il refuse tout médicament, se montre réticent à tout, son seul objectif étant de sortir de là. La famille au pays est également réticente au traitement médicamenteux, pensant qu'un traitement traditionnel suffirait (cela fut le cas pour un précédent épisode délirant qui avait pu être contenu par l'intervention d'un cheikh). Les rituels traditionnels de purification et de soins sont faits à Paris par ces amis, mais ne suffisent pas cette fois-là. À sa sortie de l'hôpital, il est placé dans un foyer éducatif. Mais quelques jours après, il demande, en accord avec sa famille, à rentrer en Algérie. La famille paye le billet d'avion et cinq jours après il est chez lui. Ce retour fut, je pense, trop rapide. A-t-il vraiment pu être pensé ? Est-ce un passage à l'acte en réaction à notre passage à l'acte que fut l'hospitalisation ? N'ayant pu clôturer le travail psychologique réalisé avec lui, nous effectuons quelques entretiens téléphoniques, sur les mois qui suivent. Après la joie des retrouvailles familiales (et la fin de l'action des médicaments), son état se détériore à nouveau. Lors du dernier échange téléphonique, il semblait aller un peu mieux, mais se plaignait de n'avoir aucun projet.

Certains jeunes arrivent avec un profil qui frôle le diagnostic psychiatrique mais qui, finalement, trouvent les ressources nécessaires pour utiliser ce qui existe ici (travail social, psychologique et psychiatrique) et apaisent leurs symptômes. Je pense notamment aux psychoses traumatiques ou aux états limites. Pour certaines situations, on ne peut pas se prononcer sur l'évolution de l'état du jeune. Il s'agit, dans un premier temps, de croire à un futur possible en France, à la place du jeune qui n'est pas en capacité de se projeter. Petit à petit, le jeune concerné prend part à cela et n'aura plus besoin de nos projections. Ce fut ainsi le cas pour plusieurs jeunes qui maintenant ont trouvé une certaine stabilité psychique, scolaire et sociale.

Ainsi, comme toute prise en charge éducative, le travail avec les mineurs isolés étrangers peut se révéler complexe. Même si la majorité des prises en charge se passe sans heurts, certains jeunes questionnent et mettent en difficulté l'équipe éducative et l'institution. À nous de construire avec eux un cadre rassurant où il sera possible de travailler les éléments sensibles. Malgré notre impression d'inefficacité, la prise en charge éducative en institution permet une stabilité qui protège le jeune de passages à l'acte plus graves. Nos doutes et nos questionnements sont source de créativité. Et si le jeune ne nous donne pas de pistes de compréhension, à nous de prendre le temps, de croire en ses capacités et de lui donner la possibilité d'avancer.

BIBLIOGRAPHIE

Guedeney, N. et A. (2002). *L'attachement : concepts et applications*. Issy-les-Moulineaux : Masson.

Leconte, J. (2014). Travail psychologique auprès des mineurs isolés. In Brigitte Tison (dir), *La prise en charge des familles africaines en France et en Afrique* (p 211-223). Paris : l'Harmattan.

Moro, M. R. (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et migration*. Malesherbes : PUF.

Nathan, T. (1986). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris : Dunod.

Pouthier, M. (2015). *Pour un accompagnement transculturel, transitionnel, des jeunes isolés étrangers accueillis en France*. Repéré à http://www.cliniquetransculturelle.org/pdf/pouthier_transmission_transculturelle.pdf

Sophie Chirat

Coordonnatrice départementale de la Mission
de Lutte contre le Décrochage Scolaire du Rhône
Lycée Professionnel Alfred de Musset à Villeurbanne, Académie de Lyon

L'ADOLESCENT DÉCROCHEUR, UNE PROBLÉMATIQUE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Rhizome: *Pouvez-vous définir le « décrochage scolaire » ?*

Sophie Chirat: Nous pouvons dire que ce phénomène est ancien puisqu'il remonte au début du 20^e siècle. Auparavant, une partie de la population était touchée par ce phénomène puisque les enfants de paysans décrochaient à certaines périodes de l'année, en fonction des saisons et des récoltes. Ils étaient eux-mêmes décrocheurs même s'ils n'étaient pas dénommés comme tel. Il faut attendre la massification de l'école et la crise des années 70 pour que le décrochage scolaire devienne un problème de politique publique. Le décrochage actuel est associé à la crise de l'emploi et au chômage des jeunes qui a débuté au début des années 1980. À partir de ce constat, le thème de l'insertion va s'imposer progressivement dans les textes réglementaires et législatifs du ministère de l'Éducation Nationale.

Le terme d'insertion est développé à la même période pour étudier la corrélation formation-emploi (Tanguy, 1986). Des études en sociologie et en économie vont déboucher sur la mise en place d'actions ou de structures : plan « 60 000 jeunes » en 1984, dispositif d'insertion des jeunes de l'Éducation nationale (DIJEN) en 1986, mission d'insertion des établissements scolaires (circulaire-92-143 du 31 mars 1992), qui fut transformée en mission générale d'insertion (circulaire-96-134 du 10 mai 1996) pour devenir depuis avril 2013 la mission de lutte contre le décrochage scolaire (MLDS).

La mise en place de ces structures répond à trois objectifs essentiels : l'insertion est mise au même niveau de priorité que la performance scolaire : « L'insertion des élèves : un objectif pour le système éducatif au même titre que la réussite aux examens et la poursuite d'études » (circulaire-92-143 du 31 mars 1992) ; l'insertion passe par l'obtention d'une formation professionnelle avant la sortie du système éducatif : « Tout jeune doit se voir offrir, avant sa sortie du système éducatif et quel que soit le niveau d'enseignement qu'il a atteint, une formation professionnelle » (loi-89-486 du 10 juillet 1989) ; enfin, l'Éducation nationale doit assurer cette mission pour tous : « L'acquisition d'une culture générale et d'une qualification reconnue est assurée à tous les jeunes, quelle que soit leur origine sociale, culturelle ou géographique » (loi-89-486 du 10 juillet 1989).

Depuis le décret du 31 décembre 2010, le Code de l'Éducation fixe le niveau de qualification minimum que tout élève ou apprenti doit atteindre (art. D 313-59 et L. 313-7) : « un baccalauréat général ou un diplôme à finalité professionnelle enregistré au répertoire national des certifications professionnelles et classé au niveau V ou VI de la nomenclature interministérielle des niveaux de formation ».

Certains auteurs, comme Catherine Blaya (Blaya et Hayden, 2003) insistent sur le terme de « décrochage » et non de « décrocheur ». En effet, le terme de décrocheur implique que le jeune est seul responsable de sa situation de décrochage et qu'il se trouve dans une situation figée. Alors que le terme de décrochage scolaire désigne « le processus [de sortie] plus ou moins long qui n'est pas nécessairement marqué par une information explicite entérinant la sortie de l'institution » (Guigue, 1998). Il est donc différent de la démission, qui est une rupture volontaire déclarée, et de l'exclusion, qui est une décision administrative. La « déscolarisation » confirme un détachement progressif, voire une « désaffiliation » de l'élève à l'égard de l'école. En amont, l'absentéisme chronique et les exclusions temporaires ou définitives des établissements en sont des manifestations mais peuvent aussi en être le déclencheur.

Rhizome : *Quelles sont les missions des dispositifs MLDS ?*

Sophie Chirat : La MLDS vise à prévenir et à prendre en charge le décrochage scolaire. Par des actions de prévention au sein des établissements scolaires, elle s'efforce de réduire le nombre de sorties sans qualification. Sa mission est également d'accueillir et de mobiliser les jeunes âgés de plus de 16 ans quittant le système éducatif sans avoir obtenu de diplôme ni un niveau de qualification suffisant. Les établissements scolaires sont impliqués dans ces actions et accueillent les jeunes qui bénéficient ainsi d'un statut scolaire. Ces actions, nommées « Accueil Remotivation » (AR) ou « Qualification-Insertion » (QI), ont pour objectif de permettre aux jeunes concernés de reprendre confiance en eux-mêmes ; de recréer du lien avec l'environnement social, éducatif et familial et d'acquérir les connaissances et les compétences complémentaires pour accéder à la qualification. Cette prise en charge peut prendre différentes formes en fonction du profil et des besoins des jeunes repérés. Le dispositif « AR Allophone », par exemple, est destiné aux jeunes non scolarisés, non francophones arrivés récemment en France, sans emploi ni formation, âgés d'au moins 16 ans. Les objectifs de ce dispositif sont identiques à ceux du dispositif AR, mais ils s'accompagnent d'un renforcement des compétences linguistiques orales et écrites visant à faire acquérir aux jeunes un niveau d'autonomie suffisant afin qu'ils puissent suivre une formation diplômante.

Au-delà de son activité menée au titre de la prévention, en lien avec les établissements scolaires, la MLDS travaille en étroite collaboration avec les responsables des « plates-formes de suivi et d'appui aux jeunes décrocheurs » et des réseaux Focale (FOrmation QUALification Emploi) dans le cadre des actions de raccrochage scolaire. Elle est également amenée à développer de multiples partenariats locaux, parfois sous forme d'alliance éducative, avec d'autres instances concernées par les enjeux du décrochage : associations, collectivités territoriales, chambres consulaires, entreprises, services sociaux, de santé, de justice. Par exemple, la chambre

régionale de métiers et de l'artisanat, la chambre de commerce et d'industrie régionale, les Académies de Lyon et de Grenoble et le Pôle Emploi ont répondu conjointement, en septembre 2015, à l'appel à projets « Parcours Réussite Apprentissage » lancé par le ministère du Travail. Ce parcours sera mis en œuvre dès mars 2016 afin d'en faire bénéficier 1 500 jeunes désireux de signer un contrat d'apprentissage.

Les missions du coordonnateur MLDS auprès des jeunes s'articulent autour de trois axes principaux : dans le domaine de la prévention du décrochage scolaire, dans le domaine de l'identification et du repérage des jeunes décrocheurs ; dans le domaine de la remédiation du décrochage. Il participe activement à la coordination administrative, financière et pédagogique d'une ou de plusieurs actions MLDS mises en œuvre au sein d'un établissement support. Il doit notamment assurer l'élaboration du projet pédagogique et financier ; la constitution de l'équipe pédagogique ; l'organisation de l'accueil et du suivi des jeunes dans l'établissement support ; la mise en place d'interventions collectives et individuelles ; la recherche de solutions pour les jeunes.

Rhizome : *Quel public est accueilli par la MLDS ?*

Sophie Chirat : Initialement, la MLDS accueillait des jeunes qui décrochaient depuis moins d'un an du système scolaire classique, les jeunes issus de formations continues ou en apprentissage étaient très peu représentés. Depuis trois ans, la prise en charge de ces jeunes a été élargie au vu de la définition européenne qui définit le décrochage comme « un processus qui conduit un jeune en formation initiale à se détacher du système de formation jusqu'à le quitter avant d'avoir obtenu un diplôme. Ce processus est observable quel que soit le système de formation initiale : formation relevant du ministère de l'éducation nationale, formation relevant du ministère de l'agriculture, jeune sous statut d'apprentissage »¹. De manière générale, cette définition englobe tous les jeunes âgés entre 16 et 25 ans, qui ne vont pas au bout de leur formation, qu'ils soient en formation continue, en apprentissage, ou sous statut scolaire, et qui ne parviennent pas à être diplômés.

Le droit au retour en formation créé par la loi du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la république conforte l'engagement du gouvernement à prendre en charge rapidement les jeunes sans diplômes et à leur proposer de nouvelles opportunités d'acquérir une qualification. Deux décrets et une circulaire n° 2015-141 du 20 mars 2015 sont venus préciser les modalités de mise en œuvre du droit au retour en formation pour les jeunes de 16 à 25 ans sortis du système scolaire sans diplôme ou sans qualification professionnelle. Au sein de l'académie de Lyon, tous les acteurs dont les coordonnateurs MLDS sont mobilisés pour accueillir ces jeunes. Pour l'instant, très peu de jeunes rentrent dans ce cadre-là. La majorité du public accueilli par la MLDS concerne essentiellement des jeunes âgés entre 16 et 20 ans, mais ce type de demandes se multiplie auprès de l'Académie. Des plateformes de suivis et d'appuis aux décrocheurs (PSAD), qui sont des dispositifs de coordination interinstitutionnelle se sont développés dans des territoires liés aux bassins de formation en 2013. Ces dispositifs réunissent beaucoup de partenaires – la Mission Locale, Pôle Emploi,

¹ <http://eduscol.education.fr/cid48490/definition.html#lien1>

l'Éducation Nationale, les réseaux Greta², la formation continue, les Centres de formations d'apprentis (CFA), les établissements privés, les éducateurs, la PJJ – et traitent les besoins d'un territoire donné. De fait, aujourd'hui un nouveau public est pris en charge par la MLDS.

La particularité du site MLDS est sans doute le public accueilli, puisque la grande majorité des jeunes provient de troisième générale, SEGPA³, ou de formation en alternance. C'est pourquoi les jeunes accueillis ont en moyenne 16 ans. Ce public se retrouve en MLDS, au vu principalement d'absence de solution possible en fin de troisième, pour des raisons multiples qui se résument comme suit : orientation subie ou non adaptée au profil scolaire, redoublement, problème de comportement, absentéisme important, niveau scolaire faible. D'autres élèves, dont le nombre est en constante augmentation, sont issus de première année de CAP et de Bac Pro et parfois de seconde générale et technologique. Enfin, en collaboration étroite avec l'équipe éducative de l'établissement pénitencier pour mineur, le suivi de quelques jeunes à leur sortie de prison est assuré par la MLDS. L'accompagnement de la famille est important dans la scolarité des jeunes. De manière générale, si la famille n'est pas réellement présente pour accompagner les jeunes dans leur scolarité dès l'école primaire ou le collège, cela peut être une fragilité qui peut amener au décrochage.

Hormis la question de l'orientation scolaire, les jeunes en situation de décrochage peuvent également rencontrer des difficultés économiques personnelles et familiales, ou des problématiques judiciaires. Quand elles sont très importantes elles peuvent empêcher les jeunes à se remobiliser autour des apprentissages, et leur causer des troubles du comportement ou les plonger dans des états dépressifs. De plus, si le décrochage peut être lié à des problématiques personnelles, le système scolaire peut également participer au décrochage. C'est pour pallier ce phénomène que la réforme du collège vise à remédier le décrochage qui a aussi comme facteur le système scolaire. Elle vise aussi à essayer d'avoir une autre manière d'envisager les apprentissages et d'évoluer sur des pratiques pédagogiques diversifiées et différenciées afin de répondre au mieux à la diversité des élèves pour leur permettre de réussir et de développer de nouvelles compétences (via la démarche de projet des enseignements complémentaires par exemple).

Si l'on reprend les différentes typologies des élèves en décrochage scolaire présentés dans le rapport d'évaluation et d'expérimentation « lycée de toutes les chances »⁴, on constate que le dispositif MLDS est constitué majoritairement de jeunes « désengagés » et « inadaptés » cumulant les problèmes, tant sur le plan des apprentissages que celui des comportements. Les « discrets », qualifiés de « faibles mais sérieux », sont très peu représentés⁵.

Rhizome : *Quelles sont les conséquences du décrochage ?*

Sophie Chirat : Les conséquences individuelles, mais aussi collectives, de ces sorties prématurées du système éducatif sont lourdes, puisque les jeunes sans diplômes n'ont pas accès à l'emploi, ont des problématiques de santé et sont particulièrement exposés à la précarité, qu'elle soit économique ou sociale. Aujourd'hui

² Les Greta sont des structures de l'Éducation nationale de formations à destination des adultes.

³ Sections d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (SEGPA).

⁴ Ferréol, G. (2005). *Lycées de toutes les chances*. Académie de Lille.

⁵ Une typologie des élèves décrocheurs potentiels a été présentée par Michel Janosz une typologie des décrocheurs potentiels. Cette typologie compte quatre types de décrocheurs : inadaptés, discrets, désengagés et sous-performants.

il y a un parallèle à mettre entre l'emploi et un jeune diplômé ou non, puisque le contexte de l'emploi actuel fait qu'un jeune qui n'est pas diplômé a peu de chances de trouver un emploi.

Le décrochage scolaire constitue donc un enjeu humain (en termes de qualité de vie et de préjudice psychologique - estime de soi), social (précarité et santé dégradée) et économique majeur (un coût pour la société d'environ 230 000 euros/décrocheur).

Rhizome: *Aujourd'hui, quelle est l'évolution de ce phénomène ?*

Sophie Chirat: Les chiffres de décrochages annoncés en 2013 étaient très importants puisqu'ils estimaient environ 140 000 jeunes en situation de décrochage en moyenne chaque année⁶. Mais il a été révélé que les bases de données n'étaient pas exactes. Le système interministériel d'échanges et d'information (SIEI) qui est en charge de repérer les jeunes en situation de décrochage consulte les bases de données des établissements scolaires, des Greta, des CFA et de la Mission Locale afin d'établir ces chiffres. Ces bases de données sont inscrites au niveau national. Toutefois, très souvent nous pouvons constater que le jeune trouve une autre solution un mois après l'enregistrement des bases de données. Les chiffres annoncés ne reflétaient pas du tout la réalité notamment dans le Rhône, puisque sur certains bassins environ 5 000 ou 6 000 jeunes avaient été repérés en situation de décrochage. Un très grand travail a été fourni par le centre d'information et d'orientation (CIO) en rappelant ces jeunes, et ils se sont aperçus que plus de 50% de ces jeunes-là étaient en solution : en emploi, en formation qualifiante ou en l'apprentissage. Par la suite, des solutions de droit communs ont été proposées aux jeunes qui étaient toujours en situation de décrochage en fonction de leur profil et de leur besoin. Ce gros travail de repérage a permis de mettre en place des réponses adaptées, puisque l'échantillon incluait certains profils et des situations particulières. Finalement, ce diagnostic territorial a permis à des PSAD de monter des projets qui répondent à la demande. Le travail partenarial a permis de faire des diagnostics bien précis en fonction des territoires, notamment parce que les réponses diffèrent sur les territoires urbains et ruraux.

Depuis 2013, la MLDS est beaucoup plus amenée à travailler en amont face à ce problème et plus particulièrement en faisant en grande partie de la prévention au sein des établissements. Le travail à faire qui est le plus important se fait au sein des établissements, en prenant en charge ces jeunes-là au moment où des signes de décrochages apparaissent et avant qu'ils décrochent définitivement. Le décrochage est multifactoriel. Des groupes de prévention au décrochage scolaire (GPDS) ont été créés dans tous les établissements et comprennent un référent décrochage scolaire bien identifié par chaque établissement. Ces groupes sont constitués des chefs d'établissements, les CPE⁷, des enseignants – ce qui n'était pas forcément le cas auparavant –, les coordonnateurs MLDS, COP⁸, infirmières, assistantes sociales et parfois d'autres partenaires extérieurs. Des bilans réguliers sont formulés, hebdomadairement ou mensuellement. Ce groupe se réunit quand nous sommes alertés sur des élèves qui présentent des signes avant-coureurs du décrochage qui sont très variés, comme l'absentéisme, la passivité, de l'agressivité,

⁶ « Mobilisation contre le décrochage scolaire : bilan de l'action entreprise sur l'année 2013 et perspectives pour l'année 2014 ». <http://www.education.gouv.fr/cid76190/mobilisation-contre-le-decrochage-scolaire-bilan-2013-et-perspectives-2014.html>

⁷ Conseiller Principal d'Éducation (CPE).

⁸ Conseillers d'Orientation Psychologues (COP).

le repli sur soi ou des conduites addictives par exemple. En fonction du repérage de ces jeunes, des tutorats sont mis en place.

Rhizome: *Quelle définition donnez-vous des adolescents difficiles ?*

Sophie Chirat: Schématiquement, je vois dans le terme « adolescents difficiles » plutôt les jeunes qui sont accueillis en classes relais⁹. Ce sont des jeunes qui ont de très grosses problématiques de comportement et qui font éclater les cadres très rapidement. La MLDS n'accueille pas forcément que ce type de jeunes. Toutefois, quand ces jeunes sont encadrés par la MLDS, ils peuvent raccrocher au dispositif. L'hétérogénéité et la mixité des groupes est réellement une richesse de ces dispositifs. Des jeunes qui ont de très grosses problématiques de comportement sont mélangés à des jeunes qui ont des problématiques judiciaires, mais aussi à des jeunes étrangers ; certains viennent du collège, d'autres du lycée ; et ce groupe provient de l'ensemble du territoire. Elle permet également d'avoir un regard de ces pairs différents, par exemple quand des jeunes qui « mettent le bazar » se retrouvent face à des jeunes qui ont parcouru des milliers de kilomètres pour venir en France et qui ont des expériences et des parcours de vies difficiles, cela leur permet de relativiser un peu leurs problématiques, d'être moins dans la révolte et d'être optimistes. Nous essayons au maximum d'éviter de recréer des espèces de mini-quartiers au sein des établissements pour ne pas reproduire les schémas qu'ils ont déjà pu vivre pendant des années.

Rhizome: *Qu'est-ce qui fait qu'ils raccrochent au système ?*

Sophie Chirat: Ce qui fait qu'un jeune raccroche c'est le fait qu'il retrouve la confiance en l'institution à travers la confiance en un référent adulte, quel qu'il soit. Un accompagnement régulier, constant, structurant et encadrant permet de développer une relation significative entre l'élève décrocheur et le référent est une stratégie essentielle du processus de rattachement. Pour le cas de la MLDS, elle permet au coordonnateur d'approfondir la connaissance qu'il a de l'élève, à la fois de ses forces et de ses difficultés, et constitue un élément de motivation important pour l'élève. L'attitude positive de l'accompagnateur est un préalable à la persévérance et la réussite scolaire de l'élève tout au long de l'accompagnement au sein de la MLDS : la conviction que tous les élèves ont des aptitudes et atouts pour réussir ; la volonté de travailler étroitement avec les parents et d'autres personnes importantes dans la vie de l'élève afin d'œuvrer ensemble à favoriser son engagement scolaire (enseignants, COP, éducateurs, assistante sociale, infirmière, tuteurs en entreprise) ; la persévérance, la rigueur, et la constance dans l'accompagnement ; une détermination à communiquer, négocier et résoudre des situations conflictuelles.

« Amener quelqu'un d'un point à un autre, faire sortir, tirer hors » est la définition de « educere » racine du mot éduquer. Éduquer, c'est donc ouvrir le sujet sur le monde, aux autres et l'amener à prendre sa place dans le groupe. C'est transmettre des savoirs et savoir-faire nécessaires pour justement s'orienter dans le monde. Il n'y a pas de méthode miracle pour atteindre cet objectif mais les réussites doivent nous interroger sur les moyens qui peuvent être mis en œuvre face à la problé-

⁹ Les dispositifs relais (classes et ateliers) permettent un accueil temporaire adapté des collégiens en risque de marginalisation scolaire et ont pour objectif de favoriser la rescolarisation et la resocialisation de ces élèves. « Dispositifs relais : classes et ateliers relais ». <http://eduscol.education.fr/pid23264/dispositifs-relais.html>

matique du décrochage. Le décrochage scolaire n'est pas une situation figée mais en constante évolution, donc réversible. Nous avons affaire à des jeunes encore immatures auxquels ne peut être rejeté le droit de remettre à demain l'envie de savoir et le goût de son usage. Winnicott (Winnicott, 1990, p. 202) écrit : « Au moment de l'adolescence, l'immaturité est un élément essentiel de santé. (...) Et pour l'immaturité, il n'y a qu'un seul traitement, l'écoulement du temps et la croissance vers la maturité que seul le temps peut favoriser ».

BIBLIOGRAPHIE

- Blaya, C. et Hayden, C. (2003). *Constructions sociales des absentéismes et décrochages scolaires en France et en Angleterre*. LARSEF/ Observatoire européen de la violence scolaire.
- Chirat, S. (2014). *Itinéraire d'un jeune décrocheur au sein de la Mission de Lutte contre le Décrochage Scolaire*. Diplôme Inter Universitaire Adolescents « difficiles ».
- Ferréol, G. (2005). *Lycées de toutes les chances*. Académie de Lille.
- Guige, M. (1998). Le décrochage scolaire. In M. C. Bloch et B. Gerde (dir.), *Les lycéens décrocheurs*. Lyon : Chronique sociale.
- Janosz, M. (2000). *L'abandon scolaire chez les adolescents : perspective nord-américaine* (VEI Enjeux, n° 122).
- Tanguy, L. (1986). *L'introuvable relation formation/emploi*. Paris : La Documentation française.
- Winnicott, D.W. (1990). *Jeu et réalité*. Paris : NRF.

Farhad Khosrokhavar

Sociologue

Directeur d'étude à l'EHESS

Paris

QUI SONT LES JEUNES JIHADISTES FRANÇAIS ?

Cet article vise à dresser une typologie des jeunes Jihadistes français alors que l'année 2015 a été marquée sur le territoire national par des attentats revendiqués par des groupes se réclamant de l'islam radical, et sur la scène internationale par l'extension du conflit Syrien aux territoires voisins. On peut distinguer plusieurs générations d'islamistes radicaux en Europe qui ont pour trait commun d'être des « terroristes maison », c'est-à-dire qui ont été élevés et éduqués en France et que les Anglo-saxons appellent « homegrown terrorists » : des jeunes scolarisés et éduqués dans les pays européens. On pourrait dresser le profil du « Jihadiste maison » à partir de ces attentats depuis 1995¹ jusqu'à la tuerie de Charlie Hebdo en janvier 2015 : ils sont tous des jeunes qui ont eu des démêlés avec la justice, ont eu un passé délinquant, ayant commis des vols ou fait du trafic. La grande majorité a eu des périodes d'emprisonnement plus ou moins longues ; avec, pour la plupart, une enfance malheureuse, souvent avec placement dans des foyers et une errance mentale qui en a fait des êtres à problèmes dès leur jeune âge. Pratiquement tous étaient désislamisés et sont devenus musulmans « born again » ou convertis Jihadistes sous l'influence d'un gourou, des copains ou à partir de leurs lectures sur Internet ou en prison. Enfin, la grande majorité a fait le voyage initiatique dans un pays du Moyen-Orient ou des zones de guerre (Irak, Syrie, Afghanistan, Pakistan...).

Le jihadisme des jeunes désaffiliés ou la sacralisation de la haine

On peut distinguer deux types de Jihadistes selon la classe sociale : ceux des classes moyennes et ceux d'origine populaire, la plupart d'origine immigrée, quelques-uns des convertis. En France, les jeunes des classes moyennes qui participent aux attentats Jihadistes sont une infime minorité jusqu'aux attentats du 13 novembre 2015.

L'univers mental des jeunes « désaffiliés » (« *disaffected youth* » chez les Anglais) qui embrassent l'islam radical est marquée par la haine de la société suite au sentiment indélébile qu'ils ont d'une profonde injustice sociale à leur égard. Dans la trajectoire

¹ C'est surtout en relation avec le coup d'État militaire algérien contre le Front islamique du salut (FIS) qu'une vague Jihadiste déferle sur l'hexagone en 1995. Cette année-là, le territoire a été touché par huit attentats à la bombe. Le bilan humain sera de huit morts et comptera environ 200 blessés.

Jihadiste des jeunes de banlieues, la prison joue un rôle essentiel, moins parce qu'on s'y radicaliserait que pour cette raison fondamentale qu'elle offre la possibilité de mûrir la haine de la société dans des rapports quotidiens tissés de tension et de rejet face aux surveillants et plus globalement, l'institution carcérale. Au sein de la prison ils nouent des liens avec des criminels plus aguerris susceptibles de leur ouvrir de nouvelles perspectives dans la déviance. Souvent l'adhésion à l'islam radical s'effectue en prison en concomitance avec l'ennui d'être abandonné à soi. En prison le jeune délinquant fait l'expérience du mépris à l'égard de l'islam sous une forme institutionnelle et impersonnelle : manque ou pénurie d'imams, prières collectives du vendredi non-célébrées ou faites dans des conditions où prévaut la suspicion vis-à-vis des participants, refus du petit tapis de prière dans la cour de récréation... En plus, la mainmise de plus en plus grande des salafistes sur les musulmans en prison est comme une initiation à la logique de rupture sous une forme prémonitoire. Les salafistes ne sont pas Jihadistes mais prônent une version exclusiviste de l'islam qui contribue à dé-socialiser les jeunes en introduisant un fossé infranchissable entre le croyant et le non-croyant : le vrai musulman, assidu dans sa pratique religieuse et le faux musulman, laxiste et peu respectueux des interdits religieux.

Un dernier fait convainc l'apprenti Jihadiste de la légitimité de la cause qu'il défend : le voyage initiatique dans un pays du Moyen-Orient où prévaut la guerre sainte. Dans la majorité des cas, le voyage initiatique confirme le jeune Jihadiste dans sa nouvelle identité en le faisant renouer de manière mythique avec les sociétés musulmanes dont il ne parle pourtant pas la langue ni ne partage les mœurs. Ce voyage lui fait apprendre le maniement des armes, mais il lui permet en même temps de devenir « étranger » à sa propre société. Il apprend surtout à devenir « cruel », à exécuter de manière professionnelle et sans état d'âme des otages ou des individus par lui incriminés (policiers et militaires, juifs, « mauvais musulmans »), bref à devenir un véritable combattant aguerrri du jihad hyperbolique qui ne recule devant aucun obstacle moral dans la mise à mort des « coupables ».

Les nouveaux Jihadistes de classe moyenne

Avant la guerre civile en Syrie en 2013, parmi les Jihadistes il y avait exceptionnellement des jeunes de classes moyennes. Depuis 2013, ils forment, à côté des jeunes des cités, une partie importante des Jihadistes en herbe qui se sont rués en Syrie pour se mettre au service soit de l'État Islamique (Daech) ou d'autres groupes Jihadistes comme le Front de Victoire (Jihat al Nusra) d'obédience Al Qaida. On compte, selon les statistiques disponibles, aux alentours de 5 000 jeunes européens partis en Syrie et de nombreuses tentatives de départ vers ce pays (surtout via la Turquie) ont été neutralisées après la promulgation des lois dans de nombreux pays européens pour empêcher ces départs.

L'utopie régressive de la néo-Umma combinée au rôle du preux chevalier du jihad exerce une indéniable fascination non seulement sur certains jeunes des banlieues, mais aussi et pour des raisons différentes, sur des jeunes de classe moyenne en quête de sens et qui constituent le second groupe amoureux du jihadisme depuis la guerre civile en Syrie en 2013.

Ces jeunes de classes moyennes, souvent des «adolescents attardés», gonflent l'armée de réserve du jihad en se convertissant un peu de toutes les religions à l'islam radical : chrétiens désenchantés qui sont en quête de sensations fortes que le catholicisme institutionnel est incapable de leur faire éprouver, juifs sécularisés las de leur judaïté sans ancrage religieux, bouddhistes provenant de familles françaises naguère converties au bouddhisme et qui cherchent une identité revigorée au service de la guerre sainte en contraste avec la version pacifiste de cette religion en Europe.

À la différence des Jihadistes des banlieues, les jeunes de classe moyenne n'ont pas la haine de la société, ni n'ont intériorisé l'ostracisme dont la société a accablé les premiers, ils ne vivent pas non plus le drame d'une victimisation qui noircit la vie. Ils font appel à l'humanitaire pour justifier leur parti pris contre le gouvernement fascisant de Bachar El Assad et nombre d'entre eux sont dans une phase que l'on pourrait qualifier de «pré-Jihadiste» (Khosrokhavar, 2014) avant leur départ pour la Syrie ou l'Irak.

La dispersion de l'autorité entre plusieurs instances parentales et une société où les normes ont perdu de leur rigueur (les normes républicaines incluses) créent une crise de l'autorité qui rend attrayant l'appel à des normes et une autorité musclée, voire la fascination à leur égard chez une minorité de cette jeunesse qui souffre d'avoir plusieurs ombres tutélaires mais pas d'autorité distincte et qui voudrait pouvoir retracer les frontières entre le permis et l'interdit sous une forme explicite. Les normes islamistes leur proposent cette vision en noir et blanc où l'interdit se décline avec le maximum de clarté. L'islamisme radical permet de cumuler l'enjouement ludique et le sérieux mortel de la foi Jihadiste, il apporte le sentiment de se conformer à des normes intangibles mais aussi d'être l'agent de l'imposition de ces normes au monde, d'inverser le rôle de l'adolescent et de l'adulte (le jeune l'impose aux adultes épeurés), bref, d'être celui qui instaure les normes sacrées et l'impose aux autres sous peine de la guerre sainte.

Cette jeunesse férue du jihad incarne les idéaux de l'anti-Mai 68 : les jeunes d'alors cherchaient l'intensification des plaisirs dans l'infini du désir sexuel reconquis, désormais, on cherche à cadrer les désirs et à s'imposer par le biais d'un islamisme rigoriste, des restrictions qui vous ennoblissent à vos propres yeux. On cherchait à se libérer des restrictions et des hiérarchies indues. Désormais, on en réclame ardemment, on exige des normes sacrées qui échappent au libre-arbitre humain et se réclament de la transcendance divine, on y aspire et on les sacralise au gré de la guerre sainte.

À présent on trouve une société vide de sens et l'islamisme radical, en départageant la place de la femme et de l'homme, réhabilite une version distordue de patriarcat sacralisé en référence à un Dieu inflexible et intransigeant, le contre-pied d'un républicanisme ramolli ou d'un christianisme trop humanisé. Le voyage initiatique est une quête de pureté dans l'affrontement de la mort au nom du martyre.

L'adhésion des jeunes adultes de classes moyennes au jihadisme dans sa version exportée vers la Syrie pose la question du malaise de cette jeunesse qui souffre de la déliquescence du politique en plus de l'indignation face à l'injustice dans une Syrie rendue proche par les médias et où sévissent des crimes contre l'humanité de dimensions monstrueuses.

Pour ce qui est de la jeunesse banlieusarde, une attitude infra ou supra-politique a été la norme générale. L'enfermement sur soi, le repli sur le ghetto ou encore, la violence dans sa version crapuleuse (criminalité) ou sacrée (jihadisme) sont des attitudes qui se situent soit en deçà du politique, soit au-delà (Wievorka, 1998). Dans les classes moyennes, le référent politique a subi une crise majeure depuis les années 1980 et toute une génération s'est constituée qui ne fonde plus son identité là-dessus. Le jihadisme est pour elle la conséquence de l'éclipse du politique comme projet collectif porteur d'espérance.

Le martyr féminin ou un post-féminisme régressif

En Europe et en particulier en France, depuis la guerre civile en Syrie en 2013 on assiste à l'apparition d'un type de Jihadiste féminin dont la nouveauté réside en particulier dans l'accroissement tangible de leur nombre (les Jihadistes femmes étaient l'exception auparavant, à présent on trouve quelques centaines d'européennes en Syrie et d'autres qui ont voulu y aller et en ont été empêchées par les autorités).

Une caractéristique de ces jeunes femmes est que bon nombre d'entre elles sont des adolescentes ou des post-adolescentes à côté d'autres jeunes femmes d'une vingtaine ou trentaine d'années. Ces adolescentes ou post-adolescentes sont souvent dans un univers onirique qui ne procède pas du jihadisme mais au mieux, du pré-jihadisme, projetant sur leur implication des fantasmes qui ont peu à voir avec la réalité de l'univers idéologique et mental de la radicalisation *stricto sensu*. Une autre caractéristique est qu'elles sont majoritairement des classes moyennes et non des classes populaires. Et elles sont en grand nombre des converties : du christianisme, du judaïsme (quelques cas), voire du bouddhisme ou de familles agnostiques ou athées.

Étant des couches moyennes, tout comme les jeunes hommes de même classe sociale (Bouzar, Thomson, 2014), elles n'ont pas la haine de la société comme motivation centrale dans le départ vers les théâtres de guerre en Syrie. Plusieurs logiques interfèrent qui poussent à leur départ. Tout d'abord une vision distordue de l'humanitaire : les frères en religion (les Sunnites) auraient besoin d'aide face au pouvoir hérétique et maléfique de Bachar El Assad (alaouite, pour les Sunnites secte déviante) et il faudrait s'engager pour être aux côtés des hommes. L'image de l'homme idéalisé est aussi au centre de mire de cette jeunesse féminine, souvent post-adolescente, qui présente des traits de désenchantement vis-à-vis du féminisme de leur mère ou grand-mère. Il y a comme l'idéalisation de la virilité masculine de celui qui s'exposerait à la mort et qui, dans cet affrontement, se montrerait viril, sérieux et sincère. Ces trois adjectifs donnent un sens au « mari idéal ». Il serait, pour commencer, capable de restaurer l'image de la masculinité fortement nivelée en raison même de l'évolution de la société ; en second lieu, il serait « sérieux » puisqu'en combattant contre l'ennemi il révélerait son engagement définitif, à la différence de ces jeunes hommes qui montrent des traits d'immaturation et de volatilité aux yeux de ces filles qui semblent avoir détrôné l'image du Père. Cherchant une forme de masculinité au superlatif doublé du sérieux par l'impavidité vis-à-vis de la mort, ces jeunes prêts au martyr incarneraient l'image d'Épinal de l'homme idéal. Enfin, la sincérité serait le troisième trait fondamental de ces jeunes : puisqu'ils acceptent d'aller jusqu'à la

mort pour leur idéal, ils seraient « sincères » avec leur femme, leur degré de fiabilité se mesurant à leur capacité de montrer leur authenticité dans le champ de bataille. Ce type de jeune incarnant les vertus cardinales de véracité serait l'idéal de l'homme à épouser pour échapper au malaise de l'instabilité et de la fragilité croissante qui caractérisent les couples modernes. Souvent issues de mariages recomposés en France, ayant fait l'expérience de la précarité des liaisons conjugales de leurs parents et ayant vécu le nivellement de la condition masculine dans le divorce, elles en viennent à rejeter autant l'image de l'homme que de la femme qui règne dans la société moderne. Elles se mettent en quête d'une forme d'utopie anthropologique où le sentiment de confiance et de la sincérité absolue se conjuguerait à celui de la « bonne inégalité ». Les sites Jihadistes de l'État islamique (Daech) qui savent manipuler la sensibilité de ces jeunes filles d'exploitent ce type de fascination en parlant de l'image noble de la femme qui serait à l'abri de l'instabilité moderne et vivrait dans la confiance absolue de l'homme qui serait un appui majeur (c'est un « héros ») et un soutien indéfectible (il n'est pas efféminé, il sait comment lutter et relève le défi de l'adversité). Surtout, une vision naïvement romantique de l'amour se conjuguerait avec l'attrait de la guerre, voire de la violence. Une partie de ces jeunes filles serait fascinée par la violence guerrière (Hoyle, 2015). Par ailleurs, les premières vagues de jeunes femmes qui sont parties en Syrie servent de « recruteuses » : elles envoient des e-mail, entretiennent des blogs, donnent une image d'Épinal de la situation de l'épouse des « mujahids » (combattants du jihad) en Syrie.

Dans une société hyper-sécularisée où rien ne semble plus relever du sacré transcendance, la seule sacralité qui résiste au nivellement est de type répressif, comme une forme d'archaïsation du sens pour parer au non-sens des relations sociales parfaitement désacralisées, voire profanées. Pourquoi alors c'est l'islam qui est privilégié dans cette quête de sens ? D'abord en raison du vide de l'extrémisme violent sur le marché des idéologies : l'Action directe, les Brigades rouges, le groupe Baader-Meinhoff appartiennent au passé et l'extrême-droite inspire quelques-uns mais ne présente pas d'idéologie de sacralisation, tout au plus une vision désacralisante de la démocratie, identifiant en l'immigré la figure de l'ennemi à abattre. L'islam dans sa version Jihadiste satisfait à deux besoins contradictoires dans la nouvelle jeunesse de classe moyenne européenne : il porte en lui une vision anti-impérialiste d'un côté, une vision hyper-patriarcale de l'autre. Ceux qui veulent en découdre avec l'ordre mondial dominé par les États-Unis y trouvent des ressources idéologiques, et ceux qui souffrent de malaise d'identité et ont besoin d'une transcendance absolue y découvrent une source inépuisable de sacralisation répressive.

BIBLIOGRAPHIE

- Bouzar, D. (2014). *Ils cherchent le paradis, ils ont trouvé l'enfer*. Éditions de l'Atelier.
- Hoyle, C., Bradford, A. et Frenett, R. (2015). *Becoming Mulan ? Female Western Migrants to ISIS*, Institute for Strategie Dialogue.
- Khosrokhavar, F. (2014). *Radicalisation*. Maison des sciences de l'homme.
- Thomson, D. (2014). *Les Français Jihadistes*. Les Arènes.
- Wievorka, M. (1988). *Sociétés et terrorisme*. Fayard.

Jean Chambry

Praticien Hospitalier, chef du pôle adolescent au centre hospitalier Fondation Vallée

Responsable de l'unité d'urgence

et de liaison en psychiatrie infanto-juvénile, située au CHU du Kremlin Bicêtre

Président du collège de pédopsychiatrie

de la Fédération de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent

Secrétaire général de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent

Secrétaire de la Société de Santé de l'Adolescent

Paris

REGARD D'UN PSYCHIATRE SUR LE PROCESSUS PSYCHIQUE DE LA RADICALISATION

Rhizome: En tant que clinicien, comment qualifieriez-vous la radicalisation ? Comment expliqueriez-vous que les jeunes soient beaucoup plus touchés par ce phénomène ?

Jean Chambry: Je n'aborderai cette question que sous l'angle de l'expérience de prise en charge des adolescents en grande difficulté, c'est à dire que je n'aborderai ce processus que chez les adolescents et les jeunes adultes. La radicalisation ne peut pas se limiter à une explication psychopathologique ou psychiatrique. C'est un phénomène qui interroge notre société sur ses choix politiques, idéologiques... Il faut d'ailleurs distinguer deux aspects face à la radicalisation : d'une part, le besoin d'investir une forme de pensée unique, illusion d'une vérité qui bannit toute forme de doute ; d'autre part, le basculement dans la haine de l'Autre différent, qui autorise alors la violence et la destructivité. Je ne me hasarderai pas à commenter la notion d'amplification du phénomène car il faudrait, pour cela, disposer d'études pluridisciplinaires permettant un regard historique. Je pense que les facteurs à l'origine de ce processus reposent sur les fragilités du fonctionnement psychique humain, qui existent depuis toujours mais qui s'expriment sous cette forme en raison des supports culturels, sociologiques, religieux disponibles aujourd'hui.

La spécificité majeure du fonctionnement psychique humain repose sur la notion de conscience réflexive. L'homme pense, il se pose des questions sur qui il est. Il construit tout au long de la vie une représentation de soi qui lui permet d'avoir accès à un vécu identitaire. Cependant, il construit aussi un idéal de ce qu'il voudrait être. L'écart entre la représentation de soi et l'idéal de soi peut être source de motivation, de créativité pour se rapprocher de cet idéal mais aussi source d'une grande souffrance avec l'impression d'être sans valeur face à la trop grande distance entre la représentation de soi et l'idéal investi. Il faut donc des outils psychiques pour supporter l'écart entre la représentation de soi et l'idéal de soi, des

outils permettant de supporter la frustration de ne pas être idéal et garantir une représentation de soi assez bonne.

Ces outils s'acquièrent au cours du développement pendant l'enfance et l'adolescence. Pendant l'enfance, la représentation de soi est fortement influencée par la qualité des interactions avec l'environnement. Si je perçois que l'environnement a du plaisir avec moi, il sera possible d'investir une image de soi plaisante mais si cela n'est pas le cas, cela sera beaucoup plus compliqué.

L'adolescence est une des étapes maturatives du long parcours de construction. Cette période est marquée par la confrontation avec un corps qui se modifie, se sexualise. La puberté bouleverse alors les relations avec ses proches et avec soi-même. Elle oblige à prendre de la distance avec les adultes les plus investis pour se protéger du ressenti incestueux que l'accès à la sexualité fait vivre. Cet éloignement confronte à un sentiment de solitude qui sollicite la confiance en soi, l'estime de soi. C'est une période inquiétante car elle interroge les fondamentaux. L'adolescent est à l'affût de tout ce qui pourrait l'aider pour répondre à cette question : Qui suis-je ? Quel adulte vais-je devenir ? Pourrais-je aimer ce que je suis au regard des idéaux investis ?

S'il existe une impossibilité de penser qu'un équilibre pourra être trouvé face à l'écart entre le vécu de soi et l'idéal investi, une souffrance majeure dans le lien avec soi-même s'installe. L'adolescent, voire le jeune adulte, est une proie facile face à celui qui offre la possibilité d'une bonne image de soi et promet l'accès à l'idéal.

***Rhizome:** Dans quelles dispositions psychiques se trouvent les jeunes qui se tournent vers le fanatisme religieux soudainement ?*

Jean Chambry: Les adolescents ou jeunes adultes, qui n'ont pas réussi à construire une bonne image d'eux-mêmes face aux idéaux proposés par la société dans laquelle ils vivent (idéaux de performance, de consommation dans la société occidentale), peuvent parfois soulager leur souffrance par l'investissement d'autres idéaux pour lesquels ils leur semblent possible de s'en rapprocher, ce qui leur permet de restaurer l'image d'eux-mêmes qui était, jusque-là, défailante. Ces jeunes sont le terreau propice de tous les phénomènes de fanatisme.

Quand l'être humain adhère à une pensée totalitaire, la confrontation à la différence devient difficile car elle menace l'illusion d'avoir accès à la vérité. Par ailleurs, si le jeune n'a pas bénéficié de limites bienveillantes qui l'ont protégées, il est difficile pour lui d'intérioriser le sens des règles de socialisation et de la loi. Il vit alors les contraintes que les interdits imposent comme persécutrices. Pourquoi se soumettre à des règles de société qui ne m'ont pas protégé ? Cette tendance antisociale bien connue facilite alors l'expression de la violence et l'absence d'empathie. Par des stratégies d'embrigadement, il est alors possible de transformer l'angoisse face à l'autre différent en haine, en nécessité impérieuse de le détruire pour garantir que l'idéal investi est le seul possible.

Rhizome: *Quel regard portez-vous sur la « mobilisation » politique et institutionnelle au sujet de la radicalisation aujourd'hui (cellule, dispositifs de prévention à la radicalisation...)?*

Jean Chambry: Cette mobilisation est nécessaire. Elle est une première étape.

D'une part, il faut effectivement repérer le plus précocement les situations à risque sans les stigmatiser et essayer de mobiliser le jeune et sa famille avant le basculement dans la violence. La prévention est donc essentielle.

Par ailleurs, il faut développer des outils, si cela est possible, afin de permettre une réinsertion dans la société pour les personnes déjà engagées dans la violence.

Cependant, les dispositifs ne doivent pas se limiter à des approches sécuritaires et des effets vitrines visant à rassurer les électeurs. La radicalisation interroge les choix de société: y-a-t-il d'autres idéaux possibles que l'idéal de consommation et de performance? Comment revaloriser le plaisir de vivre en groupe qui oblige forcément à des renoncements individuels? Quels moyens pour accompagner les familles et les jeunes en difficultés vers une possible restauration de leur représentation d'eux-mêmes? Faire face à la différence est difficile pour chacun. Comment reconnaître la différence sans la hiérarchiser, sans chercher à prouver que l'un est meilleur que l'autre?

La pédopsychiatrie est un des acteurs de la prévention. Elle participe au repérage des jeunes en difficultés et à l'élaboration d'un projet avec les autres partenaires du champ social (acteurs de la santé, éducation nationale, aide sociale à l'enfance, protection judiciaire de la jeunesse, justice des mineurs,...) en développant l'axe thérapeutique.

Par ailleurs, elle dépiste et prend en charge les jeunes présentant des troubles mentaux pouvant faciliter le phénomène de radicalisation et le basculement dans la violence (troubles psychotiques, dépression,...).

Actuellement, la pédopsychiatrie est sollicitée soit directement par des familles en difficultés avec leur adolescent, ou par les partenaires du champ de la santé mentale (éducation nationale, protection de l'enfance, ...); soit dans les suites d'un signalement effectué auprès de la cellule Antidjiad. Elle peut alors proposer une évaluation du fonctionnement psychique du jeune, dépister des fragilités voire des troubles psychiatriques avérés ainsi qu'une évaluation du fonctionnement familial. À partir de l'analyse de la situation rencontrée, des pistes de prise en charge thérapeutique pourront alors se dégager en associant les autres institutions concernées par les mineurs.

Elle est aussi sollicitée pour proposer des approches thérapeutiques spécifiques pour les mineurs déjà très avancés dans le processus de radicalisation voire au retour du Jihad avec l'objectif de permettre à ces jeunes de pouvoir se resocialiser selon les codes de notre société. Il est impossible de répondre à cette demande en particulier parce qu'il n'existe aujourd'hui aucun travail scientifique validé démontrant l'efficacité de telle ou telle méthode. Il est donc important que des travaux de recherche rigoureux soient menés en associant pleinement la pédopsychiatrie.

Rhizome: *Dans le cadre du dispositif de prévention à la radicalisation, des formations et des outils à destination des professionnels sont mis en place. Quel est l'intérêt de former les professionnels à ces thématiques ?*

Jean Chambry: Il est indispensable que les professionnels soient formés à la complexité du processus de radicalisation pour que chacun puisse penser son intervention dans un dispositif global et le respect strict de ses missions.

En tant que psychiatre, je constate tous les jours les méfaits auprès des jeunes d'une société qui ne permet de s'estimer qu'en fonction de ses performances et qui ne valorise pas le renoncement. L'idéal n'existe pas, il n'est pas humain. C'est un moteur de la motivation mais il faut accepter que personne ne puisse l'atteindre. La société doit restaurer sa confiance dans l'être humain bien que très imparfait.

En tant que citoyen, je souhaite que la société accepte de se confronter réellement à la différence et ne la nie pas dans une approche égalitariste (il n'y a pas de différence puisque nous sommes tous égaux), et qu'elle puisse proposer un cadre de vie permettant à chacun, performant ou non, de trouver sa place.

Yannis Gansel

Pédopsychiatre (HCL)

Doctorant en anthropologie (EHESS)

Lyon

« OÙ SONT-ILS ? » : INCERTITUDES PROFESSIONNELLES DANS LE TRAITEMENT DES ADOLESCENTS « DIFFICILES »

L'expérience d'un réseau pour adolescents difficiles.

Depuis la fin des années 1990, la catégorie des adolescents « difficiles » ou « en grande difficulté » fait l'objet d'articles, livres et communications à des colloques de la part de cliniciens, psychiatres et psychologues, travaillant avec les équipes éducatives et le système judiciaire (Gansel et Pétrouchine, 2015). Ces adolescents, « souffrants » mais « non psychiatriques », sont rencontrés par les professionnels dans les interstices des institutions : ils ne relèvent ni des dispositifs socio-éducatifs habituels, ni des établissements de soins psychiatriques, ni du traitement pénal ordinaire. Ils se caractérisent par leurs comportements violents et par les réactions particulières (hyper-investissement suivi de rejet) qu'ils engendrent chez les professionnels. La « carence » et le « chaos familial » vécus dans la petite enfance conduisent chez ces sujets à une anomalie dans leur développement psychique qui est à l'origine de leurs comportements. Selon différents référentiels psychopathologiques, non exclusivement psychanalytiques, les difficultés des professionnels en charge des adolescents sont lues à la lumière des caractéristiques propres de ces derniers, elles-mêmes liées à leurs histoires infantiles.

À la même période, le développement de cette catégorie clinique suit de près la mise en œuvre de politiques publiques dédiées à cette population et aux « problèmes » (en particulier de coordination interinstitutionnelle) qu'elle pose. Dans la suite de ces politiques publiques, des pratiques institutionnelles spécifiques se développent : outre des formations académiques (les « DU adolescents difficiles »), nombre de métropoles régionales à travers la France organisent des réseaux destinés à « transversaliser » les prises en charge sanitaire, pédagogique, éducative et judiciaire de ces adolescents (Laval et Ravon 2015, 89). Ces organisations, interprofessionnelles et interinstitutionnelles, visent constamment à réunir secteur psychiatrique, services sociaux de protection de l'enfance et justice des mineurs pour assurer un travail de concertation et de coordination autour de cas d'adolescents prise en charge par plusieurs de ces institutions. Les réseaux sont le plus souvent adossés à des formules d'hébergement (lits réservés, établissements spécifiques) destinées à cette population.

L'objet de cet article est d'éclairer les usages pratiques de cette catégorie clinique, les problèmes qu'elle vient désigner et les traitements auxquels elle conduit à partir d'un travail d'enquête ethnographique au sein de l'un de ces réseaux pour adolescents difficiles. Actif depuis 2000, le réseau dont il est ici question se réunit à un rythme mensuel dans des locaux du Conseil Général. Pour l'essentiel, il est animé par un responsable départemental des services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE). Y sont examinées à chaque séance deux cas d'adolescents jugés « en grande difficulté ». Les acteurs participant à ces réunions sont répartis suivant une ligne de démarcation explicite. D'une part, des « professionnels présentant la situation », ou « demandeurs », viennent soumettre à leur initiative le dossier de l'adolescent. Il s'agit le plus souvent du travailleur social de l'ASE qui le suit. D'autre part, les « membres permanents » représentent un vaste panel d'acteurs locaux gravitant autour de l'adolescence : travailleurs sociaux de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), responsables de structures d'hébergement des associations du département agréées par l'ASE, psychiatres exerçant dans des services d'hospitalisation pour adolescents. Participent de manière plus discontinue des cadres administratifs de l'Éducation Nationale, de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MPDH) et de l'Agence régionale de santé (ARS). Bien qu'invités à ces réunions depuis la création du réseau, les juges pour enfants n'y viennent plus depuis 2008. Les adolescents et leurs familles ne sont pas conviés pas à ces réunions.

L'enquête ethnographique en « participation observante » (Fassin et Rechtman, 2007, p. 24) au sein du réseau a été conduite pour l'essentiel entre avril 2009 et décembre 2011. Les données de lieux, d'institutions et de personnes ont été anonymisées.

« Des jeunes souffrants mais pas particulièrement malades »

Le cas de la jeune Ouria illustre les ambiguïtés et les incertitudes auxquelles expose le travail avec les adolescents difficiles. Au cours d'une réunion, le réseau examine la situation de cette jeune fille âgée de 16 ans qui se trouve depuis 8 mois à La Bellegarde, un établissement de placement éducatif dédié à un accueil d'urgence de 3 semaines maximum. Depuis l'arrivée d'Ouria sur décision du juge il y a 8 mois, son dossier a en effet été refusé par nombre de foyers sollicités par Audrey, l'éducatrice de l'ASE. Devant son impossibilité à trouver une place « pérenne » pour Ouria, Audrey a décidé de présenter la situation au réseau. Dans la séquence qui suit, elle échange avec Youcef, cadre éducatif à la Bellegarde venu « en renfort » de l'ASE et Estelle, une éducatrice de cet établissement.

Estelle: « Je vais lire un compte-rendu rédigé par l'équipe éducative : Ouria est une jeune en grande souffrance qui est à La Bellegarde depuis 8 mois alors qu'elle ne devait y rester que 21 jours et cela la fait souffrir. (...) Elle se met en danger, elle casse des vitres avec sa main. Elle se sent à part, elle attire l'attention des autres. Elle a un grand potentiel intellectuel et d'études. Il lui faut un hébergement pérenne, en petit effectif, avec une reprise de scolarité.

Youcef: Au début elle fugait beaucoup, elle avait des plaintes dans son corps. Sa souffrance n'est pas mentale, elle n'est pas folle comme sa mère le dit. Elle souffre dans son corps. Elle fugait pour aller à l'hôpital. (...) Moi, je ne suis pas au quotidien avec elle mais, comme chef de service, je ramasse parfois les éduc à la petite cuillère.

Audrey: Les difficultés psychiques font peur. Le problème c'est: qu'est-ce qu'on dit ou pas? Quand on fait le dossier, je ne peux pas mentir non plus... Au foyer X, par exemple, le motif était: on a connu la mère... en 1976! Parce qu'elle avait été elle-même placée! (rires dans l'assistance)».

Après cet échange entre les professionnels venus présenter la situation d'Ouria, Les membres permanents reprennent l'idée d'une «*souffrance pas mentale*» avancée par Youcef.

Un responsable d'établissement éducatif intervient pour souligner l'accumulation des «*difficultés*»: «*C'est vrai quand on dit qu'elle fugue, qu'elle se scarifie, qu'elle n'a pas de scolarité...*».

La directrice départementale de l'ASE animant la réunion s'emporte alors: «*Mais cela ne résume pas Ouria!*».

Le psychiatre d'un service d'hospitalisation pour adolescents renchérit: «*Il faut mettre en avant ce qui a été fait, dire qu'elle a progressé lors de son séjour à La Bellegarde. Il faut que les institutions reconnaissent ce qui se passe dans d'autres institutions. On dit qu'elle a besoin de soins, mais les soins sont là déjà: la psycho, le CMP... On dit qu'il ne faut pas la mettre du côté des difficultés mentales. C'est une jeune fille état-limite. Bon! On en a plein! (...) Ces adolescents très difficiles mais pas particulièrement malades...*».

Cette discussion sur le cas d'Ouria illustre deux points problématiques qui sont au cœur de toutes les situations examinées par le réseau. D'une part, la souffrance d'Ouria est difficilement localisable. Les analyses tournent autour de l'idée que cette adolescente est «*souffrante mais pas malade*», elle n'est pas inscrite dans une pathologie. À cette ambiguïté, s'ajoute la confusion entre souffrance des adolescents et souffrance des professionnels. L'insistance d'Estelle sur son rôle de porte-parole des éducateurs (elle lit un écrit collectif), sa description confuse de la souffrance d'Ouria (elle souffre de ne pas être orientée sur un autre foyer), la place donnée à la souffrance des éducateurs («*ramassés à la petite cuillère*» par leur responsable) sont autant d'éléments indiquant la nature incertaine des «*difficultés*». Comme ironise une psychiatre participant au réseau: «*c'est la réunion des institutions en grande difficulté*».

D'autre part, l'adolescente elle-même est physiquement dans une localisation indécidable. Les acteurs n'ont ici de cesse de se demander: «*où l'adolescent est-t-il?*». Son hébergement constitue la pierre d'angle de la problématisation et le principal moteur de l'activité du réseau. Les adolescents n'ont «*pas de solution*» ou «*des solutions provisoires*»: soit, comme dans le cas d'Ouria, le jeune se trouve de manière prolongée dans un hébergement d'urgence, bien au-delà du délai de

séjour habituel prévu par l'établissement (des mois au lieu de trois semaines); soit il a une place dans un établissement mais il est très régulièrement en fugue; soit encore il est inscrit dans la stabilité d'un hébergement pérenne, mais une échéance (majorité, nouveau jugement) pose le problème d'un retour dans le cadre familial.

Un double trouble

Ces deux aspects, une ambiguïté (qui souffre?) et une incertitude (où est l'adolescent?) sont constitutives de la catégorie des adolescents difficiles. Constante dans sa définition, repérée par la souffrance des adolescents et des professionnels, délimitée et organisée par l'expertise clinique, cette catégorie définit un trouble réputé ne pas rentrer dans les catégories pathologiques conventionnelles. Ce *double trouble* est tout à la fois celui, « objectif », de l'adolescent, et celui, « construit » dans un système institutionnel et contre-transférentiel, des professionnels et de leur malaise. Or, comme l'indique l'analyse du cas d'Ouria, cette définition conduit potentiellement à une forme de truisme : l'adolescent est difficile car les professionnels se sentent impuissants (c'est là un élément de sa définition) et les professionnels se sentent impuissants car l'adolescent est difficile (c'en est une caractéristique essentielle).

Mais, par-delà cette ambiguïté qui semble être avant tout une limitation, la catégorie des adolescents difficiles ouvre également des possibilités et une créativité. Elle sert ainsi à identifier un problème collectif : l'existence d'une population interstitielle des institutions contemporaines en charge de la déviance adolescente. Cette identification passe par un repérage clinique : celui du trouble des professionnels. Or, la notion même de trouble signe la créativité, la nouveauté, du processus de problématisation collective mis en œuvre au sein du réseau pour adolescents difficiles. En effet, placée en contraste avec d'autres attitudes (désinvolture, application, aisance), l'expérience émotionnelle du trouble face à un problème public (au sens de problème collectif) signe souvent la « détection d'un problème émergent » (Chalvon-Demersay, 2012, p. 255). Avec le terme de « trouble », la langue française offre un logement exceptionnel pour l'ambiguïté. Là où l'anglais original des sociologues pragmatistes distinguait deux termes (« trouble » et « disorder ») pour une analyse « mirco-politique » (Emerson et Messinger, 1977) de la façon dont un problème est défini et traité socialement, le « trouble » permet ici de désigner tout autant la perturbation psychopathologique de l'adolescent (disorder) que le malaise des professionnels (trouble). Cette ambiguïté est fréquemment citée par les membres permanents : est-ce le « système » et les professionnels qui produisent les adolescents difficiles? Ou bien ont-ils des caractéristiques propres? En ciblant une population interstitielle grâce à l'expertise clinique, la catégorie des adolescents difficiles ménage un habile compromis, mais maintient également une ambiguïté, entre, d'une part, des solutions institutionnelles et politiques du problème et, d'autre part, la médicalisation des « personnes à problèmes » (Gusfield, 1989).

Ainsi, l'enquête montre que ce trouble, de localisation indéterminée, a deux dimensions, renvoyant à la double perturbation décrite par Robert Emerson avec la notion de « micro-politique du trouble » : une anomalie cognitive (ne pas savoir) et une ano-

malie éthique (ne pas savoir ce qui est bon) (Emerson et Messinger, 1977). La première dimension de cette incertitude, pragmatique et immédiate, correspond à la perte de lisibilité des trajectoires individuelles. Elle concerne l'inscription concrète de l'adolescent dans une organisation, quelle qu'en soit la nature : un foyer éducatif, un lieu de privation de liberté pénale, un service d'hospitalisation psychiatrique, un Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (Itep) assurant un internat, etc. De ce point de vue, ces différentes organisations, répondant à des missions distinctes, relevant de statuts réglementaires et légaux variés, engageant des professionnels de diverses formations, sont tous ici considérées de manière indifférenciée. Leur spécialisation se voit neutralisée. Cette déspecialisation est rendue possible par deux conditions : d'une part ces organisations assurent, au moins à temps partiel, une fonction d'hébergement, et d'autre part, elles sont identifiées à des lieux précis. L'adolescent peut « y être ». Les membres permanents du réseau, par leur pluralité d'appartenance professionnelle et institutionnelle, résistent à cette logique de déspecialisation. Ils y opposent une logique de différenciation entre organisation et lieu (par exemple, ne pas confondre « soin » et « hospitalisation » dans le cas d'Ouria) et une logique de coordination (ici : reconnaître ce qui se fait dans les autres institutions).

La seconde dimension de cette incertitude est éthique. Elle est constituée par la perte du sens de la justice assurée par une « super règle » (Weller, 1990, p. 84). À partir d'une enquête dans une caisse de retraite, Jean-Marc Weller souligne que l'attribution d'un cas à une catégorie assure la maîtrise de « l'incertitude critique » dans les pratiques institutionnelles. Ainsi, « un cas désigné comme « difficile » ou « épineux » par les agents est souvent un cas inclassable ou que l'on se représente comme tel » (Weller, 1990, p. 85). Du fait de cette dimension éthique, les professionnels du réseau font ici l'expérience d'une « épreuve d'éthicité »¹ telle que l'ont définie Bertrand Ravon et Pierre Vidal-Naquet (Ravon et Vidal-Naquet, 2014, p. 270). Ce type particulier d'épreuve « de professionnalité » conduisent à des situations « indécidables », où les professionnels se voient renvoyés à des choix individuels. Elles participent à « une dynamique de l'usure » liée à la perception répétée de l'échec, mais elles conduisent également à la constitution de collectifs informels (souvent à la périphérie du travail) ou plus formalisés (via les syndicats ou encore par les supervisions cliniques). Le réseau fonctionne comme l'un de ces « soutiens institués » développant, au sein d'une activité collective, une « clinique du sens de l'activité pour affronter les épreuves politico-éthiques » (Ravon et Vidal-Naquet, 2014, p. 271). C'est la raison pour laquelle le modèle de la supervision est fréquemment mobilisé par les responsables du réseau. Ces derniers rappellent volontiers leur attachement à la dimension réflexive des réunions : c'est un « *espace pour penser* », un « *lieu de projection* », il faut se départir « *de la recherche de solutions* » au profit d'un travail de compréhension et de « *soutien aux professionnels* ». Ils ne manquent jamais de se départir de désignations antérieures du problème, jugées péjoratives : « *incasables* », « *cas bloqués* ». De ce point de vue, la définition du problème (selon la clinique) contient déjà la solution qui lui est appliquée (la réflexivité collective).

¹ Ou encore « épreuve politico-éthique »

Réduire l'incertitude

Ainsi, le réseau fonctionne en pratique comme une organisation de traitement de l'incertitude professionnelle. La clinique en assure sa résolution en créant le consensus dans la définition des cas mais les acteurs rencontrent alors un double problème. D'une part, ils se heurtent à la nature irréductible du résidu produit par les dispositifs spécialisés. Cette irréductibilité a pour déterminant (entre autres) le problème, non spécifique, de la spécialisation horizontale dans les organisations. Le monde médical peut être considéré comme un exemple type des processus de spécialisation (Mintzberg, 1998). La spécialisation puis l'hyperspécialisation des services hospitaliers a ainsi répondu à une logique de progrès scientifique, mais également à des logiques managériales et économiques représentées par les politiques publiques de réduction des coûts de santé et par l'introduction d'outils importés du monde de l'entreprise². Si sa dimension scientifique (réduire son champ d'action pour mieux connaître) n'est pas aussi pertinente dans l'analyse du travail auprès des adolescents difficiles que dans celle des hôpitaux contemporains, la spécialisation des dispositifs éducatifs est bien, comme dans le cas des hôpitaux, la conséquence du double processus de rationalisation managériale et de rationnement économique. Or, dans le cas du monde hospitalier, la convergence des facteurs scientifiques, économiques et managériaux de la spécialisation a conduit, par effet « tamis » à l'amplification des situations inclassables et incasables ainsi qu'à la massification du recours aux dispositifs dits « d'urgence » (Danet, 2008, p. 162).

Diverses stratégies sont mobilisées par les membres permanents pour réduire ce résidu. Les interprétations qu'ils fournissent cherchent à réassigner le cas à une catégorie normative (mineur en danger ou dangereux) et à une catégorie pratique (fugueuse ou délinquante) (Gansel et Lézé, 2015). Leurs préconisations visent à favoriser la coordination entre les organisations sans recourir à leur déspecialisation. Enfin, lorsqu'une telle réduction de l'incertitude est impossible, les acteurs fournissent des efforts pour se distancier de cette question de l'hébergement au profit d'une activité plus réflexive.

En effet, un second problème apparaît alors : ce résidu est connoté d'une impureté. D'une manière générale, le reste issu d'un processus de tri est associé à la souillure (Douglas 2005). En tant qu'ils sont « bloqués » dans le système, en particulier dans des lieux d'urgence, les adolescents difficiles constituent des résidus de la spécialisation comparables aux « bed-blockers » de la médecine d'urgence (Gansel, Danet et Rauscher, 2010). Par cette expression, les professionnels des services de médecine d'urgence désignent des malades « bloqués », qui font, à l'instar de la jeune Ouria, des séjours prolongés de plusieurs mois dans des unités de courte durée destinées à des hospitalisations de quelques jours. Du fait de la multiplicité de leurs problèmes, ces patients ne rentrent que difficilement dans les catégories scientifiques, managériales et cliniques de la médecine hospitalière hyperspécialisée. Les services d'urgences qui accueillent, repèrent et gèrent ces patients se rapprochent des espaces asilaires, rémanences des logiques policières et compassionnelles antérieures aux logiques professionnelles contemporaines de l'hôpital, et sont, de ce fait, fortement associés à la psychiatrie. À l'instar de ces malades,

² Comme les Groupes Homogènes de Malades et la Tarification à l'Activité.

les adolescents se trouvent « bloqués » : leur sortie des dispositifs est impossible et ils ne peuvent accéder à une organisation spécialisée devant la multiplicité de leurs problèmes, dans un contexte de réduction et de spécialisation des moyens. Les adolescents difficiles ne sont pas tant exclus qu'ils ne sont dans l'impossibilité d'être inclus (leur « dossier » est sans cesse refusé). Ils se trouvent donc dans des espaces interstitiels, transitoires, destinés à l'urgence et parfois rémanents de l'asile. L'activité du réseau se rapproche du travail de requalification du sale boulot en travail noble qu'opèrent les professionnels de la médecine d'urgence avec leurs patients bed-blockers. Les efforts pour transformer la « recherche d'une solution » en travail réflexif inspiré par le modèle de la supervision clinique, tout comme le refus des appellations telles que « incasables » pour désigner les adolescents participant de ce travail de « recadrage » (Ashforth et Kreiner, 1999) du sens du travail. Le sale boulot ne fait pas simplement l'objet d'une tolérance de la part des professionnels, il est ainsi valorisé, l'impur se voyant déplacé ailleurs. La rhétorique du « bout du bout des prises en charge » participe de ce travail de recadrage, faisant du traitement d'une population indésirable et stigmatisé une tâche noble.

Les « trous dans la couverture » et la dangerosité

La fin des années 1990, où émergent le problème des adolescents difficiles, marque le déclin des politiques assistancielles et l'entrée dans des politiques de la souffrance (Vrancken 2009). Comme le montre Didier Fassin (Fassin, 2004, pp. 25-26), ces deux axes politiques se recourent tous deux autour de la problématisation de « l'exclusion » et un changement majeur se produit alors : pauvres et déviants ne sont plus les responsables de leur état, mais ils en sont souffrants. Fassin a souligné combien ces nouvelles politiques de la souffrance ont réalisé l'absorption de problèmes hétérogènes, fruits de mutations sociales significatives durant les années 1980, et ont, en elles-mêmes, produit des interventions précaires.

C'est dans cette dynamique que s'inscrit l'apparition des adolescents difficiles sur l'agenda politique et qu'émerge l'incertitude éthique des acteurs qui en ont la charge. D'un côté, comme le souligne Ravon et Laval (Ravon et Laval 2014, p. 226), la politique « capacitaire » et le nouveau management public ont en « horreur les trous des trajectoires » qui contredisent l'injonction à l'autonomie individuelle. L'anxiété des acteurs naît donc de la menace portée sur la continuité de l'action publique. L'« inorientabilité » des adolescents est incompatible avec l'obligation de rendre effective les mesures de placement civiles ou pénales et créent des trous dans la « couverture » de l'ASE. De l'autre, la politique de gestion des risques y voit le spectre d'un triple abandon : « abandon des jeunes, mise en péril de l'idée de solidarité intergénérationnelle, échec de l'action publique » (Ravon et Laval, 2014, p. 231).

Mobilisant des actions moins compassionnelles, la dangerosité représente l'autre dimension de ce spectre de l'abandon. La discontinuité de l'action publique liée à l'absence d'hébergement se voit mise en tension par la place croissante donnée à la dangerosité. Celle-ci devient un des moteurs de la diffusion des adolescents difficiles dans les politiques publiques au début des années 2000. L'enquête au

sein du réseau permet d'entrevoir la dangerosité à l'interface de la justice, la psychiatrie et du travail social, là où les adolescents difficiles tombent dans les « trous » de l'action publique.

BIBLIOGRAPHIE

- Ashforth, B. E. et Kreiner, G. E. (1999). "How Can You Do It?": Dirty Work and the Challenge of Constructing a Positive Identity. *The Academy of Management Review*, 24(3), 413. <http://doi.org/10.2307/259134>.
- Chalvon-Demersay, S. (2012). Trouble: L'écriture télévisuelle à l'épreuve d'une transformation des sensibilités morales. In D. Cefaï et C. Terzi (dir.), *L'expérience des problèmes publics* (pp. 225-257). Paris: EHESS. Repéré à <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=26213528>.
- Danet, F. (2008). *Où va l'hôpital? (L'époque en débat)*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Douglas, M. (2005). *De la souillure: Essais sur les notions de pollution et de tabou*. Éditions La Découverte Poche / Sciences humaines et sociales (104).
- Emerson, R. M. et Messinger, S. L. (1977). The Micro-Politics of Trouble. *Social Problems*, 25(2), 121-134. <http://doi.org/10.2307/800289>.
- Fassin, D. (2004). *Des maux indicibles: Sociologie des lieux d'écoute*. Paris: La Découverte.
- Fassin, D., et Rechtman, R. (2007). *L'Empire du traumatisme enquête sur la condition de victime*. Paris: Flammarion.
- Gansel, Y., Danet, F., et Rauscher, C. (2010). Long-stay inpatients in short-term emergency units in France: A case study. *Social Science and Medicine*, 70(4), 501-508.
- Gansel, Y., et Lézé, S. (2015). Physical constraint as psychological holding: Mental-health treatment for difficult and violent adolescents in France. *Social Science & Medicine* (1982). <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.04.005>.
- Gansel, Y., et Petrouchine, R. (2015). Les précarités sont-elles à l'essence des sujets souffrants?. *Enfances & Psy*, 67(3), 32-41.
- Gusfield, J. R. (1989). Constructing the Ownership of Social Problems: Fun and Profit in the Welfare State. *Social Problems*, 36(5), 431-441. <http://doi.org/10.2307/3096810>.
- Mintzberg, H. (1998). *Structure et dynamique des organisations*. Éditions d'Organisation.
- Ravon, B. et Laval, C. (2014). De l'adolescence aux adolescents dits « difficiles »: dynamiques d'un problème public. In A. Brodriez, *Vulnérabilités sanitaires et sociales* (p. 221-231). Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Ravon, B. et Laval, C. (2015). *L'aide aux "adolescents difficiles": Chroniques d'un problème public*. Paris: Erès.
- Ravon, B. et Vidal-Naquet, P. (2014). Épreuve de professionnalité. In P. Zawieja & F. Guarenir, *Dictionnaire des risques psycho-sociaux* (Vols. 1-1, pp. 268-272). Paris: Seuil.
- Vrancken, D. (2009). Politiques de la souffrance, politiques du vivant: quand les corps « parlent » de la souffrance. In T. Périlleux et J. Cultiiaux, *Destins politiques de la souffrance: Intervention sociale, justice, travail* (pp. 61-76). Paris: Erès. Retrieved from <http://www.cairn.info/gate3.inist.fr/destins-politiques-de-la-souffrance--9782749211367-p-61.htm>.
- Weller, J. M. (1990). Sociologie d'une transaction: une caisse de retraite et ses usagers. *Société Contemporaine*, 3(3), 81-94.

WOODY LOVES ME

BRONX
CENTRAL PARK
CHelsea
West Village
EAST VILAGE
GOWAN TOWN
MANHATTAN



Revo-
lution

NO WAR

Money
Power
Respect

6

N.Y

NO GUN
CITY

NEW-YORK

The KING

CITY OF DREAM

BRONX BROO-
KLYN

GLORY

- NO PARIS
- NO Tokyo
- NO MOSCOU
- NO LONDON
- NO Los ANGELES
- NO BERLIN
- NO HONG-KONG
- NO MILANO

WOODY
LOVES ME

NO LONDON

THROUGH

TRAVELING THE GLOBE
THE NEIGHBORHOODS
NEW NEW-Y



NEW-YORK
ACTION

