



**Master 2 Mention santé publique
Parcours « Enfance, jeunesse : politiques
et accompagnements »
Promotion : 2019-2020**

La prise en charge des adolescents difficiles, regard au sein de la protection judiciaire de la jeunesse.

Juliette LICOUR
2019-2020
Sous la direction de Cinzia Guarnaccia

Remerciements

Je remercie Virginie Muniglia et l'équipe pédagogique du master ENJEU de l'EHESP pour le contenu des enseignements ainsi que leur disponibilité.

Je remercie également Cinzia Guarnaccia pour sa disponibilité et ses éclairages dans la réalisation de ce mémoire réflexif.

Pour leur accompagnement, leur bienveillance et leur disponibilité tout au long du stage, je remercie Suzanne Rousselet, Guillaume Deschamps et Marie-Laure Vincent ainsi que le service de la direction inter régional des missions éducatives.

Merci à Guillaume et Héloïse pour leurs attentives relectures,

et à vous, lecteurs, qui lisez ce travail.

S o m m a i r e

Remerciements.....	2
Liste des sigles utilisés	3
Introduction	5
I. Des observations de stage en résonance avec les définitions scientifiques des « adolescents difficiles »	9
A. La prise en charge des adolescents avec troubles du comportement à la PJJ	9
B. Des prises en charge à la limite des organisations institutionnelles.....	12
C. Des prises en charge inadaptées pour les adolescents difficiles.....	15
II. Les enjeux politiques et scientifiques des prises en charge.....	20
A. Histoire, psychiatrie et adolescence	20
B. Enfants à protéger ou à punir ?.....	21
C. Savoirs scientifiques et décisions politiques : les adolescents difficiles.....	22
III. Les prises en charge conjointes au sein du territoire de la direction inter-régional de la PJJ grand-ouest.....	27
A. Les freins d'une prise en charge partenariale : analyse au sein de la DIRGO	27
B. Dépasser les freins identifiés : l'exemple d'une structure d'accompagnement	32
C. Dépasser les cultures professionnelles pour travailler en transdisciplinarité : le réseau.....	36
Conclusion.....	40
Bibliographie.....	44
Listes des annexes.....	46
Annexe 1 : Qu'est-ce que la Protection Judiciaire de la Jeunesse ?	47
Annexe 2 : Synthèse infographique de l'étude Boyer-Bronsard	48
Annexe 3 : Freins et facteurs à l'accompagnement du dossier MDPH	49
Annexe 4 : Représentation artistique de l'enfant au 16 ^e siècle	50

Liste des sigles utilisés

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

ARS : Agence Régionale de la Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CD : Conseil Départemental

CEF : Centre Éducatif Fermé

CER : Centre Éducatif Renforcé

CIM : Classification Internationale des maladies

CMP : Centre Médico-psychologique

CMPP : Centre Médico-psycho-pédagogique

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DDPJJ : Direction Départemental de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (aujourd'hui en territoire)

DIR GO : Direction Inter-Régionale Grand Ouest

DITEP : Dispositif d'Institut thérapeutique éducatif et pédagogique

DME : Direction des Missions éducatives

DT PJJ : Direction Territoriale à la Protection Judiciaire de la Jeunesse

DU : Diplôme Universitaire

EN : Éducation Nationale

IME : Institut Médico-Éducatif

INSERM : L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

ITEP : Institut thérapeutique éducatif et pédagogique

ISEMA : L'Internat Socio-Éducatif Médicalisé pour Adolescents

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PSIR : Projet Stratégique d'inter-région

PSN : Projet Stratégique Nationale

PTSM : Projets des Territoires en Santé Mentale

RATP : Réponse Accompagnée Pour Tous

TC : Trouble des conduites

TDAH : Trouble de Déficit de l'Attention et de l'Hyperactivité

TOP : Trouble d'Opposition avec provocation

I. INTRODUCTION

En septembre dernier, la direction interrégionale Grand Ouest de la protection judiciaire de la jeunesse (DIRGO PJJ)¹ a souhaité, à travers ses orientations, rendre compte du nombre de jeunes relevant à la fois du secteur sanitaire, du médico-social et du judiciaire afin de « *mieux connaître les besoins des jeunes et des professionnels, adapter les accompagnements et alimenter les objectifs de travail des projets territoriaux et de services* »². Comme d'autres administrations, elle constatait la difficulté d'identifier les enjeux concernant les prises en charge de ces jeunes ainsi que de les identifier quantitativement. Ce même constat était en effet posé par le rapport du défenseur des droits en 2015 : « *La première difficulté rencontrée lorsqu'on s'intéresse aux enfants en situation de handicap à l'Aide Sociale à l'Enfance, est celle de disposer de connaissances justes et précises de ces enfants. Ces enfants apparaissent comme des « enfants invisibles » oubliés à la fois des politiques d'accompagnement du handicap et de la protection de l'enfance* » (Toubon et Avenard, 2017).

D'une méthodologie de stage à un questionnement, une démarche inductive

En novembre dernier, j'ai donc intégré le service de la direction des missions éducatives au sein de la direction interrégionale Grand Ouest de la PJJ afin de proposer une lecture quantitative et qualitative de la prise en charge des jeunes à la croisée des trois secteurs précédemment évoqués sur l'année 2019. Pour comprendre le cheminement de mon questionnement, nous pouvons revenir sur les différentes étapes du stage. Le sujet de ce mémoire réflexif s'est en effet dessiné au fur et à mesure des lectures, des réunions ou des rencontres.

Tout d'abord, j'ai profité des premières semaines de stage pour contextualiser l'objet d'enquête et délimiter les contours de recherche de ma mission. Par une revue de littérature, j'ai ainsi épiluché l'actualité scientifique et politique sur la thématique des jeunes à la croisée des administrations. Une synthèse infographique ci-dessous permet de résumer les constats élaborés en décembre 2019 :

¹ Le document « Qu'est-ce que la PJJ » en annexe 1 présente l'administration de la protection judiciaire de la jeunesse

² Extrait du schéma d'orientation de la DIRGO septembre 2019



Des études

- "Nombre de jeunes doublement concernés par le champ du médico-social et du pénal successivement n'est pas connu" (rapport CNAPE)
 - "Grande vulnérabilité de ce public : sur 500 jeunes suivis : 43% sont en mauvaise santé, 7% ont un handicap" (rapport CNAPE)
 - "Les listes d'attentes pour les IME ou les ITEP sont longues : certains enfants peuvent rester plusieurs années sans que la décision de la MDPH ne puisse être mise en oeuvre, et c'est encore plus difficile pour les jeunes cumulant des mesures pénales" (rapport CNAPE)
 - "Refus de certains psychiatres de poser des diagnostics : refus de figer ces adolescents en évolution" (rapport ANESM)
 - "Une prise en charge inadaptée favorise les passages à l'acte" (rapport CNAPE)
 - "Efficacité de l'aide psychothérapeutique pour les jeunes ayant des troubles associés avec ou sans trouble des conduites" (rapport Bronsard)
- "90% des mineurs en centres éducatifs fermés présentent au moins un trouble" (rapport Bronsard)
- "80% ont un trouble des conduites (jeunes accompagnés en CEF), 37% ont un trouble associé" (rapport Bronsard)

CONSTATS : DES JEUNES À LA CROISÉE DU SANITAIRE, DU MÉDICO-SOCIAL ET DU SOCIAL



Des administrations

Sanitaire

- Sectorisation de la psychiatrie
- Définition de la santé, OMS
- Hospitalisation, ambulatoire, équipe mobile
- Agence régional de santé
- Diagnostic

Médico-social

- ITEP / DITEP
- IME
- Equipe pluridisciplinaire
- Accompagnement
- MDPH
- Schéma de milieu ouvert

Social

- Protection judiciaire de la jeunesse
- Ordonnance 45
- Différentes mesures différentes unités
- Educateurs PJJ
- Conseillers techniques en promotion de la santé Jeunes de 13 à 18 ans



Références des rapports

- Pr Guillaume BRONSARD et Pr Laurent Boyer. « Étude médico-psychologique d'adolescents placés en Centre Éducatif Fermé en France », septembre 2019. <https://www.cnape.fr/documents/guillaume-bronsard-étude-medico-psychologique-dadolescents-placés-en-centre-éducatif-ferme-en-france/>.
- CNAPE. « LES ENFANTS & LES ADOLESCENTS À LA CROISÉE DU HANDICAP & DE LA DELINQUANCE », janvier 2018. https://www.cnape.fr/documents/contribution-de-la-cnape_les-enfants-les-adolescents-a-la-croisee-du-handicap-de-la-delinquance-2/.
- ANESM. « L'ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS AYANT DES DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES PERTURBANT GRAVEMENT LES PROCESSUS DE SOCIALISATION », octobre 2017. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_socialisation.pdf.

Infographie présentant les éléments de contexte à la suite de la première phase de méthodologie.

Dans un second temps, j'ai contacté les personnes identifiées comme ressources afin de définir mon périmètre d'action et préciser la méthode d'enquête pertinente pour répondre à la commande. Ces entretiens exploratoires m'ont permis de construire un échantillon d'enquête réaliste et représentatif sur le territoire Grand-Ouest. Au regard des contraintes temporelles et géographiques, l'utilisation du questionnaire s'est révélée être la méthode adaptée. Il s'est organisé en différentes thématiques : les troubles de santé mentale, le handicap, les

collaborations et les partenariats au sein des services de la PJJ. L'analyse du questionnaire a ainsi apporté une photographie des pratiques et des données quantitatives des jeunes à la croisée du sanitaire, du judiciaire et du médico-social sur l'année 2019 au sein des unités de la PJJ.

Suite à la diffusion du questionnaire, j'ai participé à diverses réunions dans lesquelles des professionnels de terrain³ rapportaient qu'ils avaient : « *aujourd'hui, de grosses difficultés à travailler avec les services psy, rien que pour la prévention du suicide. C'est très difficile d'avoir des places : ça s'est soldé par deux évasions dont une encore dans la nature que je n'aimerais pas rencontrer le soir.* »⁴ Le jour suivant cette réunion, l'un des administrateurs de la DME me présentait un cas dit *complexe*, une *patate chaude* : « *C'est un jeune de 13 ans qui est arrivé à la PJJ parce que l'ITEP n'en voulait plus. C'est comme le jeu du puant où tout le monde se renvoie la balle. L'éducatif dépense des sommes faramineuses pour permettre sa prise en charge. Le sanitaire n'en veut pas. Ce sont les incasables.* »⁵ Cette conversation a éveillé ma curiosité car il ne semblait « *rien y avoir pour une prise en charge adaptée de ces jeunes-là [...]* Comme si les professionnels étaient dans une impasse »⁶. Après différentes recherches et échanges, je me suis rendu compte que la situation de ce jeune n'était pas un « cas isolé », une singularité de la PJJ, mais qu'ils étaient présents au sein de toutes « *les institutions qui font de l'humain* »⁷.

On les appelle parfois « jeunes en grande difficulté », « jeunes vulnérables », « jeunes à problématiques multiples », « jeunes marginaux », « jeunes déviants », « jeunes incasables » ou encore « sauvageons » : pléthore d'appellations pour une catégorie de jeunes désignés également comme « patates chaudes » et dont les institutions « *cherchent à se débarrasser* »⁸. Ils peuvent également prendre le qualificatif de « suivis difficiles » par les travailleurs sociaux et questionner perpétuellement les professionnels : « mais que va-t-on en faire ? » et se voir attribuer des réponses institutionnelles insatisfaisantes : « nous n'avons plus de solution pour

³ De manière familière, les « professionnels de terrain » au sein de la PJJ désigne les personnes au sein des établissements, ou au cœur des suivis éducatifs.

⁴ Extrait de réunion prise de note : COPIL interrégional des lieux de détention pour mineurs, janvier 2020

⁵ Extrait d'une conversation informelle avec le directeur adjoint de la DME

⁶ Extrait du journal de bord tenu dans le cadre de la mission de stage, janvier 2020

⁷ Extrait d'entretien avec Monsieur Saint André, psychiatre

⁸ Extrait d'entretien avec Monsieur Saint André, psychiatre

ce jeune »⁹. Il s'agit aussi de ces jeunes qui arrivent au sein d'une institution « juste pour une nuit » et qui finalement restent dans cette même institution une semaine, un mois, un an, voire des années. L'une des particularités de la PJJ est, en revanche, le temps court de la prise en charge : « *il faut faire avec l'urgence* » me confie un professionnel.

Mes premières interrogations ont alors débuté :

Quelles alternatives existe-t-il pour ces jeunes ? D'où vient ce terme d'incasable ? Qui sont ces jeunes ? Qu'est-ce que cela signifie ? De quoi ont-ils besoin ? Que peut-on leur proposer ? Que leur est-il déjà proposé ? Comment ce terme d'incapabilité fait écho à l'analyse quantitative de ma commande de stage ? Comment est-ce devenu un enjeu scientifique et politique ? Quelle est la différence entre toutes ces appellations ?

C'est à travers ce questionnement que j'ai construit cet écrit à vocation réflexive. Nous observerons ainsi dans une première partie **la manière dont les difficultés observées au sein de la PJJ font échos aux définitions scientifiques et politiques des adolescents dits « difficiles »**. Dans une seconde partie, nous **contextualiserons cette notion à travers une approche historique afin de saisir l'évolution des enjeux autour des « adolescents difficiles » au sein de notre société**. Nous proposerons en troisième partie **d'observer les freins et les leviers des différents modes de prise en charge** pour les jeunes « à la croisée du judiciaire, du médico-social et du sanitaire » au sein de la PJJ, territoire Grand Ouest.

⁹ Rapport du Centre Régional d'Études d'Actions et d'Informations, Bretagne : <http://www.creai-bretagne.org/images/pdf/Etude-ARS-Jeunes-et-adolescents-en-difficult-ncessant-des-prises-en-charge-multiples-et-coordonnes-janvier-2016.pdf>

I. DES OBSERVATIONS DE STAGE EN RESONANCE AVEC LES DEFINITIONS SCIENTIFIQUES DES « ADOLESCENTS DIFFICILES »

Jean-Pierre Chartier, médecin psychiatre à qui l'origine de la notion « d'incapabilité » est souvent attribuée, propose dans les années 1980, une conception en « 3D » des adolescents difficiles. « L'incapable » se caractérise selon lui par trois spécificités : le déni, le défi et le délit. Cet auteur explique le déni comme « *une incapacité pour le jeune à se situer en tant que responsable de ses actions* ». Il ajoute que l'adolescent va faire défi au droit et à l'autorité et réaliser des actes interdits. Issu du courant psychanalytique, il explique le délit comme étant un moyen d'agir pour : « *se rassurer sur la toute-puissance narcissique* » (2004). Jacques Sélosse, éducateur et professeur de psychologie sociale, va quant à lui rajouter un quatrième « D » : la délocation, soit les « *mécanismes d'expulsion primitive, mais aussi d'absence de lieu et de place, indispensables à tout individu pour se repérer* » (Sélosse, 2007).

Nous constaterons dans cette première partie que les enjeux soulevés lors de mes semaines de stage ainsi que les résultats de l'enquête menée à la PJJ viennent faire écho, de manière plus globale, aux définitions scientifiques des vulnérabilités rencontrées par les jeunes dits « *difficiles* ». En croisant les données empiriques de stage avec ceux de la littérature, nous proposons dans cette partie de **mettre en parallèle les résultats quantitatifs avec la notion d'incapabilité susvisée.**

A. La prise en charge des adolescents avec troubles du comportement à la PJJ

1. Des jeunes avec troubles du comportement à la PJJ

Nous avons constaté dans un premier temps que la photographie quantitative réalisée dans le cadre de ma mission de stage mettait en évidence qu'en 2019, 19,3% de jeunes accueillis dans les structures de la protection judiciaire de la jeunesse avaient des troubles en santé mentale diagnostiqués¹⁰. Cette même étude rapporte que 72% des troubles diagnostiqués chez les jeunes accompagnés par la PJJ sont des troubles du comportement.

¹⁰ Notons que les répondants de cette étude sont les responsables d'unités et les directeurs. Ainsi, ils se basent sur des diagnostics préalablement établis par des professionnels de santé.

Le rapport « *handicap et protection de l'enfance* »¹¹ réalisé par le défenseur des droits indiquait également une surreprésentation des troubles du comportement, souvent sévères, chez les jeunes pris en charge dans le cadre de la protection de l'enfance (incluant la protection judiciaire de la jeunesse). Au même titre, l'enquête CNAPE en 2008¹² indiquait que la part de jeunes accueillis dans le cadre pénal et faisant l'objet d'un suivi psychiatrique représentait 23,15% de son échantillon¹³. Une enquête réalisée en 2019 par le professeur Bronsard, psychiatre, et le professeur Boyer, médecin en santé publique, vient appuyer le fait que plus de 90% des jeunes en Centres Éducatifs Fermés présentent au moins un trouble. Selon cette étude, 82% de ces troubles sont des « troubles des conduites », faisant partie de la catégorie « trouble du comportement » de la dixième classification internationale des maladies (CIM 10).

2. Définition clinique et étiologie des troubles du comportement

Les troubles du comportement se caractérisent par « la répétition et la persistance de conduites à travers lesquelles sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui et les règles sociales » (Collège national des universitaires en psychiatrie, 2016). La CIM 10 intègre les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), le trouble d'opposition avec provocation (TOP) et le trouble des conduites (TC) dans la catégorie des troubles du comportement. Les recherches scientifiques y distinguent une étiologie multifactorielle, à savoir des facteurs de risque génétiques, environnementaux et individuels. Concernant le TDAH, nous pouvons par exemple noter que l'agrégation familiale du trouble est élevée (25 % parmi les apparentés de premier degré). Un lien de causalité est également établi entre des facteurs de risques environnementaux. Par exemple, une consommation de tabac ou d'alcool pendant la grossesse, des événements de vie négatifs pendant la petite enfance (abus sexuels, négligence éducative et affective, maltraitance physique et/ou psychologique, placement en foyer, etc.), un environnement éducatif où les règles éducatives sont inconsistantes et ambivalentes, ou au contraire trop rigoureuses et rigides, une psychopathologie parentale (abus de substance et personnalité antisociale) ou encore un environnement social défaillant (rejet des

¹¹ Toubon Jacques et Avenard Geneviève, « Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles », Le défenseur des droits, ERES, 2017

En ligne : https://defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/synthese_du_rapport_2015.pdf

¹² CNAPE, « Les enfants et les adolescents à la croisée du handicap et de la délinquance », janvier 2018, p.11

En ligne : https://www.cnape.fr/documents/contribution-de-la-cnape_les-enfants-les-adolescents-a-la-croisee-du-handicap-de-la-delinquance-2/

¹³ L'échantillon est constitué de 298 adolescents dont 102 en CEF, 53 en CER, 8 en centre d'hébergement diversifié (CHD), 8 en foyer d'action éducative (FAE), et 127 dans le cadre de mesures de réparation pénale)

autres, fréquentation d'autres adolescents délinquants) (Collège national des universitaires en psychiatrie, 2016).

L'enquête susvisée du professeur Bronsard et du professeur Boyer mettait en exergue une corrélation entre les expériences négatives sur l'enfance et les troubles des conduites chez les jeunes en CEF. Il en ressort que plus le « *score des expériences négatives sur l'enfance* » est élevé, plus le trouble des conduites est important. Une infographie en annexe deux de ce dossier schématise les données issues de cette enquête concernant les prévalences des traumatismes psychiques précoces des mineurs en CEF. Nous relevons par exemple que 56,3% des jeunes accueillis en CEF ont un membre de leur famille en prison, 19,5% ont une mère victime de violences, 31% ont été victime de violences physiques et 21,8% de violences émotionnelles (Bronsard, Boyer, 2019).

Lorsque nous observons les essais de définition scientifique des « *adolescents difficiles* », nous pouvons constater une étiologie commune gravitant autour de ces jeunes avec l'idée de « *carences vécues par l'adolescent lors de son enfance dans le cadre éducatif parental* » (Gansel, 2019). Jean-Yves Barreyre et Patricia Fiacre ont par ailleurs reconstruit rétrospectivement les parcours des jeunes pour lesquels toutes les solutions existantes au sein de notre société ont été épuisées. Il en ressort que les jeunes présentent un point commun, celui « *d'avoir vécu des évènements dramatiques importants, parfois dans des conditions extraordinaires* » (Barreyre et Fiacre, 2010). A l'instar de ces auteurs, nous pouvons illustrer ce propos par des exemples, à savoir la mort violente d'un parent (par homicide ou par suicide en sa présence), un rejet et un abandon par l'un de leurs parents, voire les deux, une violence conjugale ou une tyrannie exercée par l'un des parents, des violences sexuelles ayant donné lieu à la condamnation de(s) l'auteur(s), des coups (coups de pelle sur la tête, brûlures de cigarette...), une filiation cachée ou mentie, une maladie psychique d'un des parents, des tentatives de suicide du ou des parents, une arrivée en France dans des conditions difficiles. Cette même étude relève que, « *dans la grande majorité des cas, les jeunes « cumulent » plusieurs de ces évènements, pouvant altérer profondément leur développement* » (Ibid.,).

Pour la majorité des répondants au questionnaire¹⁴, la prise en charge des jeunes avec troubles du comportement a des conséquences visibles au sein des unités PJJ. Un

¹⁴ Questionnaire établi dans le cadre de ma mission de stage, à visée quantitative

professionnel écrivait par ailleurs : « *nous ne sommes pas formés aux spécificités de la prise en charge des jeunes nécessitant des soins en santé mentale* ».

Lors de l'étude médico-psychologique d'adolescents placés en CEF, le professeur Bronsard et son confrère, le professeur Boyer, ont constitué deux groupes afin de comparer leurs caractéristiques. Le premier groupe était composé d'adolescents présentant un trouble des conduites isolé et le second groupe, d'adolescents présentant des troubles psychiatriques autres avec ou sans troubles des conduites. Il en ressort que le deuxième groupe correspond davantage aux adolescents mettant en difficultés particulières les équipes éducatives de la PJJ. En effet, « *les dimensions anxieuses, dépressives ou encore les troubles de la perception et de l'interprétation comme dans les psychoses* » peuvent perturber le lien éducatif.

B. Des prises en charge à la limite des organisations institutionnelles

1. Sémiologie des troubles du comportement

La sémiologie des troubles du comportement met en lumière certaines caractéristiques des jeunes dits « *difficiles* » au sein des établissements. Cinq syndrômes¹⁵ sont identifiés par le corps médical :

- Syndrômes d'opposition, de provocation : défiance vis-à-vis de l'autorité, des comportements vindicatifs et d'hostilité envers les autres, une irritabilité, une susceptibilité et des accès de colères peuvent en être les caractéristiques.
- Syndrômes de conduites anti-sociales : non-respect des normes, pouvant entraîner des conséquences légales, et émotions limitées (absence de remords, manque d'empathie, désintérêt pour la performance, superficialité des affects).
- Syndrômes d'hyperactivité : activité excessive, désordonnée, mal contrôlée, peu productive ni efficace, ne correspondant pas à ce qui est normalement attendu pour son âge, ni à ce qui est demandé la plupart du temps.
- Syndrômes d'impulsivité : faire ou dire directement quelque chose de façon impérieuse, sans pouvoir différer, et sans anticiper au préalable les conséquences négatives ou positives. L'impulsivité se manifeste par de la précipitation, une incapacité à attendre son tour et des prises de risques.

¹⁵ Les syndromes sont un ensemble de symptômes caractérisant un état pathologique (définition médicale)

- Syndrômes d'inattention : difficultés à se concentrer et à maintenir sa concentration, difficultés de planification et de mémoire de travail qui se manifestent par des difficultés d'organisation, une procrastination, un manque de motivation pour les activités demandant un effort cognitif durable, difficultés pour comprendre et suivre les règles et consignes. (Collège national des universitaires en psychiatrie, 2016)

2. Un accompagnement générateur de vulnérabilités professionnelles

Ces syndrômes, signes médicaux des troubles du comportement, complexifient l'accompagnement des adolescents. Un responsable d'unité expliquait en effet que ces jeunes *« nécessitent des prises en charge individuelles, individualisées et personnalisées : un professionnel pour un mineur. Le travail sur les passages à l'acte peut être rendu plus difficile »*.

Il est intéressant de noter que les retours des professionnels enregistrés dans le cadre de mon stage, coïncident avec ceux formulés par la CNAPE expliquant que *« ce public diverge des profils habituels des mineurs suivis et nécessite un réajustement de la part des équipes éducatives et pédagogiques, notamment concernant la question du passage à l'acte pendant la prise en charge, qui prend une dimension différente du fait de la difficulté de compréhension des enjeux judiciaires pour ces jeunesse »* (CNAPE, 2018).

Gilles Barraband, connu pour sa profession de psychiatre, explique qu'en raison de leurs carences affectives liées à des traumatismes précoces ou à des défaillances de l'environnement, ces jeunes, quelle que soit leur structure psychique, présentent *« une intolérance à la frustration et une impulsivité qui les conduisent en général à des passages à l'acte transgressifs (...) une tendance à se mettre en danger pour cerner leurs propres limites et s'opposer à l'autorité pour exister et compter »* (Barraband, 2006).

Les types de manifestations, soit les fugues à répétition, l'auto-agressivité, les tentatives de suicide, la mise en danger de soi et d'autrui, les comportements sexuels, la décompensation, le repli sur soi etc. confrontent les professionnels des lieux de placement aux limites de leurs compétences. Ces manifestations mettent en évidence les limites des institutions et des professionnels à accueillir et proposer une prise en charge adaptée à ces jeunes. Les professionnels renvoient alors, dans de nombreuses situations, les jeunes vers la psychiatrie (Barreyre et Fiacre, 2010).

Le psychiatre Stéphane Saint-André soulignait par ailleurs la sur-mobilisation et les surexpositions des professionnels à des situations d'urgence, pouvant amener à une « saturation de l'accompagnement, voire un rejet » (Saint-André et Botbol, 2013, p.17). Un sentiment d'impuissance est souvent constaté chez les professionnels : « *l'adolescent en difficulté, qui invite à apporter son aide, s'efface au profit de l'adolescent difficile, qui invite au rejet et à se protéger de lui* » (Ibid.,). Ce même professionnel de la santé affirmait lors d'un entretien exploratoire mené dans le cadre du stage : « *ceux qui arrivent jusqu'à chez nous, [service d'hospitalisation temps plein en pédopsychiatrie] partagent comme clinique commune la question de la violence, et la question du sexuel.*»

Les conduites à risques sont, le plus souvent, interprétées par les professionnels comme un symptôme de la souffrance. Pour David Le Breton, anthropologue et sociologue français, les conduites à risques « *traduisent des comportements de jeunes qui ne disposent pas des ressources de sens pour affronter leur désarroi intérieur. L'agir s'impose comme un court-circuit de la pensée, non que l'acte soit sans signification, mais il empêche une pensée insupportable. Les conduites à risque font sortir la souffrance qui bouillonne en soi. Elles sont une parade à la paralysie de la pensée incapable de dire ou de changer les choses* » (Le Breton, 2007, p.77). Quatre moyens d'expression des conduites adolescentes sont relevés par ce même auteur :

- l'ordalie : l'adolescent « interroge symboliquement la mort pour garantir son existence par le fait de survivre. [...] La démarche n'est nullement suicidaire, elle vise à relancer le sens, à mettre l'individu au monde ». Exemple : les tentatives de suicide, la vitesse, la conduite sans permis...
- le sacrifice : « sacrifier une partie de soi pour sauver l'essentiel ». Exemple : scarifications, anorexie, toxicomanie...
- la blancheur : « l'effacement de soi dans la disparition des contraintes d'identité ». Exemple : l'errance, la défonce à travers l'alcool ou autres produits
- l'affrontement : est une « confrontation brutale aux autres à travers violences, incivilités, délinquances ». C'est une « fuite en avant en se cognant au monde ».

Les conduites à risque sont également appelées « passages à l'acte ». Ces symptômes sont « *bruyants, agaçants, et malmènent parents et professionnels, et de fait les institutions de*

protection de l'enfance qui accueillent ces adolescents » (Laridon, 2019). Nous pouvons cependant citer le propos d'Anne-Claire Dobrzynski, psychologue : « *commettre un agir violent, une conduite à risque, constitue inconsciemment un espoir de rencontre contenant* » (Dobrzynski et Ciccone, 2017).

Malgré le fait que la transgression et les conduites à risques soient analysées comme des symptômes nécessitant une réponse éducative ou thérapeutique appropriée, l'autorité juridique peut-être saisie en fonction de la gravité et de la dangerosité éventuelle pour les autres personnes. A l'instar des écrits de la CNAPE, nous pouvons noter que le « seuil de tolérance est un élément essentiel venant expliquer les réponses apportées par l'établissement ou le service médico-social en cas de passage à l'acte, [pouvant] varier d'une équipe à une autre, ainsi qu'au sein d'une même équipe ». Un des directeurs de Centre Éducatif Renforcé (CER) affirmait lors d'une réunion que « *l'équipe était dépassé car il est actuellement difficile de trouver des éducateurs qualifié et ayant la volonté de signer un contrat à durée indéterminée* »¹⁶ Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que les réponses apportées pour ces jeunes sont également dépendante de la gestion interne du service.

C. Des prises en charge inadaptées pour les adolescents difficiles

1. Les troubles du comportement : de l'accompagnement médico-social à la protection judiciaire de la jeunesse

Dans une approche médico-social, les adolescents présentant des troubles du comportement et faisant l'objet d'une notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), peuvent être pris en charge par un institut thérapeutique éducatif et pédagogique. Les ITEP ont pour mission d'accompagner le développement des personnes en leur dispensant les soins et la rééducation nécessaires, en maintenant les liens familiaux et sociaux et en veillant à promouvoir l'intégration dans les différents domaines de la vie, notamment la formation générale et professionnelle¹⁷. Les ITEP travaillent en lien avec les équipes de psychiatrie de secteur, de l'Education nationale, les services de l'aide sociale à l'enfance et la protection judiciaire de la jeunesse (Camberlein, 2015).

¹⁶ Extrait journal de bord, février 2020

¹⁷ Les normes techniques sont parues en janvier 2005, codifiées sous la référence D. 312-59 à D. 312-59-18. Anciennement, les ITEP étaient nommés IR instituts de rééducation.

Ainsi, nous observons que plusieurs analyses se rejoignent en identifiant un nombre important d'enfants pris en charge par la protection de l'enfance ou la PJJ et ayant, par ailleurs, une notification de reconnaissance de personne en situation de handicap les orientant vers un ITEP (ANESM, 2017). De la même manière, les données issues de l'enquête réalisée dans le cadre de ma mission de stage montrent qu'il existe une part significative de jeunes orientés en ITEP¹⁸. Au même titre, l'étude CNAPE susvisée, confirmait que les enfants accompagnés par un établissement ou service médico-social après un « passé pénal » sont plus représentés dans les établissements ITEP.

Cependant, cette même étude souligne la longueur des listes d'attentes des ITEP : « *certaines enfants peuvent rester plusieurs années sans que la décision de la MDPH ne soit appliquée ou mise en œuvre, avec encore plus de difficultés pour ceux qui cumulent une mesure pénale* » (CNAPE, 2018).

De plus, si certains professionnels relèvent la nécessité d'une prise en charge par le médico-social, nous ne sommes pas sans oublier que celle-ci doit être précédée d'une notification MDPH qui ouvre le droit à un suivi médico-social. Un dossier doit ainsi être déposé à la MDPH par l'autorité parentale. Le professionnel doit accompagner la famille et le jeune dans la réalisation de ce document fastidieux ainsi qu'à l'appropriation du terme de « handicap ». Nous pouvons alors imaginer la difficulté pour les éducateurs PJJ de mener ces procédures sur une courte période de prise en charge. Un tableau en annexe 3, issue de l'enquête menée dans le cadre de ma mission de stage, schématise les freins et les facteurs favorables identifiés par les responsables d'unités interrogés concernant l'accompagnement du dossier MDPH.

2. Une prise en charge à l'interface de plusieurs administrations

Les différents témoignages et observations relevés pendant la période de stage me permettent de schématiser différents parcours types de jeunes, accompagnés par la protection judiciaire de la jeunesse. Ils permettent d'illustrer la complexité des prises en charge des jeunes dits « difficiles ». Nous pouvons tout d'abord schématiser le parcours d'un jeune présentant des troubles du comportement diagnostiqués à la suite d'une expertise médicale. Le jeune est alors orienté en ITEP par notification MDPH. Il commet, là-bas, « un passage à l'acte » (au sens

¹⁸ Sur les 43 jeunes de l'étude ayant une notification MDPH (total des jeunes, unités confondues), 19 ont une orientation ITEP, ce qui représente 44% des jeunes reconnus comme personnes handicapées par la MDPH.

défini ci-dessous, soit une mesure pénalement condamnable). Deux schémas peuvent alors être envisagés :

- Le jeune est admis en structure hospitalière, il relève alors du sanitaire. Monsieur Saint André, psychiatre, souligne par ailleurs au cours d'un entretien l'inadaptation de la prise en charge pour ces jeunes en milieu hospitalier : « *en les laissant des années à l'hôpital, vous faites des jeunes, des fauves parce qu'on ne saurait réduire une personne à ses seuls besoins de soins et à l'hôpital psychiatrique, il n'y a rien pour la scolarité, pour l'éducatif, pour l'affectif, il n'y a rien pour le scolaire* ». Il notait également dans son ouvrage co-écrit avec Gilles Allières que le « comble de l'ironie est que l'identité du patient psychiatrique tient notamment dans la durée de l'hospitalisation ». Il explique en effet qu'une éducatrice ASE a pu l'interpeller quant à la durée de l'hospitalisation d'un jeune : « *deux mois d'hospitalisation ! Il doit être sacrément malade* » alors même que la principale raison de « *la durée déraisonnable* » d'hospitalisation du jeune était due au manque de disponibilités du service ASE pendant l'été. (Allières, Saint André, 2019, p.76)
- Le jeune est condamné à une peine, une mesure ou une sanction éducative, il relève alors de la PJJ. Les professionnels éducateurs PJJ expliquent alors l'inadaptation des prises en charge pour ces jeunes, notamment en raison de leur formation initiale, non spécifique à l'accompagnement du handicap.

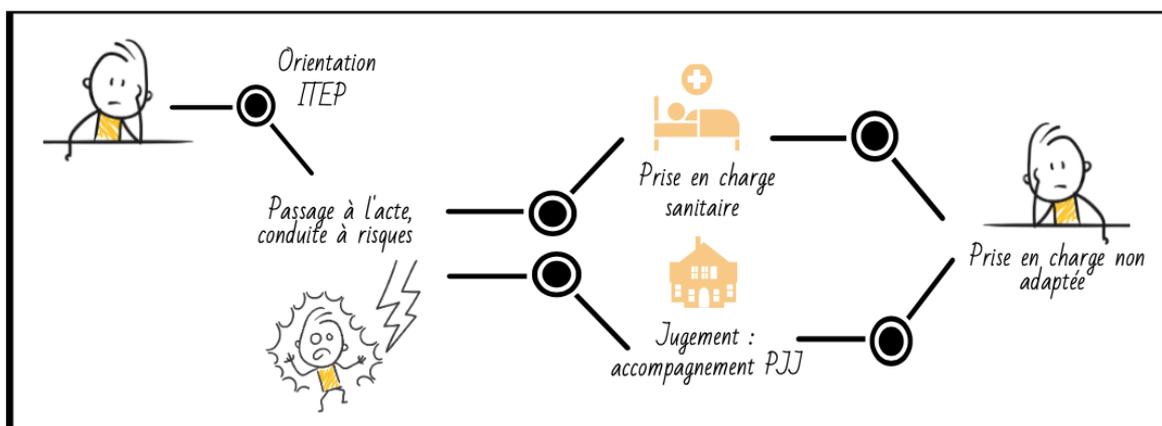


Illustration schématique d'un parcours de jeune avec des troubles du comportement diagnostiqués

Nous pouvons également schématiser un second parcours où, au cours de son enfance, le jeune a connu des « carences affectives » en raison d'événements dramatiques (explications susvisées : les recherches médicales ont établi un lien de causalité entre une carence affective au plus jeune âge et le développement de troubles du comportement (Collège national des

universitaires en psychiatrie, 2016). Cependant, nous pouvons supposer qu'aucun diagnostic n'a été posé ou que la MDPH n'a pas été sollicité pour les diverses raisons évoqués. Nous pouvons alors imaginer, dans ce parcours schématique, que le jeune commette un acte délinquant, un « passage à l'acte » et soit alors orienté, comme dans le premier schéma, à la PJJ ou bien dans le milieu sanitaire, là où les prises en charge ne sont pas adaptées à son profil, en raison notamment des explications ci-dessus.

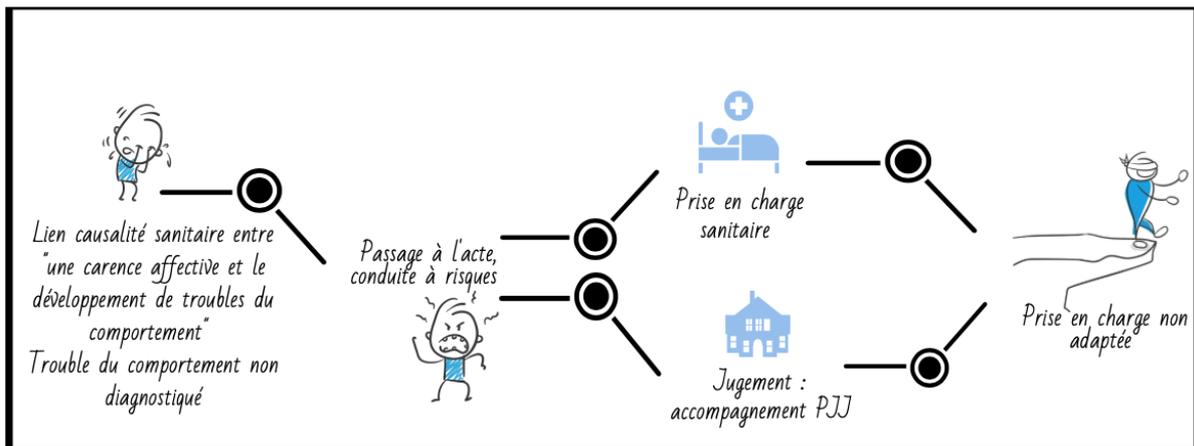


Illustration schématique d'un parcours de jeune avec des troubles du comportement non diagnostiqués

Lors de l'entretien exploratoire précité, Stéphane St-Andrée nommait ces schémas de « *destins judiciaires, des destins de la rue ou de destins sanitaires psychiatriques en maladie chronique, [des jeunes] qui ne peuvent plus sortir de l'hôpital, qui se suicide dès que l'on essaye, soit un destin de la rue* ». Au-delà des réponses institutionnelles, les jeunes en difficulté sont souvent décrits par les professionnels comme des personnes imprévisibles ou « *capables du pire comme du meilleur* », sur lesquelles ils ont parfois peu d'emprise (Barreyre, Fiacre, Joseph, Makdess, 2008).

Dans ce sens, Claire Brisset¹⁹, dénonçait en 2005 dans le *rapport annuel du défenseur des enfants* l'organisation territoriale de l'action en direction des mineurs et le fonctionnement parfois en « tuyau d'orgue » des différents secteurs d'intervention : « *A défaut d'organisation concertée, chaque acteur semble trop souvent fonctionner dans une logique propre. Cela aboutit à des dysfonctionnements et à des prises en charge : des difficultés graves pour les*

¹⁹ Claire Brisset a été nommée le 4 mai 2000, elle a été nommée pour six ans défenseur des enfants par le Conseil des ministres pour 6 ans

*établissements accueillant des mineurs ayant des troubles du comportement s'ils ne travaillent pas de façon concertée avec la pédopsychiatrie ; (...) [ou encore] l'impossibilité de trouver des prises en charge adaptées pour certains enfants dont les difficultés relèvent de la compétence de plusieurs institutions »*²⁰. De nombreux auteurs soulignent en effet que ce sont des jeunes qui se trouvent « à l'interface du psychiatrique, du judiciaire et du socio-éducatif » ou encore « dans des circuits institutionnels et interdisciplinaires ». Henri Molines, président du tribunal pour enfants de Paris expliquait la « complexité de l'accompagnement [pour des jeunes ayant] des tendances antisociales, des difficultés d'insertion, ayant commis des délits [qui] rendent ces jeunes difficilement intégrables et ne facilitent pas leur prise en charge : les institutions ne leur conviennent pas, la prison n'est pas toujours possible ou souhaitable, la psychiatrie estime qu'ils ne sont pas de son ressort » (Blatier, Chautant, 1999). Ces adolescents « au carrefour des champs éducatif, judiciaire et sanitaire » sont petit à petit caractérisés dans les administrations comme une « population à la limite des institutions » dont les caractéristiques et les besoins spécifiques relèvent en général de plusieurs modes de prises en charge, notamment le sanitaire, le social, le médico-social et le judiciaire. (Sélosse, 2007).

Depuis de nombreuses années, cette thématique fait l'objet d'une mise à l'agenda politique. Au fur et à mesure, la catégorie des adolescents difficiles a, en effet, été investie par les scientifiques et les politiques afin de penser l'accompagnement et les besoins de ces adolescents. Nous proposerons donc ci-dessous, une chronologie des savoirs permettant de saisir le terreau des pensées actuelles.

²⁰ « Rapport annuel - défenseur des Enfants », 2005.

En ligne : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/rapportannuel_defenseuredesenfants_2005_5.pdf

II. LES ENJEUX POLITIQUES ET SCIENTIFIQUES DES PRISES EN CHARGE

Nous comprenons que l'enjeu de l'accompagnement des « adolescents difficiles » n'est pas propre à la protection judiciaire de la jeunesse mais questionne un grand nombre de professionnels de différents champs de compétences. Avant de proposer un bref état des lieux de ce qui est proposé pour les « *adolescents difficiles* » au sein de nos territoires français, nous apporterons dans cette partie, des éléments de contextes historique et chronologique. Il s'agit en effet, d'une part, d'observer la manière dont les acteurs scientifiques et politiques se sont simultanément questionnés et influencés ; et d'une seconde part, de saisir l'environnement dans lequel s'inscrivent les prises en charge proposées actuellement pour les adolescents difficiles.

A. Histoire, psychiatrie et adolescence

Jusqu'à la Renaissance, nous constatons qu'il n'y a aucune préoccupation concernant les malades infantiles, ni-même des besoins de l'enfant. Les représentations sociétales de l'enfance nous sont transmises par les peintures d'époque. Nous pouvons ainsi découvrir les confusions entre les âges de la vie : l'enfant est représenté en adulte en miniature. C'est par exemple le cas dans le tableau de Jan Cornelisz Vermeyen, « La Sainte Famille », en 1528 (annexe quatre). A partir de 7 ans, l'enfant passait en effet au statut d'adulte.

La montée de la bourgeoisie au XVIIIème siècle change les représentations en modifiant la place de l'enfant au sein de la société. Grâce à l'entrée dans les savoirs et l'éducation, l'enfant devient un être à former, promettant ainsi une promotion sociale à sa famille ²¹. Le concept d'adolescence apparaît, attribuant un rôle à la jeunesse différent selon le sexe et les catégories sociales. L'aliénisme, ancienne spécificité des maladies mentales, va progressivement s'intéresser à l'enfance en développant des catégories cliniques sur « *l'enfance anormale* » mais négligera longtemps l'adolescence. Des définitions émergent cependant, délimitant l'adolescence par des critères physiologiques. A cette période, c'est toutefois dès de la puberté que les malades sont considérés comme adultes d'un point de vu médical. (Gansel, 2019).

Il faudra donc attendre le siècle suivant pour voir apparaître une succession de catégories cliniques décrivant « *un trouble mental manifesté essentiellement par des comportements anti-*

²¹ Cours de Virginie Muniglia, UE introduction à la santé publique, 2019

sociaux transgressant plus ou moins gravement et fréquemment les règles de vie en société » (Gansel, 2019). Simultanément, des affaires spectaculaires de meurtres insensés font l'actualité d'époque. Nous pouvons par exemple citer l'affaire Pierre Rivière en 1835, jeune paysan connu pour avoir égorgé une partie de sa famille, sans présenter aucun signe de maladie (Castel, 1973). Dès lors, la « *nosologie du comportement déviant* » s'articule autour d'un paradoxe : « *comment ranger dans la pathologie mentale ces sujets dont le comportement social semble perturbé alors même que les fonctions de l'entendement sont préservées* » ; autrement dit : de quelle manière soigner ces malades ne présentant aucun signe de maladie ? (Gansel, 2019)

B. Enfants à protéger ou à punir ?

Ces questions conduisent petit à petit à la naissance de la criminologie. Cette étude du crime (crimino-logos) se veut dès lors une discipline scientifique autonome et pluridisciplinaire. Elle rassemble en effet des professionnels de différentes spécialités, s'intéressant à la question du crime et de la prise en charge des criminels. Au XIX^{ème} siècle, deux théories visant à expliquer le crime s'opposent : celle de l'hérédité et celle du milieu. Il est intéressant de comprendre le ciment théorique des pensées criminologiques. En effet, la connaissance de ces théories distinctes nous amène à mieux comprendre les controverses, encore actuelles, autour de la délinquance. Schématiquement, nous pouvons opposer la théorie de Cèsare Lambroso avec celle de son contemporain Alexandre Lacassagne. Cèsare Lambroso développe sa théorie suivant celle de l'évolution de Darwin. Selon lui, l'individu criminel serait resté en arrière de cette dite évolution : il s'agit de « *l'homme criminel né* ». Quant à Alexandre Lacassagne, il présuppose que « *le milieu social est le bouillon de culture de la criminalité* » ou encore que « *les sociétés n'ont que le criminel qu'elle mérite* » (Kaluszynski, 2014, 51min).

Une vision ambivalente s'opère alors entrelaçant vulnérabilité et dangerosité de la jeunesse. Jusqu'aux années 1930, les colonies pénitentiaires pour les garçons et les établissements du Bon Pasteur pour les filles ont demeuré. Suite à la révolte des « enfants du bagne » de la colonie pénitentiaire agricole et maritime de Belle-Île en Mer²², de nouvelles institutions ont vu le jour afin de « *remédier aux excès disciplinaires des prisons et des colonies pénitentiaires et répondre aux demandes judiciaires de placement des enfants à protéger* » (Gansel, 2019).

²² Jacques Prévert met en poème cette actualité avec « *la chasse aux enfants* » interprété par Marianne Oswald en 1936

L'instauration d'un juge unique ainsi que l'ordonnance de 1945 viennent, pour reprendre les mots de Yannis Gansel : « *couronner cette évolution* » (Gansel, 2019). En effet, nous assistons à cette période à un rapprochement des prises en charge des jeunes relevant de la protection de l'enfance et ceux relevant du champ de la délinquance.

Dans le contexte d'après-guerre, l'ordonnance de 1945 est influencée par la grande popularité de la psychanalyse, qui va, selon Gansel, psychiatre et anthropologue : « *conceptualiser et diriger (...) les nouvelles pratiques de l'éducation surveillée* » (Gansel, 2019). Le modèle clinique psychanalytique donne à l'infraction le sens d'un symptôme qu'il faut traiter. Pour ces raisons, une importance est donnée au contexte de l'acte délinquant. Plus particulièrement, il convient de suivre un raisonnement clinique visant à étudier la personnalité du mineur (examen, diagnostic, traitement) (Ibid.,.). Ce modèle clinique devient petit à petit la source théorique de l'accompagnement des jeunes. Dans sa thèse « *Le souci des adolescents : traiter une vulnérabilité dangereuse* », Yannis Gansel constate par ailleurs que tous les acteurs gravitant autour du jeune (juge des enfants, travailleurs sociaux, éducateurs, psychologues etc.) vont avoir comme référence théorique la psychanalyse (Gansel, 2016). Les déviances juvéniles sont analysées suivant les notions propres à ce courant théorique : le transfert, le trauma, les pulsions ou encore les mécanismes de défense. Au milieu des années 1960, quatre psychiatres issus de ce courant vont enquêter pour la première fois sur la thématique des adolescents difficiles en élaborant des classifications visant à répartir les jeunes en catégories distinctes. Par cette recherche, Janine Noel, Anne Wolf, Françoise Bouchard et Michel Soulé vont introduire l'expression des adolescents difficiles dans le langage scientifique.

C. Savoirs scientifiques et décisions politiques : les adolescents difficiles

Il est intéressant d'observer dans cette partie la manière dont les savoirs scientifiques et les décisions politiques se sont simultanément influencés.

Au milieu du XXème siècle, des confusions apparaissaient entre le social et le sanitaire : « *les hospices recevaient les enfants trouvés ou abandonnés, mais aussi les vieillards, infirmes, aveugles et incurables* » (Verdier, 2003). Une logique de places au sein des institutions et des établissements s'est alors mise en œuvre pour résoudre cette confusion avec la loi du 30 juin

1975²³. En effet, cette dernière organise de nouvelles réponses aux problématiques rencontrées par les personnes vulnérables en réorganisant notamment les différents secteurs de soin et de prise en charge. Très vite, la problématique des situations n'entrant pas dans les cases émergent cependant : « *par manque de place, (...) ou parce que leur situation est considérée comme "inadéquate", "frontière", "inclassable", "hors agrément"* » (Barreyre, 2014, p.136). Le terme « d'incasable » prend son sens en décrivant alors « *ceux dont personne ne veut* » (Desquesnes et Proia-Lelouey, 2012).

Cet enjeu devient crucial au cours des années 2000 dans les projets de réformes de la justice des mineurs. En effet, les « *comportements décrits comme étant une manifestation exclusive ou dominante des difficultés psychiques sous-jacentes et d'une souffrance ne s'intégrant pas dans une pathologie médicale reconnue* » mettent à mal les structures éducatives (Gansel, 2019). De nouveau, le paradigme débattu autour d'une jeunesse à protéger ou à punir est soulevée. En 1998, un conseil de sécurité intérieur se tient : « *date charnière dans l'apparition des politiques sécuritaires de prévention de la délinquance juvénile* » (Ibid.,). A compter de cette date, divers projets politiques²⁴ visent en effet à refondre l'emblématique ordonnance de 1945²⁵. Un rapport sur la délinquance des mineurs est également rédigé cette même année par deux élus parlementaires socialistes, Christine Lazerges et Jean Pierre Balduyck afin de présenter « les problèmes posés par les adolescents particulièrement difficiles, à la limite des institutions ». Ces parlementaires constatent notamment les problèmes d'articulation entre les services de la PJJ et les secteurs psychiatriques : « *les équipes de la PJJ s'avouent démunies, incompetentes, poussées, contre leur gré, au-delà des limites de leur champ normal d'intervention* » alors que les « *personnels de santé mentale face aux difficultés sociales manifestées par ces mêmes jeunes, brandissent la spécificité médicale de leur profession* » (Lazerges, Balduyck, 1998).

En 1999, le Haut Comité de la santé publique produit également un rapport d'étude relatif à « *la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes* » et recommande alors d'adopter une perspective de santé publique. En mai 2000, la grande attention portée aux trajectoires des adolescents dits « incasables » se traduit par l'organisation d'un séminaire

²³ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Consulté le 25 avril 2020. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000699217>

²⁴ Entre 2002 et 2012, douze textes législatifs se succèdent pour réformer la justice des mineurs

²⁵ Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante. | Legifrance ». En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069158>

psychiatrie-justice intitulé « *Jeunes en grande difficulté, une prise en charge concertée des troubles psychiques* ». A la suite de cet évènement, le psychiatre Patrick Alecian ainsi que Sylvie Perdriolle, alors nouvelle directrice de la PJJ ont créé un groupe de travail mixte PJJ et santé d'une cinquantaine de professionnels. Par la suite, le groupe de travail a proposé divers rapports, notamment en 2002 : « *Propositions cliniques pour les mineurs auteurs de violences* » ainsi que « *Penser la vie psychique dans le travail éducatif* ». (Laval, 2003)

Ces évènements vont amener divers professionnels, notamment Philippe Jeammet, à penser une formation universitaire sur cette thématique. C'est ainsi qu'en 2002, 120 professionnels ont participé au diplôme universitaire (DU). Cette promotion comptait divers corps de métiers, à savoir, enseignants, chefs d'établissement, psychiatres, médecins généralistes, médecins scolaires, infirmiers, psychologues, assistants de service social, éducateurs, directeurs et chefs de service PJJ. À la suite d'un bilan positif, la formation a été reconduite en élargissant le partenariat aux directions générales de la police et de la gendarmerie ainsi qu'à d'autres régions, dont Marseille, Lille, Toulouse, Poitiers-Limoges, Rennes-Nantes-Brest et Lyon.

Cette même année, un texte est paru dans le but d'adresser des directives interministérielles afin d'organiser l'accompagnement concerté des troubles psychiques des enfants et des adolescents en grande difficulté. La circulaire enjoint par ailleurs aux administrations d'inscrire la santé des adolescents en grande difficulté comme priorité. Elle fait état qu'une attention plus particulière doit être portée aux jeunes faisant l'objet de décisions judiciaires. Au même titre, un rapport de l'inspection générale des affaires sociales en 2005 reconnaît les enjeux posés par la multiplication des interventions : « *un même adolescent cumule fréquemment scolarité en milieu spécialisé, suivi PJJ, mesure de protection de l'enfance exercée par l'ASE ou par un mandataire associatif et soins sur le secteur psychiatrique* » (Gansel, 2019). Le rapport préconise un travail en réseau, organisé à une échelle locale autour d'une expertise clinique.

A la suite d'une publication de l'INSERM en 2005 sur les troubles du comportement, une vive polémique anime les débats scientifiques. L'expertise collective de cet institut met en effet en lumière le débat sous-jacent des prises en charge concertées : le droit d'une ou des disciplines à prédominer dans l'accompagnement. Ce travail collectif mettait en effet en avant la légitimité des savoirs biomédicaux et génétiques dans la prise en charge des comportements violents de l'enfant et de l'adolescent. Le législateur prévoyait alors l'introduction d'une norme juridique

visant le repérage et le suivi des enfants « perturbateurs » à partir de 3 ans. Un collectif « Pas de zéro de conduite » se construit en opposition aux éléments fournis par le rapport²⁶. Il pointait, par ailleurs, le risque d'une prophétie auto-réalisatrice²⁷, assignant l'enfant à un destin clinique. La mobilisation de nombreux professionnels²⁸ et l'avis défavorable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), entraîna le retrait du projet législatif relatif aux enfants « disruptifs » dans la loi de prévention de la délinquance votée en 2007.

Le 5 mars 2007, des textes législatifs distincts paraissent simultanément : l'un relatif à la prévention de la délinquance, l'autre réformant la protection de l'enfance. Elle repose sur trois principes :

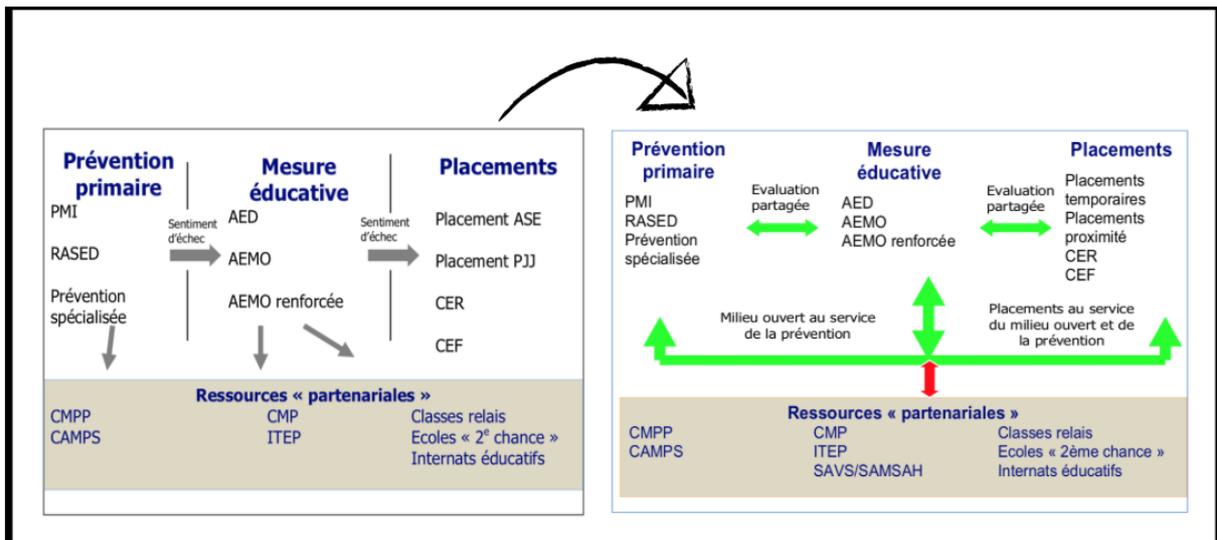
- La recherche d'une coordination des compétences judiciaires et administratives
- La valorisation du lien contractuel avec les parents
- L'individualisation de l'action publique en matière de protection de l'enfance.

Ainsi, la loi prévoit le basculement exclusif de toute l'activité de la protection de l'enfance sur les conseils généraux. Elle affirme par ailleurs la « *subsidiarité de l'action judiciaire vis-à-vis de l'action administrative* ». Nous constatons que, d'une certaine manière, cette nouveauté juridique participe au « sentiment de souffrance » des travailleurs sociaux de la protection de l'enfance, susvisé en partie une. Jean-Yves Barreyre et Patricia Fiacre dénonçaient en effet que « *le sentiment d'échec prévaut aujourd'hui alors qu'il serait nécessaire de le remplacer par une culture d'évaluation partagée afin de permettre une continuité dans le parcours du jeune* » (Barreyre et Fiacre, 2010). Ces mêmes auteurs proposent les deux schémas ci-dessous, permettant de comprendre leurs propos.

²⁶ Le Collectif pas de 0 de conduite, « Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans ! » ERES., 2006

²⁷ La prophétie auto-réalisatrice renvoie à l'idée qu'une étiquette est attribuée à un individu engendrant un nouveau comportement de sa part. Par ailleurs, Howard Becker (sociologue, approche constructiviste) affirme que « les problèmes sont le fruit d'un travail d'étiquetage, de labellisation accomplie par des acteurs collectifs ». En faisant du lien avec l'ouvrage d'Howard. S BECKER, intitulé outsiders, on peut émettre la possibilité que les jeunes deviennent « incasables », car ils ont été étiquetés comme tels.

²⁸ Le collectif lance une pétition recueillant près de 200 000 signatures



Source : Barreyre, Jean-Yves, et Patricia Fiacre. « Quand le projet fait fuir le sujet... »

Vie sociale, n° 4, 2010

Nous avons observé que, dès 2000, les pouvoirs publics ont pointé la difficulté d'articulation des administrations. Et pourtant, vingt ans plus tard, les mêmes constats sont dépeints. Si l'agenda politique s'est emparé à plusieurs reprises de cette question, nous remarquons que des solutions pérennes peinent à s'inscrire sur les territoires. Les travailleurs sociaux ne cessent d'alerter les pouvoirs publics en rendant visible leurs souffrances et l'accompagnement proposé pour les jeunes avec troubles de santé mentale reste, dans certains cas, inadapté. Nous pouvons ainsi nous questionner sur les freins et les facteurs de cet accompagnement, grâce au terrain de stage : le Grand-Ouest.

III. LES PRISES EN CHARGE CONJOINTES AU SEIN DU TERRITOIRE DE LA DIRECTION INTER-REGIONAL DE LA PJJ GRAND-OUEST

La solution avancée par de nombreux professionnels et auteurs pour permettre un accompagnement adapté aux besoins des jeunes réside dans le travail partenarial. « *Il ne saurait y avoir de prise en charge d'adolescents difficiles sans partenariat* », écrivait Yannis Gansel en 2019. Au même titre, nous relevons que plus de la moitié des répondants de l'enquête menée dans le cadre du stage soulevait que les prises en charge concertées étaient le moyen d'accompagnement pour ces jeunes. Nous le citons en page 24, les rapports politiques pointaient déjà en 2000 les difficultés d'articulation entre les différentes administrations. Au sein des territoires, il existe donc un grand nombre d'initiatives visant le travail pluri-partenariales : conventions, dispositifs, réunions conjointes etc. Cependant, les recommandations actuelles ne cessent de préconiser « la constitution de partenariat ».

J'ai donc fait le choix d'explorer les propositions faites sur le territoire de l'inter-région afin de comprendre les freins et les leviers aux partenariats. Nous observerons tout d'abord dans cette partie les freins aux prises en charge conjointes sur le territoire de la DIRGO. Dans un second temps, nous présenterons deux propositions de prise en charge sur le territoire afin de saisir l'originalité de leur approche ainsi que leur fonctionnement permettant l'accompagnement des jeunes à la croisée du judiciaire, du médico-social et du sanitaire.

A. Les freins d'une prise en charge partenariale : analyse au sein de la DIRGO

1. Administration déconcentrée : des échelles différentes

Pour comprendre le partenariat au sein des territoires, nous devons revenir au fondement organisationnel de la PJJ. Cette administration déconcentrée de l'État se compose tout d'abord d'une administration centrale, chargée de fixer les orientations nationales. Ainsi, tous les cinq ans, elle présente un projet stratégique national (PSN). Neuf directions interrégionales sont ensuite chargées de décliner ce PSN en objectifs stratégiques : le projet stratégique d'inter-région (PSIR). Dans ce principe de déconcentration, l'inter-région est ensuite découpée en direction territoriale (DT). En France, cinquante-quatre DT sont chargées d'établir un projet territorial, dans une logique de proximité et d'adaptabilité. Notons que ces déclinaisons suivent les principes directeurs du PSN. Enfin, des projets de services déclinent ces orientations au sein

des établissements en assurant la prise en charge relevant des mesures judiciaires et en garantissant une réponse adaptée aux besoins des mineurs par l'élaboration du projet personnalisé.

En suivant ce raisonnement, les enjeux des partenariats inter-administratifs vont *de facto*, être différents selon le niveau administratif et, également, prendre des formes diverses selon les territoires. Si nous prenons l'exemple des conventions entre la PJJ et l'ARS, nous observons que les trois territoires de l'inter-région Grand Ouest ont signé ladite convention. Cependant, si la convention avec les Pays de la Loire est ancienne, celle avec la Bretagne date de mars dernier. Certains territoires de la PJJ sont donc engagés dans des Projets de Territoires en santé mentale (PTSM) alors que d'autres ne se connaissent pas encore. Certains territoires sont également présents et actifs dans des groupes de ressources locales²⁹ alors qu'ils sont inexistantes dans d'autres territoires. Nous émettons donc l'hypothèse que le partenariat est dépendant des dynamiques territoriales et administratives.

2. Les contraintes administratives : le maillage territorial

Au changement de paradigme de la santé et de la prise en charge du patient, le mouvement de désinstitutionnalisation de la psychiatrie s'est amorcé dans les années 1950. L'objectif était de prendre en charge, à chaque fois que cela était possible, les patients souffrants de troubles psychiatriques dans la société et non plus dans un asile. Ce mouvement s'est concrétisé au plan réglementaire avec la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Celle-ci constate que « *l'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement* ». Il est alors mis en place un nouveau mode d'organisation des prises en charge fondé sur la notion de secteur. Les départements ont ainsi été divisés en un certain nombre de secteurs géographiques à l'intérieur desquels la même équipe médico-sociale doit assurer pour tous les malades la continuité entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation, les soins avec hospitalisation. Il s'agit du secteur psychiatrique. (Emmanuelli, Schechter, 2019)

²⁹ Les GRL sont des groupements permettant de réunir différents acteurs autour d'une même table pour partager des informations et des analyses, et projeter des actions concertées autour de la situation complexe d'un enfant.

La protection judiciaire de la jeunesse est quant à elle découpée en direction inter-régional et en direction territoriale depuis 2010. En effet, à cette date, un « *objectif d'optimisation de la conduite des missions de l'État et de poursuite de l'amélioration de la qualité de l'action de la PJJ au profit des parcours des mineurs confiés par l'autorité judiciaire* » avait entraîné une réorganisation territoriale.³⁰

Ainsi, lors d'un échange informel, l'un des professionnels de la direction des missions éducatives affirmait ne pas être « *certain que les professionnels de la PJJ savent à qui s'adresser dans le champ de la psychiatrie* »³¹.

3. Les contraintes administratives : des actualités différentes

En 2014, Said Acef, Jean-Yves Barreyre et Thomas Bouquet affirmaient que l'actualité différente des administrations pouvait également entraver les collaborations. Lorsque j'ai investigué la question des adolescents à la croisée des administrations, j'ai fait ce même constat. Le secteur du handicap connaît en effet une mutation qui se traduit par un phénomène de désinstitutionnalisation du secteur médico-social. L'institutionnalisation des personnes est définie comme « *l'accueil des personnes dans un cadre de bâtiments fermés ou semi-fermés* » (Coron, 2017). Le comité des ministres du Conseil de l'Europe a notamment adopté le 3 février 2010 une recommandation relative à la « désinstitutionnalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité » stipulant : « *Le placement en institution soulève de nombreuses inquiétudes quant à sa compatibilité avec l'exercice des droits de l'enfant. Sauf circonstances exceptionnelles, aucun enfant ne devrait être placé en institution. Il convient, par ailleurs, de remplacer le placement en institution par des services de proximité dans un délai raisonnable et dans une démarche globale.* »

Entre 1999 et 2008, le nombre des enfants ou adolescents handicapés en scolarisation individuelle (dans une classe ordinaire ou d'adaptation) a alors plus que doublé en passant de 27 900 à 70 100. Une coordinatrice du pôle médico-social de l'ARS, ancienne chargée de projet

³⁰ « BULLETIN OFFICIEL DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTÉS, Circulaire de la DPJJ du 2 avril 2010 relative aux conditions d'application du décret n° 2010-214 du 2 mars 2010 relatif au ressort territorial, à l'organisation et aux attributions des services déconcentrés de la protection judiciaire de la jeunesse », 2010. http://www.textes.justice.gouv.fr/art_pix/JUSF1012669C.pdf.

³¹ Extrait du journal de bord, mai 2020

autisme à la région Bretagne expliquait lors d'un entretien : « *Il y a eu énormément de changements à la suite des plans. (...) Il y avait des moyens à la clef, donc ça a vraiment fait bouger les choses* ». La circulaire du 2 mai 2017 retrace la doctrine administrative et vise à transformer l'offre d'accompagnement des personnes handicapées. La démarche « une réponse accompagnée pour tous » (RAPT) ainsi que la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) en sont les marqueurs.

En raison de son rayonnement inter-administratif, cet enjeu est important, tant pour la protection de l'enfance que pour la PJJ. La circulaire met en effet l'accent sur la logique de parcours global des personnes en situation de handicap, alliant précocité des interventions et renforcement de l'inclusion sociale, ceci dans tous les domaines : soins, scolarisation, logement, emploi, accès à la culture et aux loisirs. Il apparaît que les créations de places ne sont plus la priorité, contrairement aux développements de partenariats institutionnels qui doivent faciliter la complémentarité des offres sanitaires, médico-sociales, sociales et de droit commun (emploi, école etc.).

Cependant, à l'heure où les administrations connaissent également d'autres réformes successives (réforme de la justice des mineurs pour la PJJ), nous pouvons nous questionner sur la faisabilité de mettre en œuvre l'ensemble de celles-ci. Lors d'un entretien avec un inspecteur de l'Éducation Nationale en charge de l'adaptation à la scolarité pour les enfants en situation de handicap, ce dernier affirmait que « *l'ARS va trop vite ; à ce rythme, des jeunes vont se retrouver sans accompagnement car l'EN n'était pas encore prête* ».

4. Les contraintes administratives : des pénuries de ressources

Les auteurs susvisés pointaient également un second frein : celui de la pénurie de ressources et des services du territoire (Acef, Barreyre et Bouquet, 2014). « *Dans certains territoires, c'est une zone blanche en service de pédo-psy* » m'affirmait un professionnel de la DME.

En 2016, le Haut Conseil de Santé Publique a estimé que la France ne souffrait pas d'un déficit général de l'offre sanitaire mais plutôt d'une mauvaise répartition de celle-ci. Le ratio pour la psychiatrie infantile est d'environ 14 lits pour 100 000 habitants. De plus, la direction générale de l'offre de soin rapporte en 2016 que dix départements ne comptent aucun lit d'hospitalisation

en psychiatrie infanto-juvénile. En effet « trop de lits ont parfois été fermés dans certains territoires, notamment en période de crise. Les jeunes sont alors pris en charge, de manière bancale, dans les secteurs pour adultes, avec une promiscuité qui pose problème. Inspirons-nous de ce qui existe comme lieux de crise et rouvrons quelques lits là où c'est indispensable. » (Laforcade, 2016). De même, la répartition territoriale des pédopsychiatres est empreinte de fortes disparités. La densité moyenne est de 15,1 pédopsychiatres pour 100 000 jeunes de moins de 20 ans, avec une variation de moins de 4 pour les départements les moins dotés (Pas-de-Calais, Corse du Sud, Eure) à 23 dans les départements les mieux dotés (Gironde, Alpes-Maritimes, Côte-d'Or, Drôme, Pyrénées-Atlantiques, Calvados).

Le temps d'attente nécessaire à l'accès d'une première consultation fait l'objet d'une critique unanime dans les différents rapports. Ce problème d'engorgement se présente d'abord pour les structures d'entrée dans le parcours de soins psychiatriques, les CMP et les CMPP . Ces listes d'attentes sont également existantes pour le secteur du médico-social. Les orientations de la MDPH peinent parfois à se mettre en place en raison du manque de place au sein des établissements. Par ailleurs, certaines structures médico-sociales, en particulier les ITEP et les IME, sont amenées à accueillir des mineurs souffrant de troubles psychiatriques alors que cela ne correspond pas à leur vocation première. Les ITEP en particulier doivent en principe permettre de prendre en charge des enfants qui présentent des troubles du comportement sans problème majeur de maladie psychiatrique chronique ou de troubles cognitifs. L'accueil d'une population de jeunes qui ne correspond pas à celle théoriquement visée est d'autant plus regrettable que les équipes mobilisées dans ces structures n'ont généralement pas bénéficié d'une formation adaptée à la prise en charge des troubles psychiatriques. Michel Laforcade en 2016 affirme dans ce même rapport qu'« on note une augmentation de troubles mentaux graves dans les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) comme dans les maisons d'enfants à caractère social (MECS), qui complique les accompagnements dans ces établissements, faute de prise en charge adaptée par la psychiatrie infanto-juvénile (insuffisance de places en hospitalisation plein temps ou en accueil de jour). Ces établissements se trouvent dans l'obligation de gérer des prises en charge complexes qui nécessiteraient des prises en charge multi-partenariales et une bonne information des acteurs sur les réponses territoriales existantes mais pas forcément connues ».

5. Les confrontations idéologiques et politiques des organisations

Said Acef, Jean Yves Barreyre et Thomas Bouquet exposaient un dernier frein : celui de la confrontation idéologique et politique des organisations. L'absence de consensus sur les besoins des « adolescents difficiles » peuvent être freins à la constitution des partenariats (Acef, Barreyre et Bouquet, 2014). Précédemment, nous avons pu observer par les prismes scientifique et philosophique la complexité de la prise en charge des jeunes à la croisée du sanitaire, du social et du médico-social : la personne est-elle patiente ? Est-elle à protéger ou à punir ? Est-elle vulnérable ou est-elle dangereuse ? (Gansel, 2019). La réponse nomme l'institution chargée, à titre principal, de son accompagnement : ce jeune relève-t-il de la protection de l'enfance, du pénal ou du sanitaire ?

B. Dépasser les freins identifiés : l'exemple d'une structure d'accompagnement

Je relevais cependant lors des différentes rencontres avec les professionnels de la PJJ, l'attente et le souhait de travailler en collaboration et de découvrir l'Autre professionnel. Ce fonctionnement en « tuyau d'orgue » des administrations est en effet rompu lorsque certains professionnels dépassent ces limites et créent de nouveaux dispositifs.

Comme nous le citions auparavant, l'une des particularités des « adolescents difficiles » est leur inadaptation aux institutions, que nous pouvons également penser en sens inverse : les institutions inadaptées. Pinnel parle, à ce titre, de cas institutionnels difficiles (Bourcier et Griffond, 2015, p.58). La solution envisagée peut alors résider dans la question du lieu : « *La multiplicité des lieux de placement accentue le phénomène : ils ne sont de nulle part... D'où est-on quand on est séparé de sa famille depuis des années, quand on a connu de multiples lieux d'accueil ?* ».

Certains auteurs émettent donc la nécessité d'inscrire les jeunes dans un projet institutionnel afin qu'ils puissent investir de façon régulière, continue et positive un lieu (Sélosse, 2007). Mais, lorsque le référentiel des mesures est épuisé la solution envisagée est celle de penser de nouveaux lieux, de nouveaux dispositifs au sein des territoires. Nous exposerons ci-dessous un exemple de structure, pensée grâce à une approche socio-éducative et une organisation inter-administrative, afin d'apporter une solution à la question des jeunes « sans lieu », *car insupportés partout et par tous* (Chartier, 2002). Nous observerons tout d'abord dans cette

partie la singularité de l'ISEMA tant dans son fonctionnement que son organisation. Nous présenterons ensuite l'ancrage partenariale de l'ISEMA : sa méthodologie partagée grâce au modèle théorique interactionniste.

La temporalité du stage et les événements sanitaires actuels ne m'ont pas donné les possibilités d'investiguer les ressources du terrain grand ouest, cette partie a donc été construite grâce à une exploration de la littérature.

La structure et la démarche de l'ISEMA : ancrer le partenariat dans une méthodologie partagée

L'ISEMA est une structure à triple habilitation : aide sociale à l'enfance, protection judiciaire de la jeunesse et agence régionale de santé. Elle a été construite à partir du postulat que les structures plus contraignantes ou répressives dans lesquelles les adolescents difficiles peuvent être orientés ne permettent pas *de facto* des prises en charge adaptées. (Lambrette et Galan, 2016). Cet établissement, encadré par le décret concernant les structures expérimentales de la loi du 5 mars 2007 réformant la Protection de l'enfance, enracine sa pratique dans un modèle socio-éducatif interactionniste et constructiviste. Les professionnels travaillant à l'ISEMA affirment lors d'un entretien qu' « *en adoptant un nouveau paradigme, un autre mode d'intervention, des changements sont intervenus chez ces jeunes* ». Ce nouveau paradigme trouve son essence en affirmant que les troubles mentaux ou les troubles du comportement sont déterminés par la perception « *que le sujet a de la réalité, par la façon dont le sujet perçoit et construit une réalité et adopte par réaction un comportement dysfonctionnel* ». (Lambrette et Galan, 2016). Toute leur pratique est organisée suivant deux écoles contemporaines : celle de Grégory Bateson et celle d'Erik Erikson.

Le premier auteur, Grégory Bateson est un anthropologue, psychologue et épistémologue américain du XXe siècle. Il a consacré un grand nombre de ses travaux à l'étude de la communication, le conduisant à affirmer que « *la communication est la matrice sociale de la psychiatrie* ». Les professionnels de l'ISEMA fixent ainsi leur premier outil d'accompagnement dans la qualité relation, conditionnée par la communication. Deux psychologues, Grégory Lambrette et Fanny Galan, rappellent dans le Journal des psychologues en 2016, ce que la littérature scientifique démontre depuis plusieurs années : « *la qualité de la relation ou,*

l'alliance thérapeutique, comme on la dénomme également, entre la personne et l'intervenant (...) est l'un des facteurs les plus robustes pour prédire le succès ou l'échec d'un accompagnement ou d'un processus de changement ».

L'approche constructiviste, suivie par l'ISEMA part du postulat que les réalités sont différentes en fonction du point de vue de celui qui l'observe, et conduit de facto, à des réactions diverses selon les interprétations que l'on peut se faire de cette même réalité. Les jeunes ont alors « *de bonnes raisons d'agir comme ils le font, de ressentir ce qu'ils ressentent ou de penser ce qu'ils pensent* » car cela résulte des perceptions et des ressources qui leur incombent. Cette démarche dans laquelle s'inscrit l'ISEMA, amène les professionnels à adopter une nouvelle posture : ils ne sont pas dans une position de lutte contre les jeunes mais ils les rejoignent dans leur environnement. A travers ses attitudes et ses mots, le professionnel doit développer « *l'art de l'aide en se montrant à la fois chaleureux, empathique, sécurisant et compétent, mais également et surtout en persuadant, donnant de l'espoir et en démontrant sa capacité d'aider à résoudre des problèmes* » (Hentschel, 2005). En prenant le parti d'une participation active des jeunes, toute l'organisation de la structure et des modèles pédagogiques diffèrent d'une structure classique, associant tous les professionnels à cette pédagogie.

Pour compléter les propos des deux psychologues susvisés, nous pouvons rappeler l'anecdote Eriksonienne afin de comprendre les fondements de sa théorie de manière simplifiée :

« Le père d'Erickson était paysan et possédait terres et troupeaux. L'histoire raconte qu'un jour, Milton Erickson, alors âgé de neuf ans, vit son père rentrer le troupeau de vaches à l'étable. Toutes rentrèrent à l'exception d'une seule qui s'immobilisa à quelques mètres du bâtiment. Le père s'approcha de la vache récalcitrante et, après l'avoir encouragée à rentrer, tira tant qu'il put pour la faire bouger. Assis sur la clôture, Milton Erickson assistait à la scène, à ce point amusé de voir son père s'échiner à la tâche qu'il se mit à rire de voir la vache de plus en plus résister à mesure que son père tentait de la tirer vers l'étable. « Puisque tu es si malin, essaie de faire mieux », lui lança alors son père. Et Milton Erickson de descendre de sa clôture, de s'approcher de la vache et de lui tirer alors sur la queue – autrement dit, dans le sens contraire de la force exercée avant –, et la vache de rentrer dans l'étable ».

Si l'anecdote peut surprendre, les psychologues affirment que cette dernière illustre parfaitement une autre notion essentielle dans l'approche d'ISEMA : la « tentative de

solution ». La théorie interactionniste place en effet l'interaction comme le moteur, *l'ingrédient à modifier si l'on souhaite faire changer les personnes*. L'unité d'observation n'est plus uniquement l'individu mais l'individu et son environnement : *L'individu, son caractère, sa personnalité, sa vie psychique, résultent des interactions qu'il a eues ou continue d'avoir avec son environnement. L'individu contrôle son environnement tout autant qu'il est contrôlé par lui. Cela signifie, pour le dire de manière très raccourcie, que la vie psychologique est le fruit des multiples interactions dans lesquelles a baigné (et continue de baigner) l'individu.*

Comme nous le citons auparavant, le modèle de pensée susvisé part du fait que *« le sujet croit généralement que ce comportement constitue la meilleure réponse possible à une situation donnée »*. Les comportements dysfonctionnels sont alors maintenus si le jeune conserve sa perception du problème. Les professionnels encouragent alors le jeune à changer de perception, en rentrant dans son univers afin de co-construire avec lui une autre lecture de la situation.

Pour comprendre la pratique de cette théorie, nous pouvons prendre l'exemple de Lucie³², accompagnée dans cette structure. Solange a connu de multiples lieux d'accueil et de placements passant de la PJJ, à l'ASE, à la psychiatrie où elle ne cesse fuguer. Dans les différents services, les professionnels adoptent deux axes de changement face à cette situation : une mise à distance avec sa mère, diagnostiquée bipolaire, car la relation n'est pas considérée comme saine et sécurisante pour la jeune fille ; ainsi que des soins psychiatriques et psychologiques dans l'idée que cela pourrait stopper les « mises en danger ». Solange n'a pas adhéré aux soins et s'y rendait sous la contrainte, affirmant sans cesse qu'elle souhaitait retourner chez sa mère.

Les relations entre les travailleurs sociaux et Lucie se sont progressivement dégradées, en raison de ses nombreuses fugues, conduisant à un sentiment d'échec pour les professionnels. Après de nombreuses tentatives de suicide (jusqu'à la pendaison), les professionnels souhaitent que Solange soit suivie en psychiatrie, elle refuse. Elle est alors admise à l'ISEMA où les professionnels vont mettre la théorie de leur accompagnement en pratique :

« Nous lui avons transmis le message qu'il n'était pas question que nous luttions contre elle, que nous étions convaincus qu'elle avait de bonnes raisons de faire ce qu'elle faisait, en tout cas que c'était sa manière à elle de tenter de mettre fin au placement et, qu'en cela, elle n'avait

³² Identité modifiée afin de conserver l'anonymat du jeune. Cette vignette clinique est une synthèse de celle proposée dans le journal des psychologues, n°337, datant de 2016

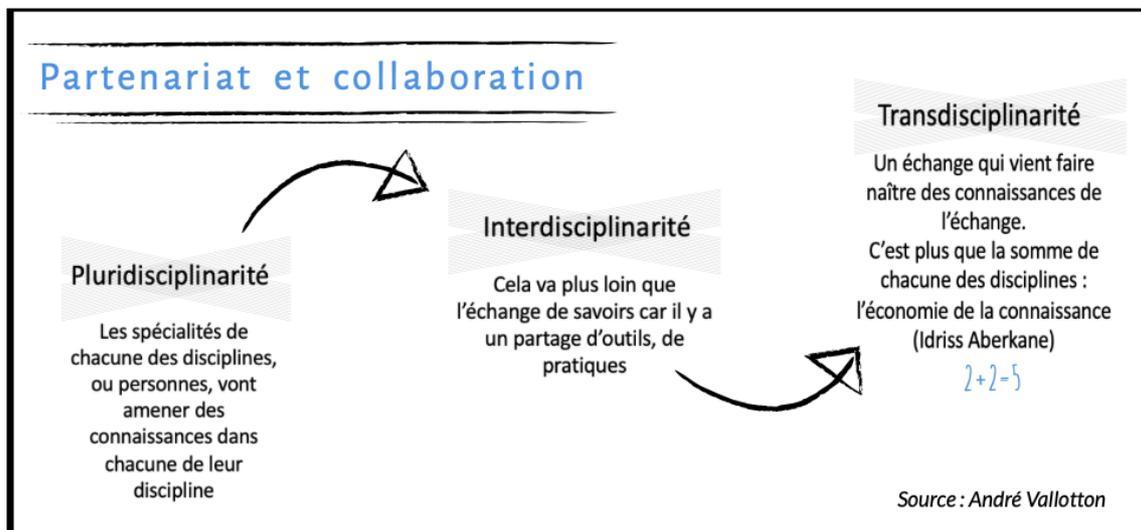
rien d'une « folle ». Nous lui avons proposé d'étudier avec elle la possibilité d'un retour chez sa mère, tout en lui renvoyant que les moyens qu'elle utilisait pour atteindre son objectif (fugue, tentatives de suicide, etc.) ne fonctionnaient pas et même aggravait la situation, car les travailleurs sociaux y voyaient encore plus d'arguments pour maintenir le placement. Lucie s'est apaisée et a changé de posture corporelle à ce moment. En stoppant la lutte contre elle, en la rejoignant, des leviers de changement ont pu émerger et débloquent la situation ».

C. Dépasser les cultures professionnelles pour travailler en transdisciplinarité : le réseau

Plusieurs auteurs insistent également sur l'importance de créer de la réciprocité lors des partenariats afin de dépasser les cultures professionnelles, propre à chaque secteur. En effet, comme le rappelle Philippe Meirieu « *l'éducation est un phénomène global où intervient une pluralité de phénomènes que l'on ne peut isoler* ». Pourtant, nous relevons que ces acteurs rayonnant autour de la prise en charge d'une personne adolescente s'emploient à le nommer différemment, signe de leur culture différenciée. Ainsi, ces jeunes à la croisée du social, du sanitaire et du médico-social sont à la fois jeunes, mineurs, patients, élèves ou encore en situation de handicap. Philippe Meirieu énonçait les distinctions évidentes entre les professionnels : « *Bien sûr, un enseignant n'est pas un psychiatre, mais qui osera dire qu'il y a une cloison étanche entre la santé, physique et psychique, et la réussite scolaire ? Bien sûr, un juge n'est ni un travailleur social ni un éducateur, mais qui peut imaginer qu'une sanction judiciaire peut avoir un effet sur la construction du sujet sans être accompagnée par une action éducative sur la prise de responsabilité et l'insertion dans un collectif ? Bien sûr, l'intervenant artistique et l'entraîneur sportif ne sont pas des thérapeutes, mais qui peut nier que la maîtrise de soi, le passage de la gesticulation au geste, la capacité à avoir une place sans prendre toute la place, n'ont aucun effet thérapeutique... scolaire... social... familial, etc. ?* » (Meirieu, 2016).

Si la spécialisation des intervenants est une nécessité, il est essentiel que ces différents professionnels puissent avoir des temps d'interactions réfléchies en raison du fait que « *tout peut avoir un effet sur tout* ». (Meirieu, 2016). Le partenariat n'est alors plus additionnel : l'enseignant, le travailleur social, l'éducateur spécialisé, le psychologue ou le médecin ne viennent plus ajouter leur action à celles des autres sur la prise en charge du jeune, mais

collabore « avec la conviction que cet ensemble de bonnes volontés permettra, sans aucun doute, de venir à bout de la difficulté » (Meirieu, 2016). La collaboration partenariale doit, en effet, être pensée afin de permettre la transdisciplinarité, expliquée schématiquement ci-dessous. La somme des connaissances est ainsi supérieure à la somme des disciplines, en raison du fait que la rencontre et l'échange produisent de la connaissance (Vallotton, 2014).



En revanche, ce souhait de transdisciplinarité au sein des institutions n'est pas aisé à satisfaire. En effet, se pose alors la question de l'identité professionnelle et celle de la reconnaissance partagée de compétences singulières et complémentaires, qui permettent à chaque professionnel de ne pas craindre de transmettre ses connaissances ou que l'autre prenne sa place (Eleta, 2018).

Si la création de nouvelles structures semble être la solution pour certains auteurs car elles créent un lieu, une « bonne case » pour certains jeunes, d'autres auteurs, à l'instar de Stéphane Saint André, affirment que cela reste une « fausse bonne solution ». Selon lui, le fonctionnement de l'institution va devenir, à un moment ou un autre, la priorité de la structure : *Gestion des plannings, remplacement des absents, équilibre du budget etc. : la configuration d'une structure est de facto source d'exclusion d'utilisateurs devenus trop « atypiques » en raison d'une souplesse institutionnelle devenue insuffisante* (Allières, Saint André, 2019). La solution réside, selon eux, dans une prise en charge partenariale et en réseau, sans forcément que de nouvelles structures soient habilitées. C'est ainsi que Stéphane Saint André et d'autres ont créé Muta' Jeunes en 2007. Initialement, l'objectif de ce groupe était de proposer un espace où les professionnels de différents secteurs pouvaient se rencontrer et échanger ensemble autour de thématiques communes, en dehors des situations critiques. Cet outil, à l'initiative des

professionnels de terrain, permet aux acteurs de se rencontrer en prenant le temps de se connaître, en amont des situations de crises afin de ne pas être pris « par l'urgence de la situation » : « Quand on fait appel à un service à bon escient, dans ce cas, il y a un partenariat de bonne qualité qui peut s'opérer », explique le Dr Stéphane Saint-André.

Muta'Jeunes a été créé sous l'impulsion du service de psychiatrie de l'enfant du CHRU, avec le soutien du conseil général. Son originalité repose sur le fait que sa création n'est pas issue d'un appel d'offres lancé par une administration, mais par les professionnels qui ont bousculé les lignes partenariales au sein de leur territoire. Muta'Jeunes a progressivement été reconnu et soutenu par les institutions, tant hospitalières que départementales : « *Nous avons étendu l'accès aux travailleurs sociaux, aux soignants, aux professionnels de la justice et de l'Éducation nationale, les quatre institutions qui sont les plus concernées par les ados difficiles* » raconte encore Stéphane Saint-André, lors d'un entretien mené dans le cadre de cette étude. Les administrations sont venues valider, par la suite, cette initiative de terrain, « ce qui n'est pas fréquent » ajoute Stéphane Saint André.

Un premier colloque, gratuit, sur la thématique de « la crise » a ainsi réuni 150 professionnels issus des champs sanitaire et social en décembre 2008. Chacune des institutions a pu décrire ses services et unités. Stéphane Saint-André explique par ailleurs que cet évènement était « avant tout, un prétexte à la rencontre ». Les interventions étaient, en effet accompagnées de temps d'échanges conséquents. Ce même interlocuteur expliquait alors qu'il était ainsi possible de croiser les regards et débattre sur les écarts de représentations, tout en favorisant l'interconnaissance des professionnels comme des institutions. A la suite d'un questionnaire de satisfaction, des plénières de 150 à 200 personnes ont été organisées tous les dix-huit mois autour de thèmes construits par le groupe projet de Muta'Jeunes. La plénière est élaborée à partir des échanges et questionnaires issus des trois journées thématiques antérieures afin de créer une dialectique entre les participants et le groupe Muta' Jeune, dans le souci de rester au plus près des problématiques de terrain.

Depuis 2010, le groupe Muta'Jeunes s'est élargi géographiquement en s'étendant sur un territoire plus vaste que celui initialement prévu, permettant ainsi d'augmenter le nombre d'institutions membres du groupe projet. Actuellement, le secteur du médico-social, de la protection judiciaire de la jeunesse, la protection de l'enfance, l'éducation nationale ainsi que

la brigade de la prévention de la délinquance juvénile de la gendarmerie sont membres de ce groupe.

Si ce groupe a permis aux institutions d'élargir leurs réseaux individuels, il a également permis de créer du partenariat inter-administratif en permettant aux professionnels d'appivoiser les cultures des autres acteurs. Autour des situations concrètes, les professionnels partenaires ont, en effet, déjà travaillé ensemble autour de problématiques communes et dans un cadre moins conflictuel que celui des situations d'urgence. Stéphane Saint André fait remarquer que « les sollicitations sont maintenant plus appropriées car elles sont en lien avec une meilleure connaissance des institutions et de leurs missions. La parole est également moins entravée ».

En permettant cette rencontre, « *Les uns et les autres, sans renoncer à leur identité, octroient à « ceux d'en face » la légitimité de les interroger sans les dévaloriser ni, a fortiori, les humilier.* » (Meirieu, 2016).

Nous pouvons émettre l'hypothèse que le « mieux-être » des professionnels soit ressenti par le jeune et que cela favorise, *de facto*, l'accompagnement qui lui est porté. Cependant, à l'heure où l'on essaie de conjuguer participation et jeunesse, il semble que ces maillages professionnels de partenariat, à l'instar de Muta Jeune, restent organisés *pour* le jeune *sans* le jeune.

Conclusion

En septembre dernier, la direction interrégionale Grand-Ouest de la PJJ décidait de quantifier les mineurs avec trouble de santé mentale et/ou de handicap. L'objectif de cette étude quantitative pour la DIRGO était double. Il s'agissait dans un premier temps de quantifier le nombre de jeunes concernés afin d'appuyer les projets de partenariats avec des données probantes. Obtenus sur l'année 2019, les résultats de cette étude ont confirmé le fait que le nombre de jeunes avec trouble du comportement au sein de la PJJ est significatif³³. L'enquête nous permet également de rapporter qu'environ 12% des jeunes accueillis au sein de ses structures ont une notification MDPH.

Le second objectif de cette étude s'intègre plus largement dans l'élaboration d'un colloque, organisé par la PJJ, dans le but de permettre des rencontres interprofessionnelles du secteur social, médico-social et sanitaire. Il s'agissait ainsi de proposer une base théorique commune à ces trois secteurs d'activité.

L'étude menée dans le cadre de mon stage, ainsi que d'autres qui lui sont contemporaines, illustrent la difficulté pour les professionnels de la PJJ d'accompagner des jeunes avec troubles de santé mentale. Au regard des difficultés générées au sein des institutions, nous avons pu observer que, plus largement, ces mineurs étaient qualifiés de « *cas complexes* » ou « *d'adolescents difficiles* ». Il convient néanmoins de souligner que tous les adolescents avec trouble du comportement ne sont pas considérés comme étant *difficiles* au sein des établissements de la PJJ. Le docteur Bronsard rappelait par ailleurs que les jeunes mettant en difficulté l'équipe éducative en CEF étaient, généralement, ceux présentant des troubles des conduites avec d'autres troubles associés. Chaque jeune est en effet singulier dans sa pathologie et son handicap ; il mérite une réponse d'accompagnement sur-mesure.

« *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* » (Laval et Ravon, 2016), les professionnels des différents

³³ Selon l'échantillon d'enquête, 19% des jeunes en 2019 au sein des établissements de la PJJ avaient un trouble de santé mentale diagnostiqué, 72% de ces troubles étaient des troubles du comportement.

secteurs se sentent impuissants (Gansel, 2019). Qu'il s'agisse des travailleurs sociaux de l'ASE ou de la PJJ, responsables de structures d'hébergements, chefs de services éducatifs, enseignants, psychiatres, psychologues, juges pour enfants, infirmiers, animateurs : tous sont rassemblés autour de cette même thématique. Façonné tant scientifiquement que politiquement, nous avons vu que cet enjeu est au cœur de l'agenda politique depuis plusieurs années. Des instances sont ainsi pensées pour les professionnels afin de réfléchir à un accompagnement transdisciplinaire.

Dans un contexte de désinstitutionnalisation des différents secteurs évoqués, le partenariat semble être une solution, voire une *injonction*. (Hirlet, Pierre, 2017). Il permet en effet d'élaborer des prises en charge communes et de dépasser les frontières culturelles afin de privilégier le milieu ordinaire sur celui spécialisé (Muiznieks, 2015). Les jeunes auront donc l'occasion d'être insérés dans un dispositif circulant, avec des professionnels de différents champs pour l'accompagner.

A l'instar d'associations militantes du secteur médico-social, nous pouvons penser que le changement d'offre, bien qu'il ouvre les portes à une société inclusive, peut entraîner la fermeture progressive des établissements médico-sociaux.

C'est notamment en prenant connaissance des mémoires réflexifs de mes collègues de classe, que je me suis interrogée sur les lendemains de la désinstitutionnalisation. En effet, ce jeune, souvent caractérisé dans la littérature par son instabilité n'a-t-il pas besoin d'un lieu repère à investir ?

Dans les faits, les partenariats prennent plus de temps à se mettre en place que le changement d'offre de soins, impulsé par les administrations. Les prises en charge ressemblent de fait, davantage à une série d'interventions plus qu'à des prises en charge collective concertée (Hirlet, Pierre, 2017). Nous pouvons ainsi nous demander dans quelles mesures les professionnels peuvent-ils créer des relations de confiance et d'attachement avec le jeune dans un dispositif où chaque spécialiste se succède dans la prise en charge ?

En mai dernier³⁴, un décret relatif à la création d'un comité départemental de suivi de l'école inclusive a rassemblé diverses instances (ARS, EN, CD) sur les parcours de scolarisation et de formation des enfants, des adolescents ou des jeunes adultes en situation de handicap. Nous constatons que la PJJ a été omise de ce décret. Nous pouvons émettre l'hypothèse que ses difficultés à prendre en charge ce public ne sont pas reconnues par les autres administrations. Ma commande de stage permet ainsi de rendre visibles les jeunes jusqu'alors invisibles des rapports : « *on savait qu'ils existaient, mais on ne savait pas combien ils étaient, maintenant si* »³⁵. L'intérêt de cette démarche réflexive est d'inscrire plus largement les difficultés rencontrées par la PJJ avec celles des autres administrations. Si l'Éducation Nationale porte l'objectif d'instruire l'élève, le secteur du sanitaire celui de soigner le patient, la MDPH, de compenser le déficit du handicap, celle de la PJJ d'éduquer et réinsérer le mineur, nous pouvons nous rendre compte que cette problématique leur est transversale. Il convient donc de penser que la PJJ et les administrations connexes doivent s'inscrire dans des démarches de réflexions inter-administratives. Qualitatives et quantitatives, ces dernières doivent être mises en place, quels que soient les niveaux décisionnels, afin de penser en transdisciplinarité les prises en charge à la croisée du social, du judiciaire, du sanitaire et du médico-social.

Ce stage était d'une grande richesse, tant dans les rencontres que dans la pluralité des acteurs rencontrés. Ce sujet m'a, en effet, permis d'échanger avec les professionnels de nombreuses administrations, et ainsi comprendre les différences de chacun. Je pense que cette opportunité est une grande richesse, quelle que soit l'orientation que je décide donner à mes futurs engagements professionnels.

³⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2020/5/4/2020-515/jo/texte>

³⁵ Extrait d'échange avec un professionnel de la DME

Bibliographie

ACEF S., BARREYRE J-Y. ET BOUQUET T, « De la démarche d'évaluation et de concertation territoriale vers les dispositifs intégrés », *Vie sociale*, n° 6, 2014, p. 13-35.

ALLIERES G., SAINT ANDRE S., *L'interdisciplinarité au service du travail social*, Chronique sociale, 2019.

ANESM, 2017, « L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation », 2017.

BARRABAND G., « Réseau de liaison et déliaison pulsionnelle adolescente », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, no 63, 1, 2006, p. 49-54.

BARREYRE J-Y, « L'éloge de l'insuffisance », ERES, 2014.

BARREYRE J.-Y., FIACRE P., « Quand le projet fait fuir le sujet... », *Vie sociale*, N° 4, 2010, p. 87-98.

BARREYRE J-Y, FIACRE P., JOSEPH V., MAKDESS Y., 2008, « Une souffrance maltraitée : Parcours et situations de vie des jeunes dits "incassables" », *L'Observatoire National de l'Enfance en Danger*, le Conseil général du Val-de-Marne Et le Conseil général du Val d'Oise, 2008.

BLATIER C., CHAUTANT C., « « Mineurs délinquants aux limites de la prise en charge » », *Bulletin de psychologie*, n° 441, 1999, p. 324.

BOURCIER G., GRIFFOND A., « À propos des adolescents difficiles », *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, n° 92, 2015, p. 55-76.

BRONSARD G., BOYER L., « Étude médico-psychologique d'adolescents placés en Centre Éducatif Fermé en France », 2019.

CAMBERLEIN P., *Politiques et dispositifs du handicap en France*, Dunod, 2015.

CASTEL R., 1973, *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère...*, Gallimard, 1973, p. 380.

CHARTIER J.-P., « La transgression adolescente : une quête de limites ? », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, no 48, 2002, p. 21-26.

CHARTIER J-P, « Les adolescents difficiles », *Psychanalyse et éducation spécialisée*, Paris, Dunod, 2004

CNAPE, « Les enfants et adolescents à la croisée du handicap et de la délinquance », 2018

COLLEGE NATIONAL DES UNIVERSITAIRES EN PSYCHIATRIE, 2016, *Référentiel de psychiatrie et*

addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie, 2016.

CORON G., « Réformes managériales et redéfinition des catégories d'action publique : l'exemple du secteur médico-social », La Revue de l'Ires, n° 91-92, 2017, p. 213-235.

DESQUESNES G., PROIA-LELOUEY N., « Le sujet « incasable », entre psychopathologie et limite institutionnelle », Sociétés et jeunesses en difficulté. Revue pluridisciplinaire de recherche, n°12, 2012.

DOBZYNSKI A-C., CICCONE A., « Maillage transdisciplinaire et esprit démocratique : clinique des agirs violents à l'adolescence », Topique, n° 141, 2017, p. 63-79.

ELETA M., Un contenant organisationnel favorisant la continuité éducative et la sécurisation des professionnels, ERES, 2018.

EMMANUELLI J., SCHCHTER F., « Prise en charge cordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution », 2019.

HIRLET P., PIERRE T., « Ce que la désinstitutionnalisation de l'intervention sociale fait au travail (du) social ! », 2017.

KALUSZYNSKI M., 2014, « «La criminologie, pour quoi faire ? » », 2014.

LAFORCADE M., « RAPPORT RELATIF À LA SANTÉ MENTALE », 2016, p. 190.

LAMBRETTE G., GALAN F., « Les incasables à l'école de Palo Alto : dépasser la fatalité pour initier le changement », Le Journal des psychologues, n° 337, 2016, p. 61-69.

LARIDON S., Les jeunes dits « incasables » : problématiques adolescentes et évolution des réponses en protection de l'enfance, ERES, 2019.

LAVAL C., RAVON B., « Avant-propos. Les adolescents difficiles et ceux qui s'en préoccupent », Rhizome, N° 59, 2016, p. 5-13.

LAZEGES C., BALDUYCK J-P., « Rapport au Premier ministre -Mission interministérielle sur la prévention et le traitement de la délinquance des mineurs - Réponses à la délinquance des mineurs », 1998.

LE BRETON D., « En souffrance », Adolescence et entrée dans la vie, Paris, Métailié, 2007, p. 77

MEIRIEU P., « Le partenariat : usine à gaz ou levier pour l'action ? », 2016.

MUIZNIEKS N., « Rapport du Conseil de l'Europe », 2015.

SAINT-ANDRE S., BOTBOL M., « Partenariat autour des adolescents difficiles à Brest », Soins Psychiatrie, 2013, p. 21-25.

SELOSSE J., « L'inquiétante étrangeté des incasables », *Adolescence*, n° 59, 2007, p. 9-18.

TOUBON J., AVENARD G., « Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles », dans *Jeunes enfants en situation de handicap*, ERES, 2017, p. 81.

VALLOTTON A., « La criminologie, pour quoi faire ? », 2014.

VERDIER P., « Les décrets d'application de la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale », *Journal du droit des jeunes*, N° 226, 2003, p. 23-34.

GANSEL Y., « Le souci des adolescents : traiter une vulnérabilité dangereuse », 2016, Thèse de doctorat, EHESS, 2016.

GANSEL Y., *Vulnérables ou dangereux ?*, ENS Edition, 2019.

Liste des annexes

Annexe 1 : Qu'est-ce que la Protection Judiciaire de la Jeunesse ?

Annexe 2 : Synthèse infographique de l'étude Boyer-Bronsard

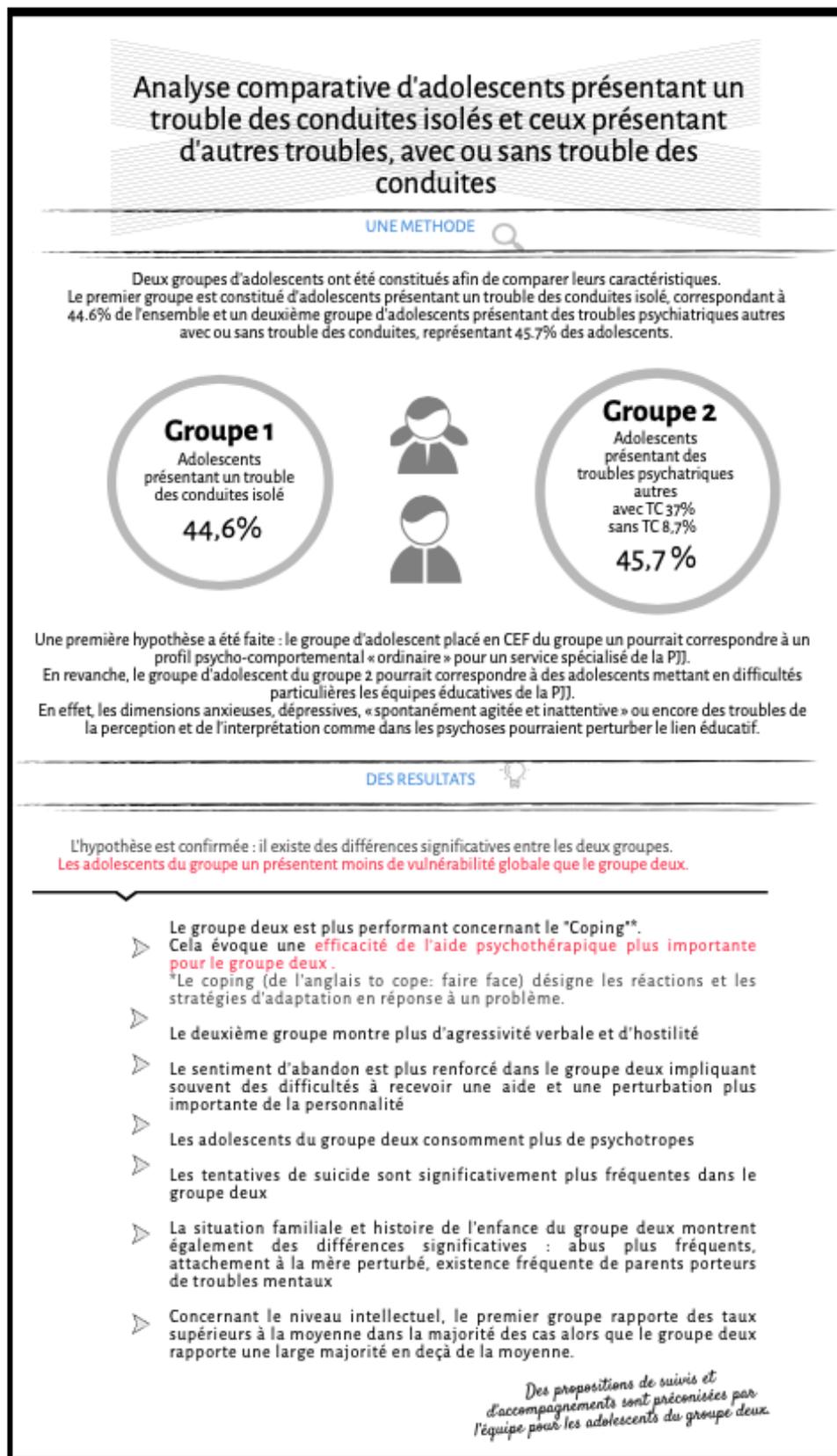
Annexe 3 : Freins et facteurs à l'accompagnement du dossier MDPH

Annexe 4 : Représentation artistique de l'enfant au 16^e siècle

Annexe 1 : Qu'est-ce que la Protection Judiciaire de la Jeunesse ?

La direction de la protection judiciaire de la jeunesse est la direction de la justice des mineurs. Elle est chargée, dans le cadre de la compétence du ministère de la justice, de l'ensemble des questions intéressant la justice des mineurs et de la concertation entre les institutions. Elle contribue premièrement à l'élaboration et à l'application des textes concernant les mineurs délinquants et les mineurs en danger. Elle apporte aux magistrats une aide permanente à la décision et met en œuvre les décisions des tribunaux pour enfants dans les structures convenues. La DIR est également chargée du contrôle et de l'évaluation de l'ensemble des structures publiques et associatives accueillant des mineurs sous mandat judiciaire. Enfin, elle détermine les objectifs stratégiques et opérationnels en définissant les besoins de fonctionnement et d'équipements et en répartissant les ressources et les moyens entre les différents responsables fonctionnels et territoriaux.

Administration déconcentrée de l'État, elle se compose d'une administration centrale, chargée de fixer les orientations nationales qui seront déclinées sur les territoires et de neuf directions interrégionales chargées de la déclinaison en objectifs stratégiques des orientations nationales. Les 54 directions territoriales en France sont dédiées au pilotage et au contrôle de l'activité des structures de prise en charge, ainsi qu'au déploiement des politiques publiques. Quant aux établissements et services, ils assurent la prise en charge relevant des mesures judiciaires tout en garantissant une réponse adaptée aux besoins des mineurs par l'élaboration du projet personnalisé. La direction interrégionale grand Ouest s'étend sur trois régions administratives : la Bretagne, les Pays de la Loire et la Normandie. Elle est ainsi divisée en six directions territoriales soit 910 agents.



Annexe 3 : Freins et facteurs à l'accompagnement du dossier MDPH

Freins	Facteurs favorables
Le manque de mobilisation des familles	La présence des parents
La complexité des procédures	Le lien avec un psychiatre pour le certificat médical ou de manière plus générale, un professionnel de santé
La méconnaissance des procédures par la PJJ	La connaissance des dispositifs et des procédures par la PJJ
Les « a priori » du jeune et de sa famille concernant le handicap	Rendre le jeune acteur dans la rédaction de son projet
Les délais d'attente très longs au niveau du traitement des dossiers à la MDPH	La présence d'un professionnel repéré en charge du dossier à la PJJ
Les « non-adhésions » des parents et du jeune	La présence d'un psychologue ou infirmière dans l'unité
Les parcours administratifs complexes	Les contacts avec un professionnel repéré à la MDPH

Annexe 4 : Représentation artistique de l'enfant au 16^e siècle



Jan Cornelisz Vermeyen, La Sainte Famille, 1528-1530

<Licour>	<Juliette>	<02/07/2020>
Master 2 mention santé publique Parcours : « Enfance, jeunesse : politiques et accompagnements »		
<La prise en charge des adolescents difficiles, regard au sein de la Protection Judiciaire de la Jeunesse>		
Promotion 2019-2020		
<p>Résumé :</p> <p>En septembre dernier, la direction interrégionale Grand Ouest de la protection judiciaire de la jeunesse (DIRGO PJJ) a souhaité, à travers ses orientations, rendre compte du nombre de jeunes relevant à la fois du secteur sanitaire, du médico-social et du judiciaire afin de « <i>mieux connaître les besoins des jeunes et des professionnels, adapter les accompagnements et alimenter les objectifs de travail des projets territoriaux et de services</i> ».</p> <p>Plus largement, nous observons que ces jeunes s’inscrivent plus largement dans la catégorisation sociale des adolescents difficiles, problématique transversale à diverses administrations.</p> <p>Il s’agit donc d’observer la manière dont les difficultés observées au sein de la PJJ font échos aux définitions scientifiques et politiques des adolescents dits « difficiles ». Cette démarche réflexive permet ensuite de contextualiser cette notion et ses enjeux à travers une approche historique.</p> <p>Puisque ces jeunes ne relèvent pas uniquement du sanitaire, pas uniquement du médico-social et pas uniquement du social, les différentes études recommandent généralement d’investir le partenariat et de développer les formations. Nous observerons donc les freins et les facteurs des prises en charge partenariales. A ce jour, ce questionnement s’inscrit plus largement dans une volonté politique de désinstitutionnalisation des différents secteurs. Nous observerons donc les freins et les facteurs des prises en charge partenariales,</p>		
<p>Mots-clés :</p> <p>Troubles du comportement – santé mentale – PJJ – partenariats – psychiatrie – judiciaire – médico-social</p>		
<p><i>L'École des Hautes Études en Santé Publique, l'Université Rennes 1 et l'Université Rennes 2 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		

