



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2009 –

**« CENTRES EDUCATIFS FERMES ET
SANTÉ MENTALE »**

– Groupe n° 23 –

- **Philippe ESPAGNOL (IASS)**
- **Mylène FERNANDEZ (EDH)**
- **Aurore MOREEL (D3S)**
- **Julie PECHALRIEUX (D3S)**
- **Mylène SAURAT (D3S)**
- **Emilie SOBAC (IASS)**
- **Frédéric SPINHIRNY (EDH)**
- **Eliane TRAN (DS)**

Animateur Pierre JUHAN

S o m m a i r e

Préambule	p 2
Introduction	p 5
1. <u>Les CEF sont une nouvelle forme alternative à l’incarcération des mineurs dont les besoins exprimés entraînent des réflexions sur une prise en charge renforcée en santé mentale</u>	p 7
1.1 Des structures dont la vocation initiale a connu des évolutions.....	p 7
1.1.1 <i>Les CEF s’inscrivent dans une logique historique</i>	p 7
1.1.2 <i>Le cadre juridique des CEF traduit des enjeux globaux</i>	p 10
1.2 Les CEF initiaux constatent leurs besoins en santé mentale alors que les CEF expérimentaux apportent une plus value à la décision.	p 13
1.2.1 <i>Dans les CEF initiaux, la population est en souffrance</i>	p 13
1.2.2 <i>Les CEF expérimentaux répondent à cette souffrance</i>	p 16
2. <u>A ce jour, la généralisation du renforcement de la prise en charge en santé mentale dans les CEF paraît résulter d’un besoin réel, cependant des conditions préalables sont indispensables</u>	p 18
2.1 Plusieurs arguments sont en faveur de la généralisation de l’expérimentation	p 18
2.1.1 <i>Des professionnels ne militent pas en faveur d’un renforcement des moyens en santé mentale</i>	p 18
2.1.2 <i>Cependant un consensus apparaît chez l’ensemble des intervenants en la faveur d’un renforcement de la prise en charge en psychiatrie</i>	p 19

2.2 Des préalables à la généralisation des CEF expérimentaux sont indispensables	p 21
2.2.1 <i>Les CEF ne doivent pas devenir la seule réponse à la problématique de l'enfance en danger</i>	p 22
2.2.2 <i>Si la prise en charge en santé mentale ne peut pas être envisagée de la même façon dans tous les CEF, ceux ci doivent tous veiller à sa continuité</i>	p 24
Conclusion	p 27
Bibliographie	p 31
Liste des annexes	p 34

Remerciements

Nous tenons à remercier l'animateur de ce groupe, **Monsieur Pierre Juhan**, membre permanent de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM), d'avoir proposé un tel sujet méconnu dans nos différents champs de formation, d'avoir encadré le groupe, d'avoir partagé son expérience professionnelle et nourrit notre réflexion.

Nous adressons également nos remerciements à tous **les professionnels des Centres Educatifs Fermés, des secteurs de psychiatrie et de l'administration centrale (DPJJ)** qui ont su rapidement répondre à nos sollicitations et nous recevoir. Leurs propos ont éclairé notre travail et suscité des échanges riches au sein du groupe. Ces remerciements s'adressent également **aux jeunes** accueillis en CEF qui se sont livrés à l'exercice de l'entretien et dont les témoignages ont illustré de manière pertinente la problématique.

Enfin, nous remercions l'**EHESP** pour nous avoir permis de réaliser cette étude. Cette expérience en interdisciplinarité nous est apparue très formatrice pour l'exercice de nos professions.

Liste des sigles utilisés

AED :	action éducative à domicile
AEMO :	action éducative en milieu ouvert
ASE :	aide sociale à l'enfance
CEF :	centre éducatif fermé
CER :	centre éducatif renforcé
CHS:	centre hospitalier spécialisé
COAE :	centre d'orientation et d'action éducative
CPI :	centre de placement immédiat
CTE :	comité technique d'établissement
DPJJ :	direction de la protection judiciaire de la jeunesse
DSM IV:	diagnostic and statistical manual – revision 4
EPM :	établissement pénitentiaire pour mineurs
ETP :	équivalent temps plein
FAE :	foyer d'action éducative
GAP :	groupe d'analyse des pratiques
HSERA:	Handicap-Soins-Ecole-Réponses Adaptées
IGAS :	inspection générale des affaires sociales
INSERM :	institution nationale de la santé et de la recherche médicale
IPES :	institutions publiques d'éducation spécialisée
ISES :	institutions spéciales d'éducation spécialisée
ONED :	observatoire national de l'enfance en danger
SEGPA :	section d'enseignement générale et professionnel adapté
UEET :	unité éducative à encadrement renforcé

Préambule

L'approche du groupe de ce sujet a été de commencer par s'approprier les documents dès qu'ils ont été disponibles sur le site ainsi que les éléments du dossier (chapitres législatifs et règlementaires, articles de presse, documents recueillis sur des sites internet etc.) assortis de recherches personnelles.

Suite à la rencontre avec Mr Pierre Juhan, animateur du groupe, après ses explications sur les attendus du sujet et ses consignes qui ont permis d'orienter les recherches, les participants au groupe ont collaboré pour rédiger une problématique commune qui a marqué le début du travail. Le travail pluri-professionnel s'est révélé consensuel.

Dès le deuxième jour, les étudiants se sont répartis les tâches de découverte des centres éducatifs fermés et des différents intervenants dans le processus afin de pouvoir établir leur budget ainsi qu'un calendrier de travail.

Des groupes se sont formés en fonction des disponibilités de chacun pour effectuer des visites et des entretiens :

- Un élève Directeur d'Hôpital et deux Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale ont visité un CEF, le médecin psychiatre de la PJJ ainsi qu'un sociologue du droit, responsable de du pôle recherche sur les CEF, un cadre supérieur de santé à l'intersecteur de pédopsychiatrie et une maison d'adolescents.
- Un élève Directeur d'Etablissement sanitaire, social et médico-social et un Directeur des Soins en formation ont visité un CEF et le secteur de pédopsychiatrie associé.
- Un élève Directeur d'Hôpital et deux élèves Directeur d'Etablissement sanitaire, social et médico-social ont visité 2 CEF, eu un entretien avec un professeur en médecine psychiatrique intéressé dans la prise en charge des adolescents et eu deux entretiens téléphoniques avec deux autres CEF.

Ces riches expériences se sont échelonnées sur une durée de trois jours qui a précédé une période de mise en commun des impressions, d'échanges entre membres du groupe et de conseils de Mr Pierre Juhan afin d'élaborer un plan qui a rapidement fait consensus. C'est

alors que les élèves ont pu se partager le travail de rédaction, d'harmonisation et de mise en page du mémoire.

Les participants ont constaté la plus-value de ce travail en termes de négociation, de communication avec des personnes dont la position au sein du groupe, la fonction et la culture professionnelle étaient variées. La conduite d'un tel projet et parfois, à tour de rôle d'une équipe, ont été une réelle richesse pour les participants de ce groupe, en étroite association avec un intérêt tout particulier pour le sujet étudié pour eux-mêmes et pour les professionnels de terrain à l'égard du travail réalisé.

Introduction

Dans une déclaration du 6 décembre 2008 au journal *Libération*, François Fillon s'est déclaré « *totalelement hostile à ce qu'on mette en prison des enfants de douze ans* », désavouant ainsi publiquement les conclusions remises trois jours plus tôt par la Commission Varinard chargée de réviser l'ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante.

La teneur politique de cette réforme expose la difficulté de traiter des comportements délictuels et criminels des jeunes de moins de 18 ans. En effet, l'évolution de la délinquance juvénile, du comportement des adolescents vis-à-vis de leurs aînés et la sensibilité accrue du thème de l'équilibre entre réponse éducative et punitive, ont entraîné la mise en place d'une solution alternative à l'incarcération des mineurs multirécidivistes.

La loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002¹ a ainsi créé les centres éducatifs fermés (CEF) qui accueillent chacun entre 8 et 12 jeunes de 13 à 18 ans ayant commis des crimes ou des délits, placés sous contrôle judiciaire, condamnés à une peine assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve, ou dans le cadre d'une libération conditionnelle. Au 1^{er} janvier 2009, on comptait 38 CEF accueillant plus de 300 mineurs délinquants (au total selon les chiffres de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger, plus de 265 000 mineurs étaient pris en charge par la Protection Judiciaire de la Jeunesse, soit 1,9% des personnes de moins de 18 ans).

Néanmoins, l'enferment d'un mineur dépasse le simple cadre répressif et nécessite un accompagnement éducatif, social et thérapeutique. La récente circulaire Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ) du 13 novembre 2008 rappelle notamment que « *le placement a pour objectif un travail dans la durée sur la personnalité du mineur, son évolution personnelle, tant sur le plan psychologique que familial et social* ».

Ainsi, si la délinquance juvénile dépend d'un environnement social particulier, elle peut tout aussi traduire des troubles du comportement chez certains jeunes. Cette « *souffrance psychique extrêmement difficile à définir* »², émaille le travail des personnels des CEF qui doivent prendre en charge des troubles dont les causes sont multiples (sociales, économiques, psychiques, culturelles, familiales).

¹ Loi 2002-1138, 09-09-2002

² Rapport de la Défenseure des enfants, *Adolescence en souffrance*, 2007

Pour ces raisons, la santé mentale des jeunes placés dans les CEF fait l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics. Une expérimentation récente est conduite actuellement dans cinq CEF en renforçant les moyens alloués à la prise en charge psychiatrique des jeunes délinquants.

Quelle est actuellement la place du traitement de la souffrance mentale dans les centres éducatifs fermés ? Quelles sont les attentes des CEF vis-à-vis de la psychiatrie sectorielle et quels problèmes pose le soin en milieu fermé ? Enfin, une généralisation de l'expérimentation « *santé mentale renforcée* » est-elle envisageable ?



Les CEF sont une nouvelle forme alternative à l'incarcération des mineurs dont les besoins exprimés entraînent des réflexions sur une prise en charge renforcée en santé mentale (I).

A ce jour, la généralisation du renforcement de la prise en charge en santé mentale dans les CEF paraît résulter d'un besoin réel, cependant des conditions préalables sont indispensables (II).

1. Les CEF sont une nouvelle forme alternative à l'incarcération des mineurs dont les besoins exprimés entraînent des réflexions sur une prise en charge renforcée en santé mentale

1.1. Des structures dont la vocation initiale a connu des évolutions

1.1.1 Les CEF s'inscrivent dans une logique historique

Créés par la loi du 9 septembre 2002, les CEF apparaissent être des structures récentes dont le bilan n'a pas encore été fait faute de recul. Or, les CEF ont un long passif historique s'inscrivant dans la logique d'enfermement spécifique aux mineurs en tant que réponse à la déviance sociale.

L'idée d'enfermer les mineurs dans une finalité éducative prend sa source dans la Révolution française, contexte de bouleversement de l'ordre social. Elle ne se réalise que sous la monarchie de juillet avec la création des *maisons de correction* pour les garçons et les *établissements religieux* pour les jeunes filles. L'idée originelle de finalité éducative n'est alors pas flagrante. Le principe maître de ces structures était l'éducation religieuse et le travail en atelier qui pouvait être assimilé au travail forcé des enfants. Une cinquantaine d'années de vie et ces structures seront interdites car reconnues pour exploiter les enfants.

Toutefois, une loi de 1850 et un décret de 1869 instituent les *colonies pénitentiaires agricoles* relevant de l'administration pénitentiaire. Les croyances de la société de l'époque rendent ces centres encore plus durs pour les jeunes. En effet, pendant la période de la commune de Paris, un célèbre médecin italien Cesare Lombroso défend la théorie selon laquelle le crime serait une fatalité biologique, par atavisme ou par dégénérescence. Les notions de peine et de discipline sont donc prioritaires si bien qu'on qualifie ces centres de « *bagnes pour enfants* ».

Les choses commencent à évoluer dès le début du XXe siècle avec la création des tribunaux pour enfants par la loi du 22 juillet 1912. La mise en place est lente et disparate, les tribunaux pour enfants ne fonctionnant que dans quelques grandes villes. C'est avec l'ordonnance n°45-174 du 2 février 1945 que la perception de l'enfance délinquante va réellement changer. La dimension éducative devient alors prépondérante et la justice des mineurs délinquante est organisée autour de ce concept. La fonction de magistrat pour enfants est reconnue au sein du corps et une nouvelle direction est autonomisée au sein du

ministère de la justice afin de s'occuper de l'enfance délinquante : *l'Education surveillée* est désormais en charge des mineurs. L'Education surveillée bénéficie alors de deux types de placements en milieu fermé. D'une part, *les Institutions Publiques d'Education Surveillée (IPES)* sont installées dans d'anciennes colonies pénitentiaires agricoles. Elles peuvent accueillir 200 jeunes de moins de 20 ans, placés par le juge des enfants pour une durée de deux à trois ans afin de passer un diplôme professionnel. L'objectif est la socialisation des jeunes délinquants par la vie de groupe. D'autres parts, *les Institutions Spéciales d'Education Surveillée (ISES)* remplacent *les internats correctifs* à partir des années 1950. De nets progrès apparaissent alors avec une action éducative individualisée ainsi qu'une prise en charge psychologique. Pourtant, les émeutes de l'été 1959 suscitent la peur des jeunes et les ISES ferment. Une tendance répressive s'impose donc de nouveau dans ces centres fermés qui doivent par ailleurs faire face au surpeuplement.

Dans les années 1970, des structures modernes privilégiant l'action éducative en milieu ouvert apparaissent : *Foyers d'Action Educative (FAE)* et *Centres d'Orientation et d'Action Educative (COAE)*. Des leçons des échecs des établissements précédents sont tirées : «*loin de juguler la déviance des jeunes, les structures para-pénitentiaires fonctionnaient comme des accélérateurs de carrière délinquante* ». En 1974, le rapport de M. Molines, dénonce ces établissements et conclut que l'action éducative n'est pas conciliable avec le milieu fermé, qu'il faut aménager des zones de liberté. Il préconise donc des établissements ouverts et des professionnels mieux formés accompagnés notamment par des psychologues et psychiatres. En 1979, les centres fermés sont interdits ce qui constitue un profond bouleversement des valeurs de la société ; c'est la victoire de l'idéal éducatif revendiqué par les éducateurs.

Toutefois, cet idéal est quelque peu heurté par une crise de la justice des mineurs notamment du fait que la fin des centres fermés n'a pas été suivie de l'ouverture de placements alternatifs. Par ailleurs, nous assistons au déclin du juge des enfants³ au profit des parquets des mineurs. Loin de n'être qu'un simple fait de procédure, il s'agit en réalité d'un tournant dans le sens que l'on donne au traitement de la délinquance. Alors que le juge des enfants essayait de mettre en place toute mesure éducative possible, le parquet des mineurs préfère s'en remettre aux services de gendarmerie. On perçoit dès lors le changement de paradigme, du paradigme éducatif au paradigme sécuritaire. Les juristes

³ A noter que le juge des enfants est amené à disparaître, son rôle est de plus en plus amoindri. Son statut est actuellement en pleine discussion.

Denis Salas et Antoine Garapon interprètent ainsi l'évolution de la justice pour mineur comme la continuité du « *passage d'une justice protectrice à une justice réparatrice* »⁴. En effet, l'inflation du sentiment d'insécurité entraîne une « *passion pour l'ordre* »⁵ qui place le curseur médiatique sur la victime et la logique punitive. Enfin, se développe un double mouvement de prise en charge de l'Etat par l'exercice légitime de sa violence (à travers l'enfermement) et de responsabilisation des familles démissionnaires de l'éducation de leurs enfants et coproductrices de sécurité.

Dans le prolongement de cette logique répressive qui se redessine, en 1996 sont créés *les unités éducatives à encadrement renforcé (UEER)*. Les éducateurs de la PJJ ont très mal accueillis ce projet qui semblait être ni plus ni moins le retour des CEF. Le changement de majorité politique rebaptisera ces UEER, *Centre Educatif Renforcé (CER)*. La mission Lazerges-Balduyck a accompagné l'ouverture de CER en rappelant l'importance de la mission éducative et des prises en charge relais. Le dispositif apparaît peu satisfaisant du point de vue du manque d'accompagnement et de suivi du retour en milieu ouvert ainsi que du manque de collaboration avec les magistrats et les psychologues.

La création des centres éducatifs fermés intervient après la médiatisation du thème de l'insécurité pendant la campagne de l'élection présidentielle de 2002. La réforme de la justice pénale pour les mineurs apparaît donc comme la solution juridique à un problème social et médiatique. Dans un contexte de surpopulation pénale, de doute sur l'efficacité de la prise en charge de la santé mentale pendant l'incarcération voire d'effet contre-productif de la logique de l'enfermement en cellule (Rapport de la commission d'enquête du Sénat en 2000, livre du Dr. Dominique Vasseur et Rapport de l'IGAS en 2001), l'enjeu est de trouver une structure intermédiaire entre les solutions classiques de placement et l'incarcération tout en gardant une vocation éducative.

⁴ La République pénalisée, Denis Salas et Antoine Garapon, éditions hachette, 1996

⁵ La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence, Roland Gori et Del Volgo, éditions Denoel, 2005

1.1.2 *Le cadre juridique des CEF traduit des enjeux globaux*

Face à l'évolution de la société le législateur a modifié l'ordonnance n°45-174 du 2 Février 1945 relative à l'enfance délinquante. La loi 2002-1138 du 9 Septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice a renforcé et diversifié les moyens mis à la disposition des juridictions, de la protection judiciaire de la jeunesse et de l'administration pénitentiaire pour prendre en charge ces mineurs. Cette loi porte création des Centres Educatifs Fermés dont l'institution est définie par l'article 33 de l'ordonnance du 2 Février 1945 comme des établissements publics ou privés (gérés soit par la protection judiciaire de la jeunesse soit par des associations habilitées par celle-ci) dans lesquels les mineurs sont placés en application d'un contrôle judiciaire, d'un sursis avec mise à l'épreuve ou d'une libération conditionnelle et où ils font l'objet de mesures de surveillance et de contrôle permettant d'assurer un suivi éducatif et pédagogique renforcé et adapté à leur personnalité. Il s'agit d'un outil nouveau permettant d'éviter l'incarcération et qui complète le dispositif de placement existant.

Ce cadre juridique découle cependant de la loi du 2 janvier 2002⁶ rénovant l'action sociale et médico-sociale. Les CEF sont régis par ces dispositions codifiées dans le titre I du livre III du Code de l'Action Sociale et des Familles. Cette loi garantit des droits spécifiques aux usagers des établissements et services sociaux et médicosociaux. . Ces droits ne font pas obstacle à l'exécution des prescriptions ordonnées par l'autorité judiciaire. Ils assurent que les modalités de prise en charge n'accroissent pas la fragilité du mineur ou ne nuisent pas à son parcours d'intégration.

Les circulaires DPJJ du 28 Mars 2003 et du 13 novembre 2008 ont précisé le programme et les conditions de la mise en œuvre de ces structures. Il est prévu l'ouverture des CEF à des mineurs de 13 à 16 ans et de 16 à 18 ans « *délinquants multirécidivistes ou multi-réitérants pour lesquels les différentes solutions envisagées ont été mises en échec* ». Si le nombre des jeunes passés par les CEF depuis 2003 ne représente qu'une faible part de la population des mineurs (1845 en novembre 2008), l'enjeu reste de développer une mission rééducative dans ces centres qui « *impose notamment de faire évoluer le mineur vers l'autonomie dans le respect de la règle commune* » et dont l'objectif proclamé est « *la*

⁶ Loi n°2002-2, 2-01-02

reconstruction des apprentissages scolaires et professionnels ». Cette dimension apprentissage différencie les CEF des Centres Educatifs Renforcés (CER) qui reposent sur la notion de « rupture » et « d'éloignement de l'environnement familial, social ou scolaire ». En réalité, la volonté est de multiplier ce type de placement plutôt que de véritablement les différencier. La circulaire précise la possibilité de mise en détention provisoire des mineurs en cas d' « incident significatif aux obligations de placement », donc pas seulement en cas d'infraction pénale, notamment pour les fugues. Ce dispositif réintroduit donc la possibilité de mettre en détention provisoire des mineurs de moins de 16 ans auteurs de simples délits, possibilité qui avait été supprimée par l'ordonnance du 2 février 1945.

Par ailleurs, les centres éducatifs fermés ont de plus en plus une vocation thérapeutique à travers la prise en charge de la souffrance mentale des mineurs. La mise en place de centres éducatifs expérimentaux permet d'associer la mission éducative et le suivi psychologique en lien avec l'inter secteur pédopsychiatrique. A l'heure où s'achève le Plan Santé Mentale 2005-2008 et où la psychiatrie est bousculée par de nombreuses réformes (loi du 5 mars 2007 et Mission Couty en 2009), la prise en charge de la souffrance des mineurs délinquants dans des structures adaptées pose question : est-il juste de mettre les enfants en prison ? Un lieu fermé et isolé permet-il un traitement efficace de la souffrance mentale ou, au contraire, entraîne-t-il de la violence et de l'exclusion ?

La psychiatrie fait parallèlement face à un mouvement de surveillance vis-à-vis des enfants turbulents (enquête de l'Inserm de 2008 préconisant le dépistage médical dès 36 mois pour déceler les troubles de conduite pouvant mener à la délinquance voire à une attitude uniquement scientifique ne ciblant la souffrance que sous l'angle médico-technique en délaissant l'enjeu thérapeutique qui recherche les causes des troubles elles-mêmes (influence de la psychiatrie américaine avec le DSM IV⁷, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). Cet effacement de la frontière entre le normal et le pathologique dessine une société où l'autre en souffrance psychique suscite une étrangeté inquiétante.

Il semble ainsi délicat de poser la question de la place de la psychiatrie dans les CEF. D'une part une certaine partie de la psychiatrie souligne qu'il est inutile de vouloir

⁷ Publié par l'association américaine de psychiatrie depuis 1994, le DSM IV est la 4^e version de l'outil de classification de référence qui définit précisément les troubles mentaux

soigner dans un centre fermé car l'individu est sous contrainte punitive et cela risque de rendre illisible le message qui lui est adressé. D'autre part certains psychiatres sont réticents à l'idée de rentrer dans les CEF, car leur art s'exerce uniquement sur le traitement du trouble et non sur la recherche des différentes causes de celui-ci. La notion de trouble de conduite est difficile à appréhender tant elle recoupe les champs psychiatrique (le trouble en lui-même), social et juridique (la délinquance issue de ces troubles). Pour certains psychiatres, il s'agit de considérer la personnalité et l'environnement de l'adolescent (approche psychopathologique) et non seulement son acte (approche judiciaire).

Ainsi, constatant que plus de la moitié des mineurs accueillis en CEF font l'objet d'une injonction de soins, le ministère de la justice vient de consacrer 2 millions d'euros à l'expérimentation « *santé mentale renforcée* » depuis avril 2008, ce qui permet à 5 centres de bénéficier de moyens pour recruter du personnel soignant supplémentaire. La loi d'orientation et de programmation pour la justice prévoyait la création de 600 places dans 60 centres dont 10 en secteur public et 50 en secteur associatif habilité. En mai 2009 on comptait 37 CEF dont 8 publics, disposant d'une capacité de 409 places. 10 nouvelles structures ouvriront d'ici fin 2010. A terme, ce programme comprendra 48 structures (526 places) (Cf. annexes 1 et 2). Dans la région PACA, 4 centres avaient été prévus et un seul a ouvert dans le Var à Brignoles. Les difficultés politiques et avec les riverains sont à cette occasion soulignées. Enfin, le coût des structures représente un enjeu non négligeable pour cette politique publique (le prix prévisionnel de journée pour 2008 est évalué à 634 € par mineur, secteur public et associatif confondu contre 642 € en 2007).

Au moment où les soixante-dix propositions du rapport de la Commission Varinard sont discutées pour aboutir à une loi de réforme dans le premier semestre 2009, il s'agit donc d'évaluer l'efficacité de la prise en charge de la santé mentale des mineurs, non sous le seul angle comptable de la baisse du nombre de récidives mais également avec la conviction qu'un accompagnement éducatif et thérapeutique approprié permet une résilience bien visible.

1.2. Les CEF initiaux constatent leurs besoins en santé mentale alors que les CEF expérimentaux apportent une plus value à la décision.

1.2.1. Dans les CEF initiaux, la population est en souffrance

En 2009, 38 CEF sont en activité, 33, sont en version dite « *initiale* » et 5 sont expérimentaux. Parmi les 38 CEF, 30 relèvent du secteur associatif et 5 du secteur public. Il existe un seul CEF accueillant exclusivement des filles (Doudeville en Seine-Maritime d'une capacité de 12 places) et neuf mixtes (cf. tableau des CEF en annexe).

L'absence de données exhaustives sur la santé des jeunes en milieu fermé ne permet pas d'établir un diagnostic précis. La mission s'est donc appuyée sur des données concernant un public plus large mais incluant les résidents des CEF pour cerner l'état de santé de la population accueillie, et sur les entretiens résultant des visites effectuées sur site.

Deux enquêtes de l'INSERM, une de 1997 et une de 2003, nous renseignent sur l'état de santé des jeunes pris en charge par la PJJ. Rappelons que ces jeunes ne représentent que 0,5% des 13-20 ans dont 78% sont des garçons. Les résultats sont comparés à ceux de la population générale du même âge et présentent les conclusions suivantes :

Il existe des disparités importantes entre les deux populations et au sein des jeunes PJJ, entre les deux sexes. Leur parcours est marqué par un environnement familial ayant connu des épreuves difficiles⁸. 28% des jeunes PJJ vivent avec un seul des parents contre 12,3% en population générale. L'absence du père est plus fréquente (8% chez les garçons et 15 % chez les filles contre 4% en population générale). Les familles des jeunes PJJ sont plus nombreuses. 55% des jeunes appartiennent à une famille de plus de 4 enfants par rapport à 13% de la population générale. Les parents sont sans emploi dans près de 40% des cas pour les pères et 60% pour les mères.

On retrouve également dans les parcours, de manière plus fréquente qu'en population générale, des absences scolaires réitérées, des fugues, des tentatives de suicide ainsi qu'une consommation de tabac et de produits illicites. Leur parcours est marqué par la violence, qu'elle soit subie ou agie, particulièrement chez les filles. 6% des garçons déclarent avoir subi des violences sexuelles durant leur vie, ce chiffre s'élève à 41% pour

⁸ La santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par les services du secteur public de la PJJ, sept ans après (enquête INSERM)

les filles. Cette violence sexuelle est dans plus de la moitié des cas un viol. Près d'un tiers des jeunes enquêtés a été hospitalisé (filles 39%, garçons 28%) et près d'un sur deux a été admis aux urgences dans l'année, alors que le taux d'hospitalisation est bien moindre en population générale : 8% et 11% de passage aux urgences.

Les professionnels rencontrés ont souligné des caractéristiques similaires pour les jeunes accueillis dans leur centre.

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques montre une forte prévalence des troubles mentaux chez l'enfant. Le rapport s'appuie sur une enquête collective de l'INSERM de mars 2003 révélant qu'un enfant sur huit souffre d'un trouble mental dans la tranche d'âge des 15-19 ans sur une population de 4 millions⁹, soit près de 451 900 jeunes. Certains de ces troubles se manifestent à partir de l'adolescence. La mission IGAS recommande d'intégrer à l'ensemble des troubles mentaux, les troubles de la conduite délinquante ou criminelle des jeunes car la plupart d'entre eux souffrent de troubles psychiques dont les crimes et délits seraient un mode d'expression. La souffrance psychique engendrée par les épreuves qu'ont traversées ces jeunes doit être prise en compte dans la prise en charge éducative.

Selon le cahier des charges national, un CEF doit assurer une présence éducative minimale d'au moins 2 ETP pour assurer l'encadrement 24 heures sur 24, 365 jours par an. Le placement ayant également pour objectif un travail « *sur la personnalité du mineur tant sur le plan psychologique que familial et social*¹⁰ », l'équipe éducative est complétée par du personnel soignant. Chaque jeune doit réaliser à son arrivée un bilan de santé complet et un suivi, notamment psychiatrique en cas de diagnostic de troubles avérés, est organisé en collaboration avec les professionnels de santé extérieurs à l'établissement. L'infirmière et la psychologue assurent des entretiens individuels et des groupes de parole réguliers.

S'agissant du suivi psychologique, chaque CEF rencontré s'est organisé en fonction de plusieurs facteurs : de la démographie médicale locale, de leurs références théoriques qui structurent le projet d'établissement et des relations préexistantes avec le secteur de psychiatrie.

Bien que la prise en charge des CEF ne repose pas sur la notion de rupture et que le cahier des charges prévoit une localisation proche d'une agglomération urbaine, les CEF se

⁹ Rapport IGAS n°2004 027 de février 2004. Données INSERM de 2003, p.10

situent le plus souvent dans des zones éloignées des grandes villes, ce qui pose des problèmes de recrutement. L'inégale répartition des professionnels de psychiatrie, la pénurie d'infirmières dans certaines régions rendent parfois difficile la composition des équipes. Un des CEF n'a par exemple jamais pu remplacer son médecin psychiatre.

Les références théoriques de chaque projet d'établissement influent également sur le mode de prise en charge des jeunes. L'équilibre entre les notions d'éducation et de punition évoqué dans la partie précédente à travers l'évolution du modèle éducatif au sein de la PJJ¹¹ n'ont pas toujours permis une prise en charge globale incluant la santé mentale. A chaque conception éducative correspondent une justice pénale et un lien avec la psychiatrie. Les pratiques professionnelles, des éducateurs comme des professionnels de la psychiatrie, sont empreintes d'influence philosophique qui attribue un sens différent à la relation éducative, à l'enfermement, à la dimension globale d'une prise en charge. Ces différences d'influence peuvent freiner une ouverture vers d'autres professionnels, ils peuvent également mettre en échec une équipe et un projet.

Un autre élément rentre en ligne de compte dans l'organisation et le fonctionnement de la prise en charge en santé mentale des jeunes accueillis dans les CEF ; les relations avec l'inter secteur de pédopsychiatrie ou de psychiatrie générale pour les 16-18 ans. Ces relations sont en partie dépendantes également des références théoriques de l'équipe de l'inter secteur et de ses représentations vis-à-vis des jeunes accueillis dans le CEF. Le CEF d'Allonnes (Cf. annexe 3) fait appel à l'inter secteur en cas de suivi d'un jeune ou lors d'une hospitalisation. Grâce à la création d'une équipe mobile psychiatrie - qui fait le lien entre le secteur et le CEF-les relations peuvent s'intensifier.

D'autres centres ont noué des liens avec les professionnels de la psychiatrie sans pour autant impliquer l'inter secteur. Le Centre de Gévézé (Cf. annexe 3) a fait appel à un psychiatre du Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) à qui intervient en tant que vacataire et anime un Groupe d'Analyse des Pratiques avec les salariés. Cette pratique souligne l'importance pour l'équipe éducative d'être aidée à mieux repérer les troubles des jeunes, notamment ceux générés par l'enfermement, et à y faire face.

¹⁰ Circulaire DPJJ du 13 novembre 2008 n°JUSF 0850013C, visant à améliorer la prise en charge des mineurs placés en CEF

¹¹ Eduquer et punir, l'évolution de la justice pénale. Dominique Youf. Esprit - octobre 2006

1.2.2. Les CEF expérimentaux répondent à cette souffrance

Les trajectoires de vie des jeunes, leur état de santé ainsi que les fondements éducatifs du CEF en faveur d'une prise en charge globale sont les facteurs principaux qui ont fait émerger les besoins en santé mentale au sein des CEF. Après les premiers temps de fonctionnement, les CEF ont de surcroît mis en avant deux problématiques qui ont amené la DPJJ à proposer un renforcement de la prise en charge en santé mentale :

- Que faire avec les adolescents très perturbés pour lesquels les éducateurs reconnaissent être dépassés, notamment par leurs comportements violents, mais dont le secteur psychiatrique ne veut pas car ils n'ont pas de troubles psychiatriques avérés ?
- Comment interpréter certains comportements et les prévenir? Les éducateurs se trouvent démunis devant le cas de nombreux adolescents qui n'ont posé aucun problème durant tout le séjour en CEF et qui à l'approche de la fin de leur séjour manifestent des comportements agressifs envers eux (menaces d'autodestruction, scarification...).

La DPJJ a proposé de formaliser de nouvelles modalités de coopération entre les CEF et le secteur de psychiatrie en réponse à ces deux problèmes plutôt que de mettre en place des CEF psychiatriques. Après consultation de plusieurs CEF, le Ministère de la justice a souhaité expérimenter cette proposition avec 5 CEF volontaires, retenus après dossier de candidature.

En 2008, la ministre de la Justice a donc proposé de développer un pôle de santé psychiatrique dans cinq centres d'éducation fermés (CEF) à titre expérimental. En effet plus de la moitié des mineurs accueillis en CEF font l'objet d'une injonction de soins¹². Ainsi les CEF de Valence (Drôme), de Savigny-sur-Orge (Essonne), de Moissannes (Haute Vienne) (Cf. annexe 5), de La Jubaudière (Maine et Loire) (Cf. annexe 6) et de Liévin (Pas de Calais) bénéficient de moyens supplémentaires pour améliorer la prise en charge de mineurs atteints de troubles mentaux, permettant le **recrutement de personnel soignant supplémentaire** : deux infirmiers, un deuxième psychologue et un psychiatre.

¹² Projet de loi de finances pour 2009, ministère de la Justice-PJJ

La structure du CEF expérimental de la Jubaudière dans le Maine-et-Loire a fait l'objet d'une visite. Ces renforts en personnel permettent un travail éducatif pluridisciplinaire et psychiatrique beaucoup plus suivi, grâce notamment à un travail soutenu et régulier avec les jeunes et leurs familles. Cela s'est traduit par une nette diminution des agressions entre les jeunes, de « *l'hétéro agressivité* », des humiliations. Afin de permettre une collaboration étroite entre les services de la PJJ et les professionnels de santé, une convention a été signée en 2008 entre le conseil général, la PJJ, la psychiatrie, l'association des cités du Secours Catholique et le Préfet. Cette convention permet d'engager les différents organismes qui prennent en charge la souffrance psychique à l'origine de la délinquance.

A Moissannes, dès l'ouverture, une collaboration étroite est mise en œuvre entre l'inter-secteur de pédopsychiatrie et le CEF et une convention est signée en janvier 2008. La direction souhaite assurer une prise en charge en santé sans pour autant « *psychiatriser ou médicaliser le CEF* ».

Dans un article de presse consacré au centre de Liévin (Pas de Calais), le responsable du centre souligne l'importance de la mise en place de suivis individualisés (une à plusieurs fois par semaine) et la rencontre avec les familles. Le centre signale la signature d'une convention avec le service de pédopsychiatrie du centre hospitalier de Lens. Le chef de service peut intervenir à la demande de l'équipe éducative du centre, recevoir en consultation les nouveaux arrivants et participer à toutes les synthèses réalisées régulièrement sur chacun d'entre eux. Dans cet article, le chef de service déclarait « *prescrire une psychothérapie ou des activités de psychomotricité, notamment basée sur la relaxation à certains jeunes qui n'arrivent pas à décharger leur tension par la parole* ».

Dans un témoignage à l'association HSERA¹³, la psychologue du CEF de Savigny-sur-Orge souligne le nombre croissant parmi les adolescents qui arrivent dès 13 ans et parfois 10 ans avec des mesures pénales pour des prises en charge éducative à la PJJ en milieu ouvert, de jeunes qui avaient été dépistés dès les classes primaires pour des « *troubles de comportement et inadaptations et ainsi exclus d'une scolarité normale* » (y compris dans les Sections d'Enseignement Général et Professionnel Adapté - SEGPA). Sans scolarisation et sans encadrement spécialisé, les parents sont « *démunis et désemparés* » et ces préadolescents deviennent des « *proies faciles pour les délinquants* ».

¹³ Handicap-Soins-Ecole-Réponses Adaptées (HSERA)

adultes ». La psychologue de CEF indique que pour la première fois de sa carrière, une demande d'admission avait été présentée pour un jeune de 16 ans présenté comme autiste, mais qui avait des peines de prison avec sursis. La crainte est que cette solution pénale à l'inadaptation sociale, avec des moyens importants consacrés à cet enfermement, ne serve à pallier les manques de places en lieux de vie thérapeutiques et en hébergement social de réadaptation.

2. A ce jour, la généralisation du renforcement de la prise en charge en santé mentale dans les CEF paraît résulter d'un besoin réel, cependant des conditions préalables sont indispensables

2.1 Plusieurs arguments sont en faveur de la généralisation de l'expérimentation

La visite et les entretiens téléphoniques avec les CEF de première génération et expérimentaux ont permis d'adopter une position commune et de réaliser l'apport du renforcement de la prise en charge en santé mentale dans les Centres Educatifs Fermés.

2.1.1 Des professionnels ne militent pas en faveur d'un renforcement des moyens en santé mentale

Il a été constaté à plusieurs reprises que certains des acteurs du système s'opposaient fermement à l'expérimentation et d'autant plus à sa généralisation. Les arguments avancés sont en effet à prendre en compte. Il apparaît, notamment au CEF de Doudeville¹⁴, qu'un clivage idéologique n'autorise pas cette prise en charge. Les jeunes malades qui nécessitent des soins en psychiatrie n'ont pas leur place dans un CEF. A l'intérieur de ces structures n'ont leur place que les jeunes délinquants qui doivent bénéficier de traitement éducatif et répressif. De plus, le directeur du centre de Gévezé met en avant que les CEF n'ont pas les moyens matériels pour accueillir ces jeunes : ni contention, ni chambres adaptées, etc. Il précise qu'il lui arrive de refuser des jeunes proposés par les éducateurs de la PJJ si ceux-ci sont connus pour présenter des troubles psychiatriques, ont un traitement ou présentent des antécédents d'hospitalisation en

psychiatrie. Dans le CEF de filles, la psychiatrie est plutôt vécue comme une médicalisation médicamenteuse et les administrateurs y sont opposés. D'un autre côté, il apparaît que dans certains intersecteurs de pédopsychiatrie, les acteurs partagent cet avis. Le cadre supérieur de santé rencontré à Allonnes parle au nom de son service quand il affirme que la délinquance ne doit être traitée que par la répression et l'éducatif et quand il précise que c'est seulement à l'apparition d'une éventuelle maladie psychiatrique que le secteur de santé mentale doit intervenir et enfin, que son intervention ne doit se faire qu'à l'extérieur du CEF.

2.1.2 Cependant un consensus apparaît chez l'ensemble des intervenants en la faveur d'un renforcement de la prise en charge en psychiatrie

Ces arguments sont à prendre en considération et à insérer dans une évolution sociétale qui a orienté une prise de position qui va à leur encontre. En effet, les éléments en faveur d'un renforcement des liens avec la santé mentale des CEF sont de plusieurs ordres. Il existe des arguments médicaux, psychiatriques, physiologiques et institutionnels qui ont impliqué un positionnement en la faveur du rapprochement des CEF de la psychiatrie.

Dans un premier temps, ce que l'on constate c'est que la médicalisation des CEF (médecin généraliste, consultations et constitution d'un dossier médical) permet une prise en charge sanitaire du jeune plus adaptée et confère une plus-value à la période de prise en charge. D'un point de vue de leur état de santé, les jeunes en CEF sont beaucoup plus vulnérables que les jeunes de la population générale et cette médicalisation n'est donc pas superflue. La psychiatrie étant une spécialité médicale dont les pathologies qu'elle traite sont aussi plus fréquentes en CEF, y aurait ainsi toute sa place. En effet, plus de la moitié des jeunes accueillis en CEF font l'objet d'une injonction de soins et c'est la raison pour laquelle les expérimentations en santé mentale ont débuté.

Dans un deuxième temps, pour adhérer au discours qui sépare la délinquance de l'adolescent de la prise en charge psychiatrique, il aurait été cohérent d'être en accord avec le fait que la délinquance ne relève pas d'une souffrance et que l'adolescence est une période de la vie tout à fait anodine. Comme le Professeur Tordjman le précise, l'adolescence n'est pas une période comme les autres et ses spécificités amènent une prise en charge adaptée. En réalité, devant l'explosion libidinale causée par les modifications

¹⁴ Cf annexe 7

physiologiques de l'adolescence, les exigences pulsionnelles se trouvent renforcées. L'adolescence est effectivement caractérisée par l'accès à la maturation sexuelle, au narcissisme adulte et par la perte d'objets infantiles qui constitue une séparation, associés aux caractéristiques socioculturelles de l'adolescence telles que l'identification à un groupe donné où il doit être accepté. Ces processus peuvent conduire à des troubles du comportement tels que le passage à l'acte, les troubles de conduite et troubles oppositionnels avec provocation qui sont des entités nosographiques du DSM-IV. Ces troubles témoignent des conflits psychiques de l'adolescence. Ainsi, le Professeur insiste sur le fait que le trouble de conduite qui amène à la délinquance est le résultat d'une souffrance mentale associée à un stade de développement fragile à la base. Il est alors essentiel que la psychiatrie joue un rôle dans les centres éducatifs fermés dont le rôle est bien sûr d'éduquer, de réprimer, mais aussi d'aider dans la mesure du possible de façon à éviter les récidives et à soulager la souffrance. Si elle insiste sur cet argumentaire, elle note que les modalités de rapprochement des CEF de la santé mentale ne doivent pas se faire forcément à l'intérieur. L'institutionnalisation des relations entre le CEF et la psychiatrie doit se faire et la psychiatrie doit conserver son entité et son activité extérieure au CEF pour pouvoir conserver son objectivité. En effet, il est apparent que la seule réponse répressive ou médicamenteuse est inefficace, la prise en charge de ces troubles doit être multiaxiale et inclure tous les éléments qui structurent la personnalité de l'adolescent : composante physiologique, familiale, souffrance propre voire pathologie sous-jacente, etc. Les stratégies préventives de résolution du stress permettent aux jeunes d'apprendre à répondre autrement à leurs problèmes que par la violence. Ainsi, l'argumentaire des acteurs qui assimilent le rapprochement de la santé mentale à la médication est donc à relativiser. De même, le centre de Gévezé, qui est contre la psychiatrisation du CEF, est en lien par vacation avec le professeur Tordjman et son service. Associé à la prise en charge médicale somatique qu'il propose, ce centre entretient des liens étroits avec la santé mentale.

La plus-value est également institutionnelle grâce à l'analyse des pratiques pour les professionnels qu'amène la psychiatrie dans les centres. Le constat que l'exercice de fonctions professionnelles dans un lieu fermé auprès d'adolescent qui ont commis crimes et délits, dont le quotidien est la souffrance et la violence, n'est pas aisé. Dans les centres qui bénéficient d'une aide dans ce sens, les professionnels sont aidés et il s'agit d'un apport réel pour eux mais aussi pour les jeunes qui profitent de l'amélioration des compétences et des pratiques. Il semble, en effet, que dans certains CEF réticents au renforcement en santé mentale des difficultés d'absentéisme, de tensions au sein de l'équipe et de « turnover »

sont constatées et que l'apport d'un intervenant extérieur psychiatre pourrait être bénéfique.

Les différentes expériences de terrain ont permis d'apporter des éléments supplémentaires. Il s'avère notamment que le rapprochement de la santé mentale a justement diminué la médication dans les CEF, comme l'explique très bien le directeur du centre de Moissannes. Il relate une diminution importante des traitements neuroleptiques au sein de sa structure, de 80 cas en 3 ans à un seul à ce jour. Les centres notent également une amélioration des relations entre la psychiatrie et la PJJ, ce qui permet une meilleure prise en charge des jeunes. Les crédits affectés ne sont d'ailleurs pas toujours utilisés et les liens avec l'inter secteur sont renforcés. Quand les CEF n'ont pas obtenu les crédits et qu'ils sont en demande d'une prise en charge plus importante en santé mentale, leurs arguments vont dans ce sens. Le CEF de Brignoles (cf annexe 8) est en attente d'un partenariat plus important avec la psychiatrie pour un CEF mixte, dans une région où il était prévu de réaliser 4 CEF et où les conditions n'ont à ce jour pu être réunies pour le faire. Un seul CEF pour la région PACA-Corse draine tous les jeunes éligibles de la région et entraîne un partenariat à absolument institutionnaliser avec des secteurs de psychiatrie parfois peu impliqués.

Enfin, si idéologiquement il est parfois difficile de se résoudre à l'enfermement des jeunes pour sécuriser la société qui les a produit, introduire du soin, une dimension humaine et donc un espoir de changement sont autant d'éléments en la faveur d'une progression sociale et d'une capacité de la société à évoluer et à se remettre en question.

S'il est vrai que la psychiatrie doit s'ouvrir et se rapprocher de la justice pour des raisons sociologiques, médicales et humaines, cette évolution ne doit pas se faire dans n'importe quelles conditions, elle doit être accompagnée, guidée et impliquer des changements indispensables au bon fonctionnement des CEF ainsi qu'à leur réussite dans leur mission de réinsertion.

2.2 Des préalables à la généralisation des CEF expérimentaux sont indispensables

L'ensemble de nos recherches et de nos entretiens nous conduit à penser qu'un certain nombre de préalables sont indispensables à la généralisation des CEF expérimentaux.

Ces conditions tiennent à l'action concertée et cohérente de différents acteurs, au sein de différents secteurs qui sont tous en contact - direct ou indirect – avec les mineurs

que les CEF ont en charge d'accueillir. La prise en charge des mineurs délinquants au sein des CEF ne peut s'entendre de manière isolée au sein de l'ensemble des divers modes de prise en charge de tout mineur. Il convient d'analyser l'ensemble des éléments indispensables en amont, en aval et au cours de la prise en charge en CEF; ensemble qui permettrait une généralisation efficace des CEF expérimentaux.

2.2.1 Les CEF ne doivent pas devenir la seule réponse à la problématique de l'enfance en danger

Preuve de la mise en échec de nombreux dispositifs en amont du CEF, un des directeurs interrogés nous confie clairement que « *ces enfants là, personne n'en veut : c'est une réalité* ».

Pour certains directeurs de CEF¹⁵, il faut également s'interroger sur l'orientation proposée par le juge des enfants. Souvent, il est proposé différentes structures (Centre de Placement Immédiat, CPI ; Centre d'Action Educative, CAE ; Centre Educatif Fermé, CER, ou CEF). Or, selon eux, si l'on propose toutes ces solutions, c'est qu'un travail d'observation de la situation du jeune n'a pas été mené correctement. C'est le signe que « *l'on a raté des étapes* », le CEF ne doit pas être une des premières solutions envisagées, car après le CEF « *il n'y a plus rien, sauf la prison* ». Or toute mesure qui se veut éducative doit d'abord être cohérente avec l'objectif que l'on veut lui assigner, et le CEF ne doit pas être amené comme une solution de facilité face à un jeune qui poserait de nombreuses difficultés aux différentes institutions, qu'elles soient scolaires, sociales ou familiales.

Ces situations d'échec amènent à se questionner sur le positionnement des différents intervenants en amont auprès de ces jeunes mineurs, délinquants ou en passe de le devenir. Pour certains directeurs, la justification de ces échecs tient au fait que ces établissements et services ne disposent pas de moyens suffisants pour faire face à la souffrance des mineurs, aussi bien sur le plan financier, que technique ou humain. Dans de nombreux cas, les mineurs sont suivis par un éducateur de la PJJ avant leur entrée au CEF : c'est l'implication de cet éducateur qui doit être renforcée et qui est essentielle. On doit lui donner les moyens de réussir sa mission.

¹⁵ Notamment le directeur et le directeur adjoint du CEF de Doudeville.

Sur le plan familial, les jeunes sont en grande majorité issus de familles monoparentales où l'absence du père est fréquente, une famille abandonnique, avec des problèmes d'alcoolisme et de maltraitance. Le plus souvent, les jeunes proviennent d'un milieu défavorisé, et plus rarement d'un milieu qualifié de « moyen ». Les familles sont peu ou mal aidées dans leur situation complexe, face à leurs enfants en grande souffrance.

Concernant le secteur scolaire, la plupart des jeunes en CEF sont en rupture scolaire (la déscolarisation se situe en moyenne à 15,3 ans). Dès l'absentéisme scolaire, il faut mettre en œuvre une action globale. Ainsi, en Bretagne, un travail en partenariat a été institué entre un groupe de pédopsychiatres et le secteur scolaire. Le but est d'impliquer le jeune et sa famille dans une démarche concertée pour éviter d'arriver à la rupture scolaire. La difficulté réside souvent dans l'absence de démarche de la part de la famille ou du jeune lui-même, mais cela ne doit conduire à une inaction. La démarche des pédopsychiatres ne se veut pas intrusive, et passe donc par un médiateur, généralement un médiateur scolaire qui propose à la famille une rencontre, ou un premier contact téléphonique. Aujourd'hui, sur quatre cents cas identifiés, les pédopsychiatres n'ont eu aucun refus pour un contact téléphonique. A la suite de quoi un travail de suivi peut être commencé avec la famille et le jeune. Le mal être et le mal aise supposent des leviers à mettre en place et qui « malheureusement ne le sont pas », ou à tout le moins ne le sont pas sur l'ensemble du territoire : il n'y a pas une démarche identique au niveau national, il n'y a pas d'unicité dans ce type de prise en charge. Pour le professeur Tordjman, l'essentiel est de « développer des dispositifs innovants », il faut que les différentes institutions (PJJ, pédopsychiatrie, Education Nationale...) apprennent à aller vers l'autre, à travailler ensemble, à collaborer.

Les établissements et services, qu'ils relèvent de l'ASE ou de la PJJ (cf. annexe 9), ont également un rôle important à jouer en amont d'une prise en charge des mineurs en CEF. En effet, et comme il nous l'a été dit à plusieurs reprises au cours de nos rencontres, ces mineurs ont souvent mis à mal des dispositifs d'action éducative qu'ils aient été mis en place par l'Aide Sociale à l'Enfance dans le cadre d'une Action Educative à Domicile, ou par le juge des enfants dans le cadre d'une Aide Educative en Milieu Ouvert. Pour R. comme pour C., jeunes filles placées au CEF de Doudeville, « on aurait peut être pu les empêcher ». Pour elles deux, leurs problèmes viennent « de l'école et de la famille », bien que cette famille ait tenté d'être présente.

Il apparaît que leurs actes, dont elles n'ont pas pris pleinement conscience, renvoient souvent à un problème, une souffrance plus ancienne qui se trouverait dans leur famille, ou à l'école.

Tout un travail de prévention doit donc être mené en amont de la prise en charge, afin de tenter d'éviter le passage à l'acte des jeunes. Si cette prévention se révèle inefficace, une prise en charge en santé mentale devra être organisée au sein du CEF et après la sortie, afin que le jeune puisse se reconstruire et éviter un nouveau passage à l'acte.

2.2.2 Si la prise en charge en santé mentale ne peut pas être envisagée de la même façon dans tous les CEF, ceux ci doivent tous veiller à sa continuité

La nécessité d'une prise en charge en santé mentale dans les CEF semble acquise : c'est donc sur ces modalités qu'il faut s'interroger. Toutefois, il est important de dissocier la psychologie et la psychiatrie. Le traitement psychologique des jeunes est assuré dans tous les CEF par un psychologue généralement employé à plein temps. Mais dans certains cas, cet accompagnement n'est pas suffisant car les troubles présentés par les jeunes relèvent de la psychiatrie. Les CEF expérimentaux répondent à ce besoin car un apport supplémentaire de crédits permet le recrutement d'un médecin psychiatre (généralement à temps partiel).

Par ailleurs la vision que les personnels des CEF portent sur la psychiatrie doit évoluer. En effet pour certains, cette discipline médicale se limite à des prescriptions médicamenteuses (exemple : les neuroleptiques). La psychiatrie pourrait adopter une vision plus moderne, qui élargirait ses contours à de nouveaux enjeux de société tels que la délinquance infanto juvénile ou la prévention des troubles de conduites de manière générale.

Le secteur pédopsychiatrique¹⁶ et la PJJ doivent apprendre à travailler de concert, malgré leurs différences institutionnelles. Pour cela, la formalisation de leurs relations semble nécessaire, notamment à travers un partenariat renforcé.

¹⁶ La pédopsychiatrie prend en charge les mineurs jusque 16 ans. A partir de 16 ans les jeunes dépendent du secteur adulte, la période entre 16 et 18 ans est donc délicate.

Selon les CEF, la prise en charge psychiatrique se fait soit par l'intermédiaire d'un psychiatre au sein du centre, soit par l'inter secteur de pédopsychiatrie. Plusieurs autres initiatives correspondant aux besoins psychiatriques des CEF sont envisagées : des équipes mobiles de psychiatrie; des vacations d'un pédopsychiatre extérieur à la structure, des relations avec une Maison des Adolescents, etc. La réponse adaptée dépend de la volonté de la direction du CEF, de son projet éducatif mais aussi d'autres critères. Par exemple, selon la situation géographique, l'inter secteur peut être plus ou moins enclin à travailler avec le CEF par crainte d'une surcharge de travail. Des difficultés peuvent également apparaître lorsqu'un jeune vient d'une autre région et ne dépend donc pas, sous réserve d'une convention préalable, de l'inter secteur rattaché au CEF. Néanmoins, dans certaines régions les relations avec l'inter secteur se sont progressivement organisées pour aboutir à des conventions.

Le recrutement d'un psychiatre au sein du CEF peut être une solution intermédiaire. La présence d'un psychiatre au sein du centre permet à celui-ci d'avoir une bonne connaissance des troubles de chaque jeune et de pouvoir alors organiser un suivi régulier, qui s'adapte aux évolutions constantes de son état. Mais comme nous en a témoigné le directeur du CEF de Brignoles, il n'est pas facile de recruter un psychiatre au sein du CEF, surtout à temps partiel. Par ailleurs le psychiatre qui assumera sa charge dans un CEF devra conjuguer avec ses partenaires de l'inter-secteur en cas d'intervention extérieure.

Un médecin psychiatre que nous avons rencontré lors de nos travaux nous a fait remarquer également que les CEF doivent rester des lieux de punition, il ne faut donc pas chercher systématiquement à les médicaliser. Le message transmis aux jeunes ne doit pas être brouillé : le CEF possède avant tout une visée punitive, les soins se trouvant donc à part, dans un lieu approprié. Ainsi en cas de crise grave il peut sembler opportun de créer une distance avec le milieu originel par l'intermédiaire d'un hébergement de crise en psychiatrie.

Cette stricte séparation du médical et de l'éducatif n'est pas une idée unanimement partagée. Pour certains il est nécessaire que la prise en charge au sein des CEF soit globale. De plus, si les propositions de stratégies sur le plan éducatif ne peuvent pas être les mêmes pour des mineurs atteints de troubles mentaux ou non, il semble donc nécessaire d'envisager un accompagnement global. Pour cela il est intéressant de mettre en place au sein de la structure un groupe d'analyse des pratiques encadré par un pédopsychiatre, réunissant le personnel éducatif du CEF. Celui-ci sensibilise le personnel du centre afin de diminuer les facteurs de risque entraînant la souffrance mentale. Ce groupe permet également aux éducateurs d'envisager différemment les modalités de leur prise en charge.

Ce travail commun de la psychiatrie et de l'éducatif peut s'avérer être une réelle plus value, comme nous avons pu le constater avec l'expérience du CEF de Gévézé. Une pédopsychiatre qui y effectue des vacances a mis en place un programme psycho éducatif, pour lequel elle travaille en binôme avec un éducateur. Elle utilise une méthode acquise aux Etats-Unis : la méthode du « stop and think » (s'arrêter et penser). Le but est de transmettre aux jeunes en situation de stress l'idée que la violence n'est pas la seule réponse. Cet exemple illustre l'intérêt d'un accompagnement global des jeunes au sein des CEF.

Si une prise en charge globale semble nécessaire, il est important de veiller à ne pas tomber dans le « tout soin » au sein des CEF. La médicalisation des CEF ne semble pas être la solution la plus adaptée.

Aujourd'hui il est fondamental de se préoccuper de « l'après CEF ». En effet si une prise en charge en santé mentale est organisée pendant le placement du jeune au sein du CEF, il est nécessaire que toutes les mesures soient prises afin que celle-ci se poursuive sur le long terme. Actuellement cette transition semble encore difficile. On se rend compte ici qu'il est essentiel que la PJJ et la psychiatrie travaillent ensemble pour que la prise en charge puisse aller au delà du séjour du jeune en CEF. Pour assurer le suivi post CEF, il faut notamment que des collaborations, par exemple avec les Centres Médico Psychologiques (CMP), s'instaurent.

Le suivi du jeune n'est pas aisé particulièrement si celui-ci, après son séjour, retourne dans sa région et que celle-ci est éloignée du CEF. Il est fondamental que les équipes se donnent les moyens pour que le suivi du jeune se poursuive et que se développe un travail de coopération entre les structures. Ainsi l'accompagnement post CEF, comme la prise en charge au sein des CEF, doit être global.

Conclusion

Au regard des remontées d'expériences récentes, les CEF expérimentaux semblent donc être un dispositif intéressant qui appelle divers constats.

Si les interlocuteurs que nous avons rencontrés ont exprimé différents avis sur une éventuelle généralisation d'un pôle santé au sein des CEF, tous s'accordent sur le fait qu'un bilan reste prématuré. De plus, les pouvoirs publics s'évertuent à créer de nouveaux dispositifs sans laisser le temps à l'existant de fonctionner.

En l'espèce, lorsque le Ministère de la justice a retenu les cinq CEF qui réaliseraient l'expérimentation, celui-ci ne leur a pas donné d'orientation cadre, ce qui a été perçu très positivement car laissant place aux initiatives locales. Après seulement une année d'expérimentation, le pôle santé se met plus ou moins lentement en place selon les CEF et les premières impressions sont recueillies. Il faut laisser le temps au dispositif de se pérenniser et tirer profit de la première année qui pourrait constituer une année test.

A ce titre, la question de l'évaluation de l'expérimentation semble problématique. Alors que les CEF présentent des résultats largement divergents, il convient de s'interroger sur les critères qui servent de base à l'évaluation. Ainsi, alors qu'un directeur constate un taux de réussite de 30% pour son CEF, un autre affiche 60% ! Il semblerait qu'une si grande hétérogénéité ne résulte pas seulement de la qualité de la prise en charge mais bien d'une appréciation différente des critères d'évaluation (maintenir comme critère la mesure de la récidive sur une période d'un an après la sortie du CEF, taux de réinsertion, etc.).

A l'issue de cette étude, il nous semble judicieux de soumettre quelques propositions :

- Laisser une période de maturation à l'expérimentation afin qu'elle puisse perfectionner le dispositif du pôle santé dans les CEF.
- Généraliser l'intégration d'un pôle santé au sein des CEF, ce qui ouvrirait la voie à une prise en charge globale des jeunes en situation de délinquance.

- Renforcer les moyens pour développer les CEF : il s'agit d'uniformiser les dotations accordées. Il existe en effet des distorsions entre les CEF ce qui nuit à l'égalité dans la prise en charge. Aussi, le prix de journée est deux fois plus faible en CEF qu'en EPM (1400 € en EPM contre 600 € en moyenne en CEF selon qu'il soit dans l'expérimentation ou non). Puis valoriser le travail réalisé au sein des CEF. Il y a en effet un réel manque d'attractivité du travail en milieu fermé réputé comme ne permettant pas l'accomplissement professionnel. Par ailleurs, la problématique actuelle de la démographie médicale se répercute dans le cadre des CEF. La pénurie de médecins psychiatres pourrait complexifier considérablement la mise en place d'un pôle santé dans chaque CEF.

- Rendre optimal le choix d'implantation des CEF : aujourd'hui, les CEF sont plutôt implantés dans des zones rurales ce qui n'est pas sans poser de difficultés dans la prise en charge des jeunes. Il faut alors sensibiliser la population locale comme les élus locaux afin d'insérer le CEF dans un territoire déjà organisé d'un point de vue sanitaire, social et médico-social afin qu'il ne soit pas isolé (CMP, Maison des Adolescents, etc.)

- Développer une démarche qualité et des critères homogènes d'évaluation dans les projets d'établissement : l'évaluation de la qualité de la prise en charge des populations vulnérables est de plus en plus prégnante. Par ailleurs, la loi du 2 janvier 2002 à laquelle sont soumis les CEF prévoit la mise en place de démarches d'évaluation. Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité de la mission dévolue à chaque établissement, il convient de s'impliquer davantage dans une politique de démarche qualité et surtout dans l'immédiat de s'entendre sur des critères homogènes d'évaluation. C'est un préalable indispensable à toute démarche qualité sans quoi aucune comparaison n'est possible. Or sans référentiel, comment évaluer la valeur de notre action ?

- Permettre un suivi coordonné post CEF : comme nous avons essayé de le montrer à travers cette étude, le CEF ne peut se suffire à lui-même. Il doit s'inscrire dans un maillage territorial ; il faudrait ainsi développer un véritable système de prise en charge de la santé mentale des jeunes délinquants, une filière à l'image de la filière gériatrique qui allierait éducation, soin et répression quand cela devient nécessaire.

- Formaliser un partenariat entre les différents acteurs du champ de la psychiatrie à savoir l'inter secteur de pédopsychiatrie, la psychiatrie ambulatoire et l'équipe mobile de psychiatrie dans le but d'un réel décroisement de la psychiatrie en France vers les problématiques qui constituent aujourd'hui des enjeux de santé publique.
- Une convention renforcée avec l'Education Nationale : actuellement, l'Education Nationale met à disposition des CEF un professeur mais cela s'avère plus qu'insuffisant pour ces jeunes en rupture scolaire qui ont besoin d'un soutien accru. De plus, les institutions du système scolaire traditionnel (lycées, collèges) sont très réticentes à l'idée d'accepter dans leur établissement des jeunes issus des CEF. L'obligation scolaire n'est donc que fictivement respectée. A l'inverse, les moyens alloués aux EPM sont considérablement élevés à l'instar des CEF. Ne pourrait-on pas imaginer accorder plus de moyens en professeurs de l'Education Nationale dans les CEF que dans les EPM en considérant le fait que l'EPM est là pour punir quand le CEF punit et réinsère ?

Tout ceci n'est en réalité qu'une question de choix ; au fond que veut-on faire pour ces mineurs délinquants ? Pensons-nous qu'une réinsertion sociale reste possible pour les auteurs de crimes et délits de manière générale ? Si tel est le cas, alors il faut accentuer le développement de structures comme les CEF expérimentaux voire proposer des mesures innovantes.

A titre d'exemple nous citerons un article paru sur le site internet de 20 minutes.fr¹⁷. Il était question d'un jeune délinquant (13 ans) qui avait commis plusieurs vols. Il devait réparer son erreur en encadrant un groupe de jeunes autistes dans un centre équestre. «Une manière intelligente de le confronter à la réalité», explique Anne, l'éducatrice qui l'accompagne. «Il s'agit d'une mesure éducative et non répressive», précise Virginie Boudon, directrice départementale adjointe de la PJJ du Calvados. «Eduquer avant tout», «Le plus gros enjeu avec ces jeunes délinquants est de leur redonner de l'estime d'eux

¹⁷ <http://www.20minutes.fr/article/277668/A-la-Une-Jeremy-12-ans-et-demi-deja-delinquant.php>

même, souligne Anne, pousser un jeune à effectuer des travaux concrets est beaucoup plus efficace», souligne-t-elle.

De telles pistes nous semblent très prometteuses en réponse à la délinquance infanto juvénile qui doit nous pousser à développer des stratégies innovantes et distinctes du système punitif pour adultes. Il faut garder en mémoire qu'il s'agit avant tout d'enfants en danger et en souffrance qui ont témoigné leur mal être d'une façon déviante par rapport aux normes établies par la société.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- Ordonnance 45-174 du 2 Février 1945 relative à l'enfance délinquante
- Loi 2002-2 du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice
- Décret n°2007-1573 du 6 novembre 2007 relatif aux établissements et services du secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse

Sites internet :

- Les centres éducatifs fermés in « les droits de l'enfant »
www.droitsenfant.com/loi_cesf.htm
- Unicef. Les enfants ont des droits, lexique et chiffres clés, www.unicef.fr
- Glossaire de la loi pénitentiaire, www.sénat.fr
- PLF 2006, www.justice.gouv.fr
- Rapport d'activité de l'ONED 2007, www.oned.gouv.fr
- Rapport d'activité de l'ONED 2008, www.oned.gouv.fr
- Rapport du Sénat (extrait) pour le projet de loi de finances pour PJJ 2009,
www.sénat.fr
- La santé de l'Homme n°380-santé à l'école : tout un programme,
www.inpes.sante.fr
- Revue essais et débats, « punir les mineurs comme des adultes ? »
www.laviedesidees.fr
- Droits_des_enfants_-_Blog_LeMonde_fr.mht

Articles de presse :

- Les centres éducatifs fermés : rupture ou continuité dans le traitement des mineurs délinquants, Laurent Mucchielli, Rhei n°7, 2005-enfermements et éducations

- Dossier de presse de l'INSERM, expertise collective « trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent », 22 septembre 2005
- « Les CEF ont des résultats encourageants », La Croix, www.la-croix.com, 20 Novembre 2006
- Communiqué de presse, ouverture du premier CEF de Bretagne à Gévézé, 11 janvier 2007, www.bretagne.pref.gouv.fr
- « Les parents et la délinquance des mineurs », Anne Chemin, Le Monde, 6 février 2008
- « Le trouble des conduites de l'enfant, concept psychiatrique discuté », article paru dans Le Monde, septembre 2008
- « Centres éducatifs fermés : 55 ados en 2 ans », Ouest France, redon.maville.com, vendredi 30 Janvier 2009
- « A Liévin, un suivi psychiatrique pour les jeunes délinquants », La gazette santé sociale n°51, avril 2009
- Témoignage de Me Manuel, CEF de Savigny sur Orge, HSERA

Ouvrages :

- Denis Salas, Antoine Garapon, la République pénalisée, Hachette Editions, 1996
- Guide de la protection judiciaire de l'enfant, Michel Huyette, 2003, éditions Dunod
- La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence, Rolland Gori, Maire José Del Volgo, 2005, Denoel
- Eduquer et punir, l'évolution de la justice pénale, Dominique Youf, Esprit, octobre 2006
- Droit de l'aide et de l'action sociale, Michel Borgetto et Robert Lafore, édition Montchrestien 2006

Articles divers:

- Eduquer et soigner les adolescents difficiles : la place de l'aide judiciaire contrainte dans le traitement des troubles des conduites, Michel Botbol, Luc Henry Choquet, Jocelyne Grousset (document interne)

- Eduquer et transmettre : changement et continuité de la transmission dans le contexte de la justice des mineurs, Michel Botbol, Luc-Henry Choquet (document interne)
- Véronique Vasseur : médecin chef à la prison de la santé, édition du cherche midi, 2007
- Troubles du comportement de l'adolescent : S. Tordjman, E. Acquaviva, O. Bonnot.

Rapports :

- Rapport d'évaluation sur l'organisation des soins au détenu, IGAS-IGSS, juin 2001
- Rapport IGAS n° 2004-027, février 2004
- Claire Brusset, Défenseure des enfants, adolescents en souffrance, 2007
- Rapport Varinard, mercredi 3 Décembre 2008
- Synthèse des résultats de l'enquête épidémiologique de santé confiée à l'INSERM, 31 mars 2009, « la santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par les services du secteur public de la protection judiciaire de la jeunesse, sept ans après »
- Rapport d'Edouard Couty, missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, 2009

Liste des annexes

ANNEXES

Annexe I : Liste des Centres Educatifs Fermés

Annexe II : Carte de la répartition géographique des CEF

Annexe III : Présentation du CEF d'Allonnes (72)

Annexe IV : Présentation du CEF de Gévezé (35)

Annexe V : Présentation du CEF de Moissannes (87)

Annexe VI : Présentation du CEF de la Jubaudière (49)

Annexe VII : Présentation du CEF de Doudeville (76)

Annexe VIII : Présentation du CEF de Brignoles (83)

Annexe IX : Le cadre général de la protection de l'enfance

Annexe X : Livret d'accueil, exemplaire du CEF de Doudeville

Annexe XI : Projet individualisé et projet éducatif, exemplaire du CEF d'Allonnes

Annexe XII : Listes des personnes rencontrées

Annexe XIII : Questionnaires

Annexe XIV : projet d'établissement : extrait du projet d'Allonnes

Annexe I : Liste des Centres Educatifs Fermés

18/05/2009
DPCEF/programmation

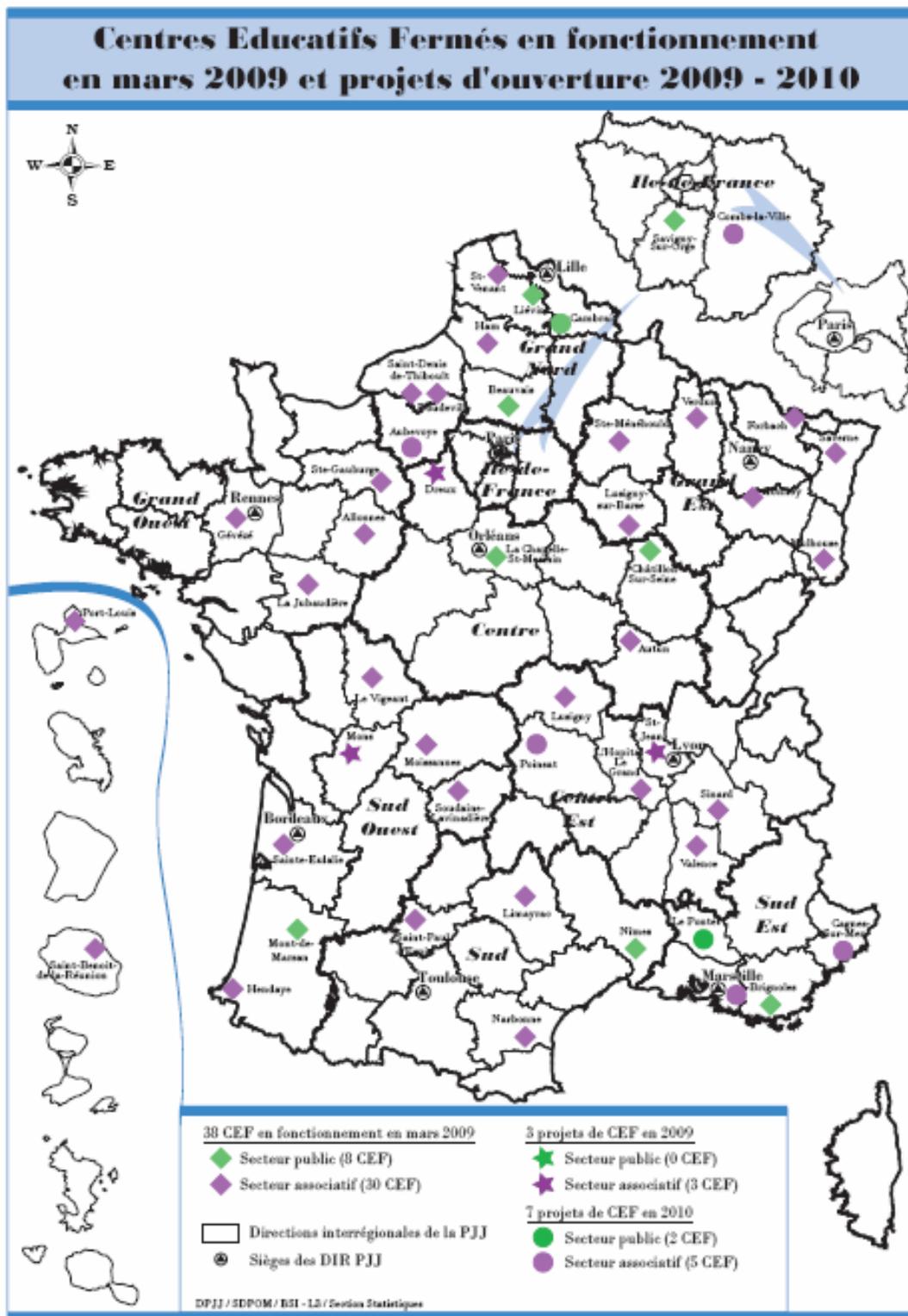
CENTRES EDUCATIFS FERMES

Places disponibles

CEF	Lieu d'implantation	Date d'ouverture	Capacité	présents	places disponibles	Moyenne hebdomadaire %	Nombre de jeunes pris en charge depuis l'ouverture	Tranche d'âge
				au 11/05/2009				
1	Saint-Denis de Thibout (Seine-Maritime)	23 juin 2003	10	7	3	70	67	13/16 ans
2	Lusigny (Allier)	17 mars 2003	12	10	2	83	103	15/17 et demi
3	Valence (Drôme)	19 mai 2003	9	7	2	78	115	15/18 ans
4	Sainte-Eulalie (Gironde)	31 mars 2003	9	9	0	100	87	13/16 ans
5	Beauvais (Oise)	15 septembre 2003	10	7	3	70	102	13/16 ans (mixte)
6	Mont de Marsan (Landes)	23 septembre 2003	8	9	0	113	84	16/18 ans (mixte)
7	Hendaye (Pyrénées-Atlantiques)	29 décembre 2003	9	5	4	56	106	16/18 ans
8	Tonnoy (Meurthe et Moselle)	26 avril 2004	10	8	2	80	104	16/18 ans
9	L'Hôpital-le-Grand (Loire)	28 juin 2004	12	10	2	83	91	13/16 ans
10	Lusigny-sur-Barse (Aube)	13 septembre 2004	10	7	3	70	65	14/17 ans
11	Moissannes (Haute-Vienne)	18 octobre 2004	11	11	0	100	81	13/16 ans
12	Saint-Paul d'Espis (Tarn et Garonne) **	* 1er mars 2005	10	6	4	60	80	13/16 ans (mixte)
13	Saverne (Bas-Rhin)	18 avril 2005	11	11	0	100	81	13/16 ans
14	Autun (Saône et Loire)	21 mai 2005	9	9	0	100	70	13/16 ans
15	Le Vigeant (Vienne)	15 juin 2005	8	6	2	75	62	16/18 ans
16	Allonnes (Sarthe)	7 novembre 2005	11	11	0	100	79	16/18 ans
17	St Venant (Pas de Calais)	24 février 2006	12	11	1	92	93	13/17 ans (mixte)
18	St gauburge (Orne)	12 septembre 2006	11	11	0	100	46	13/16 ans
19	Verdun (meuse)	6 novembre 2006	12	11	1	92	48	14/17 ans
20	La Jubaudière (maine et loire)	20 novembre 2006	12	10	2	83	61	13/16 ans
21	Chailion sur seine	27 novembre 2006	10	10	0	100	44	16/18 ans (mixte)
22	Gévézé (Ile et vilaine)	15 janvier 2007	12	9	3	75	69	15/17ans
23	Forbach (Moselle)	1 février 2007	12	9	3	75	45	13/16 ans
24	Brignoles	5 février 2007	10	8	2	80	47	15/18 ans mixte
25	Soudaine lavinadière (corrèze)	26 février 2007	12	11	1	92	53	16/18 ans (mixte)
26	Narbonne (aude)	26 mars 2007	12	9	3	75	58	16/18 ans
27	Savigny	26 mars 2007	10	7	3	70	44	16/18 ans (mixte)
28	Doudeville (Seine maritime)	16 avril 2007	12	7	5	58	34	15/18 (filles)
29	St Benoit (réunion)	1 er juin 2007	12	12	0	100	30	13/16 ans
30	Lievin (pas de Calais)	23 juillet 2007	10	10	0	100	35	13/16 ans
31	Nîmes (Gard)	8 aout 2007	10	10	0	100	43	13/16 ans
32	Guadeloupe	1 octobre 2007	12	3	9	25	20	13/16 ans
33	Sinard (Isère)	4 aout 2008	10	7	3	70	18	13/16 ans (mixte)
34	Ham (Somme)	2 septembre 2008	13	11	2	85	25	16/18 ans (mixte)
35	Mulhouse (haut rhin)	1 octobre 2008	12	11	1	92	21	16/18 ans
36	Limayrac (Aveyron)	1 octobre 2008	12	7	5	58	14	16/18 ans
37	La Chapelle (loiret)	1 octobre 2008	10	6	4	60	12	13/16 ans
38	sainte menehould (marne)	9 mars 2009	12	6	6	50	11	15/17 ans
			409	329	81	83	2248	

Source : Ministère de la Justice – DPCEF/Programmation

Annexe II : Carte de la répartition géographique des CEF



Annexe III : Présentation du CEF « La Rouvelière »

Le CEF « La Rouvelière » implanté à Allonnes (72), est un établissement privé associatif habilité par décret à recevoir des mineurs délinquants de 16 à 18 ans. Il est géré par l'Association Montjoie qui gère un autre CEF dans le département de l'Orne (61).

Le CEF « La Rouvelière » a ouvert ses portes en 2005. Ses débuts ont été très difficiles et le CEF a dû fermer quelques temps avant de changer de direction. Il accueille 11 garçons de 16 à 18 ans, en priorité originaires du Grand Ouest (régions Bretagne et Pays de la Loire). Dans les faits, 43% des jeunes sont issus de ces régions, les autres viennent de la France entière. Actuellement 83 dossiers sont sur liste d'attente.

Dans le cadre de notre étude, les éléments suivants sont à souligner :

- La prise en charge est structurée autour d'un permis à points. Il se décline sous forme de 5 niveaux à atteindre progressivement pour le jeune et détermine à la fois le niveau de contraintes et de libertés. Le niveau 1 est le plus restrictif : il ne permet aucune sortie et aucun contact avec la famille. Le niveau 5 témoigne d'une progression maximale et correspond au temps de préparation de la sortie.
- L'équipe soignante est composée d'1ETP de psychologue et de 0.5 ETP d'infirmier. 0.5 ETP de médecin psychiatre ne sont pas pourvus depuis plusieurs années faute de candidats. Les liens avec l'inter secteur de psychiatrie ne font l'objet d'aucune convention. C'est l'équipe mobile « psychiatrie précarité » qui joue le rôle d'intermédiaire entre l'établissement et l'inter secteur. La psychologue souhaiterait la présence d'un psychiatre au sein de l'établissement.
- Dans son rapport d'activité, le CEF nous présente les indicateurs suivants : seuls 24% des enfants sont issus de familles où les parents vivent en concubinage ou mariés. Les autres parents sont seuls, séparés, veufs ou inexistants. 26% des jeunes ont une prescription de psychotropes. Ces chiffres ne sont pas considérés comme une donnée significative mais comme le signal d'un parcours difficile et d'une

souffrance psychique qui nécessite une articulation entre activités pédagogiques et démarches de soins.

- Suite à un incident important, lors de l'hospitalisation d'un jeune au Centre Hospitalier Spécialisé, plusieurs réunions ont associées la DDPJJ, le CEF et le CHS qui ont abouti à la formalisation d'une convention de partenariat dans le domaine de la psychiatrie. L'équipe mobile « psychiatrie précarité » est désormais à disposition des professionnels du CEF en cas de besoin.

Annexe IV : Présentation du CEF de Gévézé

Le centre éducatif fermé le « Marquisat », géré par l'association Diagrama, a débuté son activité le 15/01/2007. Il se situe à Gévézé à 15kms au nord de Rennes (Ille et Vilaine). Il est habilité à accueillir 12 jeunes de 14 à 17 ans. Le CEF a fonctionné à effectif complet 6 mois après son ouverture. Ce centre emploie 27 ETP.

Depuis l'ouverture du CEF, la santé, à la fois physique et mentale, est intégrée dans la prise en charge du mineur.

Dès leur arrivée au CEF, chaque jeune bénéficie d'un bilan de santé par un médecin généraliste. Un pôle santé a été mis en place.

Un bilan psychologique est réalisé à l'entrée de chaque mineur par la psychologue de l'établissement (qui est employé à plein temps). Selon le directeur, la prise en charge médicale tout au long du placement est nécessaire, il faut répondre à la somatisation que peut générer l'enfermement. A l'ouverture du CEF il n'a pas été facile de tisser des liens avec l'inter secteur mais désormais c'est plus facile. Quand un jeune a besoin d'une prise en charge pédopsychiatrique, alors c'est l'inter secteur qui intervient.

En plus de ce lien avec l'inter secteur, une pédopsychiatre effectue des vacations au CEF de Gévézé. Celle-ci est en charge du groupe d'analyse des pratiques se déroulant tous les 15 jours avec les salariés. De plus, cette pédopsychiatre participe à l'évaluation des mineurs qui entrent au CEF, ce qu'elle apporte se situe sur le plan psychiatrique et non psychologique. Elle a également mis en place, en collaboration avec un éducateur, un programme psycho éducatif fondé sur une stratégie de résolution du stress. Le but est d'apporter aux jeunes en situation de stress l'idée que la violence n'est pas la seule réponse. Tout ce travail n'empiète en rien sur le travail de l'inter secteur.

Le directeur du CEF nous a précisé qu'il estimait que la plupart des mineurs délinquants sont dépressifs. Dans leur passage à l'acte, ces jeunes ont des comportements suicidaires. Il y a très peu de tentatives de suicide au sein du CEF mais quelques cas de mutilations. Le directeur nous a précisé qu'il refusait les mineurs présentant des troubles psychiatriques importants car pour lui leur place n'était pas en CEF. Concernant les troubles du comportement, ils sont traités au CEF : il faut « vivre avec » au quotidien. Ceci doit être pris en compte dans les méthodes pédagogiques de l'équipe. Si par contre cela relève de la psychiatrie et non de la psychologie, une prise en charge par l'inter secteur est nécessaire.

Annexe V : Présentation du CEF de Moissannes

Le centre éducatif fermé de Moissannes (87), est situé à 30 km de Limoges. Il est géré par l'Association Limousine de Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte (ALSEA). Il a ouvert ses portes en octobre 2005. Il est habilité par la PJJ à recevoir des garçons de 13 à 16 ans. Il fait parti du dispositif expérimental

L'inter secteur de pédopsychiatrie auquel est rattaché le CEF de Moissannes, n'a jamais été réticent à travailler avec le CEF. Dès l'ouverture, une collaboration active a été mise en œuvre entre ces deux institutions, permettant de répondre aux besoins psychiatriques que pouvaient présenter certains des mineurs placés au CEF.

L'expérimentation a été formalisée par une convention, le CEF a ainsi embauché une pédopsychiatre et deux infirmières, à partir du 1^{er} janvier 2008. Le directeur nous précise qu'il aurait pu en embaucher 4 au total. Il a souhaité une prise en charge médicale générale mais n'a pas « pour autant voulu psychiatriser ni médicaliser le CEF ».

Cette expérimentation constitue une véritable plus value qui a favorisé l'amélioration de la prise en charge globale des mineurs. Le directeur nous précise que de 2005 à 2008, 80 mineurs étaient sous neuroleptiques, aujourd'hui un seul est sous traitement.

Le directeur nous indique que, selon lui, la prise en charge psychiatrique si elle est renforcée dans les CEF n'aura d'impact et ne sera bénéfique qu'à la seule condition d'être poursuivie à la sortie du mineur. Il précise également que la médicalisation n'est pas la solution, mais que celle-ci doit s'inscrire dans un accompagnement global des mineurs placés en CEF.

Annexe VI : Présentation du CEF de La Jubaudière

Le CEF implanté à la Jubaudière (département du Maine et Loire, à 15 km de Cholet), est un établissement privé associatif habilité par décret à recevoir des mineurs délinquants de 13 à 18 ans. Il est géré par l'Association des Cités du Secours Catholique au sein de la cité la Gauthrêche.

La cité la Gauthrêche s'est ouverte en 1985 à l'initiative du Secours Catholique avec pour mission initiale d'accueillir des jeunes adultes de 16 à 25 ans en grandes difficultés sociales. Ceci s'est traduit par un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale et un Centre de Formation toujours présents. Répondre favorablement à la sollicitation de la DPJJ du Maine et Loire en vue de la création d'un CEF s'inscrivait donc totalement dans la dynamique impulsée par la cité la Gauthrêche. Le CEF est ainsi créé en novembre 2006 sur le site de la Gauthrêche, constitué d'une propriété de 25 hectares. D'une capacité d'accueil de 12 mineurs, il a les aménagements nécessaires pour prendre en charge un mineur handicapé physique.

L'évolution de ce CEF s'avère très intéressante dans le cadre de notre étude. En effet, deux facteurs de changement sont à observer :

- D'une part, le changement de direction a entraîné une refonte des valeurs de l'établissement et par conséquent de la prise en charge des jeunes. Les orientations du premier directeur étaient comportementalistes, donc fondées sur la contention physique. Les limites de cette prise en charge se sont rapidement traduites par des violences extrêmes des jeunes : agressions sur les adultes comme les autres jeunes, incendie, destruction du matériel et des locaux. La nouvelle directrice, arrivée en avril 2008, semble être dans une toute autre dynamique, centrée sur la prise en charge globale du jeune de manière pluridisciplinaire. Elle a par ailleurs interdit le recours à la contention ce qui a contribué à apaiser le climat. On comprend dès lors le rôle moteur de la direction qui porte le projet d'établissement ainsi que les valeurs qu'elle véhicule.

- D'autre part, le CEF de la cité la Gaurêche fait partie des 5 CEF en France participant au projet expérimental de renforcement du volet santé dans les CEF. Il bénéficie à ce titre d'un pôle médico psychologique constitué de 3 ETP : 0,28 ETP de psychiatre, 1 ETP de psychologue, 0,50 ETP d'art thérapeute, 1 ETP d'infirmier et 0,22 ETP de coordinateur.

Annexe VII : Présentation du CEF de Doudeville (76)

Le centre éducatif fermé de Doudeville, en Seine Maritime (76), est géré par l'Association « Les nids ». Son activité a débuté en avril 2007. Sa particularité est qu'il est le seul CEF pour filles en France, il est habilité par la PJJ à accueillir 10 jeunes filles de 15 à 18 ans, multirécidivistes et multiréitérantes, encourant des peines de 5 ans de prison. Ce CEF emploie 27 ETP.

Dès leur arrivée, les jeunes bénéficient d'un bilan médical : les filles sont souvent en moins bonne santé que les garçons (vaccinations, nutrition, problèmes de dos ou ophtalmiques...). Cet examen est effectué par un médecin généraliste, au sein de son cabinet à Doudeville, il est rémunéré à l'acte. De plus, une infirmière est présente à temps partiel sur le site du CEF. Elle réalise un suivi spécifique des jeunes filles (orientation médicale, accompagnement, traitement, suivi du dossier médical, soins ponctuels et locaux, travail en équipe disciplinaire, prévention..).

De même, un bilan psychologique est effectué à l'arrivée au CEF, par la psychologue du site, employée à ¾ temps. Pendant le placement au CEF, des entretiens psychologiques ont lieu. Ils sont obligatoires et imposés, à raison d'un entretien de 30 minutes par semaine, minimum. Cependant, ces entretiens ne sont ni directifs, ni intrusifs. Le but est de soulager les jeunes filles de leur souffrance psychique dont elles n'ont, la plupart du temps, pas conscience mais qui les ont conduites à commettre des actes délictueux.

Concernant le lien avec l'inter secteur, le CEF n'a pas formalisé ses relations avec celui-ci, à l'exception d'une réunion une fois par an avec la responsable de l'inter secteur pour « faire un point ». De plus, le CEF accueille des jeunes provenant de toute la France qui ne dépendent donc pas de l'inter secteur auquel est rattaché le CEF. Cependant, la responsable du secteur de pédopsychiatrie accepte de recevoir les jeunes filles qui peuvent en avoir besoin afin de voir ce « qu'il est possible de faire ». Le directeur et son adjoint nous précisent que, dans leur conception, le CEF est destiné à une prise en charge EDUCATIVE et non pas psychiatrique. De fait, ils refusent les jeunes présentant des troubles psychiatriques trop lourds qui, selon eux, ne relèvent pas des CEF. Pour la direction, la médicalisation n'est pas la solution, il faut traiter la crise et quoi qu'il arrive « avec ou sans traitement, on n'évitera pas la crise ». Ils ne souhaitent pas médicaliser en interne, d'autant qu'il y a plus de situations où le traitement s'arrête que l'inverse. Le CEF

privilégie une prise en charge globale au sein du CEF et non une prise en charge a dominante psychiatrique.

Annexe VIII : Présentation du CEF de Brignoles (83)

Le centre éducatif fermé de Brignoles est un centre public qui a ouvert en février 2007. Il est situé à 60 kms de Toulon, dans la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA), c'est d'ailleurs le seul CEF de la région. A l'origine quatre devaient être créés mais un seul a ouvert, les autres projets sont toujours existants mais diverses difficultés freinent leur avancée. Le CEF de Brignoles est un centre mixte habilité à accueillir 10 jeunes de 15 à 18 ans.

Le CEF de Brignoles avait demandé à faire partie des CEF expérimentaux mais le dossier a été déposé trop tard. Il devrait y avoir une deuxième vague de CEF expérimentaux dont il devrait faire partie.

A son arrivée au CEF, le jeune bénéficie d'un bilan médical sur Toulon. De plus un bilan psychologique est effectué par le psychologue de l'établissement qui est employé à plein temps.

Le CEF travaille en lien avec l'inter secteur de pédopsychiatrie, mais aucune convention n'a été signée.

Depuis quelques mois un psychiatre intervient une demi-journée par semaine. Il a été difficile de trouver un psychiatre pour effectuer cette intervention hebdomadaire. Si il obtient les crédits au titre d'un CEF expérimental, le psychiatre serait à temps plein et 3ETP infirmière seraient embauchés.

Le directeur nous a précisé qu'il ne sélectionnait pas les mineurs accueillis. Il constate que les jeunes pris en charge ont souvent des problèmes psychiatriques lourds mais qui sont actuellement en diminution. La présence du psychiatre 3 heures par semaine est donc insuffisante. Mais celui-ci se met facilement en lien avec l'inter secteur, de plus il y a un travail avec une structure pour adolescents en difficulté.

Pour les jeunes qui ont eu un suivi pendant leur placement au CEF, le psychiatre organise le suivi post CEF, notamment par la prise de contact avec le secteur où le jeune retourne.

Annexe IX : Le cadre général de la protection de l'enfance

Qualifié de « système à double détente¹⁸ », le dispositif de protection de l'enfance mêle d'une part une institution administrative : l'Aide sociale à l'enfance (ASE) présente dans chaque département sous l'autorité du président du conseil général; d'autre part une instance juridictionnelle, le juge des enfants appuyé par les services de la PJJ. La protection administrative relève de la compétence de l'ASE et la protection judiciaire intervient en relais ou en substitution de celle-ci. En effet lorsque les mesures de prévention¹⁹ organisées dans le cadre de la protection administrative se sont révélées impuissantes à améliorer le sort des mineurs, le recours au juge des enfants s'impose. Le juge des enfants intervient donc, d'une part, en lien avec l'ASE, cette intervention au civil est faite au titre de l'action éducative prévue par l'article 375 du Code civil²⁰. Et d'autre part, l'intervention au pénal du juge des enfants, fondée sur l'ordonnance du 2 février 1945, se fait en lien avec les services déconcentrés de l'Etat, constitués par les directions départementales de la PJJ. Lorsqu'un mineur commet un crime ou un délit, le juge des enfants prend prioritairement des « mesures de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation » et n'engage l'action pénale que lorsque « les circonstances et la personnalité du mineur paraîtront l'exiger. » Le juge des enfants qui est saisi de la situation d'un mineur délinquant a bien comme première obligation d'utiliser tous les moyens existants pour apporter la réponse la plus appropriée à la situation de cet enfant afin d'obtenir tant que possible la resocialisation de celui-ci. Dans ce but, le cadre juridique de l'intervention doit être un moyen et non un obstacle, c'est pour cela que par principe, le recours aux mesures d'assistance éducatives pour répondre aux besoins d'un mineur qui commet des actes de délinquance ne peut pas et ne doit pas être écarté. La spécificité de l'intervention du juge des enfants au pénal tient donc à la possibilité de placer le mineur dans un établissement ou

¹⁸ La conception originare du modèle institutionnel, Robert Lafore, dossier, RDSS n°1 janvier/février 2007 p 17

¹⁹ Aide à domicile (en nature ou en espèce), aide financière, placement administratif (contrat avec l'ASE ou les parents)

²⁰ Le juge des enfants peut ordonner deux types de mesures : « il désigne une personne qualifiée ou un service d'observation , d'éducation ou de rééducation en milieu ouvert en le chargeant d'apporter aide et conseil à la famille afin de surmonter les difficultés matérielles ou morales qu'elle rencontre » ou bien « s'il est nécessaire de retirer l'enfant de son milieu actuel », le juge peut confier l'enfant à une personne physique, à un organisme de santé ou d'éducation, ou au service de l'ASE.

un service approprié aux mineurs délinquants, notamment dans un centre éducatif fermé. Il reste alors la seule question du choix stratégique offert au magistrat.

Annexe X : Livret d'accueil, exemplaire du CEF de Doudeville

LIVRET D'ACCUEIL

**CENTRE EDUCATIF FERME
DOUDEVILLE**

Livret d'accueil de : _____

Educateur référent : _____

**CENTRE EDUCATIF FERME
49 Route d'Yvetot - BP 44
76560 DOUDEVILLE**

Septembre 2008

1

SOMMAIRE



Présentation de l'Association Les Nids



La Charte Associative



Le Livret d'accueil

1 - Le Centre Educatif Fermé de DOUDEVILLE

2 - Le Contexte du Placement

3 - De l'audience à ton arrivée au Centre Educatif Fermé

A) Après l'audience

1. Ton Educateur Référent

2. La phase «d'engagement»

B) Ton arrivée au Centre Educatif Fermé

4 - Le Programme Educatif

Les évaluations, les bilans

Le Projet Educatif Individualisé

5 - L'équipe du Centre Educatif Fermé

6 - La Vie Quotidienne au Centre Educatif Fermé

Ton emploi du temps

Le déroulement d'une journée type

Les sorties

L'accès aux locaux et espaces extérieurs

Ta chambre

Ton argent de poche

Ta santé

7 - Tes Relations Familiales

A) Tes parents ou ton représentant légal

B) Les contacts téléphoniques

C) Ton courrier

8 - Les Transgressions

Annexe 1 : Le règlement de fonctionnement

Annexe 2 : Charte des Droits et Libertés des personnes accueillies (Article 8)

Annexe XI : Projet individualisé et projet éducatif, exemplaire du CEF d'Allonnes

Repères de la Problématique de l'adolescent

XXXXXX

Entré le : 6 février 2008.

Jugement du : 6 février 2008.

Fin de placement le : 06 août 2008.

Date de mise en place : le 7 février 2008. Evalués avec le père en présence de Madame XXXX fil rouge, le 3 mars 2008. Réévalués le 10 mars 2008 avec Madame XXXX en présence de Madame XXXXXX et Monsieur XXXXXX éducateur référent.

Sociaux et Familiaux :

- Monsieur et Madame XXXXXX sont mariés le 11 novembre 1983 et adoptent XXXXXX en 1991 et XXXXXX en 1994. Les deux enfants sont nés à Djibouti. Nous ne le savons pas pour XXXX, dit Madame.
- Les relations au sein de la famille sont conflictuelles.
- Monsieur XXXXXX est désigné par son fils et son épouse comme une personne qui boit.
- Madame quant à elle est décrite comme une personne qui n'écoute pas et avec qui on ne peut pas discuter. C'est complètement faux dit Madame.
- Madame jouit d'un agrément ASE en tant que famille d'accueil. Il semble qu'elle tienne à cette profession.
- Cette situation ne la rend pas disponible au suivi PJJ, à cause de la pour qu'elle ressent. Madame XXXX dit suivre une thérapie individuelle.
- Nicolas semble supporter un rôle qui ne lui appartient pas.
- Il semble difficile pour les parents de verbaliser la problématique conjugale qui influence fortement sur le fonctionnement familial. Madame XXXXX dit qu'elle a toujours verbalisé ses difficultés.
- Le couple parental a entamé une démarche de divorce. Une rencontre est prévue le 10 avril 2008.
- Les parents n'habitent plus ensemble depuis le mois d'août selon les dires de . Depuis le 15 août dernier dit Madame XXXX.
- L' semble prendre une part importante dans ce système contrairement à XXXXX qui semble épargnée voire mise à l'écart. J'ai réussi à la protéger comme j'ai pu dit Madame XXXXX.
- La situation familiale est enkyclée et les parents se mobilisent insuffisamment pour envisager un changement bénéfique pour tous. Madame dit que depuis que l' est en 6^{ème} elle s'est toujours mobilisée pour son fils.

Educatifs :

- A plusieurs reprises, a exprimé un désir d'indépendance vis-à-vis de ses parents pour être tranquille.
- C'est par ses mots que s'expriment les difficultés et les conflits parentaux. Il est situé dans une place d'adulte ; place que reconnaissent ses parents - il a été obligé de grandir plus vite que les autres garçons de son âge -.
- C'est un jeune qui s'exprime facilement et qui dit ce qu'il pense.
- est dans l'immédiateté. Il a du mal à gérer les frustrations.
- est grossier lorsqu'il s'emporte.
- a peut être un ango quand il le décide dit sa mère.

Scolaires et / ou Professionnel :

- Après un début de formation en vente, a ébauché une formation en plomberie.
- Il avait un souhait d'être admis au sein des compagnons des devoir. Il a été soutenu par sa famille dans ses démarches.
- a un fort désir d'être autonome. Il investit ainsi ses projets professionnels avec un réel désir de s'en sortir.
- Le niveau scolaire de is semble correct au vu de son âge et peut suivre une scolarité lui permettant d'aboutir à ses projets.
- souhaite travailler auprès d'enfants.

Judiciaire :

- est mis en examen pour vol à main armée, vol à l'étalage.

Médico-Psychologique :

- est sujet à des comportements addictifs (cigarettes). Il dit avoir consommé d'autres produits mais il n'en est pas dépendant.
- En 2005 ? a été hospitalisé pour une alcoolisation aiguë.
- Le système communicationnel semble détaillant au sein de la cellule familiale.
- souffre de la situation du couple parental. Il est un enjeu des jeux d'alliance, ce qui le met dans une posture d'égal à égal voire conflictuelle, ce qui ne convient pas à un jeune de son âge. Madame XXXX dit que n'en est pas un enjeu selon elle.

Le 10 mars 2008.

Projet Personnalisé

Né Le : 20 février 1991.

Ordonnance de placement : du 6 février 2008.

Contrôle Judiciaire

Date de mise en place : le 7 février 2008. Evalué avec le père en présence de Madame et fil rouge le 3 mars 2008. Réévalué le 10 mars 2008 avec Madame XXXX en présence de Madame ' ET Monsieur l'éducateur référent.

Projet Social et Familial :

- Inviter les parents à venir nous rencontrer le plus rapidement possible. Ce qui est fait séparément à la demande de Madame XXXX.
- Aider le couple parental à expliquer les raisons initiales qui les ont amenés à prendre la décision d'adopter des enfants.
- Expliquer à Monsieur et Madame que les difficultés de sont en partie dues à leur problématique de couple.
- Faire en sorte que les parents puissent communiquer sereinement.
- Faire en sorte que la parole de l'un et de l'autre soit entendue et respectée.
- Dire aux parents le danger dans lequel ils mettent
- Soutenir le couple parental dans l'éducation de leur fils.
- Aborder la question de l'alcoolisme en tant que maladie.
- Inviter Monsieur et Madame à parler de leur propre histoire.

Projet Educatif :

- Etre à l'écoute de
- Travailler le mode relationnel avec lui et l'aider à retrouver sa place d'adolescent.
- Avoir le travail avec sur les activités scolaires afin de rattraper et maintenir son niveau scolaire.
- Etre vigilant à des moments de tristesse voire de déprime.
- Valoriser dans ses comportements adéquats.
- Travailler sa socialisation.
- Organiser des temps de rencontre à raison d'une entrevue par semaine afin de suivre son projet et l'étayer avec lui.

Projet Scolaire et/ou Professionnel :

- Evaluer ses capacités à intégrer une scolarité extérieure au CEF et faire en sorte que cela démarre dès que possible.
- Soutenir dans ses devoirs et l'aider à rattraper son retard scolaire.
- Accompagner ce jeune dans son projet de formation en plomberie et entendre ses autres désirs.
- Travailler la possibilité pour de passer un CAP.

Projet quant au judiciaire :

- Aider à prendre conscience de la gravité de ses actes.
- L'aider à réfléchir sur son parcours délictuel.
- Travailler le sens de la Loi et de son respect.

Projet Psychologique :

- Aider à travailler sa problématique addictive.
- Le soutenir dans un travail autour des difficultés familiales.
- L'aider à éclaircir sa place et son rôle dans la dynamique familiale.

Projet d'Avenir :

Court terme : • Travailler avec Monsieur et Madame leur rôle parental.

Moyen terme : • Evaluer la possibilité d'une scolarisation de l'extérieur de l'établissement dans la mesure du possible et selon ses réelles capacités.

Long terme : • Travailler un projet d'autonomie pour tout en gardant le lien avec ses parents.

Le 10 mars 2008.

Annexe XII : Listes des personnes rencontrées

CEF La Rouvelière – Allonnes (72)

M. Labzae – Directeur
Mme Pommier – Chef de service
Mme Marchand – Psychologue

CEF de Moissannes (86)

M. Faure – Directeur (entretien téléphonique)

CEF de Gévézé (35)

M. Pierpaoli – Directeur

CEF de Brignoles (83)

M. Belvalette – Directeur (entretien téléphonique)

CEF de Doudeville (76)

M. Dufort – Directeur
M. Schindler – Directeur adjoint
Entretien avec deux filles mineures

CEF de La Jubaudière (49)

Mme Traineau – Directrice
Mme Gatineau – Psychologue

CMP – Cholet (49)

M. Devoyod – Chef de service, médecin psychiatre

CMP Rennes rattaché au CHS Guillaume Régnier (35)

Mme Tordjman – Professeur en pédopsychiatrie

Maison des Adolescents – St Denis –(93)

Dr Jaunay – Responsable des consultations

Dr Deloche-Fourcaud - Responsable des consultations

M. Vandeneycdlen – Educateur spécialisé

CHS – Allonnes (72)

M. Hégou – cadre supérieur du secteur de psychiatrie

DPJJ – Paris (75)

M. Botbol – Médecin psychiatre – Conseiller technique santé mentale

M. Choquet – Responsable du pôle recherche

M. Mainas – bureau des méthodes et de l'action éducative

Annexe XIII : trames de questionnaires pour les entretiens

Questionnaire à destination du personnel du CEF

*A adapter selon personnel : directeur, personnel éducatif, personnel médical, par exemple
la question 1 uniquement aux directeurs*

CEF

- 1- Statut, date de création, instance de concertation au sein du CEF comme les CTE dans le domaine médical, quelle est la tutelle, à qui vous référez vous ?
- 2- Quelles sont les missions du CEF ?
- 3- Moyens en personnel, ETP, effectif pourvu. qualification du personnel, turnover, absentéisme,
- 4- locaux (chambre, salle de cours, activités, jardins, lieu géographique), matériels
- 5- Activités (objectifs), lieu de vie, activité avec l'extérieur, portes ouvertes ?
- 6- Budget, source de financement, coût de la structure, prix de journée, relations avec les collectivités locales, partenariat
- 7- relations avec l'environnement, voisinage, degré d'acceptation
- 8- Relation police, gendarmerie, justice

Période de référence 2008

- 9- Nombre d'admission, sexe, âge moyen, nationalité
- 10- Origine sociale (profession père/mère), situation familiale (père absent ? enfants à charge ? compagnon ?), fratrie
- 11- Origine géographique ? (distance)
- 12- Motif d'admission (situation juridique => 3 cas), fondement de l'admission : crime ou délit : quelle est la tendance générale ?
- 13- Autre placement précédent l'entrée dans le CEF ?

Prise en charge

- 14- situation scolaire, (échec, hors circuit, apprentissage), niveau scolaire
⇒ soutien scolaire ? lien avec les entreprises du département ?
- 15- état de santé (physique : bilan de santé à l'arrivée/mentale : tentative de suicide, dépression, schizophrénie, troubles de conduite)
⇒ suivi ? par qui ? régularité du suivi ? partenariat ?
- 16- lien avec l'inter secteur

- 17- vie sociale : lien avec la famille (accompagnement), lien avec le personnel (motivation), vie collective avec les autres résidents, participation à la vie collective
- 18- discipline : horaires, règlement intérieur, respect, gestion des conflits, des fugues, de la violence, recours à des autorités extérieures
- 19- projet individuel

Sortie

- 20- Evaluation du parcours individuel (critères, instances)
- 21- Formalisation du projet de vie/d'orientation
- 22- Préparation de la sortie/ motif de la sortie
- 23- Bilan global d'activité : réussite, récurrence, échec, suivi post : combien s'en sorte ?
Récidives, délits à 1 an ?

Commentaires, points forts, points faibles :

- 24- Faut-il généraliser les centres expérimentaux et donc médicaliser les CEF ?

Questionnaire à destination des résidents

1. Quel est votre parcours ? âge, scolarité, origine géographique, ...
2. Pourquoi êtes-vous là ? sursis, libération conditionnelle, contrôle judiciaire ?
3. Est-ce que vous auriez pu éviter d'être ici avec des moyens de prévention plus efficaces ? Est-ce que la famille, l'école, aurait pu mieux vous aider ?
4. Quel est le point de départ de vos difficultés école, famille, société ?
5. Depuis quand vous êtes là ? Pour combien de temps ?
6. Que pensez-vous de la prise en charge dans le centre ? Quelles sont les activités proposées et y participez-vous ?
7. Qu'est ce que ça vous apporte ?
8. Quelle est la personne avec laquelle vous avez des liens ? (personnel au sein du CEF à qui vous vous confiez)
9. A votre arrivée, avez-vous participé à l'élaboration de votre projet individualisé ?
10. A votre arrivée, avez-vous eu un bilan médical, psychologique ?
11. Est-ce que des médecins s'occupent de vous ?
12. Avez-vous besoin d'une prise en charge médicale plus intense ?
13. Est-ce que c'est difficile d'être enfermé ? Est-ce qu'être ici signifie être libre ?
(assimilation CEF/prison)
14. Êtes-vous déjà allé en prison ?
15. Quels sont vos besoins ?

16. Est-ce une aide d'être en CEF ou une punition ?
17. Avez-vous des contacts réguliers avec votre famille ? Quelle est votre situation par rapport à elle ?
18. Quelles sont vos relations avec les autres résidents ? Avec le personnel ?
19. Quels sont vos projets pour l'avenir ?
20. Vous aide-t-on à les construire, et comment ?
21. Qu'est-ce qui pourrait vous faire changer ? Qu'est-ce qui vous aiderait à en sortir ?

Questionnaire à destination du chef de secteur de pédo psychiatrie

Contexte

- 1- Quel est votre territoire d'intervention (limite du secteur géographique, nombre population)?
- 2- Nombre de personnel (ETP) et qualification ? personnel médical, non médical dont les psychologues
- 3- Quel public ?
- 4- Quelles missions ?

Lien CEF/ inter secteur

- 5- Qu'est ce qu'un CEF ?
- 6- Quelles sont ses missions ?
- 7- Quel degré de coopération ?
Savez-vous si le chef du CHS a signé une convention avec le CEF ? Quelles modalités d'intervention ? (fréquence/ETP consacrés par semaine, interlocuteurs : jeunes et/ou personnel, quelle prise en charge, thérapie, que au sein de l'établissement ou lieu neutre (hors les murs)? présence aux réunions de synthèse, analyse des pratiques avec personnel ?), à titre d'exemple : comment se passe une hospitalisation ? Procédure ? L'équipe appelle-t-elle facilement l'équipe médicale du secteur ? A-t-elle un interlocuteur particulier, exclusif ? Y a-t-il une équipe mobile de psy ? à défaut, en ressentez vous le besoin ?
- 8- Quelles difficultés ? (laisser la question ouverte, si besoin de relance : difficulté dans les relations, le travail ensemble)
- 9- Quelle est la différence selon vous entre les CEF de première phase et les CEF expérimentaux ?

Lien jeune/inter secteur

- 10- Avez-vous des liens/rencontres avec les familles ? Thérapies familiales ?
Entretiens ?
- 11- Avez-vous un dossier médico-social par jeune ?
- 12- Quel suivi post CEF ?
Y a-t-il une continuité de prise en charge ? Un suivi en milieu ouvert ? L'inter secteur prépare-t-il ce relai, la sortie ? L'inter secteur a -t-il son mot à dire quant à l'orientation ? Eventuellement renouvellement de la mesure ?

Conclusion/ synthèse

- 13- Selon vous, le CEF a-t-il facilité la prise en charge psy des jeunes ? Favorisé les contacts ? Cassé les stéréotypes sur la psychiatrie?
- 14- Les jeunes en CEF vous apparaissent-ils plus en souffrance que les autres jeunes pris en charge ?
- 15- Pour conclure, les relations CEF/inter secteur vous paraissent-elles satisfaisantes ?
Qu'est ce qui pourrait-être amélioré ?
- 16- Faut-il généraliser les centres expérimentaux et donc médicaliser les CEF ?

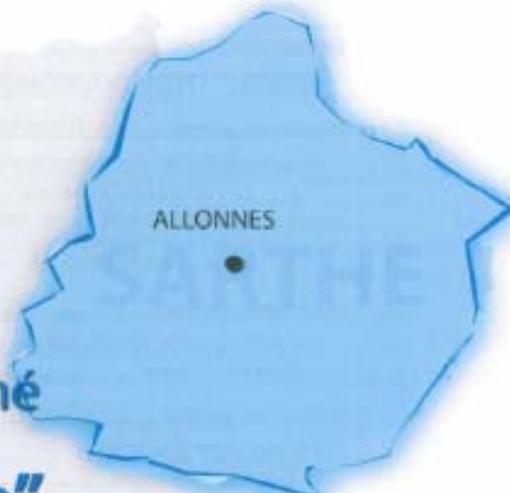
 ontjoie

CEF
Centre Educatif Fermé

"La Rouvelière"

Projet d'Etablissement

ALLONNES




Décembre 2006

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
PRESENTATION DU PROMOTEUR	3
Première partie	6
FONDEMENTS ET ORIGINE DU PROJET	6
1. La commande nationale	6
2. La démarche de notre Association : un acte militant qui repose sur une compétence confirmée	7
3. Les contextes régionaux et départementaux	7
Deuxième partie	9
LA POPULATION ACCUEILLIE	9
Caractéristiques	9
Troisième partie	10
LE PROJET EDUCATIF	10
1. Les références	10
1.1 Les références juridiques et réglementaires	10
1.2 Les références philosophiques	11
1.3 La structuration de la prise en charge	12
1.4 Les références théoriques : la réhabilitation psychosociale	12
2. Le cadre juridique du placement	15
3. La progression de la prise en charge au cours du séjour	16
4. Le programme éducatif général	21
4.1 Une méthodologie de projet	21
4.2 La classe et les ateliers pédagogiques	22
4.3 Pédagogie de la vie quotidienne « apprendre ou réapprendre la vie par la vie »	25
4.4 Activités physiques et sportives	26
4.5 Les sports mécaniques	27
4.6 Les ateliers technologiques	29
4.7 Les stages d'initiation professionnelle	30
4.8 Activités de dégagement	30
5. Le soin	30
6. Le travail avec les familles	31
7. L'évaluation	32
8. La vie institutionnelle	32
8.1 La sécurité des personnes	32
8.2 La gestion et prévention des situations de crise et de violence	33
8.3 La gestion des « incidents significatifs » et des délits	37
8.4 Le positionnement éducatif et sa régulation	38
Quatrième partie	41
LES MODALITES ORGANISATIONNELLES	41
1. Structure du personnel	41
2. Les fonctions	42
2.1 La direction	42
2.2 Le personnel médical et paramédical	43
2.3. Le personnel d'encadrement éducatif et pédagogique	45
2.4. L'enseignant détaché de l'Education Nationale	45
2.5. Le personnel technique	46

TROISIEME PARTIE

LE PROJET EDUCATIF

1. Les références

1.1 Les références juridiques et réglementaires

Le cadre juridique des Centres éducatifs fermés est constitué par des textes de portée générale et des textes traitant spécifiquement de la délinquance des mineurs.

Parmi les premiers, il faut citer :

- La loi du 4 mars 2002 relative à l'autorité parentale,
- Le code de l'action sociale et des familles, dans lequel est codifiée la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 relative à l'action sociale et médico-sociale.

L'Association Montjoie s'est engagée résolument pour une mise en œuvre active de cette loi et de ses décrets d'application dans tous ses établissements.

Les textes spécifiques relatifs à la délinquance des mineurs et les Centres Educatifs Fermés sont :

- L'ordonnance n°45-174 du 2 février 1945, relative à l'enfance délinquante, modifiée par la loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, qui institue notamment les Centres éducatifs fermés et la loi du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité ;
- La circulaire du 7 novembre 2002, relative aux dispositions portant réforme du droit pénal des mineurs et de certaines dispositions de droit pénal spécial résultant de la loi 02002-1138 du 9 septembre 2002 ;
- La circulaire du 13 décembre 2002 ;
- Le cahier des charges pour la création à titre expérimental de Centres Educatifs Fermés ;

- La circulaire du 28 mars 2003 relative à la mise en œuvre du programme des Centres Educatifs Fermés.

1.2 Les références philosophiques

Le projet associatif de Montjoie repose sur la croyance en la liberté et la responsabilité de l'homme. La fermeture du centre éducatif est-elle en contradiction avec cette liberté prônée par notre projet ?

La réponse doit être recherchée dans la signification du couple liberté responsabilité, qu'il convient bien sûr d'appréhender dans sa dimension philosophique. Comme l'écrit Comte-Sponville, la responsabilité est le prix à payer pour être libre. De ce point de vue, la liberté du sujet ne se réduit pas à la liberté d'action au sens habituel du mot ou du moins faut-il envisager la liberté dans toutes ses dimensions d'agir, de vouloir, de penser. En ce sens la liberté est moins une faculté qu'un processus. Le même auteur précise : « On ne naît pas libre, on le devient et on n'en a jamais fini. » Or c'est d'abord de soi qu'il faut se libérer. Aussi, considérons-nous qu'arrêter un jeune multirécidiviste ou multiréitérant dans son processus « d'agir », dans sa course autodestructrice, dans sa perte de soi, ce n'est pas mettre un terme à sa liberté. Au contraire, c'est lui donner l'occasion de devenir libre. La « fermeture » du centre éducatif n'est pas opposée pour ces jeunes à leur liberté de sujet, elle peut en constituer la première étape.

La liberté n'est en effet pas la capacité de « faire n'importe quoi », d'agir selon ses seuls désirs. La vraie liberté c'est de pouvoir agir en être responsable. C'est-à-dire d'assumer pleinement les conséquences de ses actes. Il s'agit bien de devenir responsable non pas de son histoire, mais bien de ce que l'on va faire de sa vie.

Sans prétendre bien sûr aborder en ces termes la question avec les adolescents placés dans le Centre éducatif fermé, nous devons pourtant être guidés dans nos attitudes et nos discours par cette conviction que le jeune peut et doit devenir responsable de sa vie et de son devenir. D'un point de vue pratique, nous devons autant que faire se peut, le placer devant son obligation de choisir. Ainsi, le parcours du jeune dans le centre sera-t-il parsemé de multiples épreuves où il sera confronté aux

conséquences de ses choix. Il pourra faire ainsi l'apprentissage quotidien de sa responsabilité et de sa liberté. Car rien ne lui sera dû, hormis le respect de ses droits fondamentaux, mais il pourra obtenir beaucoup par son propre mérite. Nous aurons à l'aider à prendre conscience qu'il existe un lien entre les événements, heureux ou malheureux, de sa vie et son propre comportement. Ainsi pourra-t-il désirer le changement.

La confrontation ultime à sa responsabilité, dans le centre, réside dans le choix de fuguer, de franchir les limites que constituent les murs et les grilles du centre. Nous considérerons en effet que la fermeture matérielle, outre sa valeur symbolique, aura pour objet principal de protéger le jeune d'une fuite réactionnelle et impulsive. Mais elle ne pourra pas empêcher la fugue, en tant qu'acte volontaire, réfléchi, porteur donc d'un certain sens, et dont il devra en conséquence répondre.

1.3 La structuration de la prise en charge

Au delà de son utilité d'alternative à l'incarcération, le Centre Educatif Fermé occupe une fonction de mise à distance du jeune de son quartier et de sa famille parce qu'il y a nécessité de protection, de cadrage et de rappel à la loi. Il se situe ainsi dans une place de tiers entre le jeune et sa famille, permettant de travailler sur le lien familial, la famille tenant une place d'acteur.

Il est un lieu d'accueil temporaire, d'exigence, de protection, de prévention, où le quotidien est partagé avec les éducateurs, lieu pour se poser, se reposer, exprimer sa souffrance, lieu d'observation, de changement, de transformation, d'évolution. Lieu médiateur entre le passé et l'avenir, de rencontre, de parole, d'échanges, c'est la découverte par le jeune d'un cadre stable, contenant, contraignant, sécurisant et bienveillant.

La finalité consiste bien à préparer le retour de l'adolescent, au sein de son milieu familial ou dans un accueil spécialisé de droit commun.

1.4 Les références théoriques : la réhabilitation psychosociale

La visée éducative du Centre Educatif Fermé « La Rouvellerie » est celle de l'obtention par les jeunes des capacités à se contrôler, à se maîtriser, à se gouverner, à devenir responsables d'eux-mêmes, et capables de se soumettre à la loi sans se sentir menacés de ne plus s'appartenir. C'est une proposition de changement.

Il ne peut pas être question, dans le temps qui nous est donné pour travailler avec ces jeunes, de prétendre reconstruire tout ce qui a été « abîmé ». Notre projet ne peut s'inscrire dans un modèle réparateur.

Notre action s'inscrit dans une approche psychosociale du changement basée sur le développement des compétences ou « habiletés » sociales et techniques. Ces compétences permettant aux jeunes que nous accueillons de substituer aux conduites délinquantes des conduites adaptées aux normes sociales. Elles contribuent à la satisfaction de leurs besoins d'identité sociale sur les deux registres majeurs que sont :

- les relations humaines, par le développement de compétences relationnelles favorisant une autonomie psychique, morale et affective ;
- le travail, par l'acquisition de compétences techniques permettant leur employabilité.

L'éducation, la formation et le soin constituent au sein du C.E.F La Rouvellerie, les processus majeurs de notre entreprise de changement et de réadaptation que nous désignons sous le générique de « Réhabilitation Psychosociale ».

Cette réadaptation repose sur deux postulats :

- Il existe en chaque individu une motivation à développer maîtrise et compétence dans des domaines de la vie qui vont lui permettre de se sentir indépendant et confiant en lui-même ;
- De nouveaux comportements peuvent être appris et les individus sont capables d'y avoir recours et de les adapter pour répondre à leurs besoins de base.