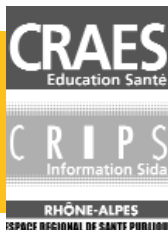


Les pratiques autour de la souffrance psychique des jeunes

Mardi 12 décembre 2006
Lyon, Hôpital Hôtel Dieu



Collège Rhône-Alpes d'Éducation pour la Santé
Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida
9 quai Jean Moulin 69001 Lyon
Tél 04 72 00 55 70 / Fax 04 72 00 07 53
www.craes-crips.org



Prévention des conduites à risques

Centre Jean Bergeret

Espace régional de Santé Publique 9 quai Jean Moulin - 69001 LYON
Tél. : 04 72 10 94 30 - Fax : 04 78 27 61 84
E.mail : documentation.cndt@wanadoo.fr

Rhône-Alpes Région

S o m m a i r e

Présentation du séminaire et des travaux du groupe technique : le point de vue d'un sociologue sur la souffrance psychique des jeunes

Patrick Pelège - Sociologue - CRAES-CRIPS, ERSP [Espace
Régional de Santé Publique]

1

Pratiques mises en place par les Rectorats de Lyon et Grenoble (collèges, lycées, universités)

Josette Morand - Infirmière conseillère technique auprès du Recteur de Lyon
Magali Suerinck - Infirmière conseillère technique auprès du Rectorat de
Grenoble

8

Pratiques mises en place par la Direction Régionale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse [DRPJJ]

Nadine Fresnais - Infirmière conseillère technique

11

Pratiques mises en place par les PAEJ de Valence et Lyon [Points d'Accueil et d'Ecoute Jeunes]

Fabienne Moulon - Psychologue clinicienne - Point relais Oxygène
Delphine Zeni - Anne Second-Pozo, Psychologues cliniciennes- PAEJ du Rhône

24

Pratiques au sein de l'UREPERA [Union Régionale des Ecoles des Parents et des Educateurs de Rhône-Alpes]

Stéphanie Cauchois - Coordinatrice régionale

35

Présentation du réseau partenarial sur le département de la Savoie

Mr Bonnefoy - ADSEA [Association Départementale de Sauvegarde de l'Enfance et
de l'Adolescence de Savoie]

39

Prise en compte de la souffrance des jeunes accompagnés en Missions Locales

Christis Demetriades - Psychologue clinicien

40

Intervention d'un représentant de la DRASS [Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales]

Docteur Catherine Lombard - MISP, chargée du secteur de la santé mentale

45

Travaux en ateliers, échanges sur les pratiques

Groupes de 20 à 25 professionnels, animation par des membres du groupe
technique régional

48

Atelier 1 - animé par Cécile Boyer, psychologue au Centre Jean Bergeret

48

Atelier 2 - animé par Céline Massot-Fillard, psychologue DDPJJ 26

52

Atelier 3 - animé par Danielle Pichot, coordinatrice régionale URML

54

Atelier 4 - animé par Sylvie Oddou, psychologue du PAEJ de Vaulx en Velin

55

Atelier 5 - animé par Agathe Vincent, psychologue UREPERA

57

Synthèse et mise en perspective

Michel Joubert - Sociologue - Chercheur au CESAMES [Centre de Recherche
Psychotropes, Santé Mentale, Société]

58

Résultats d'évaluation du séminaire

62

Bibliographie

65

Les pratiques autour de la souffrance psychique des jeunes

Présentation du séminaire, des travaux du groupe technique : le point de vue d'un sociologue...

Un point de vue sociologique...

Patrick PELEGE, Dr en sociologie, CRAES-CRIPS, ERSP

- Deux mots sur la genèse de ce séminaire
- Deux mots sur les objectifs de cette journée
- D'autres mots sur l'intervention et la journée




LA GENÈSE DU SÉMINAIRE

- 2004 : *Les dispositifs d'écoute de la souffrance psychique des jeunes : l'état des lieux des ressources en région R-A*, CRAES-CRIPS ;
- 2005 : mise en place d'un «groupe technique», et de rencontres régulières se poursuivant sur 2006
- 2006 : écriture d'un document et mise en place du séminaire de ce jour, centré sur les praticiens et les pratiques
- **Membres du GT** (Groupe Technique) : Adessa 26, le CG 26, le CJB, le CRAES-CRIPS, la DRASS, la DRPJJ, les PAEJ de Villeurbanne et de Vaulx-en-Velin, les 2 rectorats de Grenoble et Lyon, l'URMRA, l'UREPERA, l'URML.
 - **MERCI POUR LEUR IMPLICATION**



LES OBJECTIFS DU SEMINAIRE


- Mieux connaître la diversité et la complexité des manifestations liées à la souffrance psychique pour la population des 12-25ans ;
- Échanger sur les choix, les démarches, les pratiques mis en place par différents professionnels pour prendre en compte cette réalité ;
- favoriser la connaissance des expériences mises en place depuis plusieurs années en Rhône-Alpes ;
- S'inscrire dans l'évolution des politiques dans le champ de la santé mentale.



La souffrance psychique des jeunes : à croisements multiples

- 1° Des états de souffrance
- 2° Des jeunes divers et variés
- 3° Des acteurs et des actions
- 4° Des pratiques d'écoute active

• EN INTERACTION.....



La souffrance psychique des jeunes : à croisements multiples

- Une perspective alimentée par des travaux théoriques et des actions liées aux pratiques ...
- **Des travaux théoriques** : ceux de M. Benassayag et Schmidt, ceux de R. Castel, ceux d'A. Ehrenberg, ceux de E. Goffman, ceux de P. Huerre, ceux de M. Joubert, ceux de J. Furtos et de C. Laval, ceux de l'Orspere, ceux de P. Pelège, ceux du CJB/CIRDD, etc...




1) La souffrance psychique des jeunes : une affaire complexe

- **Des actions liées aux pratiques** : celles effectuées par la pluralité des acteurs et des actions en relation quotidienne avec des jeunes de conditions, situations, à la fois singulières, différentes et ressemblantes...
- **Par des acteurs** du monde scolaire, du monde éducatif, du monde judiciaire, du travail social, du monde du soin, de la PMS, de la psychiatrie et de l'insertion...



a) La souffrance psychique des jeunes : une affaire complexe

- Elle comprend à la fois des éléments de la personnalité du sujet concerné, des dimensions biologiques et physiologiques, neurologiques, des facteurs environnementaux sur le plan relationnel, familial, socio-économique et culturel : c'est une question COMPLEXE.
- *«Le fonctionnement psychique est en permanence l'expression des interactions entre le niveau biologique, c'est-à-dire moléculaire, le niveau psychologique et relationnel, et le niveau sociologique et culturel» (Pr. Reynaud et al, La souffrance de l'homme, 1996).*



b) La souffrance psychique des jeunes : une affaire complexe

- Dans cette perspective, nous convenons et proposons que dès qu'il s'agit de santé mentale des jeunes et de leurs états de souffrance, il convient d'avoir une conception intégrative et systémique de la souffrance psychique :
 - biologique, car la question du corps est essentielle (recherche des sensations, des émotions, d'expressions, du sens de l'existence), réceptacle de la construction identitaire, du bien-être et du mal-être, c'est plus le corps qui parle que la tête...
 - psychologique, dans le sens où l'organisation de la personnalité est interagiée par des facteurs endogènes et exogènes au sujet, comme être sexué et social dans une construction/déconstruction cognitive et psychique ;
 - sociologique, puisque l'environnement familial, amical, scolaire et sociétal est très essentiel dans les phases de construction et de PASSAGE entre le monde de l'enfance et le monde adulte...



C) De nouvelles souffrances chez les jeunes ?

- De nouvelles maladies ou pathologies, nommées «espèces» dans les travaux d'A. Ehrenberg, sont apparues au cours des 30 dernières années dans nos sociétés contemporaines : **dépression**, stress post-traumatismes, TOC, attaques de panique, **addictions** s'investissant dans les objets les plus divers (drogues illicites, médicaments psychotropes, alcool, mais aussi la nourriture, le jeu, le sexe, la consommation), anxiété généralisée, **impulsions suicidaires et violentes**, «pathologies de l'exclusion», souffrances psychosociales, **conduites à risque**, psychopathies, troubles narcissiques, etc....



2) DES JEUNES, de la jeunesse

- Terme polysémique : des jeunes, des jeunesses, des adolescents (es), des adulescents (es) :
 - phases et périodes de changements...
 - déplacements, lutte des places (classes scolaires et sociales...)
 - périodes de pas-sages entre monde des dépendances et de l'indépendance, de l'hétéronomie à l'autonomie (choix d'alliances)...
 - différenciation des sexes et de générations...
 - changements de style, déplacements des centres d'intérêt...
 - constructions et déconstructions identitaires...
 - attachements et détachements...
 - rapprochements et mises à distance...
 - découvertes, étonnements, peurs et bouleversements, inquiétudes et jouissances, incertitudes et quêtes de sécurité....



3) Des acteurs et des actions autour de la souffrance psychique des jeunes

- Du côté des jeunes et de leurs mouvements...
- Du côté des parents et des familles...
- Du côté de l'école, de l'apprentissage et de l'université
- Du côté des points et lieux d'écoute...
- Du côté des Missions Locales, de la PJJ et de la protection de l'enfance et de l'adolescence...
- Du côté des associations de promotion de la santé...
- Du côté des maisons des adolescents...
- Du côté de la psychiatrie...
- Du côté des politiques de santé mentale et des collectivités territoriales...



4) Des pratiques d'écoute active...

- La question pour la souffrance psychique des frontières entre le monde éducatif, le travail du social et le soin...
- Le travail d'écoute et de soutien...
- le travail de discernement et de dévoilement...
- Positionnement et place entre les générations...
- Des lieux et des mises en lien pour des situations de crise...
- Des liens de transmission et des passerelles...

“Être en relation, être à l'écoute, soutenir la souffrance psychique, c'est être en capacité de rencontrer autrui et le jeune en particulier là où il en est de sa trajectoire et de son parcours, en le laissant venir tout en allant à sa rencontre, mais aussi de faire liens, de tisser des liens entre les familles et entre les lieux sociaux pour donner des balises afin d'effectuer le trajet qui consiste à passer de l'univers des dépendances (le monde de l'enfance) à celui de l'autonomie, celui des adultes.

Nous nous situons ici sur le plan symbolique, anthropologique d'où l'importance des deux dimensions, c'est à dire de «l'entre-deux», de l'entre famille et l'entre social, de l'entre masculin et l'entre féminin, de l'entre soi et autrui. Et cet «entre» permet à un individu de devenir indépendant, c'est à dire à un moment donné, compte tenu de sa condition sexuée d'origine, à partir des premières dépendances d'avoir une capacité de faire liens avec d'autres, avec d'autres objets d'investissement, d'autres relations, d'autres liens.

La question de l'écoute, de la liaison nous semble relever d'un souci et d'une dimension qui se situe «à l'inter» : comme intermédiaire mais aussi comme interdicteur (quelqu'un qui puisse se situer entre le jeune et ses parents, entre le jeune et son école ou son produit, entre le jeune et sa souffrance, mais aussi un adulte qui puisse soutenir une «interdiction», quelqu'un qui dicte entre, à l'intermédiaire du licite et de l'illicite, des possibles et des limites entre le laisser-faire et le “tout comprendre”, pour intervenir.

Une intervention d'écoute active, sur un modèle qui se construit et non pas qui s'applique, un modèle qui implique, qui puisse être à l'interface d'un sujet et de ses compléments d'objet, figure vivante entre l'un et l'autre, entre ego et son alter, entre un être et sa famille ou ses pairs, dans un parcours qui balise à certains moments de l'existence du liant et du reliant, de façon à ce que les lieux soient synonymes d'accrochages en prenant en compte la durée, le temps, sans lesquels rien de ce qui nous humanise et nous fait hospitalité ne peut prendre racine et se développer.”⁽¹⁾

¹⁾ Extrait du document “*La souffrance psychique des jeunes*” rédigé par Patrick PELEGE, validé par le groupe technique du séminaire, non encore publié à ce jour... Disponible, sur demande : direction.cndt@wanadoo.fr

Josette MORAND - Infirmière conseillère technique auprès du Recteur de Lyon
Magali SUERINCK - Infirmière conseillère technique auprès du Recteur de Grenoble

En France, 650 adolescents se donnent la mort et 50 000 sont hospitalisés en urgence pour tentatives de suicide. Parmi ceux-ci un sujet sur 3 récidivera dans les douze mois.

Si l'on ajoute que chez les adolescents les plus jeunes, diverses enquêtes montrent une augmentation des tentatives de suicide dont certaines passent inaperçues dans l'entourage, la prévention des conduites suicidaires représente un enjeu de santé publique.

La santé est un facteur essentiel de réussite scolaire et universitaire. Si un jeune souffre de troubles physiques ou psychiques, il ne dispose plus de toutes ses chances de réussite.

Quels sont les signes de souffrance psychique des jeunes scolarisés ?

Reconnaître à temps les premiers signes de rupture, qui se traduisent en actes par : l'absentéisme, la fugue, les alcoolisations excessives ou la consommation de cannabis pour se "déchirer", les prises médicamenteuses, les conduites à risques dans la pratique d'un sport ou sur la route, les agressions, les violences, les scarifications, les crises de spasmophilie, les privations ou la prise importante d'aliments assortis de vomissements provoqués, les prises de risques au moment des rencontres amoureuses.

Les conduites de rupture sont différentes chez les garçons et les filles.

Nous serons particulièrement vigilants s'il y a :

- une précocité de ces signes, avant 15 ans
- un cumul de ces signes
- l'intensité des ruptures
- la répétition des conduites
- l'inversion de sexe : par exemple des garçons qui se scarifient et des filles qui sont violentes physiquement.

De ces cinq paramètres de gravité, les plus déterminants et à haut risque pour les jeunes sont le cumul et l'inversion des sexes.

A partir de ce constat, il y a lieu de faire part au sujet et à ses proches de l'inquiétude que suscite son comportement, et de l'orienter vers le professionnel (Assistante sociale, Conseiller Principal Education, Infirmière, Médecin) de l'établissement qui, à son tour, l'orientera s'il le faut vers les dispositifs d'accompagnement et de soins adjacents à l'école.

Comment prendre en compte la souffrance psychique des élèves ? Quelles sont les pratiques mises en place dans les établissements scolaires ?

Le chef d'établissement a un rôle essentiel pour la prise en compte de la souffrance psychique des jeunes, de part les actions qu'il facilite et le réseau qu'il suscite à l'intérieur et à l'extérieur de son établissement.

Son action, en s'appuyant sur le projet d'établissement, porte sur différents champs et s'envisage tant sur le plan individuel que collectif .

Son rôle est de :

1. Créer un espace de vie collective où se côtoient la bienveillance (chacun se sent reconnu et trouve sa place) et la fermeté (respect des règles de la vie en communauté).
2. Favoriser un accès facile et confidentiel au lieu de permanence des personnels médico-sociaux.
3. Donner aux équipes éducatives les moyens de repérer les élèves en souffrance. Des formations sont proposées en interne, formations mises en place dans le cadre de la formation initiale et continue des personnels : analyse de la pratique professionnelle, des formations pour aider au repérage des signes de mal-être chez l'adolescent, formation des personnels à l'écoute, des accompagnements d'équipe en établissement...
4. Mettre en lien les différents personnels de la communauté éducative pour favoriser l'implication et le travail de toute l'équipe, ou chacun apporte ses compétences propres dans le respect de la confidentialité et du secret professionnel.
Une commission est mise en place, appelée commission de suivi ou équipe relais, équipe d'adultes tuteurs ... Cette commission peut se réunir une fois par semaine ou quinzaine. Elle permet d'exposer la situation d'un élève en difficulté, de croiser les regards et les compétences, afin d'adopter une stratégie d'accompagnement pour l'élève avec l'aide d'un adulte référent.
5. Impulser dans le cadre du Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté, une politique d'éducation à la santé et à la citoyenneté qui s'inscrit dans une logique de projet et une démarche participative.
Les actions du Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté sont intégrées au projet d'établissement.

Le chef d'établissement, responsable de ce dispositif légal et souple, s'appuie sur la mobilisation et le volontariat de la communauté éducative : les enseignants, le CPE, l'AS, l'IDE, le médecin, les personnels administratifs, les parents, les élèves. Le chef d'établissement s'appuie également sur les ressources du partenariat local tels que les collectivités locales, les services de la justice de Jeunesse et Sport, les associations agréées...

Les actions en accord avec les directives ministérielles, qui nous ont été rappelées lors des premières rencontres de l'Education Nationale pour la santé du 28 novembre 2006 à la Sorbonne portent sur 4 priorités :

1. La prévention des addictions :

L'objectif est de développer chez les élèves des compétences leur permettant de faire des choix responsables, de leur permettre une réflexion critique sur les idées reçues, l'influence du groupe, les pressions sociales, en leur donnant des connaissances nécessaires sur les risques liés à la consommation de produits psycho-actifs, sur les lois. D'empêcher ou de retarder les consommations et de donner les moyens aux élèves de demander de l'aide pour eux et pour les autres.

2. L'éducation à la sexualité :

La finalité des séquences éducatives est de faire connaître aux élèves les dimensions relationnelles juridiques et sociales de la sexualité, accompagner leur réflexion sur les relations fille / garçon, le rapport à l'autre, les règles de vie en commun, le sens et le respect de la loi, en donnant aux élèves des informations objectives, des connaissances susceptibles de répondre à leurs interrogations, leur donner la possibilité de confronter leur représentations et d'en débattre.

Donner des informations sur les structures d'accueil pour faire face à des situations individuelles (grossesse précoce, prise de risque, sida, IST...).

3. L'éducation nutritionnelle :

Elle doit permettre aux élèves de faire des choix éclairés en développant leur esprit critique face aux offres alimentaires, aux modes, aux médias, en leur apportant des connaissances validées, mais aussi en tenant compte de l'environnement familial, social, culturel et économique.

4. L'apprentissage des gestes de premiers secours :

Le but de cet apprentissage tout au long de la scolarité est de rendre plus efficace le premier maillon de la chaîne de secours en favorisant les attitudes de responsabilité, d'entraide, d'écoute, d'ouverture aux autres, afin que le jeune adopte des comportements civiques et solidaires.

La finalité des actions du Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté est de permettre aux élèves d'opérer progressivement des choix raisonnés et de mettre en œuvre des comportements responsables, en mobilisant leurs ressources personnelles, relationnelles et sociales ainsi que de leur donner les moyens de demander de l'aide pour eux ou pour les autres.

A travers tous les échanges organisés dans ce cadre se développe chez chacun des acteurs, élèves comme adultes, des compétences dans le domaine relationnel, une réelle écoute dans le respect de l'autre et une meilleure communication.

A l'université :

A l'université existe une alternative de prise en charge pour les étudiants en souffrance psychique par la proposition d'activités de groupe : sophrologie/relaxation, gestion du stress et affirmation de soi, groupe de paroles sur les troubles du comportement alimentaire, des cours de formation aux premiers secours. De plus, une permanence téléphonique est ouverte chaque jour au personnel, enseignants et étudiants. Une équipe spécialisée écoute, conseille et oriente.

AUTRES PROGRAMMES

Dans chaque académie, il existe des programmes qui concourent au développement harmonieux de l'enfant.

Exemples :

Programme PARLER dans l'académie de Grenoble qui vise au renforcement des compétences langagières et de communication (6 écoles de quartiers défavorisés pour une tranche d'âge de 5 à 9 ans)

Programme nutrition et bien-être dans l'académie de Lyon : sont concernés 7 sites, pour cette formation/action dont l'objectif est de développer en milieu scolaire et extra-scolaire les actions de promotion de l'équilibre alimentaire en respectant les cultures et les modes de vie des familles.

Par ailleurs plusieurs médecins de l'Education Nationale ont bénéficié d'une formation nationale.

Conclusion

Pour pleinement contribuer à sa mission de prévention, l'EN a en charge pour ses professionnels de poursuivre l'effort de formation, de soutenir en interne la communication transdisciplinaire et de développer la participation des établissements scolaires aux réseaux d'aide et soutien afin de contribuer le plus efficacement possible à l'indispensable prévention des souffrances psychiques.

Présentation de la PJJ

La Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) dépend du Ministère de la Justice. La mission de cette administration consiste à prendre en charge, sur le plan éducatif, les mineurs et les jeunes majeurs qui font l'objet d'une procédure judiciaire. Celle-ci peut-être engagée au civil, au titre de l'enfance en danger (Article 375 du Code Civil) ou au pénal, au titre de l'enfance délinquante (Ordonnance de 1945).

Pour remplir sa mission, la PJJ dispose d'un service public déconcentré qui assure, d'une part, la prise en charge directe des jeunes et, qui d'autre part, gère un secteur associatif habilité justice. Ces services associatifs sont, par ailleurs, souvent autorisés conjointement avec les Conseils Généraux.

Les services peuvent être saisis pour des actions courtes (investigation, orientation, réparation...) allant de deux semaines à trois mois ou pour des peines ou des actions éducatives plus longues allant de quelques mois à plusieurs années.

En ce qui nous concerne localement, la Direction Régionale de la PJJ collabore avec 2 régions administratives (Rhône-Alpes, Auvergne), 3 rectorats (Clermont-Ferrand, Lyon, Grenoble), 5 cours d'appel, 18 tribunaux pour enfants, 7 quartiers d'incarcération des mineurs. Elle compte 12 directions départementales.

Pour répondre à la mission, nous disposons de 4 types de structures :

1. Des services ou unités d'actions éducatives auprès des tribunaux (1 SEAT et 3 UEAT)
2. Des consultations ou des unités d'actions éducatives en milieu ouvert, qui assurent également une permanence auprès des tribunaux. (20 CAE et 15 UEMO rattachées) (Environ 6000 jeunes suivis en instantané).
3. Des Unités éducatives d'activités de jour et d'insertion, (10 UEAJ)
4. Des hébergements : des foyers d'action éducative (FAE), des Centres de Placement Immédiat (CPI), des Centre Educatifs Renforcés (CER), des Centre Educatifs Fermés (CEF), des hébergements diversifiés, des familles d'accueil, des personnes dignes de confiance. (12 Unités d'hébergement. Une capacité d'accueil de 130 jeunes en simultané, à titre indicatif en 2003, cela a représenté 707 jeunes sur l'année).

Le secteur associatif habilité est quant à lui représenté par 252 établissements et services (c'est le plus important sur le territoire national toutes régions comparées), 15 CER, 3 CEF, des familles d'accueil, des lieux de vie et des personnes dignes de confiance.

Présentation du public :

Qui sont donc ces jeunes ?

Pour vous les présenter, je vais me référer à 2 enquêtes épidémiologiques spécifiques conduites par l'INSERM au sein de la PJJ secteur public en 97 et 2004. En effet, les enquêtes en population générale ne permettent pas de dresser un portrait de ces jeunes pour cause de représentation trop faible.

Ces enquêtes ont été commandées par la PJJ et conduites par l'INSERM (notamment par Marie Choquet) sur un échantillon de 1000 jeunes de 14 à 20 ans. Service public, hors investigation, dans les centres de jour, les MO et hébergement.

Le même questionnaire a été utilisé à l'Education Nationale, ce qui permet des comparaisons, comme nous le verrons sur certains tableaux.

L'objet de l'étude était "La santé sociale, physique et mentale" déf. de l'OMS.

Dans ces études, ce ne sont pas les professionnels qui ont été interrogés mais les jeunes eux-mêmes.

Nous avons vu que ces jeunes pouvaient être suivis au civil ou au pénal mais en réalité près de 80% sont suivis au pénal. L'âge varie de 10 à 21 ans.

Cependant les enquêtes ont été conduites chez des jeunes de 14 à 20 ans. En effet, au delà les échantillons étaient trop faibles pour être utilisables.

Dans ce cadre l'âge moyen est de 17,4 ans et notre public est plutôt masculin : 5 garçons pour 1 fille.

La famille

Les conditions d'existence en famille présentent des caractéristiques qui sont différentes de celles rencontrées en population générale.

50% d'entre eux ont des parents mariés ou vivant ensemble. C'est classique.

Par contre, 34% ont des parents séparés ou divorcés contre 12% en population générale.

Un peu plus de 1/10 ont un ou deux parents décédés avec une augmentation du phénomène entre 97 et 2004.

Ils vivent généralement dans des familles nombreuses, 56% sont issus de familles comptant 4 enfants et plus. (13% en population générale). Ils vivent principalement en ville, 13% d'entre eux seulement sont des ruraux.

Où vivent-ils ?

	garçons	filles
vivre avec les deux parents	44%	24%
vivre avec un parent	30%	30%
vivre en foyer	16%	33%

Comment jugent-ils les relations familiales ?

	garçons	filles
plutôt bonne (s)	46%	30%
plutôt mauvaise (s)	9%	26%
inexistante (s)	17%	

Situation professionnelle des parents ?

L'activité n'est pas toujours connue, beaucoup de ceux qui ne répondent pas, sont dans une situation de dissociation et ne connaissent pas la profession du parent absent.

En considérant le statut professionnel des deux parents simultanément, la moitié de ceux qui répondent sont dans une situation classique. On notera que depuis 97 le taux de chômage a un peu diminué tandis que les parents en invalidité, préretraite et retraite augmentent en nombre.

Leur Statut

Si nous avons toujours un taux important de non scolaire (56%), il y a eu des changements depuis 97, avec en particulier moins de jeunes déscolarisés avant l'âge de 16 ans. L'âge moyen du décrochage se situe à 15,3 ans chez les garçons et 15,9 ans pour les filles. Bien-sûr ce n'est qu'une moyenne et nous voyons dans nos services des jeunes de 13 ans qui ne fréquentent plus l'école parfois depuis 1 ou 2 ans.

Les garçons sont plus souvent renvoyés de l'école avec des passages devant le conseil de discipline tandis que les filles ont un peu plus d'absences injustifiées. Comparés à une population générale les jeunes scolarisés se caractérisent par un fort retard et une mauvaise intégration scolaire.

Le niveau scolaire moyen observé se situe au niveau de la 5ème, voire pour les plus faibles au niveau de la primaire, souvent avec un parcours en éducation spécialisée (IR, CLIS, SEGPA, classes relais...).

Que font les "non-scolaires" ?

A retenir les stages (convention EN, convention PJJ, stages découvertes) avec un objectif : les conduire vers les services d'insertion de droit commun.

Leurs interlocuteurs :

Il leur avait été demandé de désigner dans une liste, l'interlocuteur privilégié en fonction du sujet de conversation.

Pour ce qui est des affaires sentimentales ce n'est pas une surprise, ils parlent surtout avec les copains.

Pour 96% des garçons et 98% des filles. Ce qui n'empêche pas qu'ils se sentent seuls.

Pour ce qui est des autres sujets voir les tableaux pages 18 et 20.

Mettre en évidence la préférence des garçons pour les parents (Ils vivent, d'ailleurs, plus souvent avec eux que les filles)

Les filles préfèrent parler aux éducateurs.

Parlent santé avec les parents et professionnels, avec les éducateurs.

Avec le temps les jeunes font de plus en plus confiance aux éducateurs.

Il n'empêche que beaucoup de jeunes ne parlent ni aux parents ni aux éducateurs...

Et cela n'a pas changé depuis 97.

Leur santé

Je ne vais pas ici vous faire une présentation exhaustive mais m'attacher à ce qui nous réunit ce jour : la souffrance psychique.

- La symptomatologie dépressive a été étudiée. Voyez ce que cela donne sur le premier item, le sommeil. C'est effectivement un sujet récurrent de plainte chez ces jeunes.

Par contre dans le tableau récapitulatif un changement est apparu depuis 97. Nous avons toujours eu une symptomatologie dépressive bien plus faible chez les garçons que chez les filles. Ce qui nous frappe maintenant très clairement c'est de voir que les jeunes PJJ sont désormais moins dépressifs, selon ces critères là, que les autres, mais par contre sont plus dans le passage à l'acte. Le passage à l'acte pouvant signifier une dépression sous jacente d'une autre manière.

- Les fugues.

Les comportements d'éviction par rapport aux problèmes rencontrés sont massifs à la PJJ.

Prenons maintenant en compte les extraits des enquêtes INSERM 97 et 2004 désignés par Marie Choquet. Enquête menée spécifiquement sur la santé globale (physique, psychique et sociale) d'adolescents et de jeunes accueillis au sein des services de la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

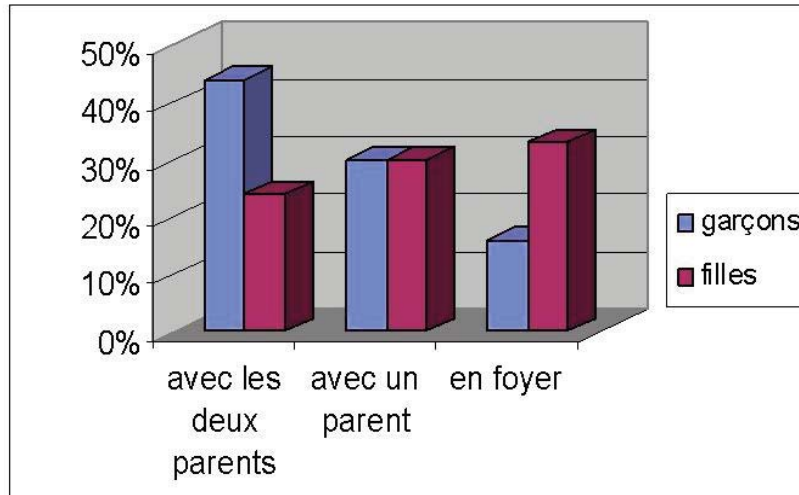
LES PRATIQUES AUTOUR DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES JEUNES

**LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA
JEUNESSE**

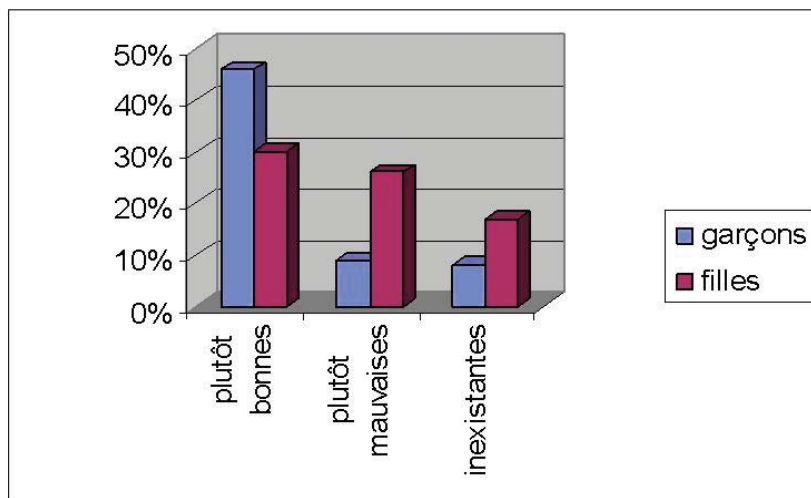
**Adolescents (14-20 ans) de la
Protection Judiciaire de la Jeunesse
et leur santé**

**Enquête INSERM 1997, 2004
Extraits**

Où vivent-ils ?



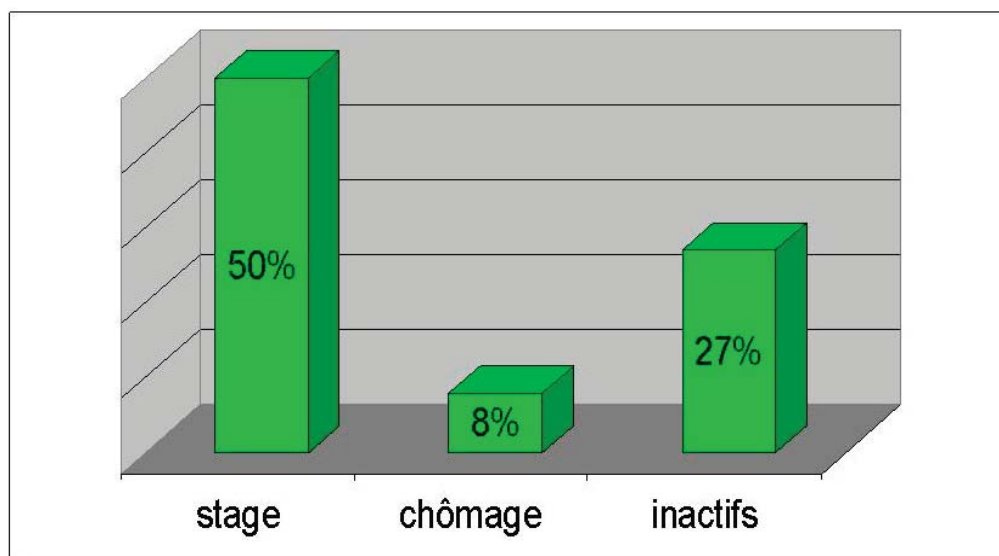
Comment jugent-ils les relations familiales ?



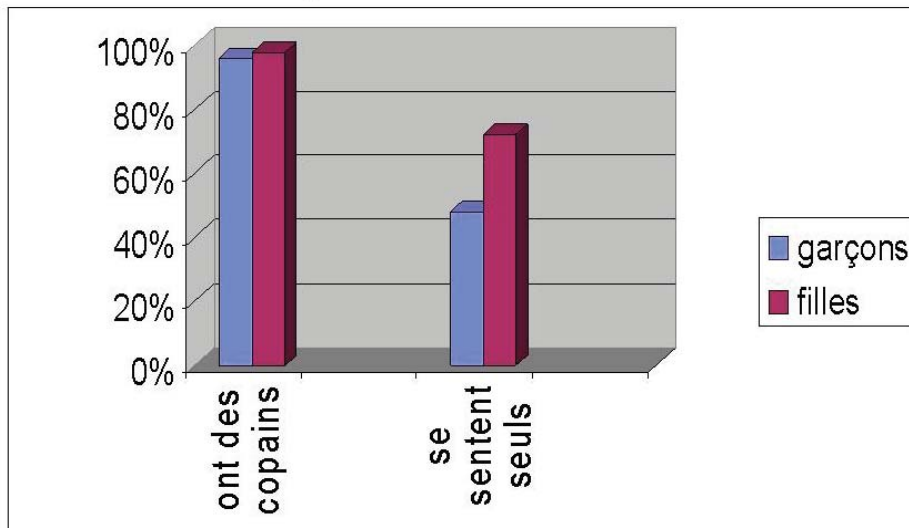
Leur statut
56 % ne sont pas scolarisés.

- Age moyen du décrochage :
 - 15,3 ans chez les garçons
 - 15,9 ans chez les filles
- Garçons : renvois scolaires, conseils de discipline
- Filles : absences injustifiées
- Niveau moyen : 5^{ème}

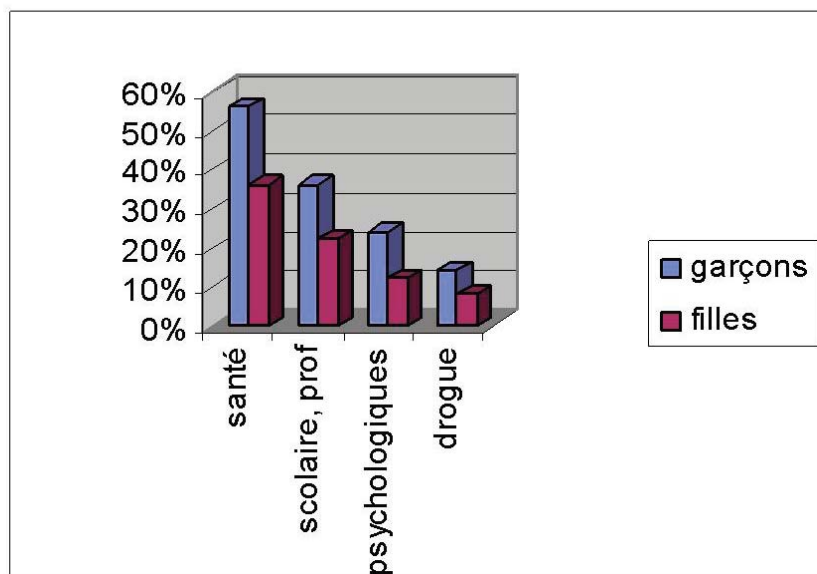
Que font les non-scolaires ?



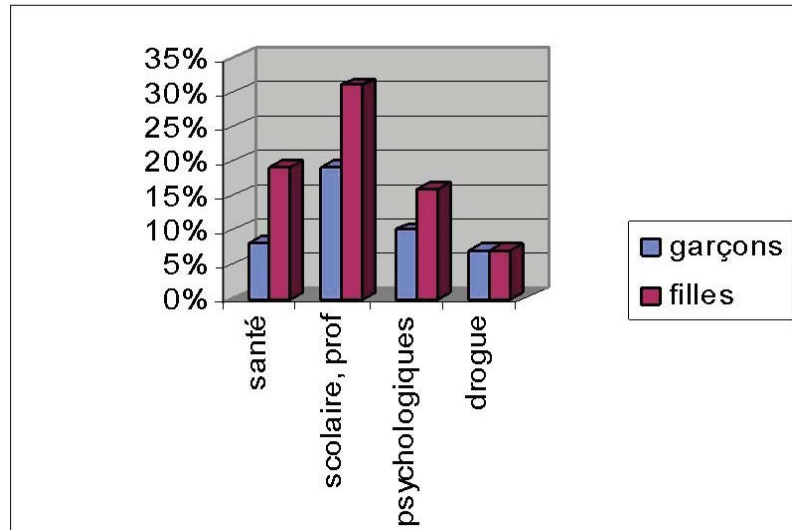
Leurs interlocuteurs Pour les problèmes sentimentaux, les copains d'abord...



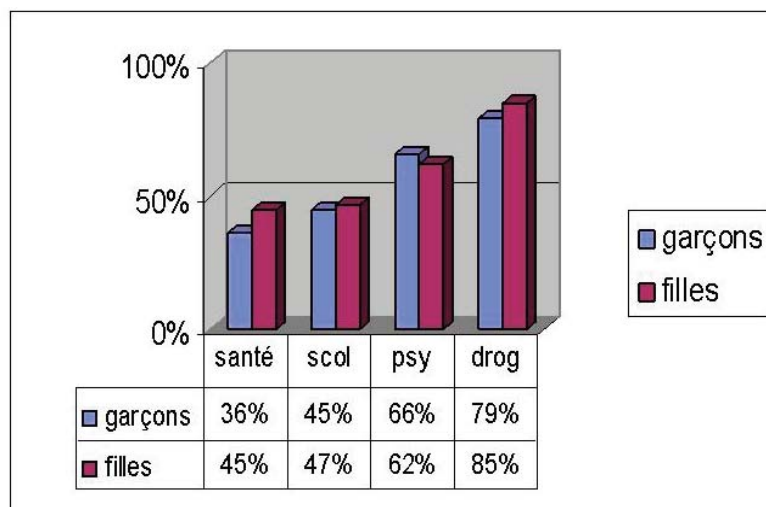
Les parents



Les éducateurs



Ni les parents, ni les éducateurs....



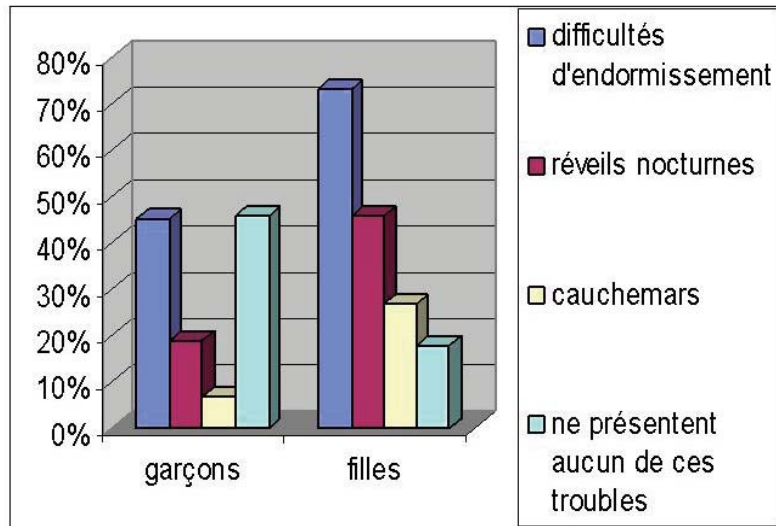
86% s'estiment bien portants,
pourtant.....

Symptomatologie dépressive

(ont été interrogés sur les symptômes suivants)

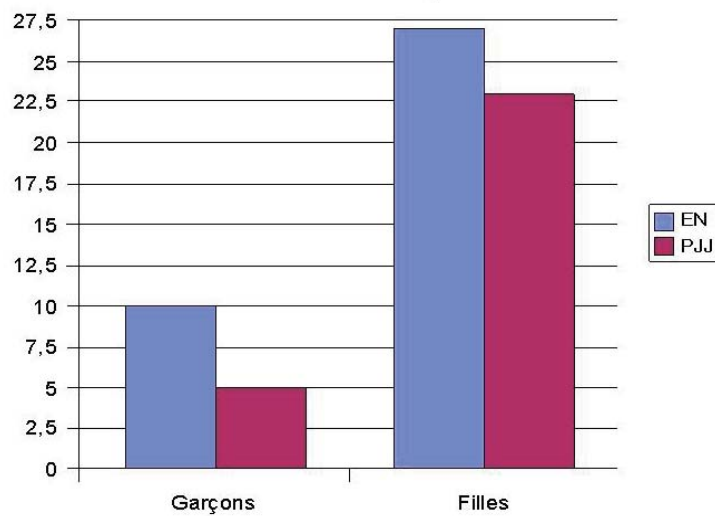
- Les troubles du sommeil
- le mal de tête
- les douleurs digestives
- les nausées
- le mal de dos
- le sentiment de déprime
- le désespoir face à l'avenir

Sommeil



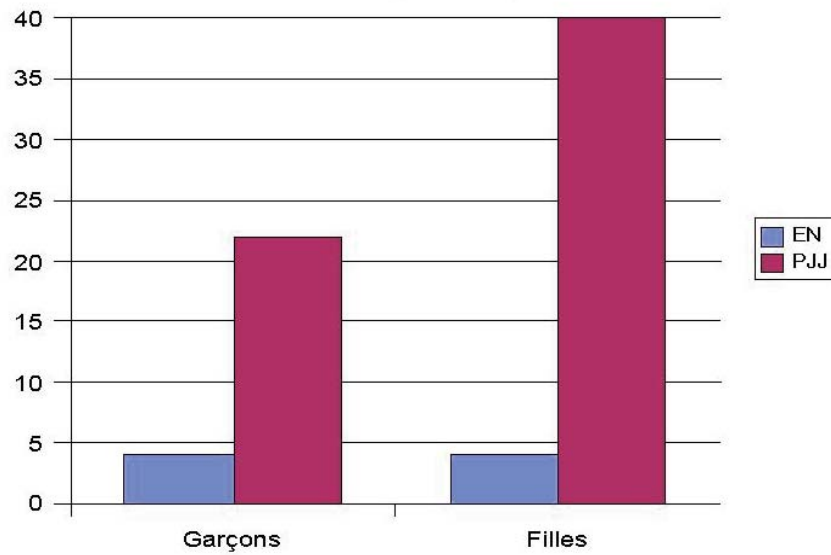
Symptomatologie dépressive

Tableau récapitulatif



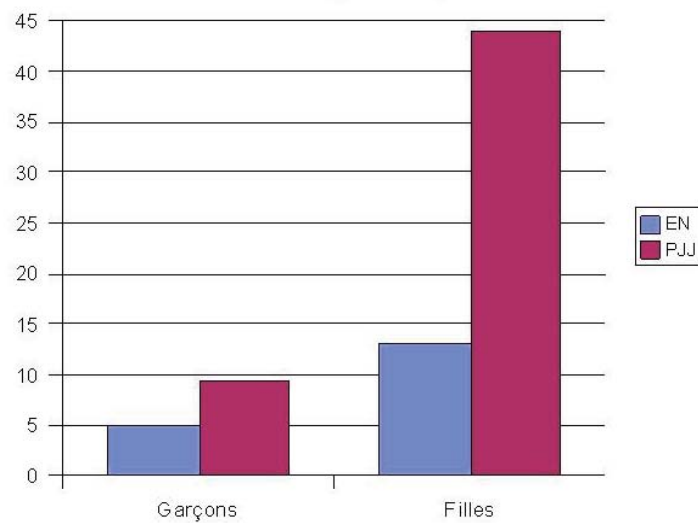
Fugues

Titre principal

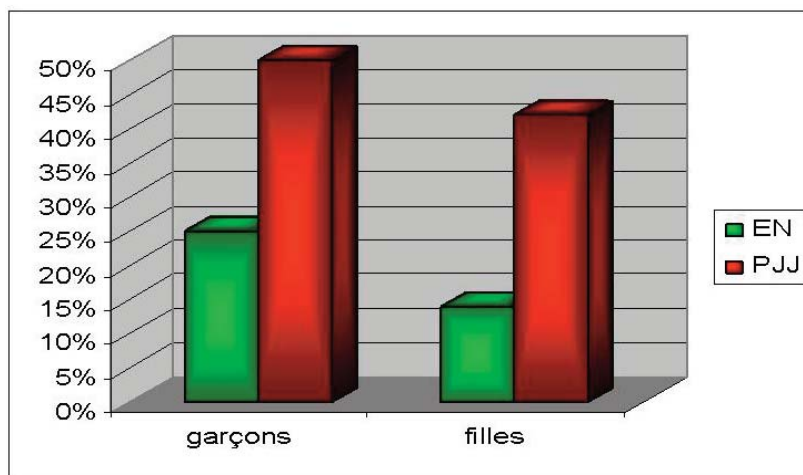


Tentatives de suicide

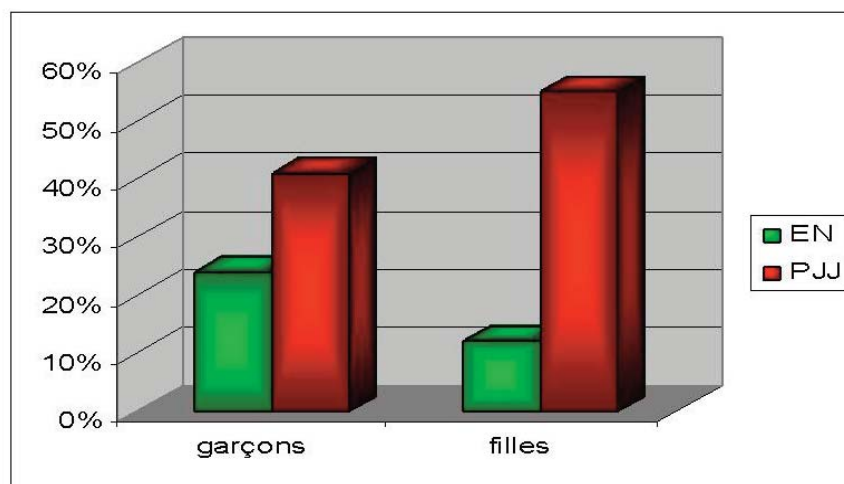
Titre principal



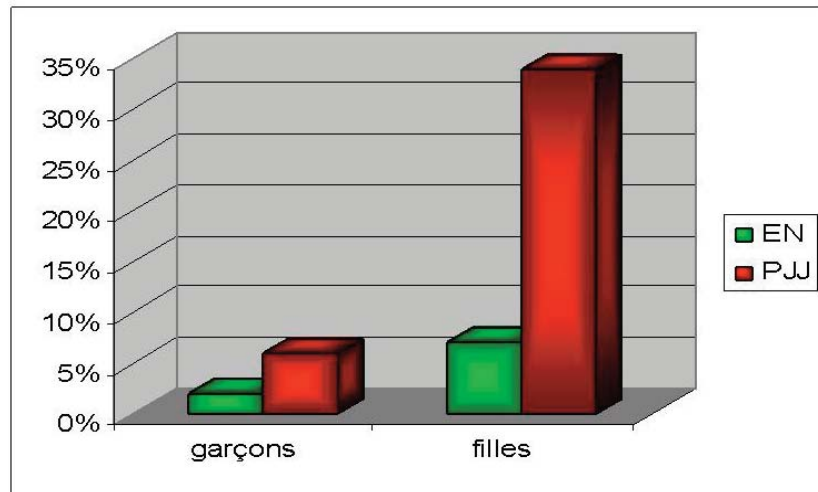
Les conduites violentes dans l'année (moyennes)



Victimes de violences physiques durant leur vie



Victimes de violences sexuelles durant leur vie



UN RESEAU D'ADULTES RELAIS AUTOUR DES STRUCTURES « SANTE JEUNES » A VALENCE (Drôme)

Intervention de Fabienne MOULON - Relais Oxygène, ville de Valence

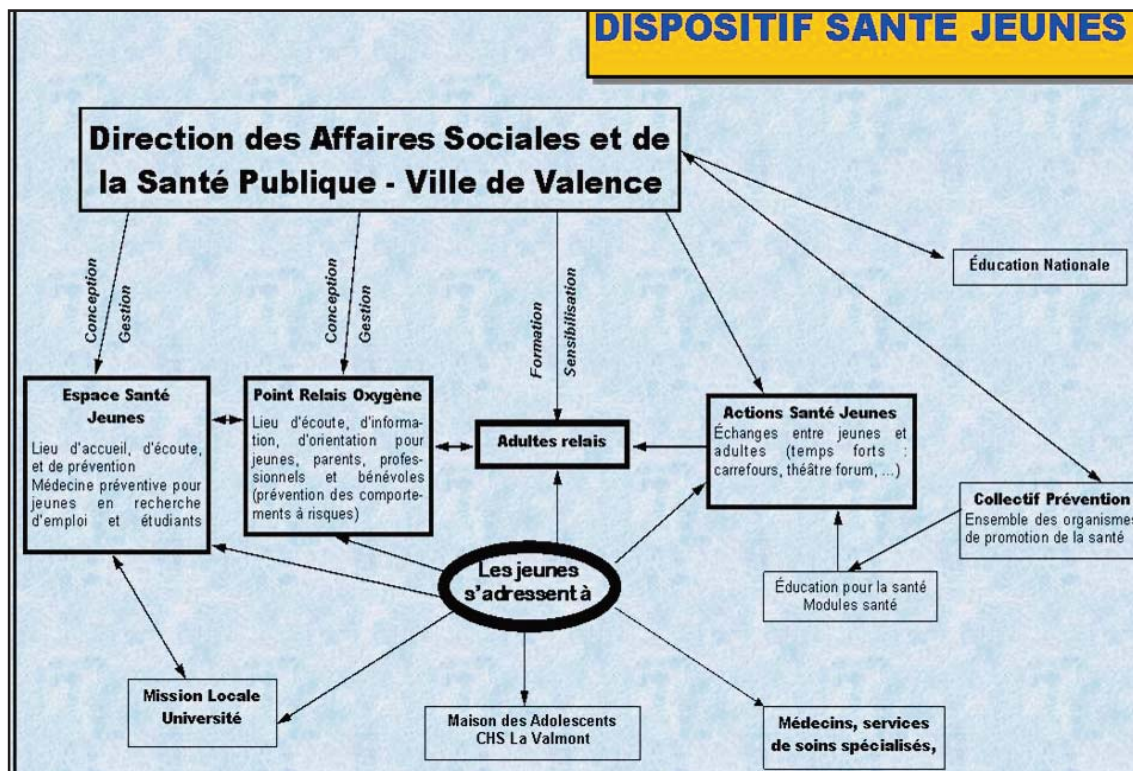
- Histoire - Contexte - Partenariat
- Quelques dates
- Le dispositif Santé Jeunes
- Le Point Relais Oxygène
- Le dispositif d'Adultes Relais

HISTOIRE- CONTEXTE PARTENARIAT

- Valence: **65 000 habitants**
5 quartiers sensibles
agglomération: 120 000 habitants
- **Dès 1980:** - Mission Locale
 - Contrat de ville
 - CCPD
 - Collectif prévention
 - Et une politique de santé publique

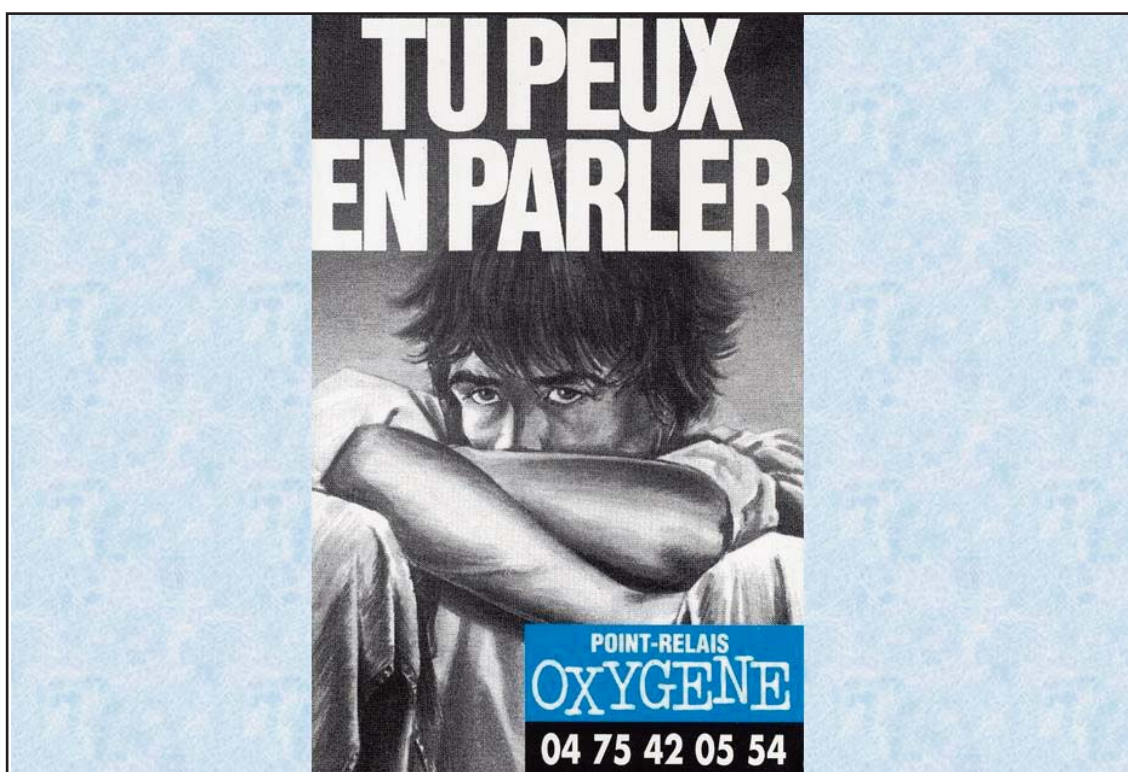
QUELQUES DATES

- **1985**: création groupe de travail prévention des toxicomanies au sein du CCPD
- **1985**: enquête sur les besoins de santé des jeunes en recherche d'emploi
- **1986**: **premier cycle de formation d'Adultes Relais**
- **1986**: premiers bilans de santé pour les jeunes Mission Locale
- **1987**: premiers modules Santé pour le public des Missions Locales
- **1988**: **création du Point Relais Oxygène**
- **1990**: Schéma Université 2000 à Valence
- **1993**: **création de l'Espace Santé Jeunes**
- **Et depuis toutes ces années de 1983 à 2006 : nombreuses actions Santé Jeunes**



POINT RELAIS OXYGENE 18 ans en 2006

- **Lieu d'écoute** pour jeunes, parents, professionnels ou bénévoles
- Deux **psychologues** à 80%
- **Trois sites** sur l'agglomération
- Des **entretiens** (permanences ou rendez-vous) plus de 2000 en 2004
- Des **interventions de terrain** (groupe de jeunes, de parents, de professionnels)
- **Participation à l'animation** du réseau d'adultes relais et aux activités « santé jeunes »



ADULTE RELAIS : DEFINITION

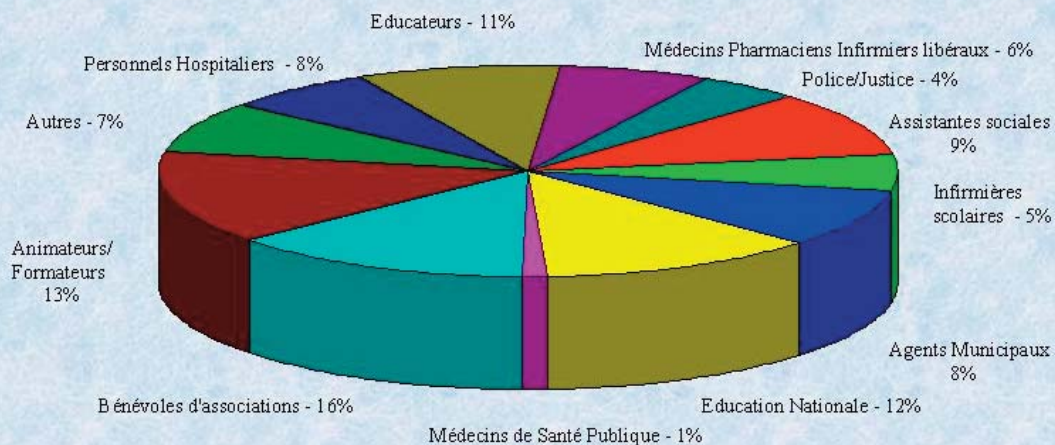
- **Concept** : Education Nationale, il y a plus de 30 ans.
- **"Adulte de confiance"** *Françoise DOLTO*
"Paroles pour adolescents"
- **Adulte motivé**, qui s'intéresse aux problèmes des adolescents et souhaite jouer auprès d'eux un rôle de soutien, d'accompagnement et d'orientation si nécessaire.
- **Adulte qui se forme** et s'interroge sur les problématiques des jeunes et souhaite travailler dans un esprit de citoyenneté au sein d'un réseau.
- **Adulte "relais"** pour un jeune, ses parents, sa famille, son institution, son quartier et l'ensemble du réseau.

PUBLICS CONCERNES

Tous les adultes relais qui, pour des raisons professionnelles, associatives ou autres, sont en contact avec des jeunes :

- les travailleurs sociaux
- les enseignants, équipes éducatives, parents d'élèves
- les personnels municipaux, de l'OPHLM
- les animateurs sportifs
- les médecins, infirmiers, pharmaciens et autres professions médico-sociales
- les professionnels des milieux judiciaires et policiers
- les comités de quartier, associations diverses
- et autres personnes bénévoles et motivées

PLUS DE 500 ADULTES RELAIS FORMES DONT 350 TOUJOURS EN EXERCICE



FORMATION D'ADULTES RELAIS **OBJECTIF PRINCIPAL**

- **Renforcer les capacités d'écoute, de dialogue et d'orientation des adultes (interlocuteurs naturels des jeunes) dans le cadre de la prévention primaire des conduites à risques.**

OBJECTIFS SECONDAIRES

- **Apport de connaissances** dans un esprit de **multidisciplinarité**
- **Réflexion personnelle et collective** sur l'adolescence, les conduites à risques, les toxiques, les dépendances, ...
- **Echanges** sur les pratiques professionnelles
- **Décloisonnement** institutionnel
- Constitution d'un **réseau**
- **Facteur démultiplicateur** pour actions de terrain auprès des jeunes et des familles

FORMATION D'ADULTES RELAIS

- **7 jours de formation** répartis sur 3 mois
- **20 stagiaires** adultes motivés
- **engagement personnel**
- **25 intervenants**
- **thématiques** autour des problématiques de l'adolescence et des conduites à risques.
- **temps d'échanges** avec intervenants mais beaucoup entre participants

ANIMATION DU RESEAU **D'ADULTES RELAIS**

- **Permanences** au Point Relais Oxygène (rencontres individuelles)
- **Réunions mensuelles** au Point Relais Oxygène : nouvel outil, nouvelle association, analyse de situations...
- **Réunions trimestrielles**: plus de 60 conférences-débats depuis le début du dispositif, 150 à 300 personnes par conférence
- **Colloques** tous les deux ans environ
- **Bulletin de liaison** "La Ficelle"
- **Implication dans les animations** Santé

EVALUATION DU RESEAU

- **1991** : Evaluation par le CAREPS (questionnaires + entretiens)
- **1998/1999** : Evaluation par un ingénieur stagiaire Cadre de Vie (Mathilde Chabot) durant 7 mois.
(questionnaires, entretiens, participation aux rencontres, ...)

RESULTATS:

- un **réseau vivant d'adultes s'impliquant** dans des actions secondaires auprès des jeunes et des familles au niveau individuel ou collectif et qui s'interpellent régulièrement
- une **liste d'attente** importante d'adultes intéressés par le stage
- souhait de **développer l'interconnexion** dans le réseau (fichier, internet, bulletin)
- **projet d'une rencontre** spécifique "adultes relais" sur une journée (travail en ateliers ?...)

en conclusion

- **Point Relais Oxygène: 18 ans d'existence**
- **Une structure au sein d'un réseau** d'Adultes Relais, de professionnels, de l'Espace Santé Jeunes
- Rattaché à la Direction des Affaires Sociales et de la Santé Publique de la ville de Valence
- Impliqué dans une politique globale de développement social avec de nombreux partenaires : l'Etat, le Conseil Régional, le Conseil Général, la Fondation de France.

Les pratiques autour de la souffrance psychique des jeunes

Pratiques cliniques dans les P.A.E.J. du Grand Lyon

Delphine ZENI, psychologue clinicienne,
Point Écoute Jeunes de Villeurbanne

Anne SECOND POZO, psychologue clinicienne,
Point Écoute Parents - Centre Bergeret - Lyon

Pratiques cliniques dans les P.A.E.J. du Grand Lyon

Origine

(Circulaire DGS-DGAS n°
2002/145 du 12 mars) PAEJ

1^{ère} circulaire ministérielle
(Point d'accueil)

1996

pas de
structures type
de prévention,
uniquement des
initiatives
locales

2^{ème} circulaire
(Point Ecoute
parents / jeunes)

1997

Évolution : l'écoute des jeunes et la prise en compte de leur
souffrance et de leur difficulté fait évoluer les pratiques vers
une prise en charge plus globale

2002

Pratiques cliniques dans les P.A.E.J. du Grand Lyon

Définition des P.A.E.J. (Circulaire DGS-DGAS n° 2002/145 du 12 mars 2002) :

- s'adresse aux jeunes de 10 à 25 ans et à leurs parents
- fonction préventive d'accueil, d'écoute, de soutien et de sensibilisation
- fonction de médiation avec les membres de la famille et d'autres organismes
- structure de proximité
- ne se substitue pas aux dispositifs de droit commun

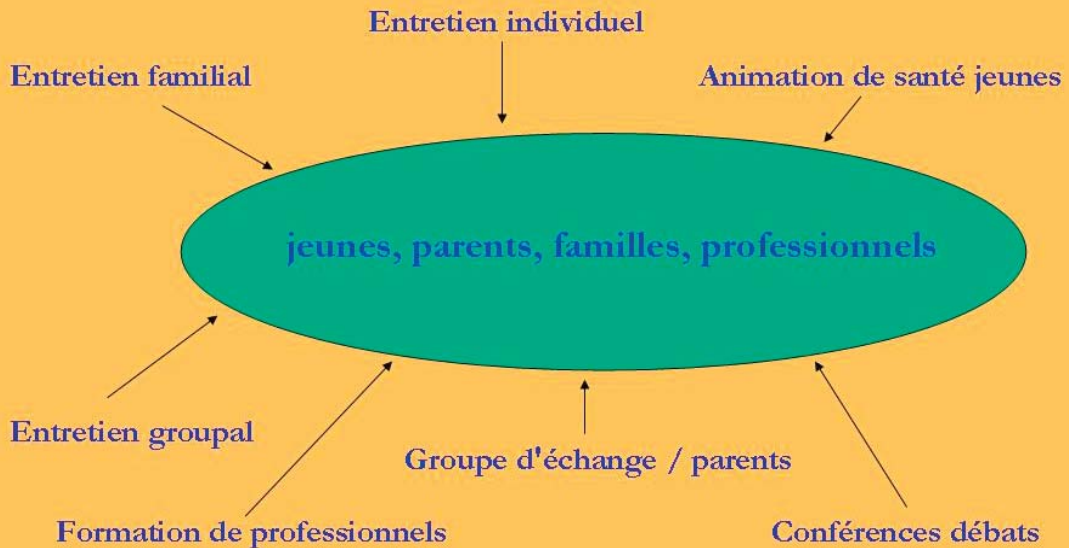
Pratiques cliniques dans les P.A.E.J. du Grand Lyon

Objectifs principaux d'un Point Écoute :

- prévenir les conduites à risques à l'adolescence et prendre en compte le mal-être des jeunes :
 - accueillir, soutenir, orienter vers les structures de soins
 - soutenir les professionnels accompagnant les jeunes en difficulté
- soutenir la fonction parentale
- prévenir les ruptures de communication parents /enfants
- développer un partenariat, créer un réseau de professionnels

Pratiques cliniques dans les P.A.E.J. du Grand Lyon

Modalités d'action



Pratiques cliniques dans les P.A.E.J. du Grand Lyon

Cadre clinique

Consultation :

- gratuité
- anonymat possible
- assurée par des psychologues cliniciens
- rythme variable
- prise en charge à court ou moyen terme
- relance possible
- lien avec les prescripteurs
- maintien du suivi après orientation

Présentation synthétique de l'UREPERA: Union Régionale des Ecoles des Parents et des Educateurs en Rhône-Alpes

- Association régie par la loi 1901
- Créée en 1983
- Rassemble les Ecoles des Parents et des Educateurs de 7 départements de la région Rhône-Alpes ainsi qu'une structure associée en Savoie
- Affiliée à la Fédération Nationale des Ecoles des Parents et des Educateurs (FNEPE) qui est reconnue d'utilité publique et agréée d'Education Populaire par le Ministère de Jeunesse et Sports
- A pour objectif général de soutenir, favoriser et accompagner le développement des EPE départementales, dans le respect de la Charte proposée par la FNEPE

Présentation synthétique des Ecoles des Parents et des Educateurs (EPE)

- Associations régies par la loi 1901
- Implantées sur une quarantaine de départements français
- Indépendantes de toute organisation politique, confessionnelle ou syndicale
- Affiliées à la Fédération Nationale des Ecoles des Parents et des Educateurs (FNEPE) et agréées par le Ministère de l'Éducation Nationale comme «association complémentaire de l'Enseignement Public»

Les objectifs généraux des EPE :

- Rendre acteurs de leur vie les parents et les jeunes, en renforçant leurs ressources propres et leur confiance en eux, quelle que soit leur situation sociale et professionnelle ;
- Accompagner les parents dans leur réflexion sur l'éducation des enfants et des adolescents ;
- Favoriser le dialogue dans le groupe familial, prévenir les situations de rupture ;
- Participer à la formation des professionnels confrontés aux mutations complexes et profondes du groupe familial et de son environnement.

Les activités des EPE :

- Des services téléphoniques pour les jeunes, parents et professionnels ;
- Des consultations (psychologiques, de conseil conjugal et familial, de médiation familiale) ;
- Des animations-débats : ce sont les conférences suivies d'un débat avec la salle ;
- Des groupes de parole de parents ainsi que de jeunes ;
- De la formation et de l'analyse de pratique pour les professionnels ;
- De l'animation de lieux diversifiés : lieux d'accueil Parents-Enfants, Café des parents, lieux labellisés Point Accueil Écoute Jeunes...
- Des études – recherche sur les thématiques sociales et familiales traversant la société moderne ;
- De l'expertise – conseil au service d'acteurs institutionnels.

L'intervention des EPE en faveur de la santé psychique des jeunes

Motif de l'intervention des EPE :

Le constat a été réalisé par la plupart des EPE que les jeunes manquent de lieux intermédiaires proposant un accompagnement souple.

Par ailleurs, les parents reçus dans les EPE se sont faits les porte-parole de la souffrance de leurs jeunes (soit directement soit en exprimant leurs propres difficultés).

L'objectif général : Prévenir le mal-être global des enfants et des jeunes de 12 à 25 ans.

Les objectifs intermédiaires :

- a - Promouvoir une appréhension globale du jeune.
- b - Aider les jeunes à devenir acteurs de leur santé physique et psychique (nutrition, connaissance des risques, prévention, accès aux soins...).
- c - Favoriser la parole des jeunes.
- d - S'inscrire en tant que relais auprès des jeunes pour les problématiques de leur quotidien : relations affectives et familiales, conduites à risque, scolarité, insertion sociale et professionnelle...

Présentation du public accueilli :

Jeunes en mal-être global, présentant des fragilités particulières ou des signes précurseurs d'un mal-être :

- Fragilité psychique
- Conflits / rupture familiale
- Echec scolaire / rupture scolaire
- Situation affective précaire
- Situation socio-économique précaire / chômage

Types de symptômes présentés : perte de l'estime de soi, dépression, maladies non soignées, conduites à risque, agressivité / violence.

En terme de caractéristiques, la majorité des jeunes accompagnés sont des filles.

Plus de 2/3 des jeunes sont mineurs
Plus de 80% des jeunes sont scolarisés
Plus de 60% vivent chez leurs parents

Les sujets abordés par les jeunes :

- Relations familiales : conflits familiaux, relations frères et sœurs, difficulté à se situer dans la recomposition familiale
- Relations sociales : les copains, les bandes, l'influence des autres jeunes, respect de l'autre et de sa différence
- Scolarité : l'échec scolaire, difficultés d'orientation, exigences parentales, le rapport à l'autorité
- Santé : dépression et estime de soi, idées suicidaires, insomnies, boulimie, les conduites addictives, conduites à risque
- Difficultés personnelles : inhibition, timidité, tic-toc, perte d'un proche
- Violences verbales et physiques : à l'école et avec d'autres jeunes, intra familiale, maltraitance, violences sexuelles
- Besoin d'information, d'orientation

Exemple : les groupes de parole de jeunes décrocheurs.

Présentation des actions et modalités d'intervention des EPE :

Les actions :

1- Espaces Ecoute Jeunes

- Créés en 1994
- Public : préadolescents, adolescents et jeunes de 11 à 25 ans
- Offrent une permanence téléphonique et un lieu d'accueil : écoute, information, relais
- A partir de 1997, création des EEJ "hors les murs", c'est-à-dire sur les lieux de vie des jeunes : collèges et lycées mais aussi Points d'Accueil, Missions Locales, foyers de jeunes travailleurs, Maisons Familiales et Rurales.

2- Les services téléphoniques

3- Les permanences d'accueil et d'écoute (locaux des EPE, Centres Sociaux, collèges et lycées, Missions Locales)

4- Les consultations individuelles

5- Les animations collectives :

Groupes de parole, groupes d'échange, conférences débats, animations en groupe restreint

Au niveau national, deux services téléphoniques gratuits sont gérés par l'EPE Ile de France :

- Fil Santé Jeunes
- Jeunes Violences Ecoute

Les modalités d'intervention des EPE

Les principes d'intervention partagés par les EPE sont les suivants :

Un accueil généraliste, l'écoute de situations très diverses : il s'agit de décoder la demande en s'appuyant sur le mode relationnel ;

Le respect de la confidentialité du jeune, de la confiance nouée, par l'écoute, la rencontre ;

Donner accès à une information générale, à une orientation ;

Ne pas assurer de prise en charge thérapeutique mais assurer un accompagnement ponctuel et un relais ;

Le travail en réseau : nouer une relation avec des partenaires qui puissent prendre le relais de l'écoute et l'accompagnement des EPE le cas échéant ;

Les actions mises en place font suite à une analyse de la demande et sont construites en collaboration étroite avec le public bénéficiaire et les équipes accueillantes, à partir d'un état des lieux de leurs besoins ;

Les actions des EPE sont guidées par une conception globale de la santé, selon la définition de l'OMS.

Présentation des freins et points forts de l'intervention des EPE :

Les freins

- Difficulté de pérenniser les actions mises en œuvre faute de continuité des financements ;
- Difficulté de répondre à tous les besoins, notamment dans les zones rurales reculées ;
- L'intervention des EPE n'est pas adaptée pour prendre en charge les cas de pathologies lourdes ;

Les points forts

Travail en partenariat étroit à deux niveaux :

- avec les structures publiques et privées intervenant localement auprès des jeunes, dans une dynamique d'information et de relais des jeunes vers ces partenaires lorsque le cas le requiert ;

- avec le «demandeur» : collaboration étroite pour construire l'action, monter le projet, le suivre et l'évaluer ; le demandeur est donc partie prenante de l'action mise en œuvre pour les jeunes (en amont, les EPE n'interviennent que si elles répondent à une demande) ;

Une prise en compte globale du jeune, considérant tous les éléments du contexte familial et social qu'il souhaite aborder ;

Le croisement des différentes actions des EPE auprès du groupe familial dans sa globalité, notamment la relation parents / enfants, adultes / jeunes.

Actuellement, l'ensemble des partenaires de la Savoie réfléchissent à la création d'une maison des adolescents.

Rappel démographique : un département de 350.00 habitants, avec une géographie de vallées.

Origine :

Suite à la mise en place de formations adultes relais dans certaines vallées, en particulier auprès de jeunes saisonniers, un maillage professionnel a débouché sur un groupe de travail sur la santé mentale des jeunes qui a conduit en 2001, à la rédaction d'une "charte d'une politique départementale de promotion de la santé des jeunes" co-signée par l'Etat, le CG 73 et l'Inspection Académique.

Etapas suivantes :

2001 : une cartographie des lieux d'écoute et de soins sur Chambéry et Aix, la Maurienne, la Tarentaise.

- Sur Chambéry, présence d'un PAEJ porté par la Sauvegarde, en partenariat avec le CG et la DDASS travaille actuellement au projet de 2 antennes PAEJ sur les vallées de la Maurienne et de la basse Tarentaise.
- FIL O JEUNES, numéro vert qui propose surtout de l'orientation. Le public collège s'est d'avantage approprié ce numéro d'écoute généraliste porté par le CG, l'IA et la CAF. Il fonctionne de 13 à 17 heures, tous les jours.
- Le PIC, Point Information Cannabis sur Chambéry et Albertville porté par Le Pélican (CCST/CAA RUD).
- A proximité de Chambéry, sur Cognin et la Motte Servolex, un Point Ecoute géré par le CG73, adossé au foyer de l'enfance, DIAPASON, assure deux 1/2 journées d'écoute par semaine aux adolescents.
- Sur Chambéry, RESONANCES intervient pour un public de collégiens de 11 à 15 ans ; les partenaires sont le CG, l'IA et la sauvegarde.
- Le CSA Centre de Santé des Adolescents, antenne du centre hospitalier spécialisé, service des adolescents.
- Le POINT ECOUTE SANTE porté par la commune à Ugine, animé par une infirmière en direction des 16-26 ans.
- Le POINT ECOUTE SANTE porté par la MLJ d'Albertville, dont l'accueillante est une infirmière, et le public surtout celui de la MLJ.
- Sur St Jean de Maurienne, l'hôpital met à disposition du personnel pour une permanence d'écoute pour les jeunes, écoute portée essentiellement sur les problèmes de toxicomanie.
- ECOUILLE, public collège sur Aix les Bains, lieu d'écoute porté par l'IA, le CG et la sauvegarde.

2005-2006 : autour de la réflexion sur une maison des ados en Savoie, le réseau des partenaires se réunit fréquemment et comprend les partenaires : DDASS, les centres hospitaliers général et psychiatrique, l'EN, la PJJ, CG, associations, la Sauvegarde, le pélican, le CCAA, etc... partenaires du soin et de l'éducatif.

L'intérêt de cette situation est le maillage entre les différentes institutions, mais surtout la place importante de l'EN.

Les points forts relevés à ce fonctionnement :

- connaissance et reconnaissance réciproques,
- les acteurs se connaissent bien,
- la population concernée est de faible échelle.

La question de la souffrance psychique des jeunes accueillis dans les Missions Locales de Rhône-Alpes

105 000 JEUNES ont été accueillis dans les Missions Locales en 2005 en Rhône-Alpes
50 Missions Locales - Plus de 300 points d'accueil

1. Besoins identifiés

Emergence du champ de la «souffrance qu'on ne peut plus cacher» dans les Missions Locales (ML)

Les ML proposent un accompagnement à l'insertion sociale et professionnelle aux jeunes 16-25 ans sortis de l'Education Nationale. Elles ont un statut associatif et sont principalement financées par l'Etat et les collectivités territoriales.

Créées progressivement sur l'ensemble du territoire français à partir du rapport fondateur de B. Schwartz de 1982, elles organisent leur travail dans le respect des principes suivants : approche globale de la situation de chaque jeune, accompagnement individualisé, proximité géographique, partenariat local, observation permanente de la situation des jeunes, analyse de leurs besoins et recherche de solutions avec les partenaires.

La «souffrance psychologique et le mal-être» des jeunes est identifié par les professionnels comme le problème de santé le plus important de cette population à partir des années 1990/1995, ce qui se confirme par une série d'études nationales et régionales.

De nombreuses ML développent alors des actions locales pour tenter de prendre en compte ce problème, seules ou en partenariat avec des structures locales de l'écoute et/ou du soin.

Nous estimons actuellement que 5 à 20 % des jeunes accueillis dans les Missions Locales sont en situation de mal-être, de souffrance ou de pathologie psychiatrique. Ce pourcentage varie d'une structure à l'autre selon la sociologie du territoire et la diversité des ressources locales.

Précisons que seules les ML qui ont des intervenants spécialisés sur cette question, sont en mesure de produire des estimations. Il n'existe aujourd'hui aucun instrument de recueil compte tenu des exigences de la CNIL.

Ainsi la typologie du public qui va suivre s'est principalement dégagée du travail des ML qui disposent depuis un temps relativement important d'une intervention de psychologues dans leurs locaux.

En effet, certaines ML proposent cette prestation depuis plus de dix ans, ce qui nous permet aujourd'hui d'affiner la typologie du public qui était décrit en 1990/95 comme «en mal-être» ou «en souffrance psychologique», public que l'on connaissait alors relativement mal en dehors de ses agirs auto- ou allo- violents et de ses dépendances toxiques. Il s'agit du même public qui avait été cerné en 1994 dans le rapport Lazarus «Une souffrance qu'on ne peut plus cacher».

Deux grandes catégories de jeunes :

Nous distinguons de manière schématique deux grandes catégories de jeunes nécessitant de la part des Missions Locales un travail spécifique pour prendre en compte leurs difficultés psychiques.

● Les jeunes psychiatriquement malades

Ils ne sont pour la plupart pas encore connus du secteur psychiatrique.

Ils ont quelques fois déjà été suivis, mais ils sont alors le plus souvent en rupture de soins.

Ces jeunes présentent des confusions, des incohérences, des bizarreries... ils ont parfois un rapport persécutoire avec la réalité, peuvent avoir des délires, des hallucinations, sont peu ou pas conscients de leur état et très résistants à toute orientation vers le soin. Certains sont simplement apathiques, sans désir, sans demande, vides...

A cela s'ajoute un nombre important de jeunes qui sont en obligation de soins à la demande du juge d'application des peines, jeunes qui sont souvent résistants quant à cette obligation de soins dont ils ne perçoivent pas bien le sens.

Pour eux, la Mission Locale doit être en capacité de :

- **repérer et nommer** les troubles
- **mettre ou remettre en lien** avec le secteur psychiatrique et continuer à **soutenir** ce lien qui restera souvent fragile
- **accompagner** la recherche et la mise en place de solutions adaptées en matière d'insertion et d'accompagnement (RTH, logement, suivi social...)

● *Les jeunes en souffrance d'exclusion dont le mal-être constitue un obstacle au parcours d'insertion*

- Jeunes **déprimés** suite à des événements actuels (deuil, séparation, accident...) ou **traversant une période de crise**.
- Jeunes qui répètent les **échecs** à l'insertion toujours sur le même registre (absentéisme, isolement, violences, surendettement...).
- Jeunes qui se plaignent de solitude, d'**isolement**, de trahison dans tous les liens (amitiés, famille...) et considèrent qu'ils n'ont jamais leur place nulle part.
- Jeunes passifs, qui se laissent aller, ou jeunes dont les entretiens avec les conseillers sont envahis d'un **mal-être diffus**, difficile à cerner.
- Jeunes qui sont dans l'**autodestruction** (tentatives de suicide - dépendances toxiques - accidents à répétition - alcoolisme - troubles alimentaires - scarifications...).
- Jeunes **violents** vis-à-vis d'autrui ou vis-à-vis de la ML, des OF, de l'entreprise – insultes, passages à l'acte, transgression des règles institutionnelles, squat des locaux –

Pour eux, la Mission Locale doit être en capacité de :

- **repérer et nommer** ces difficultés
- **maintenir le lien** en restant à la bonne distance avec le jeune (ni trop proche ni trop loin), sachant que fréquemment c'est un des rares liens qui perdurent entre le jeune et les institutions
- **adapter l'accompagnement** professionnel à la problématique du jeune en restant à son écoute mais en lui signifiant aussi les limites du travail de conseiller
- **proposer une écoute et un accompagnement complémentaire** au travail d'insertion auprès de professionnels (psychologues, psychiatres) ou d'institutions spécialisées

Eléments de typologie du public en souffrance ou en mal-être suivi en Missions Locales

Situation par rapport à la moyenne de la population accueillie en ML :

- de plus faible niveau
- en situation d'insertion plus précaire
- plus de difficultés d'accès aux soins – ex. pas de CMU
- pourcentage plus élevé de jeunes femmes
- moyenne d'âge 22-23 ans, rarement des mineurs
- situation de logement plus indépendante mais plus précaire (cette autonomie n'est souvent pas choisie)

Eléments de leur histoire de vie

- 30 à 50 % ont commis une tentative de suicide ou menacent de le faire
- 30 à 60 % ont des conduites addictives aiguës : cannabis - médicaments - alcool - subutex - héroïne et cocaïne (plus rarement) - consoles de jeux
- jeunes qui, à 80 %, évoquent des événements traumatogènes à l'enfance ou à l'adolescence :

- 20 à 40 % évoquent un **père alcoolique** ou **violent** ou **totalelement absent** ou **décédé** ou **malade mental** ou **inconnu**.
- 20 à 40 % évoquent une **mère dépressive**, **malade des nerfs**, **absente**, **décédée**, **violente** ;
- 20 à 40 % de ces jeunes ont été placés à l'enfance ou à l'adolescence ou ont bénéficié d'une mesure d'accompagnement éducatif ;
- Fort pourcentage de **maltraitance à l'enfance** : violences – viols – incestes ;
- Dans certaines ML, beaucoup de jeunes ayant **assisté à des scènes de guerre**.

En matière de soins psychiques

- 30 à 50 % de ces jeunes ont pu par le passé, dans l'enfance ou l'adolescence rencontrer : psychologue, pé-dopsychiatre, psychiatre ou équipes de soins ;
- parmi eux, la plupart ne sont jamais parvenus à tenir une relation de soin. Pour d'autres, malgré les soins les difficultés persistent, mais ils n'ont plus aucun suivi psychologique ;
- enfin, un faible pourcentage (10 à 15 %) ont toujours un soin en cours.

2. Réponses apportées et dispositifs mis en place

Une fois que le conseiller Missions Locales a repéré les difficultés du jeune, de quels moyens dispose-t-il pour :

- avoir un soutien, des conseils dans sa pratique professionnelle
- adapter son accompagnement
- orienter le jeune vers une écoute et un accompagnement spécialisés ou vers une structure de soins ?

Nous retrouvons actuellement dans le réseau Rhône-Alpes, 5 cas de figure possibles :

Cas 1 : aucun moyen spécifique d'intervention ni interne ni externe à proximité.

Cas 2 : un psychologue ou psychiatre pratiquant à l'intérieur de la ML, recruté par la ML.

Cas 3 : un psychologue ou psychiatre mis à disposition de la ML par une structure extérieure (association – PAEJ – CMP) mais pratiquant dans les locaux de la ML.

Cas 4 : psychologue ou psychiatre exerçant en libéral et financé par la ML pour des séances à l'extérieur de la ML.

Cas 5 : accord entre la ML et le CMP ou le PAEJ pour un accueil particulier des jeunes ML dans leurs propres locaux (ex : réception dans des délais brefs – suivi commun des situations...).

Rappel des conclusions de l'évaluation réalisée, avec la DRASS et l'URCAM en 1999/2000 dans le cadre du PRS «prévention du suicide»

Une étude réalisée en 1999/2000 auprès de trois ML avait dégagé 3 objectifs opérationnels complémentaires et indissociables à poursuivre dans toute mise en place de projet visant à prendre en compte la souffrance des jeunes suivis en ML :

- proposer une écoute spécialisée à l'intérieur de la ML, complémentaire à la pratique régulière d'accueil et de suivi
- soutenir la capacité d'écoute des professionnels de la ML, confrontés à des jeunes en très grande difficulté
- développer les liens avec les partenaires locaux qui s'occupent des jeunes en souffrance, en particulier avec les structures de soins.

Les dispositifs mis en place

Dans les ML qui ont pu poursuivre et mettre en application ces objectifs, nous retrouvons les dispositifs suivants :

● Pour les jeunes :

- **actions collectives de prévention** ou d'éducation à la santé mises en place par les référents santé de la ML (ex. petits déjeuners santé), auxquelles participe le psychologue, ce qui permet aux jeunes de le rencontrer et d'envisager de prendre rendez-vous ;
- **groupes à médiation** (photolangage, peinture, théâtre...) dont la durée et la fréquence ont été pensées en fonction des capacités d'investissement de ce public (ex. 7 séances à raison de deux séances de deux heures par semaine) ;
- **entretiens confidentiels** d'environ ¾ heure, à raison d'une fois par semaine ou par quinzaine sur une durée « suffisamment limitée », pour essayer de comprendre ensemble ce qui met le jeune en difficulté.

● Pour les professionnels ML :

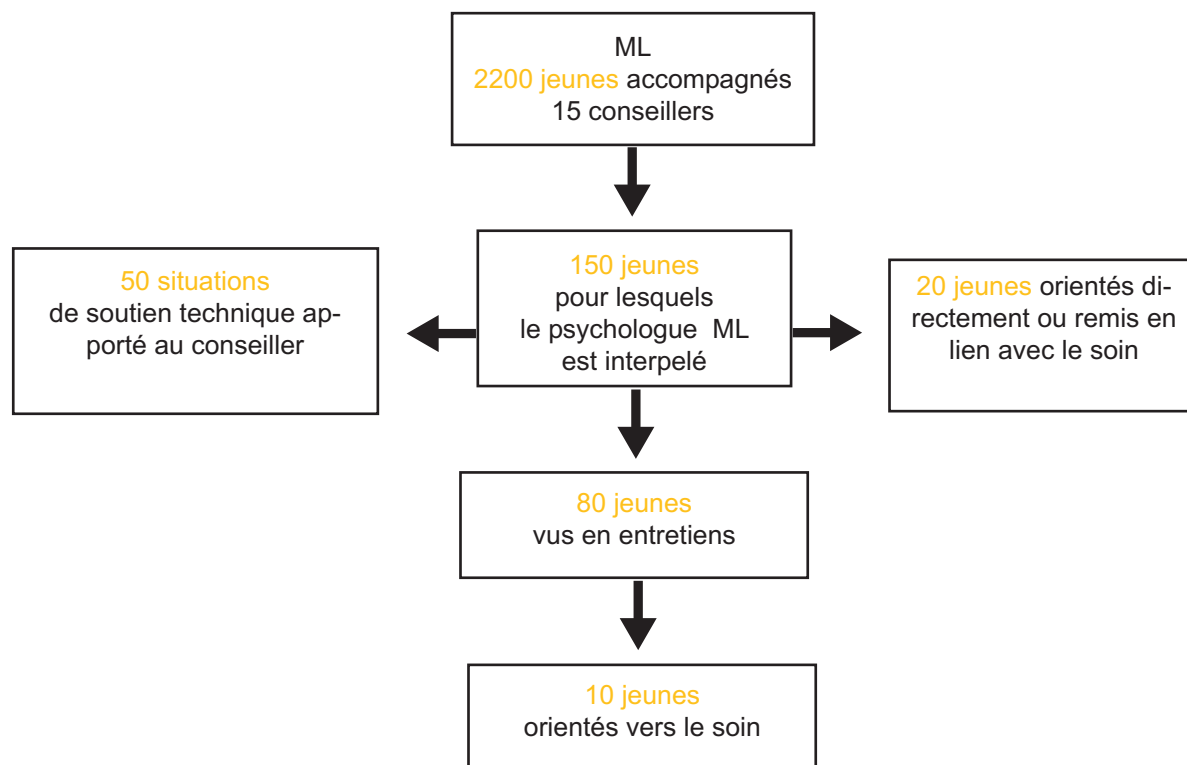
- **écoute / soutien dans les espaces interstitiels** de l'institution, écoute des difficultés des conseillers «à chaud» à la sortie d'entretiens difficiles : la fonction «psy qui traîne»... ;
- **entretiens conseiller / psychologue** : temps d'élaboration des difficultés rencontrées par un conseiller dans l'accompagnement d'un jeune ;
- **groupes de réflexion et d'élaboration** ouverts aux professionnels qui souhaitent participer.

Par ailleurs, certaines ML ont mis en place des groupes d'analyse de la pratique avec des intervenants externes.

● Pour soutenir et développer le partenariat :

- **groupes permanents d'échange** entre professionnels d'institutions différentes œuvrant sur le territoire local ;
- **conseils locaux de santé mentale** ;
- **comités de suivi et de pilotage des actions santé ML.**

Essai de représentation des flux de jeunes



3. Eléments de conclusion

L'accessibilité des psychologues ML pour des jeunes en souffrance d'exclusion

Les jeunes en souffrance d'exclusion que nous rencontrons dans les ML sollicitent rarement les dispositifs de soins et les PAEJ, mais ils affluent dans les permanences de psychologue en ML où ils honorent généralement leurs rendez-vous et arrivent fréquemment à être accompagnés.

Nous connaissons aujourd'hui bien la typologie et les spécificités de ce **public, qui n'accède le plus souvent aux soins qu'à la suite d'une décompensation psychiatrique** (hospitalisations sous contrainte), **d'un passage à l'acte** (tentatives de suicide, violences agies ou subies, «accidents» de la route...) **ou d'une maladie** comportant un volet psychique (troubles alimentaires, épilepsie, maladies cutanées...).

Le travail des psychologues en ML est un travail de prévention de ces décompensations et passages à l'acte destructeurs. Il vise à permettre au jeune de mieux se connaître et s'accepter, de développer ses capacités à prendre soin de soi-même, de comprendre, analyser et faire face à ses problèmes et difficultés. Ce travail est rendu possible par la mise en place (l'emboîtement) de dispositifs cliniques à l'intérieur des ML, qui s'appuient sur la permanence du lien entre le jeune et l'institution ML et les étroites articulations avec les professionnels de la ML et les autres travailleurs sociaux locaux.

Les psychologues en ML sont tantôt recrutés directement par les ML, tantôt mis à disposition par le secteur psychiatrique local, un PAEJ ou une association spécialisée, sans qu'aucune étude ne se soit jamais penchée sur l'efficacité respective de ses différentes formules.

Ils exercent dans de nombreuses ML depuis cinq à dix ans et la pertinence de leur intervention n'est plus à prouver. Leur permanence n'est cependant pas assurée du fait de la précarité de leurs financements. A titre d'exemple, **de nombreux postes de psychologue en ML n'ont pas trouvé de financement pour l'année 2006 induisant un déficit des ML concernées.**

Les paradoxes constitutifs des dispositifs cliniques proposés

S'agissant de traiter d'un public de jeunes en souffrance d'exclusion, il est intéressant pour les cliniciens de souligner que les dispositifs cliniques proposés contiennent une série de paradoxes :

- la «demande» du jeune s'étaye sur une emprise plus ou moins contraignante exercée par son conseiller en ML ou un autre référent social. Le jeune reçoit en quelque sorte l'injonction de venir de son propre gré ! Ainsi, le travail clinique se centre d'emblée sur le processus de construction du lien à l'objet, en prenant appui sur les articulations étroites entre les cliniciens et les travailleurs sociaux.

- Le clinicien propose au jeune un travail sur une durée «suffisamment limitée». Les modalités temporelles du dispositif sont malléables. Le clinicien se montre actif dans la construction du lien aussi bien au niveau de son attitude pendant les entretiens où il prend soin de ne pas laisser le jeune «s'effondrer dans le silence» qu'au niveau des relances qu'il fait par lettre ou par l'intermédiaire du travailleur social lorsque le jeune s'absente de ses entretiens.

- Le dispositif est confié à un psychologue clinicien qui reçoit par l'institution l'injonction "d'accueillir les jeunes en souffrance sans faire du soin". Ainsi, le clinicien intègre dans son cadre interne un groupe d'acteurs et d'institutions locales aux fonctions différentes, en particulier les acteurs du soin susceptibles de recevoir le jeune par la suite. Le clinicien en ML doit d'emblée composer avec la diffraction du transfert.

Présentation des politiques dans le champ de la Santé Mentale des jeunes portées par l'Etat ou Comment les politiques de santé publique accompagnent les pratiques autour de la souffrance psychique des jeunes ?

Quels sont nos repères les plus récents ?

1. La Loi de 91 portant réforme hospitalière instaurant la planification à l'échelon régional et la circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.
2. 1ère Loi de santé publique en France d'Août 2004 : «Mettre en œuvre une politique ambitieuse pour promouvoir, protéger et restaurer la santé de la population en s'attachant à corriger les inégalités».
3. Loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 Janvier 2005 = troisième pilier : l'égalité des chances entre les enfants et entre les adolescents.

Quels sont nos outils ?

1) Le système de soins :

Bien que la souffrance psychique, le mal-être des jeunes ne soit pas vraiment ou pas toujours ou pas seulement de la maladie, elle nécessite cependant **le recours au système de soins**, pour être entendue ou pour étayer l'environnement du jeune en souffrance ou parce qu'elle est une manifestation d'une maladie psychiatrique connue ou non.

C'est pourquoi quelque soit la position de celui qui écoute, il doit pouvoir être assuré en cas de besoin d'avoir accès à une structure de soins.

L'atteinte psychique est enfin considérée comme un mal au moins aussi grave que l'atteinte corporelle et pour la première fois le schéma régional d'organisation sanitaire (SROSS III) intègre un **volet santé mentale au même titre qu'il intégrait jusqu'alors le recours aux soins somatiques**.

Dans ce schéma a été retenu comme population prioritaire celle des enfants et des adolescents. (Rappelons que la file active en pédopsychiatrie a augmenté de 64 % en 9 ans).

Pour la population qui nous occupe aujourd'hui, l'objectif opérationnel prioritaire est **d'améliorer la capacité de réponse ambulatoire (CMP)** et de **développer l'étayage du réseau éducatif et social qui l'entoure**.

Objectifs à atteindre d'ici à 5 ans

Le délai d'attente dans les CMP ou le CMP de référence doit être réduit à moins de 48 heures.

- Les coopérations avec les acteurs de ville doivent être formalisées (on pourra imaginer des chartes de territoire de santé, incluant la santé mentale des adolescents).
- Enfin, il faut souligner que les établissements de santé doivent désormais, dans leur contrat d'objectif et de moyens qui les engagent avec l'agence régionale de l'hospitalisation, inclure des objectifs de santé publique.
- Bien-sûr les pratiques qui nous réunissent aujourd'hui ne s'exercent pas essentiellement dans le système de soins au sens de l'organisation sanitaire.

Le périmètre d'action de **prévention** et de **lutte** contre la souffrance psychique et de la santé mentale des jeunes s'est considérablement élargi et ceux qui les croisent, les écoutent, les soutiennent, les accompagnent sont parfois des passeurs, plus souvent un interface étayant et patient.

II) Les autres outils nous viennent ensuite soit de la Loi de cohésion sociale soit de la Loi de santé publique :

La Loi de programmation pour la cohésion sociale (18 janvier 2005) comprend 3 piliers : l'emploi, le logement et l'égalité des chances.

Parmi ses 20 programmes apparaît très fréquemment la population des enfants et adolescents.

Le plan de cohésion sociale appelant à la restauration du lien social, met l'accent sur les divers facteurs de prévention de l'exclusion et notamment prévoit de renforcer l'accueil et l'insertion des jeunes en difficulté et de développer et renforcer les Points d'Accueil et d'Ecoute Jeunes.

Il s'agit d'offrir aux jeunes en difficulté des lieux d'écoute accessibles dans le but de recréer les conditions indispensables au rétablissement du lien social entre-eux et la société, propices à leur développement.

Les outils programmés par cette loi

- Les équipes de réussite éducative = 750 seront créées pour accompagner les enfants en situation de fragilité,
- Les Points d'Accueils et d'Ecoute-Jeunes (dispositif unifié des Points d'Accueils Jeunes et des Points d'Ecoute Jeunes/Parents depuis la circulaire de mars 2002).

300 PAEJ seront créées en France dans le cadre du plan de cohésion sociale à horizon 2007.

Rappelons que ce sont des formes d'interventions légères avec fonction préventive d'accueil, d'écoute, de soutien, de sensibilisation, d'orientation et de médiation au contact des jeunes en souffrance psychique.

Ces formes d'écoute ne doivent pas se substituer au droit commun, ne pas comporter de soins médicalisés et favoriser le travail en réseau.

- Enfin rappelons un outil toujours existant = les Réseaux d'Ecoute d'Appui et d'Accompagnement des Parents (REAAP) renforcés par la circulaire récente du 13 Février 2006.

III) La loi de santé publique d'août 2004

La Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a profondément rénové l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé. Elle a comme premier objectif de renforcer la prévention et la promotion de la santé, qui en amont et en aval du système de soins, permettent d'assurer une prise en compte globale de la santé des populations. Pour se faire, elle a défini 100 objectifs de santé publique à atteindre d'ici fin 2010. Ils feront l'objet d'une évaluation régulière.

Elle a également défini un cadre de déclinaison régionale des politiques de santé. L'objectif est d'assurer, sous la responsabilité de l'Etat, une offre de prévention au plus près des publics et des territoires. Aussi, au niveau régional, la politique de santé s'appuie sur le plan régional de santé publique.

Pour la région Rhône-Alpes, après concertation de l'ensemble des locaux associatifs et institutionnels, 3 axes fixent les priorités d'action à l'horizon 2010 :

- la réduction des inégalités de santé où la population des jeunes en situation de vulnérabilité est concernée par l'objectif d'accès aux soins et à la prévention.

- le développement de la prévention primaire et du dépistage, notamment dans son objectif général de développement d'actions de promotion de la santé mentale des jeunes, la prévention suicidaire ou des décompensations psychosociales en lien avec la souffrance psychique, et la prévention des conduites à risques chez les jeunes (addictions, prévention VIH/BHC/éducation à la sexualité).

En conclusion, dans tous les textes législatifs et ces outils dans leur mise en place précités, se retrouve le souci constant d'améliorer l'articulation entre le sanitaire, le social et le médico-social.

C'est dans notre PRSP que doivent désormais s'inscrire à l'échelon régional, les plans sur lesquels vous avez inscrit vos actions = prévention du suicide, plan psychiatrie et santé mentale, plan de lutte contre les addictions, plan nutrition santé.

Nous pouvons prendre pour exemple la circulaire de création des MDA : réseau territorial et réponses diversifiées à la souffrance psychique des jeunes.

Cet objectif de décloisonnement des politiques de santé est contenu dans l'ensemble des plans sus-cités. Pour qu'il puisse se réaliser concrètement à la fois en terme «populationnel» et en terme de réponse auprès des individus, la cohérence des interventions doit être recherchée au niveau d'une échelle opérationnelle territoriale.

Ce sont les acteurs d'un même territoire cohérent, qui vont réfléchir aux interfaces entre leurs nombreuses structures. C'est les sens de diagnostics territoriaux à impulser avant toute action.

Sans doute une journée de réflexion autour des pratiques permet de penser cette cohérence puisqu'elle est fondatrice d'une indispensable culture commune.

La souffrance psychique des jeunes se situe à la croisée du normal et du pathologique, et du sanitaire et du social.

De très nombreux acteurs se sont engagés pour rapporter des réponses du côté de l'Etat et des collectivités territoriales pour «donner des sens» comme l'a rappelé un des intervenants, il faut créer des liens plutôt que des lieux.

J'espère qu'une journée telle que celle-ci y contribuera.

Rapporteuse : Lucile JANKOV, psychologue au Centre Jean Bergeret

Les participants à cet atelier viennent de structures variées : PAEJ, PJJ, Education Nationale, foyers, Missions Locales, IMP... Plusieurs professions sont représentées : éducateurs spécialisés, conseillers, psychologues, médecins,...

Les discussions ont été riches et le groupe n'a pas eu de mal à parler de ses préoccupations et interrogations. J'ai tenté d'en dégager les grandes lignes directrices en les regroupant en deux points.

- le travail en réseau : perspectives et limites du partenariat
- la souffrance psychique (des professionnels, des jeunes et des parents)

Le travail en réseau : perspectives et limites du partenariat

Nous avons tout d'abord fait part de nos impressions par rapport aux présentations auxquelles nous avons assisté depuis la matinée.

Cette journée permet d'évoquer la question du partenariat et du travail en réseau. Ce qui interpelle d'emblée les membres du groupe c'est cette dimension de «travail en réseau» de «travail partenarial». Chaque professionnel, et structure, reconnaît l'intérêt et même la nécessité d'exercer sa pratique, non de manière isolée, mais en lien avec d'autres et comme faisant partie d'un ensemble. Il est tout de suite mis en évidence le bien-fondé de cette démarche, de travailler en lien avec d'autres professionnels et institutions, et les effets positifs de cette collaboration et co-élaboration.

Mais dès lors se pose la question de la manière dont on peut organiser et structurer ces relations. Faut-il établir des règles, signer des conventions ? Que les relations partenariales reposent sur la base d'un simple volontariat ne semble suffire. Conventionner le partenariat permettrait aux institutions de s'engager dans un processus qui viserait à réfléchir ensemble sur des actions concrètes, c'est-à-dire pouvoir élaborer ensemble des projets dans une co-construction à partir de préoccupations communes.

Le partenariat se définirait donc par cette volonté et ce désir de travailler ensemble (c'est-à-dire réunir tous les travailleurs et bénévoles qui accueillent ou rencontrent le même public), de réfléchir, d'élaborer, de trouver des réponses collectives.

Nous constatons que le travail en réseau fonctionne plus aisément entre les structures homologues et avec les collègues de même formation. Il est en effet plus aisé de développer des liens avec les institutions de même type. Par exemple la communication entre les différents PAEJ du Grand Lyon est plus simple qu'avec d'autres partenaires (tels que les CMP). On voit là que l'une des conditions sous-jacentes et nécessaire pour que ce travail soit possible et efficace c'est en premier lieu de clarifier et d'expliquer les missions et les rôles de chacun au sein de ce réseau.

Mais nous nous heurtons rapidement à une première limite qui vient freiner notre élan partenarial. Toutes les institutions ne disposent pas des mêmes moyens pour mettre en place ce travail en réseau. On observe notamment des disparités entre le Grand Lyon et les structures implantées en milieu rural. D'où les problèmes que suscitent actuellement la création de nouvelles structures, tels que les PAEJ, lorsqu'il n'y a qu'une seule personne en poste : comment accueillir le public, assurer la prise de rendez-vous, tout en menant des entretiens ?

Le groupe opère là une distinction entre, d'une part, les relations que l'on peut avoir avec des collègues, les liens avec des professionnels et d'autre part, un véritable travail en réseau.

Etre en lien ne signifie pas forcément travailler ensemble, et être en lien ou le vouloir n'est pas toujours suffisant...

L'idée de travailler en réseau est une conception positive, porteuse de sens et de perspectives. Mais concrètement, les professionnels sont confrontés à des limites : il n'est pas possible de répondre à toutes les attentes et demandes. Pour l'illustrer, une psychologue de la PJJ de Valence nous présente la situation d'un jeune, au parcours institutionnel complexe, pour lequel elle n'a pu trouver de réponse auprès des partenaires. Elle témoigne notamment de la difficulté de trouver une place dans les foyers. De plus, «l'étiquette PJJ» et les représentations de certains partenaires par rapport à cette institution compliquent les orientations et les freinent fortement. Il y a donc déjà tout un travail en amont, de clarification, d'explication et de démystification à effectuer pour savoir et comprendre ce que chacun fait.

Ce travail nécessite de se rencontrer, de prévoir des temps réguliers de concertation, avant d'être confronté à la situation de « passage de relais ». Cela représente un coût dont les bénéfiques s'évaluent et se manifestent sur le moyen et long terme.

Or, se sont bien souvent les situations d'urgence qui déstabilisent, bousculent et sont révélatrices des dysfonctionnements et écueils qu'elles pointent. Il est donc nécessaire d'anticiper, de ne pas attendre d'être confronté à une situation d'urgence pour réagir, car c'est justement à ce moment-là que nous avons besoin d'activer le réseau, que le besoin de lien se fait sentir et que son absence ou sa défaillance apparaît douloureusement et est signifiée.

C'est souvent face à une situation d'urgence que nous sommes amenés à réagir et à interpeller les membres de notre réseau et donc à interroger, par la même, nos liens partenariaux (existent-ils ? sont-ils efficaces ?). Or, pour être efficaces à ce moment-là, ils doivent avoir été préalablement tissés et solides en amont (des difficultés). D'autant plus que face à une situation d'urgence, la réponse est souvent retardée, l'intervention d'un partenaire ou d'une autre institution n'est pas dans l'immédiateté, là où le sentiment de détresse est le plus vif. Une professionnelle témoigne : « le partenariat c'est bien mais c'est compliqué ! ».

Toutes ces difficultés et complexités évoquées par notre atelier montrent que travailler en réseau avec des partenaires sous-entend aussi d'être capable de se remettre en question et de ne pas être dans une position de toute-puissance ou idéalisée quant à la prise en charge et au travail effectué auprès d'un jeune. Le réseau s'alimente d'un désir et d'un besoin de reconnaissance des différents professionnels, tant dans leurs compétences que dans leur nécessité d'être au sein d'un réseau, d'un ensemble. Pour éviter ou du moins limiter les luttes de pouvoir et les rivalités, il convient à chacun de trouver sa place propre, de définir clairement les fonctions de chacun, de répondre autant que faire ce peut aux demandes de partenariat mais aussi de trouver un intérêt à ce tissage d'où l'idée que ces liens se structurent dans un rapport de co-étayage. Il est nécessaire d'alimenter ces relations, de les nourrir par une mobilisation continue des différents partenaires, dans un souci de répartition des compétences et la solidarité entre les professionnels. Il s'agit aussi de se respecter dans nos différences et de s'estimer mutuellement pour pouvoir travailler ensemble : c'est avant tout se considérer comme collègues, sur un même pied d'égalité à un même niveau de compétences même si elles diffèrent.

Les psychologues peuvent apporter un éclairage, des éléments d'analyse et de compréhension par rapport aux situations rencontrées et être donc sollicités en tant que « conseillers techniques », comme étayage. Mais nul n'a la suprématie de la compréhension ou de la prise en charge d'un jeune. Clarifier les rôles et les zones d'interventions de chacun permet aussi de démystifier les fonctions du psychologue et sa pratique. Aucun professionnel n'a la priorité ou l'exclusivité de la prise en charge d'un jeune ni l'apanage du traitement de la souffrance psychique. Soyons vigilants à ne pas être dans la toute-puissance, d'autant plus face à ce public adolescent qui réagit vivement et a tendance à être dans des dynamiques du « tout ou rien ». De même, la psychiatrie est souvent attaquée pour ses défaillances et son absence (voire son manque d'implication pour certains, surtout pour une journée comme celle-ci), mais restons vigilants à ce mouvement défensif. La psychiatrie ne doit pas servir d'écran à nos projections agressives en la mettant dans une position de bouc émissaire. Elle ne peut être tenue responsable de toutes les limites auxquelles nous nous heurtons.

Nous interrogeons aujourd'hui ces liens partenariaux que nous pouvons tisser pour partager nos préoccupations vis-à-vis de ces jeunes dans le but d'assurer la prise en charge la plus adaptée et « complète » possible, notamment des prises en charge bipolaires, par des co-étayages. Il est ici question de complémentarité et non de rivalité ou de clivage, car ce sont aussi les conflits entre les institutions, les luttes de pouvoir, les vécus de solitude qui entravent l'efficacité du travail partenarial. Nos pratiques nous permettent de constater que les difficultés rencontrées par les jeunes semblent moins tranchées et « sectorisées » qu'avant. Elles relèvent de plusieurs domaines et nécessitent souvent la mobilisation et l'intervention de plusieurs structures et professionnels différents, et donc l'inscription dans un réseau pluridisciplinaire.

Ces discussions nous permettent de repérer qu'il y a déjà un besoin de reconnaissance au point de vue institutionnel, en intra, avant de pouvoir se tourner vers l'extérieur et de développer des relations dans "l'inter".

Pour que le partenariat fonctionne chacun doit pouvoir y trouver un intérêt, tirer bénéfice de ce maillage, au-delà des soucis partagés, de la bienveillance, du simple désir d'être en lien. Alors, comment équilibrer le partenariat ? La recette doit contenir humilité par rapport au travail effectué, respect, confiance, étayage... à chacun de trouver le bon dosage...

La souffrance psychique

D'autre part, nos discussions mettent en évidence un malaise et cet atelier permet aux professionnels de mettre des mots sur leurs maux. Ils parlent là de leur propre souffrance, voire détresse, dans les limites de leur pratique et de la prise en charge des jeunes et de leur souffrance psychique. Certains évoquent aussi leur sentiment de solitude. Or, comment être en capacité d'accueillir et d'écouter ce public difficile, de jeunes en souffrance, si, en tant que professionnel, on est déjà soi-même dans une situation précaire, ou d'isolement, ou de souffrance ? Il s'agit de ne pas être seul, nous avons tous besoin de faire partie d'un groupe, pour penser, élaborer, réfléchir à notre pratique et aux situations, et même parfois en parler «à chaud».

Dans un premier temps, ce qui peut faire symptôme ce sont les difficultés que des professionnels, dans certaines institutions, rencontrent déjà en intra, dans la prise en charge de ces jeunes. Quelles solutions, quelles possibilités sont offertes par l'institution où nous exerçons et avec nos collègues, lorsque nous sommes en difficultés ? Avant de se tourner vers l'extérieur, il convient d'avoir préalablement interrogé et mobilisé les ressources en interne. Mais les institutions sont elles-mêmes souvent contaminées par la précarité psychique...

Comment organiser la transition entre une institution et une autre, faire le lien entre tel professionnel et tel autre ? Pour établir un véritable passage de relais, il s'agit de ne pas jouer au «jeu de la patate chaude», ou de «lâcher» le jeune, «d'abandonner le bébé» ; mais bien d'accompagner l'individu vers un autre professionnel, un autre lieu qui sera plus à même de l'aider, de le soutenir, de lui apporter les réponses qui conviennent à sa situation singulière. Cet accompagnement nécessite du temps, une connaissance et une confiance réciproque pour qu'elle prenne sens pour le jeune et qu'il ressente son bien-fondé. Ainsi, on évite ce sentiment d'abandon, de rejet lorsque l'on ne perçoit pas un «ailleurs», un «après».

Il faut aussi se laisser une certaine souplesse, ne pas sédimenter les pratiques. C'est tout le jeu subtil et délicat de la juste mesure à trouver entre le risque de rigidification des pratiques, lorsque les cadres d'interventions sont trop limités, et les zones de flou, lorsque l'on manque de repères, ce qui peut mener à un sentiment d'abandon ou à un désinvestissement. Un juste milieu est à «trouver-crée» entre ces deux extrêmes.

Dans les institutions, les jeunes viennent pour rencontrer quelqu'un, une personne ; c'est-à-dire que le jeune vient dans un premier temps à la rencontre de la personne que l'on est et non du professionnel (l'éducateur, le psychologue...). Faire la démarche de prendre un rendez-vous et de venir est déjà très importante. La formation que nous avons reçue et acquise en tant que professionnel nous donne des outils de travail et de compréhension pour prendre en charge tel public, telles problématiques. Mais elle comporte ses limites. En effet, elle ne permet pas de pouvoir travailler avec tous les jeunes.

Un jeune va ou non pouvoir, vouloir, entrer en contact avec nous et nouer des liens. Cette relation se met en place progressivement, par étapes, pour qu'un lien de confiance se crée, et qu'elle soit porteuse de sens et structurante pour le jeune. Ce dernier va donc d'abord entrer en contact avec une structure, puis avec une personne, et avec le temps, une fonction, un professionnel identifié.

On se rend compte que les souffrances et les difficultés des uns et des autres se croisent, se ressemblent et font échos. La souffrance des professionnels et les limites de leurs pratiques, les difficultés institutionnelles rencontrées, le sentiment de frustration, l'impression d'être démunis, ne font-elles pas échos à celles des jeunes accueillis ? Nos réactions et nos ressentis ne viennent-ils pas répondre en miroir aux propres difficultés rencontrées par les jeunes que nous prenons en charge ? Cet effet miroir ne nous permet-il pas là de nous approcher de leur propre souffrance psychique ? En outre, le mal-être exprimé par les professionnels n'est-il pas le signe d'une identification possible à ces jeunes...

Les difficultés que nous énonçons aujourd'hui sont également issues de cette position d'inconfort dans laquelle nous nous trouvons : cet entre-deux, à «l'inter», entre le soin et l'éducatif, ce champs de la prévention. Mais c'est justement cela qui ouvre des perspectives et révèle les brèches dans lesquelles le jeune peut s'engouffrer. Les jeunes font vivre et éprouver à leur entourage et aux personnes qui gravitent autour d'eux ce qu'ils ressentent, ce qui les met en souffrance, surtout lorsqu'ils ne parviennent pas à le formuler et à l'élaborer.

Aujourd'hui, parler de nos difficultés en tant que professionnels, c'est aussi une manière d'aborder celles des jeunes, qui ne savent pas à qui s'adresser ? comment gérer leurs difficultés ? que faire de leur souffrance ? comment être reconnus, aidés, soutenus, guidés ? Ce public a besoin à la fois de la présence de l'autre et de trouver son autonomie. Le professionnel peut revivre le sentiment de détresse du jeune, c'est pourquoi les temps de supervision qui permettent de prendre de la distance et de donner un sens à ce que nous vivons et d'élaborer notre pratique sont essentiels.

Comme nous l'avons déjà noté, ce sont souvent les situations d'urgence qui bousculent les professionnels et les institutions et les amènent à faire appel à leurs partenaires. Mais quels peuvent être les signes précurseurs qui indiquent cette nécessité de travailler ensemble ? Un des indicateurs les plus révélateurs est le parcours social et institutionnel du jeune, lorsqu'il est marqué par la multiplication des rencontres et des passages successifs dans diverses structures. Ne pourrait-on pas prévenir cela et réagir plus tôt pour stopper cette « effusion » ? Le manque de communication entre les institutions et les écueils qui en découlent expliquent pour une part les dysfonctionnements et « incohérences » de certaines prises en charge et en compte de la souffrance psychique des jeunes.

Une participante pointe également un autre aspect fondamental : la difficulté des parents à voir, à identifier et à reconnaître les problèmes de leur enfant. En effet, la famille ne veut pas toujours entendre et voir la souffrance de son enfant et donc être orientée pour consulter un professionnel. Le jeune lui-même a souvent du mal à mettre en mots ses difficultés et peut chercher à masquer sa souffrance. Il est fréquemment nécessaire qu'apparaisse un élément déclencheur, souvent grave, pour que la famille réagisse (échec scolaire, absentéisme, tentative de suicide, conduites à risques...). C'est à ce moment-là, moment critique, que les parents prennent conscience de la situation et peuvent accepter d'en parler. L'élément déclencheur est souvent lié à la scolarité du jeune, dont la réussite est couramment assimilée au bien-être de l'adolescent et à son accomplissement. L'individu est alors considéré en fonction de son niveau scolaire, de sa réussite. D'autant plus que l'école est le lieu où le jeune passe majoritairement son temps, en général. Lorsque c'est l'Education Nationale qui pointe la souffrance c'est d'autant plus révélateur, déstabilisant et vexant pour les parents. Ils se sentent alors disqualifiés. Les professionnels s'accordent à dire que la prise de conscience parentale que l'adolescent ne va pas bien est plus aisée lorsqu'il est sorti du système scolaire (être hors du cadre éducatif classique constituant déjà en soi une interrogation s'il n'y a pas un autre projet). Mais cette prise de conscience s'accompagne d'une grande souffrance, en particulier du côté maternel, et d'un sentiment de culpabilité, d'échec, d'impuissance. Demander de l'aide pour un parent c'est aussi accepter de montrer une limite dans ses fonctions éducatives et ses capacités à répondre à la souffrance du jeune ; cela peut être vécu comme une défaillance honteuse. La blessure narcissique qui en découle nécessite d'être également prise en compte par les professionnels qui interviennent auprès de ces familles. Un travail doit s'effectuer dans ce sens pour restaurer les fonctions parentales et éducatives, ce qui permet aussi d'aider le jeune.

Conclusion

Cette idée et cette nécessité de travailler en réseau ne sont pas nouvelles. Les textes érigés dans les années 1980 le pointaient déjà et posaient l'obligation de cette transversalité. C'est pourquoi nous pouvons aujourd'hui constater les effets dans la pratique, de ces liens, ou non-liens, entre institutions et professionnels.

Cependant, les réalités financières et le cadre de travail de chacun ne permettent pas toujours la mise en place, pour tous, de ces liens partenariaux. Ce n'est pas simple. Nous nous trouvons dans une situation paradoxale qui met le réseau en tension : les professionnels s'accordent tous pour dire qu'ils ont besoin de travailler ensemble, de collaborer, reconnaissent la nécessité et l'utilité d'un travail en réseau, mais ce dernier n'est pas reconnu, soutenu par les dirigeants et les financeurs. Un signe d'engagement des « têtes de réseau », des décisionnaires, est attendu...espéré...et souhaitable...

Il est nécessaire de travailler ensemble pour proposer une prise en charge et en compte du jeune dans toute la complexité et la globalité de sa situation, en envisageant les différents aspects de sa problématique et les ramifications multiples de sa souffrance. Ces échanges révèlent la nécessité de clarifier le rôle et les compétences de chacun. Nous avons tous besoin de comprendre ce que chacun fait et peut faire. Il y a un réel désir de réfléchir ensemble, de développer le partenariat, dans les meilleures conditions ; mais s'exprime également là un besoin de connaissance et de reconnaissance. Rencontrer un professionnel c'est avant tout rencontrer une personne. Humanisons nos relations pour le bien de tous et du public que nous accueillons.

Rapporteur : Sylvain JERABEK, ADES du Rhône

L'atelier a réuni un ensemble de professionnels de diverses compétences (psychologues, infirmiers, éducateurs, Assistantes Sociales, accueillants, chargés d'insertion, enseignants et médecins) qui appartiennent chacun à de multiples institutions (PJJ, Éducation Nationale, Mission Locale, Espace Santé Jeune, PAEJ, associations). Cet atelier était réellement «régional» puisque les participants couvraient des territoires de l'Ain, de l'Isère, du Grand Lyon, de l'Est Lyonnais, mais aussi de la Drôme jusqu'au Puy-en-Velay.

Après un rappel succinct sur l'objet de cet atelier c'est-à-dire d'échanges sur les pratiques, le débat s'est organisé autour de trois niveaux :

- celui du lien et de la relation avec le jeune,
- celui de la prévention primaire pour repérer l'enfant en souffrance,
- celui de la collaboration inter-institutionnelle inter-intervenants au bénéfice d'un dispositif plus efficace.

Concernant l'importance du lien, il a été abordé à plusieurs titres. Le groupe a abordé :

- **L'importance de la prise en charge des familles**, des parents, de la fratrie de l'adolescent en souffrance que nous accueillons.
- **La problématique de la dépression** et des mécanismes mis en place pour lutter contre cet état ou cet élan dépressif, paraissent tout à fait centraux et prépondérants à prendre en compte. Cette problématique se traduit par des passages à l'acte auto et/ou hétéro-agressifs, délinquer ou ultra-réussir pour ne pas s'effondrer.
- Dans le cadre du repérage et de l'accompagnement éventuel à une prise en charge adéquate, les participants insistent sur l'importance de **la spécificité du professionnel** susceptible d'établir un lien de proximité suffisant pour établir une relation de confiance et relativement distanciée pour qu'il se maintienne dans le temps.
- Une pratique d'accompagnement de l'adolescent à partir d'un tri de «ce qui va bien», de «ce qu'il réussit», de «ce qu'il peut mettre à l'actif de son savoir être et de ses savoir faire», plutôt que de partir d'une prise en charge autour des problèmes. C'est donc **une approche à partir des ressources de la personne** qui serait privilégiée.
- **Mieux prendre en compte les handicaps** (physiques et mentaux) et «prix d'excellence, l'enfant parfait», trop souvent oubliés dans les actions de prévention et dans la prise en charge de la souffrance psychique .

Concernant plus particulièrement la prévention primaire, le groupe a montré une forte préoccupation et un désir d'agir mieux et plus en amont des situations de crise et des passages à l'acte. Il a été bien-sûr question de repérages des troubles, de création, d'identification et/ou de renforcement d'un dispositif concret pour mobiliser d'importants moyens et techniques d'interventions appropriés, notamment dans le domaine de la prévention primaire.

Dans ce cadre, le groupe a réaffirmé un positionnement en direction de l'accueil et le repérage des signes de la souffrance psychique des jeunes et non d'une participation à la prévention de la délinquance qui est une des manifestations de cette souffrance. La première et seule porte d'entrée serait-elle celle de l'Education Nationale ?

Le groupe a fait émerger et souhaite voir reconnu et développé un niveau d'intervention primaire qui s'appuie sur une éducation à la vie d'une part et d'autre part, sur la promotion de l'estime de soi et des compétences psychosociales.

Le développement de ce niveau d'intervention est une priorité et un champ que l'ensemble des acteurs présents souhaite investir plus en avant. Il semble que des supports d'expression de l'émotion et de la souffrance travaillés avec les enfants plus jeune, pourraient faciliter le fait d'aborder plus sereinement avec nous leurs problèmes à l'adolescence. C'est un des exemples travaillés dans l'atelier.

La prévention doit être ouverte à tout le monde. Le travail en amont de l'âge de seize ans semble nécessaire car le recours à la parole ne va pas de soi et la verbalisation n'est pas évidente si elle n'a pas pu être facilitée depuis plusieurs années. Un des éléments importants à connaître est de savoir à quel moment a-t-on permis à un jeune et à sa famille d'exprimer leur souffrance et dans quel contexte ?

- Il est important de clarifier la confusion qu'il peut exister entre les concepts de prévention et de dépistage et de la pertinence de tels outils.

Concernant la collaboration inter-institutionnelle inter-intervenants, il a été question :

- Des moyens disponibles dans les structures non spécialisées pour prendre en compte la souffrance psychique des jeunes reçus.
- De la différenciation de la souffrance psychique et de la maladie psychiatrique encore mal maîtrisée.
- De la continuité des soins entre la pédiatrie et la (pédo)psychiatrie.
- De l'importance de la fonction d'interface entre le jeune et le dispositif spécialisé avec l'impérieuse nécessité de la connaissance des partenaires et de leur langage.
- De la nécessité d'un travail approfondi sur les pratiques et sur la concrétisation des passages de relais.
- De l'opportunité de la présence et de l'accompagnement physique du travailleur social vers le psychiatre et donc d'un accompagnement à la médicalisation de la prise en charge.
- Du développement d'outils pouvant faire médiation dans le cadre du passage de relais.
- De la volonté politique pouvant être condition sine qua non à un développement d'un dispositif efficace de prise en charge de la souffrance psychique sur un territoire.

Le groupe rappelle que :

- d'une part, les expériences qui ont bénéficié de moyens importants et de soutien politique sur un territoire, donnent aujourd'hui des résultats de qualité pour la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes. Ils peuvent servir d'appui au développement des dispositifs sur d'autres territoires.

- d'autre part, il est question d'établir différents niveaux de prise en compte de la souffrance psychique dans lesquels s'établissent des pratiques de collaboration entre le jeune et sa famille, entre professionnels, entre les équipes et les partenaires.

L'animatrice et le rapporteur tiennent à remercier l'ensemble des participants pour la qualité de leurs interventions mais aussi de l'écoute et de leur volonté commune d'aboutir à des pistes constructives.

Rapporteur : Denis REQUILLARD, mutualité française Rhône-Alpes

Participants :

Nadine Perroud (centre de formation MFR), Claude Poulet (infirmière conseillère technique Education Nationale 38), Marie José Nivet, psychologue PJJ/CAE de Vénissieux), Claire Routhier (Conseil Général 74), Olivier Raison (Association de lutte contre le sida), Maud Reynaud Pourchaire (Espace santé jeunes), Jérôme Rastello (centre Jean Bergeret), Anne Rousseau (Fil'O Jeunes 73), Fabienne Moulon (Point relais Oxygène Valence), Danièle Rodriguez (Mission Locale de St Etienne), Edith Pugnet (PJJ/CPI St Genis)

Restitution :

L'essentiel de ce qui s'est dit en atelier pourrait tenir en 4 mots-clés :

- 1. Secret :** c'est évidemment un élément central des pratiques autour de la souffrance psychique des jeunes, quelle que soit la mission de celui qui agit. C'est un élément d'autant plus important et explicite qu'il existe un mandat (PJJ) institué par une loi. Mais ça peut être aussi un secret partagé en accord avec une charte commune aux divers professionnels concernés, qu'ils soient ou non soumis à une obligation de confidentialité. Ne jamais oublier qu'il s'agit d'un outil de travail partagé avec les autres professionnels, voire avec l'utilisateur concerné (dans certains cas, ça devient une pièce judiciaire). D'où l'insistance sur le respect de l'autre et l'intérêt de l'utilisateur (qui peut toujours s'estimer trahi), quelles que soient les pressions politiques et institutionnelles.
- 2. Politique :** elle est constamment présente et donne lieu à des pressions de la part d'élus ou d'institutions. Mais la banalisation du vocabulaire «psy», voire de la parole (l'obligation de parler) fait aussi partie des pressions politiques sur les pratiques autour de la souffrance psychique des jeunes. Cette banalisation rend plus difficile le travail en confiance avec les usagers, déjà fragilisé par l'évolution sécuritaire de la société.
- 3. Proximité :** c'est évidemment un atout déterminant dans l'accompagnement des jeunes. La proximité est d'abord géographique. Mais c'est aussi une relation avec des professionnels accessibles et identifiés, une visibilité telle qu'elle peut être facteur de prévention, à tout le moins faciliter l'approche d'utilisateurs qui auraient besoin d'un accompagnement ou de la médiation d'adultes relais.
- 4. Réseau :** chacun est un «petit chaînon» d'un partenariat plus vaste que son métier ou de l'organisme qui l'emploie. Chacun peut à un moment donné sortir de son «chez soi» parce qu'il le juge utile au parcours de l'utilisateur qu'il a en charge, pour l'amener jusqu'aux soins par exemple. Cependant, la règle pourrait être que chacun reste dans son rôle et connaisse ses limites et les pratiques d'autres professionnels susceptibles de le relayer. Une fois organisé, cela s'appelle un réseau auquel chacun collabore sans pour autant pouvoir garantir la réponse de celui à qui il adresse un utilisateur, ne serait-ce que parce que l'utilisateur reste libre de ne pas utiliser cette ressource et d'exercer sa propre responsabilité, fut-ce par défaut.

En conclusion, pour reprendre le mot d'un participant, nous devrions sans doute «soigner nos articulations». Je voudrais aussi insister sur l'importance de la prévention, en amont des soins et de l'accompagnement, sachant que la prévention n'est pas forcément thématique, qu'elle peut (doit ?) chercher d'abord à renforcer l'estime de soi. Enfin, sans exclure quiconque, je voudrais souligner la diversité des pratiques autour de la souffrance psychique des jeunes, qui ne se limitent pas à l'exercice du métier de psychologue, quelle que soit son importance.

Animatrice / Rapporteuse : Sylvie ODDOU.

(Synthèse réalisée par Sylvie ODDOU d'après les notes prêtées par les participantes : MPU de LYON II et Fondation de France Rhône-Alpes. Merci à elles.)

15 personnes étaient présentes dans cet atelier :

- 2 infirmières de la Médecine Préventive Universitaire de LYON II,
- 1 psychologue PJJ du PUY EN VELAY
- 1 directeur de la PJJ
- Monsieur JOUBERT, sociologue
- 1 étudiante Assistante Sociale de 2ème année
- 1 étudiante psychologue de Master 1
- 1 éducatrice en Maison Familiale Rurale chargée de soutien à la parentalité
- 1 psychologue en Mission Locale à MEYZIEU
- 1 conseillère CPEF de Saint-Priest,
- Chargée du programme santé des jeunes de la FONDATION DE FRANCE Rhône-Alpes
- 1 conseillère en Mission Locale à VILLEURBANNE
- 1 psychologue du Point-Ecoute de VILLEURBANNE
- 1 psychologue de NORD/ARDECHE

Méthode utilisée : Tour de table et exposé des problématiques de chacun selon sa pratique professionnelle et échanges. Consigne : «tentez de dégager quelques points forts dans vos pratiques avec les familles, les jeunes, le réseau etc...et quelques points plus difficiles faisant éventuellement obstacle à vos pratiques».

1. Conseillère en Mission Locale de VILLEURBANNE :

Expose une pratique de prévention bien instituée, l'organisation de petits déjeuners santé, en partenariat avec la CPAM, le planning familial, la DHSP - Direction de l'Hygiène et de la Santé Publique de la ville de VILLEURBANNE. Si le partenariat, dans un objectif de prévention et de mieux-être marche bien entre les différentes institutions sur un même territoire, en revanche, dans le contenu, les jeunes attendent non pas de l'information mais plus de profondeur de contenu, correspondant mieux à la forme de «groupe de parole» pour les jeunes.

2. A la Maison Familiale Rurale (de NEYRON) :

Le poste occupé par la personne professionnelle est financé partiellement au titre du soutien à la parentalité (14%), et par le Département : il n'est pas simple d'identifier, évaluer et communiquer sur les besoins des jeunes, et évaluer les résultats de l'action engagée. Pourtant c'est un travail qui demande beaucoup de temps, au détriment du travail de présence auprès des jeunes.

3. Infirmières de la Médecine Préventive Universitaire à l'Université LUMIERE - LYON II :

A Bron, il y a un psychologue une fois par semaine et un psychiatre ½ journée par semaine, qui ne peut pas prescrire. Ce sont donc principalement les infirmières qui sont chargées de l'essentiel du travail d'écoute. Ensuite, selon les besoins exprimés par les étudiants, les infirmières recherchent les équipes ressources, faciles d'accès et, de préférence dont les prestations sont gratuites, afin d'orienter au mieux les étudiants, sachant que ceux-ci sont de plus en plus en situation économique précaire.

L'équipe doit aussi justifier auprès de son institution de tout temps de travail effectué.

4. Ressources à disposition dans les Points d'Accueil et d'Ecoute (de VAULX EN VELIN et VILLEURBANNE) :

- Si les missions des PAEJ -Points d'Accueil et d'Ecoute Jeunes et Parents- ne sont pas de soigner, elles sont toutefois très largement de prévenir les troubles et les pathologies auprès d'un public tout venant, de proximité. Si les PAEJ se doivent d'accueillir largement, alors ils accueillent aussi des jeunes malades, et des jeunes aux problématiques fort diverses, mais qui ne sont pas présents dans les PAEJ au titre de leur maladie mais dans l'attente d'une écoute non spécifique, non discriminante.

- L'accueil d'une situation de crise est aussi possible en Point d'Accueil et d'Ecoute, sans délai posé, à Vaulx en Velin. (En pratique, c'est-à-dire qu'un accueillant se rendra disponible pour accueillir cette personne en crise, donnant priorité sur un autre travail en cours).

- La prévention déclinée dans les Points Ecoute consiste principalement à reconstruire du lien pour restaurer du sens : lien social, liens inter-institutionnels de mise en réseaux, liens intra- familiaux.

- Certains PAEJ assurent une permanence en Centres Sociaux : l'intérêt c'est de travailler dans un milieu familial pour le jeune.

- Cet effort de construction et d'appui sur les réseaux implique aussi une reconnaissance des qualités professionnelles de chacun dès que l'on fait l'effort de travailler sur la base du secret partagé, travail possible si l'accord préalable de la personne concernée a été obtenu.

5. Le Centre de Planification et d'Education Familiale de SAINT-PRIEST :

Rebondit sur cette question du travail en réseaux pour déplorer, à la source des dysfonctionnements éventuels des réseaux, le manque de connaissance des autres équipes de professionnels oeuvrant sur le même territoire et auprès des mêmes publics "jeunes". Elle se demande aussi si le CPEF est bien identifié comme autre lieu d'accueil des jeunes, puisque les jeunes qui y viennent sont aussi en souffrance psychique. Le CPEF, d'ailleurs, essaie aussi d'apporter soulagement et débuts de réponses à ces jeunes avec l'appui d'une psychologue.

6. Pour la Mission Locale de SAINT-PRIEST :

La mise en concurrence des différents réseaux, à travers des exigences d'évaluation des actions par exemple ainsi que du fait des financements, amène les professionnels à l'obligation d'aménager leur cadre.

7. Mission Locale NORD/ARDECHE :

Difficultés particulières dans les zones rurales où il s'agit d'obtenir un outil compatible avec le caractère «éclaté» des demandes sur plusieurs lieux.

Pour les jeunes, il y a nécessité de travailler sur le lien entre équipes de professionnels afin qu'un jeune ne se sente pas abandonné lors d'une orientation.

L'adaptabilité est une qualité nécessaire pour travailler avec un jeune peu demandeur.

L'exemple de la permanence du PAEJ de VILLEURBANNE sur une maison de quartier, une fois par semaine, le psychologue est présent auprès d'un groupe de jeunes, sans autre intentionnalité qu'être proche d'eux pour favoriser le contact.

A VAULX EN VELIN également, la question de la non demande des jeunes est particulièrement posée : familiarisation, banalisation, apprivoisement sont des pistes de travail possibles.

8. Michel JOUBERT pointe qu'il s'agit bien de la question du cadre clinique dans lequel émerge la demande.

9. Psychologue au PUY EN VELAY :

Se trouve confrontée, au-delà des problématiques précédentes qui ont été soulevées et qu'elle rencontre aussi, à celle de jeunes en grande errance, sans domicile fixe, qui ont besoin et d'hébergement et de plus qu'un lieu d'écoute, d'un lieu de soins psychiques.

Elle soulève également la question des outils possibles pour des jeunes ayant peu accès à la parole.

Il serait possible de travailler aussi à l'aide de médias facilitateurs de la parole, comme cela a été réalisé deux années successivement à VAULX EN VELIN, avec l'aide de l'outil de prévention conçu par le centre Jean BERGERET qu'est l'exposition «vivre l'adolescence : mes ressources».

Rapporteuse : Martine GUINARD, DDPJJ 26

Du côté positif :

- La présence d'un réseau :
permet de connaître et reconnaître les équipes de soins et l'ensemble des partenaires,
de tisser des liens pour :
penser la problématique avec un regard clinique...
et penser au-delà de la prévention, sans être dans le soin.
- Travail de passeur : l'adulte auxiliaire de l'adolescent, dans un rôle de tiers.
La parole : en confiance, expression des représentations
Rôle autant éducatif que thérapeutique
- Travail de proximité: un interstice pour la prévention et les soins.
- Le groupe peut aider à faire le saut vers la parole.

Du côté négatif :

- Plusieurs questions au niveau des jeunes restent ouvertes, notamment pour le public des 20/25 ans
:
Comment les amener à la parole et vers les soins ?
Comment créer la confiance ?
Quel accompagnement dans la vie quotidienne ?
- Les liens entre le social et la santé semblent insuffisants pour permettre un accompagnement.
- Le travail avec les familles s'avère souvent difficile à mettre en oeuvre.
- Le partenariat est difficile à construire, notamment dans le paradoxe du travail de prévention sans être toutefois dans le soin, et donc de répondre à la question : qui va contruire un référentiel intégrant la globalité ?

Intervention finale de Michel Joubert, sociologue et chercheur au CESAMES

Nous avons l'autorisation de proposer un texte de MICHEL JOUBERT, sociologue au CESAMES¹, intitulé "UN DOMAINE STRATEGIQUE POUR LA PREVENTION"².

Ce que l'on entend par "santé mentale" recouvre un vaste champ d'expérience individuelle et collective où "normalité" et "folie" ne s'opposent pas radicalement. Ce champ se définit en tenant compte des interactions entre le social, l'environnement et le mental. Une telle approche permet de réduire le fossé entre une promotion de la santé trop généraliste et une prise en charge trop spécialisée. Les souffrances psychiques aggravent des difficultés comme l'accès aux soins, les conduites à risques et la toxicomanie, la confrontation au monde du travail. L'engagement d'actions de prévention suppose que les personnes concernées se mobilisent et que certaines conditions soient réunies, notamment des espaces de parole. La reprise de pouvoir sur la vie ou "empowerment" apparaît être la logique de prévention la plus efficace.

Le vocabulaire utilisé pour décrire une question n'est jamais innocent et les changements de terminologie ont souvent été l'occasion dans l'histoire du sanitaire et du social de débats contradictoires entre professionnels, décideurs et scientifiques. La profusion des discours et polémiques sur la santé mentale nécessite manifestement une clarification. Cette introduction a un double objectif : clarifier ce que l'on entend par santé mentale (travail de définition) et montrer l'intérêt que les acteurs de la prévention pourraient y trouver.

Trois aspects contrastés du champ de la santé mentale

Nous proposons en premier lieu d'entendre par "santé mentale" le champ d'expériences des individus sur le plan de la gestion de leur vie psychique et inter-psychique (interactions et régulations engagées dans l'adaptation au changement.

Cette définition concerne trois régions contrastées de cette expérience :

- Les "adaptations réussies" avec tout ce qui renvoie à la manière dont les personnes se confrontent au changement, aux événements traumatisants, aux diverses épreuves du quotidien, maladies comprises et ajustent leurs références en conséquence. Ces expériences font écho aux ressources et compétences des individus ; la promotion de la santé et la prévention travaillent sur ce registre en aidant les personnes à consolider ou à développer leur potentiel de protection et d'adaptation ; historiquement les luttes sociales et la conquête des droits sociaux ont permis de consolider les ressources collectives sur ce plan ;
- Les manifestations considérées comme "pathologiques" à un moment donné. Les souffrances et difficultés se condensent ici autour de symptômes reconnaissables (maladies mentales, rapportées à un système de classification reconnu - CIM, DSM...) pour lesquels des soins spécialisés sont requis ; nous sommes dans le domaine de la "maladie mentale" ;
- Les situations et expériences de déstabilisation, où les personnes rencontrent des difficultés à "réguler" ou à "gérer" les épreuves auxquelles elles se trouvent confrontées ; quand elles ne sont pas en situation de procéder aux ajustements qui leur permettraient de les supporter, elles vivent des tensions et souffrances particulières (dépression, angoisses, détérioration des compétences et ressources, honte de soi, perte d'estime, conduites à risques, tentatives de suicide, etc...). Les souffrances qui interfèrent directement avec la situation ou le contexte social (précarité, perte d'emploi, séparations, violences et guerres) ont été qualifiées³ de "souffrances psycho-sociales".

Sans être ouvertement malades (étiquetables au regard de pathologies reconnues), les individus ont du mal à supporter les situations dans lesquelles ils se trouvent. Cela peut entraîner des déstabilisations en série. Ces personnes seraient susceptibles d'être aidées mais elles ne formulent pas toujours de demandes, à défaut de savoir que cela est possible (tendance au repli, à la culpabilisation) et de pouvoir repérer les recours possibles. La distinction entre ces trois secteurs ne peut remettre en cause la légitimité et l'importance des problèmes de psychiatrie autour desquels notre système de soins spécialisé s'est construit. Bien au contraire, car il s'agit de bien comprendre l'identité de ces secteurs, les modes d'approche appropriés ainsi que les problèmes susceptibles de s'exprimer à leurs "frontières". Certaines vulnérabilités exprimées sur le terrain des difficultés d'adaptation ou de confrontation peuvent, par exemple, se transformer en pathologies caractérisées. Il est aussi possible, au travers de ces distinctions, de mieux identifier les problèmes d'accès aux soins rencontrés par les personnes touchées par une pathologie mentale.

Enfin, la compréhension d'un certain nombre de pathologies peut également aider à améliorer la prévention : imaginer des actions pour renforcer les capacités d'adaptation ou agir sur les premières manifestations de difficultés avant que les problèmes ne s'aggravent. Considérer qu'il existe un champ de la santé mentale, plutôt qu'une partition opposant radicalement "normalité" et "folie" peut contribuer à sortir la psychiatrie d'une tendance à l'enclavement et des représentations caricaturales dominantes dans le sens commun (prestation réservée aux "fous"). Cette orientation se trouve en conformité avec le sens qui avait été donné au départ à la politique de secteur. Nous insisterons plus particulièrement ici sur les articulations qui peuvent nous aider à améliorer les actions destinées à prévenir le développement des conduites à risques.

Prise en charge psychiatrique de la maladie mentale

Le besoin de précisions porte d'abord sur les relations entre santé mentale et maladie mentale. Plusieurs rapports ont, ces dernières années, alimenté le débat relatif à l'avenir de la psychiatrie et aux orientations de la politique publique en matière de prise en charge de la maladie mentale ; ils sont encore loin d'avoir débouché sur un consensus entre professionnels⁴.

Le premier niveau ne nous concerne pas au premier chef, mais ses termes sont importants : la psychiatrie publique peut-elle s'occuper de tous les troubles de santé mentale ? Si cette question est posée, c'est que certains secteurs de la psychiatrie considèrent, face aux demandes de certaines catégories de personnes en souffrance, que ce n'est pas à eux de s'en occuper et qu'ils n'ont déjà pas les moyens de prendre en charge correctement les personnes atteintes de troubles plus importants (psychoses). Un autre discours, souvent entendu ces dernières années, porte sur les risques de "psychiatriser" le mal-être ou les souffrances liées aux difficultés sociales, ces souffrances là devant continuer à être gérées dans le champ social (accompagnement, soutien social, action politique....).

Dans l'état actuel des moyens publics⁵, la psychiatrie, ne pourrait de toutes les façons faire autre chose. Quels seraient, si la réponse était positive, les professionnels habilités à approcher les souffrances plus "ordinaires" (névroses ; on parle plus souvent aujourd'hui de dépression)⁶ avec leurs modalités d'émergence et d'expression spécifiques ? Nous disposerions en France d'un potentiel important de ressources en matière de psychiatrie, mais aussi avec de fortes disparités géographiques ; la psychiatrie privée n'assurerait que très marginalement la prise en charge et le suivi des pathologies les plus lourdes. Le besoin d'une politique qui permettrait d'assurer une meilleure adaptation du système à l'évolution des besoins est ressenti par beaucoup d'acteurs de ce champ.

De la même manière que l'OMS a contribué, depuis 1946 à la promotion d'une définition de la santé permettant de sortir d'une approche totalement centrée sur la maladie, des efforts ont été entrepris dans de nombreux pays pour définir le champ de la santé mentale en prenant en compte les interactions entre le social, l'environnement et le "mental". La politique conduite au Québec semble avoir été aux avant-postes de ce travail, la dernière définition en date⁷ précisait : "la santé mentale se définit comme un état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice de capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu... Elle résulte d'interactions entre de facteurs de trois ordres : des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques des personnes, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, relationnels et affectifs, et des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution et s'intègrent de façon dynamique chez la personne".

Ce type de définition reste assez général, mais ouvre la voie à de multiples possibilités de prise en compte de phénomènes qui, sans ce cadre, ne seraient pas considérés, qu'ils relèvent de la détresse psychologique ou des capacités d'adaptation.

Accès aux soins : amplification des difficultés

Il est intéressant d'approcher le rôle de la santé mentale dans l'accès aux soins d'un double point de vue :

- l'accès aux soins des personnes présentant des troubles mentaux : sur ce plan, nous savons qu'il existe des difficultés spécifiques dans le contexte français, avec des résistances à consulter et des interactions entre la situation sociale et le rapport au système de soins ;
- la manière dont certaines problématiques ordinaires de santé mentale (dévalorisation, manque d'estime de soi) influent sur le rapport aux soins et le rapport aux droits : certains mécanismes psychologiques (culpabilisation, honte) participent à éloigner les personnes des mœurs et prestations qui pourraient les aider.

Le paradoxe ici, c'est que pour accéder aux soins, comme pour accéder à la prévention, il est nécessaire d'être relativement en "bonne santé mentale" ou alors d'être soutenu par des proches ayant compris le type de soutien dont on a besoin. Quand elles vont très mal, certaines personnes voient amplifier leurs difficultés : précarisation qui s'exacerbe, isolement plus grand, sentiment de ne plus avoir de droits, alimentés par certains mécanismes de rejet ou de mise à distance.

L'engrenage : conduites à risques : usages de drogues...

Les liens entre la santé mentale et "l'usage de substances" ont été explorés par les Canadiens. Ils partent de constats bien connus, en même temps que paradoxaux : les personnes s'adonnent à la consommation de substances très souvent pour soulager une douleur ou réduire l'anxiété ressentie. Elles peuvent le faire également pour d'autres raisons (recherche de plaisir, rituels culturels, exploration sensorielle), mais quand il y a passage à des consommations abusives on en revient souvent à la première formule.

Le paradoxe tient dans le fait qu'un certain nombre de personnes vont se trouver confrontées à de nouvelles difficultés alors même qu'elles cherchaient à se dégager de problèmes ressentis comme insupportables. Le cercle qui se met alors en place peut devenir difficile à rompre : les risques et perturbations psychosociales occasionnés par la consommation de produits illicites (en particulier) peuvent alors alimenter l'anxiété et autres formes de souffrances psychiques.

La réduction des risques, quand elle n'est pas cantonnée à l'échange de seringues ou au suivi des protocoles de substitution, a travaillé sur des paramètres essentiels de la santé mentale des usagers : réintroduire du contrôle sur sa vie, être soucieux de se protéger parce qu'on dispose d'un minimum d'estime de soi, reconstituer des "liens" valorisants, des droits et des espaces d'expression. A partir du moment où ces questions sont travaillées, le pouvoir des personnes se trouve renforcé et les risques diminués.

Prévention : reprendre pouvoir sur sa vie, individuelle et collective

Enfin, il semble qu'une approche globale de la santé mentale entretienne des relations très étroites avec les problématiques de prévention. En effet, les deux préalables majeurs de la prévention sont :

- 1) la potentialité des personnes à modifier leur approche ou leurs dispositions à l'égard des risques (action à l'échelle des individus) ;
- 2) la possibilité d'agir sur les facteurs et contextes de déplacement ou de développement des vulnérabilités pouvant alimenter les conduites à risques (action sur le cadre de vie et la communauté).

Or, sur ces deux plans, l'engagement d'actions de prévention suppose que les personnes concernées se mobilisent, prennent conscience des adaptations nécessaires pour se protéger ou aider leurs proches, produisent de la confiance et des ressources partagées. Face à l'isolement ou au retrait social, il s'agit généralement de recréer du soutien social, des solidarités et des occasions de valorisation. Face aux différentes logiques de déstabilisation (problèmes familiaux, scolaires, d'insertion...), il s'agit de faciliter la reprise de confiance, d'estime de soi et de contrôle. Face à l'engagement dans les conduites à risque, de développer la conscience des limites et le contrôle de soi. Tous ces éléments participent très directement à un processus plus général qualifié aujourd'hui d'empowerment. La reprise de pouvoir sur sa vie, en interaction avec les ressources de son environnement, reste la logique de prévention la plus efficace. Encore faut-il qu'un certain nombre de conditions soient réunies : des occasions d'expression, de valorisation, des compétences et d'échange et la présence d'acteurs en position de facilitateurs. C'est ce que font la plupart des professionnels dans leurs champs respectifs, qu'il s'agisse d'éducation, de travail social, de prévention spécialisée, de soins de santé primaire ou de protection de l'enfance. Mais l'intérêt que représente l'approche en santé mentale, c'est de prendre en compte d'une manière plus fine des dynamiques subjectives et les freins psychologiques au changement.

L'identification par les professionnels des sous-groupes de personnes plus particulièrement touchées par les différents types de symptômes de détresse (dévalorisation, dépression, isolement, agressivité) peut contribuer à améliorer l'intégration de la santé mentale dans un travail plus collectif.

C'est ce que plusieurs expériences engagées au niveau des villes tendent à montrer : la reconnaissance de problèmes de santé mentale qui peuvent traverser la collectivité et les individus sans être liés directement à des pathologies ou à des maladies psychiatriques, permet d'ouvrir un espace de parole, au plus près des lieux de vie des personnes, de saisir leurs difficultés et d'assurer, par le biais de réseaux de partenaires appropriés (médecin libéral de proximité, psychiatres du CMP, psychologues, travailleurs sociaux, associations...) des prises en compte plus adaptées.

Loin d'occulter les déterminants sociaux (précarité, destruction de ressources sociales, individualisation) ou de se cantonner à en gérer certains effets problématiques, la prise en charge des logiques de santé mentale peut contribuer à inverser certains processus de fragilisation et d'exposition aux risques des populations les plus vulnérables. En travaillant sur les ressources (et pas seulement sur les symptômes et les problèmes), sur les dynamiques (et pas seulement sur les prises en charge et les soins), sur les subjectivités (et pas seulement sur les déterminismes), les actions de santé mentale sont susceptibles de réduire le fossé entre une promotion de la santé trop généraliste et de prises en charge spécialisées qui supposent une pathologie caractérisée et une demande de soins.

Souffrance psychique et conditions de travail

Enfin, il faut aussi faire une place aux relations entre santé mentale et travail. Sur la souffrance psychique liée aux conditions de travail, les travaux de Christophe Dejours (1998, 2000) et de son équipe ont apporté un éclairage essentiel (stress, fatigue, anxiété, précarisation, usure morale), en mettant plus particulièrement en évidence les conditions dans lesquelles les personnes élaborent des stratégies de défense. Ce volet touche aussi bien les publics soumis à des conditions de travail très précarisantes que les professionnels conduits à travailler sur les difficultés de leurs publics pour lesquelles soit ils n'ont pas été préparés, soit ils ne disposent pas des moyens qui leur permettraient d'assurer pleinement leurs missions. Dans les deux cas, il existe une distorsion entre la position au travail et les moyens permettant de s'y confronter "d'une manière supportable" (compétences suffisantes, moyens, soutiens). A fortiori, les personnes confrontées brutalement ou durablement au chômage, à l'insécurité sociale et aux difficultés d'insertion (allocataires du RMI) connaissent bien cette conjonction de tensions à l'origine de sentiments divers de disqualification, de honte, de perte de sens (D.Linhart, 2002). Là aussi, loin de médicaliser la souffrance produite par ces processus et violences sociales, c'est de cadres de soutien et de mobilisation dont les personnes ont besoin, d'occasions et de supports qui leur permettent de retrouver une parole, une dignité, en un mot du pouvoir sur sa capacité à agir.

Michel Joubert, Mission départementale de prévention des conduites à risques et de toxicomanies, Université Paris VIII, Cesames.

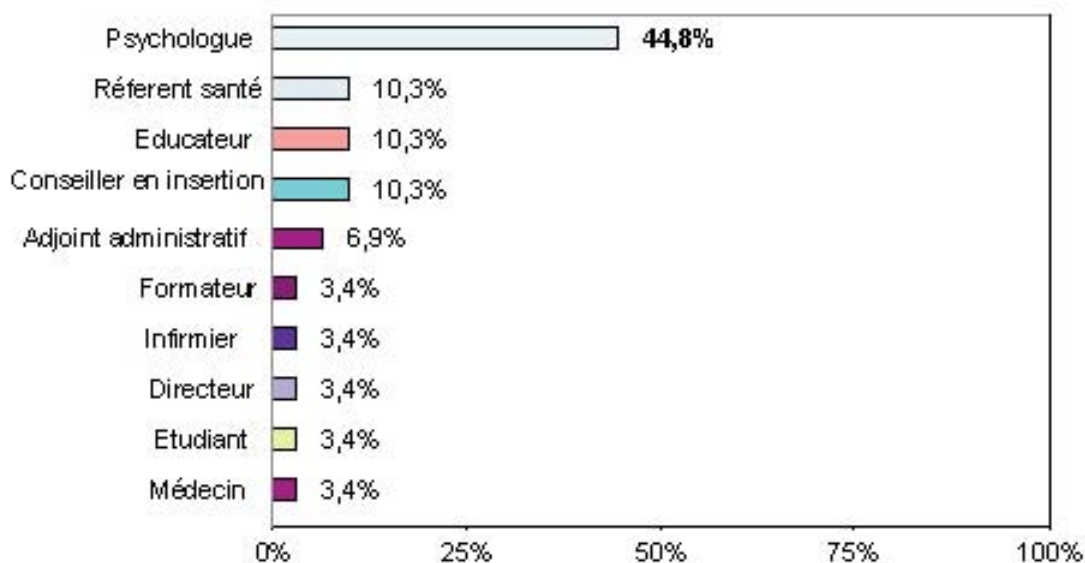
- (1) Mission départementale de prévention des conduites à risque et des toxicomanies, Université paris VIII, CESAMES
- (2) L'édition complète de cet article se trouve dans Prévention et santé mentale, les cahiers proximités, n°3, décembre 2003 ; document disponible au CRAES-CRIPS 9, quai Jean moulin 69001 Lyon ; 04 72 00 55 70 , documentation@craes-crips.org.
- (3) Travaux de et de jean FURTOS et de l'ORSPERE (Observatoire national des pratiques en santé mentale et Précarité), Rhizome, téléchargeable www.ch-le-vinatier.fr/orspere
- (4) Les rapports des docteurs E.Piel et J.L.Roelandt, " De la psychiatrie à la santé mentale. Celui du Dr Roelandt, la démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale. La place des usagers et le travail en partenariat dans la cité ", d'avril 2002.
- (5) Rappel que les premiers états généraux de la psychiatrie ont eu lieu les 5-7-8 juin 2003....
- (6) CF A. Ehrenberg et A. Lovell (2001)
- (7) Comité de la santé mentale au Québec, 1994.

EVALUATION DU SEMINAIRE

Après le séminaire, l'ensemble des participants ont été destinataires d'un questionnaire d'évaluation. 29 d'entre eux ont répondu (20 % des participants). Les résultats de ce questionnaire sont présentés ci-dessous.

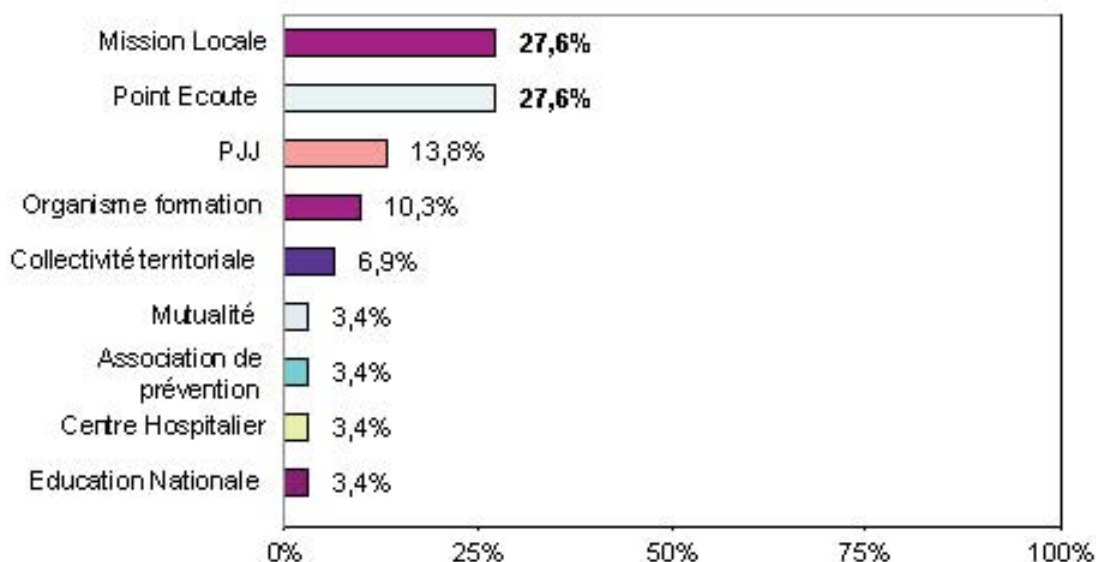
La profession

Ce sont d'abord des psychologues qui ont participé au séminaire.



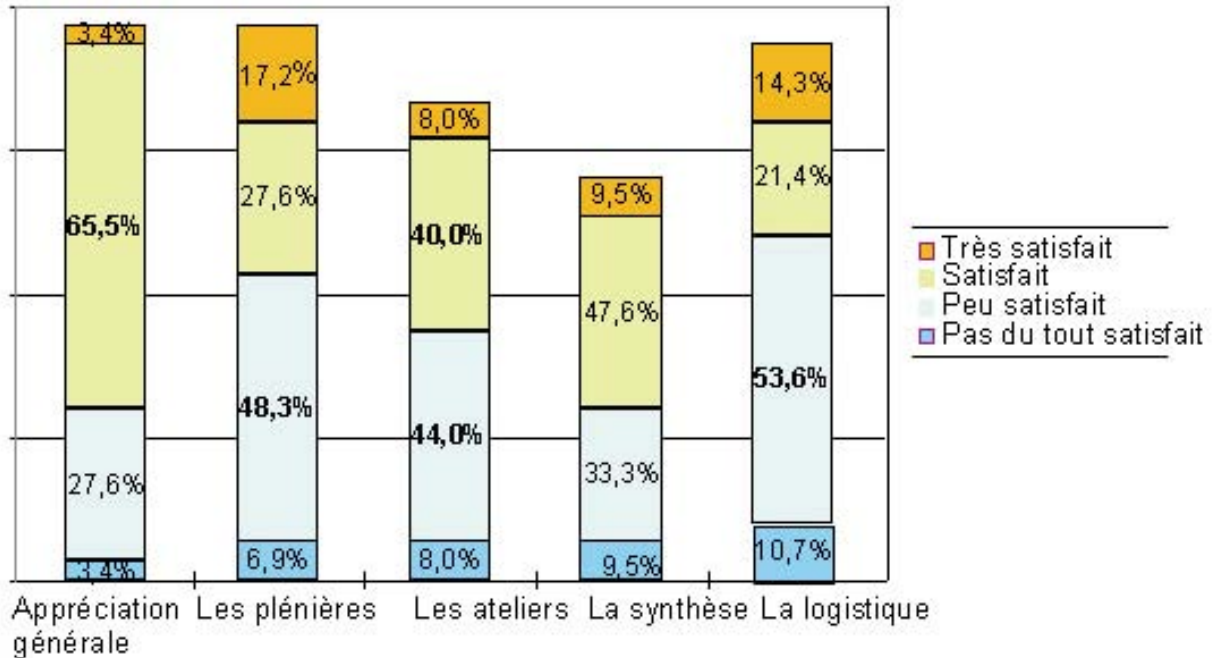
Le cadre d'intervention

Ce sont d'abord des professionnels des Missions Locales et des Points Ecoute qui ont participé au séminaire.



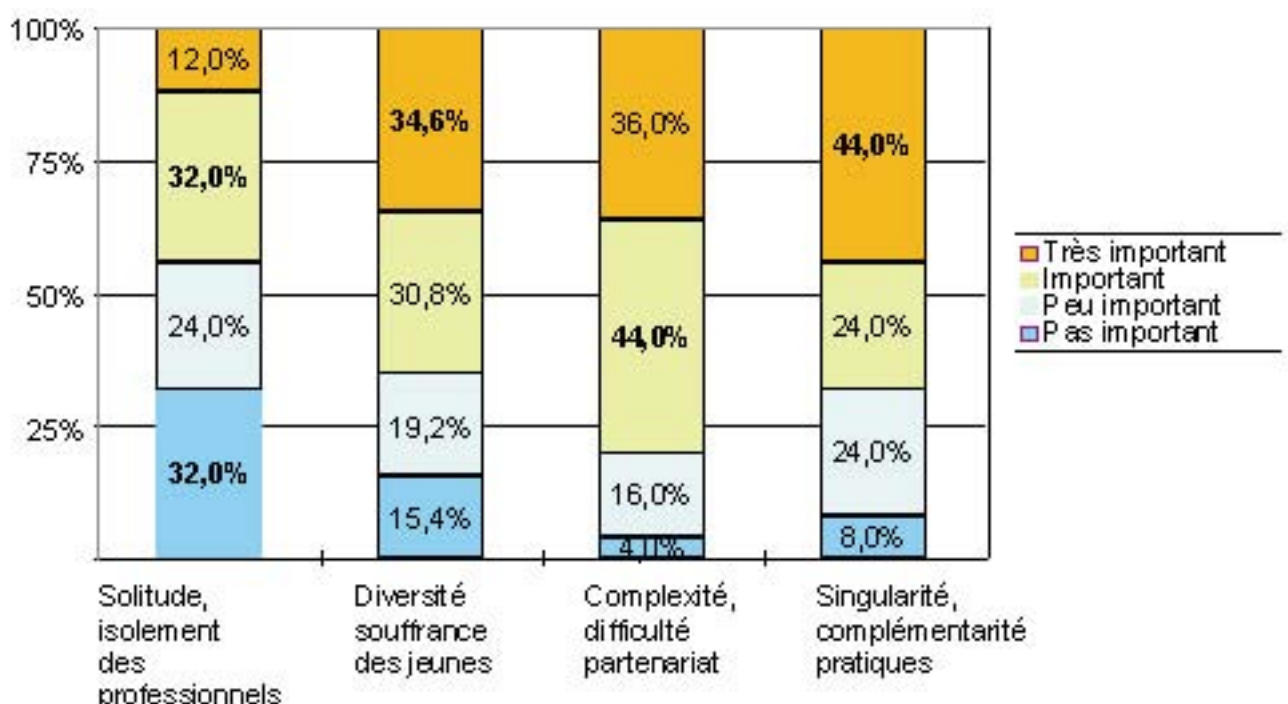
L'appréciation du séminaire

Globalement, le séminaire a été apprécié. Des critiques ont cependant émises à la fois sur la durée des plénières et la logistique (respect timing et repas). L'appréciation des ateliers a été d'abord différenciée.



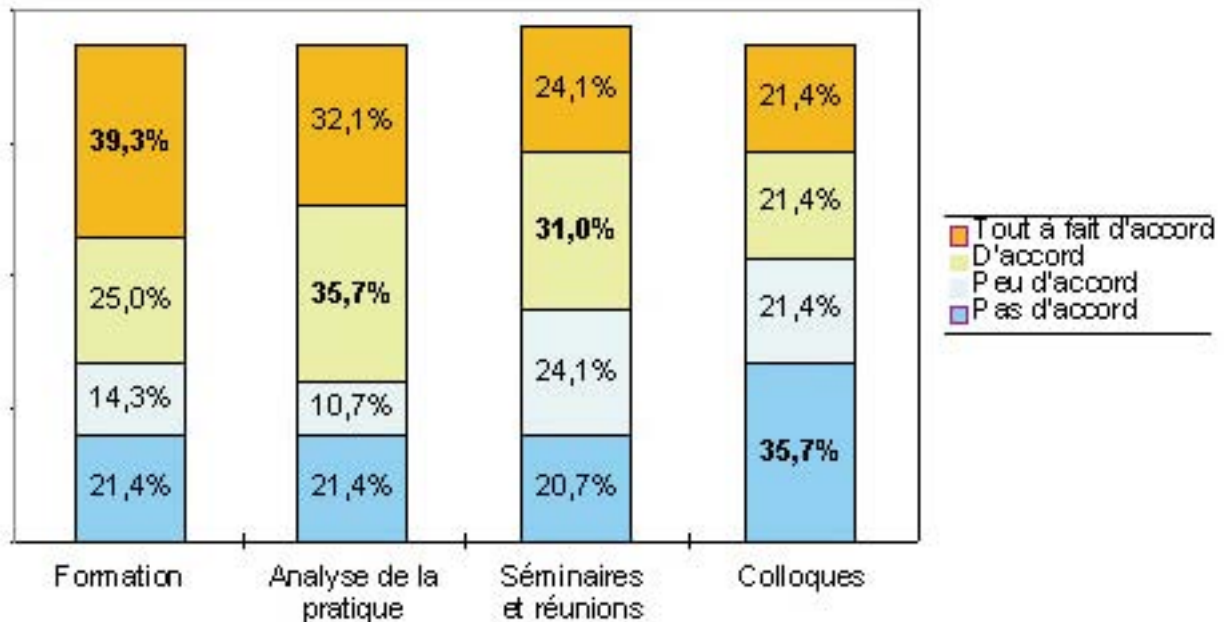
Les axes retenus

Au terme du séminaire, les axes retenus comme les plus prégnants se situent d'abord autour des pratiques, singulières et complémentaires, mais aussi autour de la difficulté et complexité du partenariat.



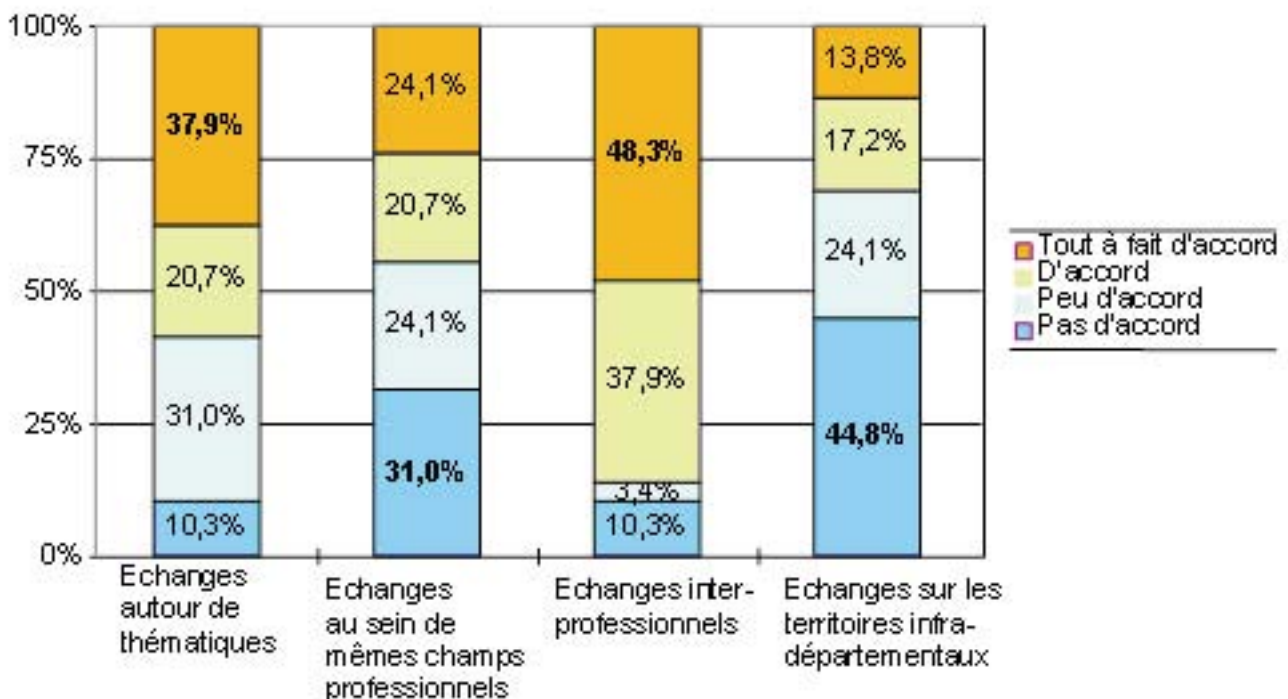
Les formes de travail envisagées pour réaliser un approfondissement de ces notions

Pour approfondir ces notions, la formation est d'abord plébiscitée. Des temps de travail sous la forme d'analyses de la pratique, de séminaires et de réunions apparaissent également détenir la faveur des participants.



Les modalités d'échange privilégiées

Dès l'enquête sur les dispositifs d'écoute, l'importance de la notion d'échanges était soulignée. Les participants insistent sur l'importance de développer des échanges autour de thématiques et avec des champs professionnels différenciés, y compris avec les acteurs de la psychiatrie.



OUVRAGES

- Arendt Hannah**, *La Crise de la Culture*, Folio Gras-set, 1991.
- Benasayag Miguel, Schmit Gérard**, *Les passions tristes, souffrance psychique et crise sociale*, Paris, La découverte, 2003.
- Benasayag Miguel**, *le mythe de l'individu*, Paris, La Découverte, 1998.
- Becker Howard**, *Outsiders*, L'harmattan, 1982.
- Canguilhem Georges**, *Le normal et le pathologique*, Paris, Puf, coll. quadrige, 1996.
- Castel Robert**, *les métamorphoses de la question sociale, chronique du salariat*, Paris, Fayard, 1995.
- Ehrenberg Alain**, *L'individu incertain*, Paris, Livre de Poche, 2004.
- Ehrenberg Alain**, *La fatigue d'être soi, dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998
- Fassin Didier**, *Des Maux indicibles*, sociologie des lieux d'écoute, Paris, La Découverte, 2004.
- Foucault Michel**, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1968.
- Foucault Michel**, *Surveiller et punir, naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1984.
- Foucault Michel**, 1994, *Dits et Ecrits 1954-1988*, éd établie sous la direction de D. Defert et F. Ewald, Paris, Gallimard.
- Foucault Michel**, *Naissance de la clinique*, PUF Poche, 2003.
- Furtos Jean** (sous la direction de), *Souffrance psychique, contexte social et exclusion*, actes du colloque de Lyon-Bron, Orspere, Ecole Rockefeller, 1998.
- Furtos Jean et Laval Christian** (sous la direction de), *la santé mentale en actes, de la clinique à la politique*, Toulouse, Erès, 2005.
- Furtos Jean** (sous la direction de),
- Gaulejac(de), Léonetti Isabel**, *La lutte des places*, Paris, Desclée de Brouwer, 1994.
- Goffman Erving**, *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, minuit, 1968.
- Goffman E.**, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, minuit, 1989.
- Herzlich Claudine**, *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton, 1970
- Herzlich Claudine**, *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale* (1969), Paris, EHESS, 1984.
- Herzlich Claudine, Adam Philippe**, *Sociologie de la médecine et de la maladie*, collection 128, 1997.
- Joubert Michel, Chauvin Patrick, Facy Françoise Ringa V.**, *Précarisation, risque et santé, Questions de santé publique*, INSERM, 2001.
- Joubert Michel, Louzoun Claude**, (sous la direction de), *Répondre à la souffrance sociale*, Toulouse, Erès, 2005.
- Kristeva Julia**, *Les nouvelles Maladies de l'âme*, Paris, Fayard, 1993.
- Lagrange Hugues**, *De l'affrontement à l'esquive, violences, délinquances et usages de drogues*, Paris, Syros, 2001.
- Le Breton David**, *Signes d'identité, tatouages, piercings et autres marques corporelles*, Paris, Métailié, 2002.
- Millet Luc**, *la crise du milieu de vie*, Masson, 1994.
- Pelège Patrick**, *Hébergement et réinsertion sociale : Les CHR, dispositif, usagers, intervenants*, Paris, Dunod, 2004.
- Pelège Patrick, Picod Chantal**, *Eduquer à la sexualité, un enjeu de société*, Paris, Dunod 2006.
- Pr Reynaud M., Dr Malarewicz J.A.**, *la souffrance de l'homme, une approche globale du fonctionnement psychique*, Paris, Albin Michel, 1996.
- Ruffot D., Choquet Marie** *Les adolescents et la souffrance psychique*, Paris, La découverte, 2007.
- Schneider Michel**, *Big Mother*, Paris, Odile Jacob, 2002.

RAPPORTS, REVUES

- Ehrenberg Alain**, *Les changements de la relation normal-pathologique ; A propos de la souffrance psychique et de la santé mentale*, revue Esprit, 5, mai 2004, pp 133-156.
- Finkielkraut Alain**, *La crise de la transmission*, in *Malaise dans la filiation*, revue Esprit, décembre 1996.
- Foucault Michel**, *La force de fuir*, in "Dits et Ecrits", tome 2 (1954-1988), édition établie sous la direction de Daniel Defert et François Ewald, Edition Gallimard, 1994, pp.401-405.

Gauchet Marcel, *Essai de psychologie contemporaine*, revue le Débat, 1998, pp 162-181.

Gros Frédéric, *Enfermer n'est pas clore, informations sociales sur " Enfermements"*, n°82, 2000, p.7.

Joubert Michel, *Précarisation et santé mentale ; déterminants sociaux de la fatigue et des troubles dépressifs ordinaires*, in *Précarisation, risque et santé*, édité par M.Joubert, P.Chauvin, F.Facy, V.Ringa, Questions de santé publique, Paris, INSERM, 2001.

Revue Sciences Humaines : " Ou en est la psychiatrie ? ", n° 147, mars 2004.

Mathieu Lilian, *Etat des lieux des ressources, conceptions et pratiques du travail en réseau, en prévention de la souffrance psychique des adolescents*, URCAM, CRAES-CRIPS, 2000.

Joubert Michel, Giraux-Arcella Pilar et Mougin Chantal, *Villes et toxicomanies, de la connaissance à la prévention*, Paris, Erès, 2005.

Pelège Patrick, *Secret et déontologie, Questions d'éthique*, Toulouse, revue Empan, décembre 2000.

Pelège Patrick, *Enquête sur la consommation des produits psychoactifs dans les structures d'hébergement du département de l'Ain*, CIRDD-CNDT, Lyon, 2003.

Pinel Jean-pierre, *Les fonctions du cadre dans la prise en charge institutionnelle*, Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe n°13, Toulouse, Erès, 1999.



Actes disponibles sur www.craes-crips.org