CRISES et DELITS

Psychiatrie, système éducatif et justice





REVUE DE L'ASSOCIATION CROIX-MARINE DE BASSE-NORMANDIE

Sommaire N° 5

Editorial	p. 3
Psychiatre en milieu carcéral	
par le Docteur Anne-Marie Deyr	ris p. 6
Lectures	
par Jean-Nöel Letellier	p.11
Psychiatrie ? Justice ? Réflexion autou par le Docteur Roland Haize	r d'une situation cliniquep.12
Actualités régionales	p.15 et 16
Système éducatif et Justice	
par Jean-Marie Petitclerc	p.17
Sautes d'Humeur	p.23

Editorial

Voici enfin le premier numéro de notre revue nouvelle formule, en fait le numéro 5. Nous avons en effet souhaité étoffer notre revue, la diversifier et en faire un organe de liaison entre toutes les personnes intéressées et concernées de près ou de loin par les questions de santé mentale et l'évolution des idées et des pratiques.

Le contenu rédactionnel devrait donc s'enrichir progressivement au fil des numéros, l'élément central demeurant les textes des interventions de nos journées de rencontre mais vous découvrirez également de nouvelles rubriques :

- Les actualités régionales qui donneront des nouvelles de la vie de la région : réalisations, idées, colloques etc...
- La critique de livres tenue par Jean-Noël Letellier pour vous donner envie de lire encore plus.
- La rubrique du dysthymique, mot d'humeur et d'humour réagissant en quelques lignes à un sujet grave ou léger.

Nous comptons sur vous pour nous écrire et nous faire part des informations que vous souhaiteriez voir publiées et de vos suggestions. Nous ésperons également que vous apprécierez notre nouvelle présentation.

Cette revue sera ainsi que vous la ferez.

Cette revue comporte aussi un bulletin d'abonnement (cela manquait jusqu'à présent) de manière à ce que vous puissiez vous abonner et abonner vos amis ...

Il est essentiel pour la pérennité de la revue que nous parvenions à un certain seuil d'autofinancement. L'abonnement est donc de ce fait passé à 75 F au lieu des 60 annoncés un peu hâtivement lors de l'assemblée générale; 75 F donc pour les trois numéros de l'année 1992 correspondant aux trois journées Croix-Marine de 1992.

Les textes des deux journées intitulées : "Marginalité" et "Travail et santé mentale" ne sont pas oubliés et seront édités ultérieurement. Mais il nous a paru essentiel pour la vitalité de l'entreprise de "resynchroniser" les journées et le contenu de la revue.

L'objectif fixé est de 200 abonnements au moins pour cette année...

Je pense que nous avons les moyens d'y parvenir.

.../...

Une coordination régionale Croix-Marine a été créée à l'initiative de la Fédération nationale qui entend créer de telles coordinations dans toutes les régions de France pour mieux inscrire son action dans les réalités locales.

Cette coordination réunit toutes les associations ou établissements affiliés à la Fédération dont notre association.

Une réunion constitutive a eu lieu le 16 décembre dernier, en présence du Docteur Clément Bonnet, secrétaire général de la Fédération et monsieur Bernard Nouhaud a été nommé secrétaire de cette coordination. Il vous parlera un peu plus longuement de cette coordination dans notre prochain numéro.

Un mot pour conclure sur le grand bonheur d'avoir pu entendre Lucien Bonnafe lors de notre assemblée générale qui s'est tenue à la F.N.A.C. le 27 janvier dernier. Nous avons entendu une grande voix nous parler de secteur, de santé mentale, de surréalisme, de politique et plus profondément de l'homme en général... de nous en somme.

J.-F. GOLSE

Ecrivez nous à :

Association Croix-Marine de Basse Normandie

1, place Villers

14000 CAEN

ou à:

Docteur J.-F. GOLSE Revue Croix-Marine C.H.S 50360 PICAUVILLE

Psychiatre en milieu carcéral

Anne-Marie DEYRIS Ex-Psychiatre en centre de détention et en maison d'arrêt.

Introduction:

Pour aborder cette question, j'ai centré mon sujet sur les conditions d'exercice, des soins psychiatriques ainsi que sur les conditions de vie des détenus présentant ou non des troubles psychopathologiques au moment de leur incarcération, plutôt que sur les fonctions du médecin psychiatre lui-même en milieu pénitentiaire : celles-ci découlant de celles-là. Car accepter les psychiatres en tant que thérapeutes et non en tant que simples auxiliaires de justice, c'est accepter que le dialogue s'opère et batte en brèche un système plus ou moins totalitaire dont les normes de sécurité s'accordent mal à la libre circulation de l'information.

Pour le psychiatre sensible à l'aspect social de son métier, la prison est un lieu de découverte extraordinaire, où la relation soignant-soigné prend une intensité tout à fait spécifique.

- Pourquoi être psychiatre en prison de nos jours , pour tenter de répondre à quels besoins ?
- Et comment, selon quelles modalités d'exercice, <u>est-il</u> <u>actuellement possible de travailler en FRANCE dans ce domaine en tant que thérapeute?</u>

Les besoins:

-<u>La reconnaissance de la persistance des troubles mentaux</u> en prison a été précoce, en dépit de la loi du code pénal de 1810, instaurant l'art. 64 qui spécifie :

"Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister".

Cet article est en instance de réforme, en révision depuis l'évolution de la psychiatrie des années 1960. J'y reviendrai ultérieurement, de même que mon collègue le Docteur HAIZE, je présume, dans son intervention, au vu de l'intitulé de notre rencontre.

Cependant la prise en compte de ces troubles mentaux en prison par l'administration pénitentiaire s'est effectuée que très progressivement à partir de la fin du XIXème siècle.

Durant les années trente, époque où dominait le courant idéologique de défense sociale, préconisant la protection de la collectivité sur celle de l'individu, elle a nécessité d'âpres années de luttes de la part des premiers psychiatres qui ont relevé le défi d'y exercer leur pas en art, non qu'experts-auxiliaires justice, mais en tant que thérapeutes, avec les risques mentionnés précédemment que cela semblait supposer pour telle administration.

D'ailleurs j'ai le sentiment, après cinq années d'exercice dans les prisons de Caen et de Rouen, que cette lutte pour la prise en compte des troubles mentaux, qui aujourd'hui. engage également l'administration Sanitaire et Sociale, n'est pas achevée. Elle requiert beaucoup d'énergie de la part de ceux qui souhaitent faire sortir la psychiatrie française de son immobilisme, du moins sur ce point, prioritaire me semblerait-il compte tenu de la réalité des besoins.

- Les besoins, quels sont-ils?

- La morbidité psychiatrique en prison est très au dessus du niveau de la morbidité psychiatrique de la population générale.

En prison, à Caen comme ailleurs on tente de se suicider quatre fois plus qu'à l'extérieur.

40 % des détenus présentem des antécédents personnels et familiaux d'affections psychiatriques et relèvent de soins réguliers.

Les résultats des dépistages opérés dans les structures de soins médico-psychologiques existantes dans l'hexagone confirment ces statistiques déjà fournies par un rapport de l'I.G.A.S. en 1984.

A Caen, en particulier, pour notre part, à Mme le Docteur Couque et à moi-même, nous avions à faire face, avec la mise en place d'un très petit nombre de consultations spécialisées, à une liste de 150 à 200 détenus inscrits en permanence sur la file des dossiers psychiatriques de la Maison d'Arrêt et du Centre de détention de Caen. Cette situation ne peut correspondre qu'à une prise en charge des urgences et à un travail de soins purement symptomatiques.

Nous avons pratiqué en septembre 1990 une enquête anonyme auprès des détenus, avec l'aide des infirmier(e)s des prisons de Caen et l'accord de leur directeurs, afin de nous faire une idée approximative des principaux facteurs de morbidité psychiatrique en présence.

En Maison d'arrêt:

(Conçue théoriquement pour une capacité d'accueil de 234 hommes, 16 femmes, 14 semiliberté, mais qui reçoit en pratique 350 à 400 détenus), nous avons obtenus 295 réponses pour 420 détenus.

Au Centre de détention :

(D'une capacité théorique de 390 hommes dont l'accueil effectif est de 420 à 430 détenus condamnés pour la plupart à des peines supé-rieures ou égales à 10 ans) nous n'avons reçu que 97 réponses, ce nombre corres-pondant par ailleurs au nombre d'inscrits sur notre file active de dossiers psychiatriques.

Les résultats de ce questionnaire furent les suivants :

- 1) Les tendances à l'Alcoolisme sont reconnues par 50 % des sujets de la Maison d'arrêt (49,8 % exactement). Et 44 % du Centre de détention.
- 2) Les Tentatives de Suicide sont au premier rang des troubles du comportement déclarés au Centre de détention avec 46,5 % des réponses positives témoignant de l'autoagressivité de ces sujets. Pour 37% des cas en Maison d'arrêt.
- 3) Les Antécédents Psychiatriques Personnels atteignent 31% des cas autodéclarés dans les deux établissements avec 35% de cas ou l'indication d'un suivi médico-psychologique a été posée par un expert.

Ce suivi étant souhaité par 89% des sujets expertisés du Centre de détention. Le pourcentage d'Antécédents Psychiatriques Familiaux est légèrement inférieur : 29,8 % en Maison d'arrêt et 28,1 % au Centre de détention.

- 4) La toxicomanie est reconnue par 31 % des détenus des deux établissements.
- 5) Les Délits Sexuels sont au 4ème rang de la pathologie des comportements déclarés avec 30,7 % des cas dont presque un sur deux souhaiterait recevoir une aide psychologique spécifique. Ce type de délit est représenté dans 13,2%

des cas en Maison d'arrêt où plus encore qu'au Centre de détention une aide spécialisée est demandée (dans 64 % des réponses).

D'ailleurs en Maison d'arrêt, environ 98 % des détenus déclarant avoir présenté des antécédents psychiatriques souhaitent recevoir des soins spécialisés et seulement 25 % du Centre de détention.

- 6) Paradoxalement, 25,22% d'entre eux ont été hospitalisés en psychiatrie pour 17,6% des détenus de la Maison d'arrêt.
- Le taux d'hospitalisation en psychiatrie dans la population générale n'est que de 2 % à 3%.
- 7) En ce qui concerne la séropositivité H.I.V., bien qu'il ne s'agisse pas de morbidité psychiatrique pro-prement dite, elle a sa place ici, car elle nécessite l'accom-pagnement psychothérapique de soutien, elle atteint 2,7 % des cas en Maison d'arrêt et 1,94 % des cas au Centre de détention, pour quelques cas sur 1 000 dans la population française.
- Quelles sont les pathologies psychiatriques les plus fréquemment rencontrées an prison?

Il s'avère qu'un nombre de plus en plus grand de malades psychotiques soit à présent dans les prisons, d'après mon expérience subjective et surtout d'après les données d'observations recueillis dans les différents S.M.P.R. où la fréquence de ce diagnostic atteint le 2ème rang après celui des psychopaties ou états limites.

Ce fait ne peut qu'accroître l'insuffisance actuelle des soins médico-psychologiques ou leur inadaptation à prendre en charge convenablement ces patients "non punissables" mais non justifiables de l'article 64 sous sa forme actuelle.

Sans accorder à toute délinquance une valeur pathologique, il apparaît clairement que la population pénale est constituée en bonne part de personnalités présentant des difficultés relationnelles. Elles cumulent les troubles qui sont à l'origine de sa déviance à ceux qui en découlent.

Ils sont le résultat d'une interaction entre la souffrance propre de l'individu et celle provoquée par le cadre institutionnel. L'enfermement entraîne un certain nombre de troubles de mieux en mieux identifiés.

En dehors de toute pathologie préalable, les troubles ont été étudiés en particulier par l'équipe lyonnaise dirigée par le Docteur Daniel GODIN qui vient de faire publier un livre "La santé incarcérée" ou "Médecine et conditions de vie en détention" (Après un article dans le Monde du 10/07/1990 : "Les maux de l'enfermement".

Cette étude outre les maux auparavant décrits :

- -Situation de stress intense parfois état de stress permanent.
- Privations multiples : d'espace, le temps personnel, de communications affectives, sexuelles entraînant un sentiment de solitude, un manque d'énergie permanent fait un "état dépressif inavoué".

 Objective des troubles de la sensorialité avec :

Une perte de l'*odorat* dans 31 à 39 % des cas.

Une baisse de la vue chez 31% à 49 % des plaignants.

Jusqu'à 51 % des plaignants une baisse de goût.

Les troubles de l'<u>audition</u> sont moins fréquents mais sont loin d'exclure une hypersensibilité aux bruits perçue comme une souffrance et qui témoignerait d'une attitude d'écoute perpétuelle vis à vis des bruits réglant de l'intérieur comme de l'extérieur la vie carcérale.

L'enfermement serait ainsi prioritairement ressenti dans le domaine sensoriel, les organes concernés agissant, pour les détenus comme "des indicateurs privilégiés de la dégradation de leur relation à l'environnement".

CES DONNEES SONT PRISES EN COMPTE PAR LA LEGISLATION

1) <u>Par le projet de réforme de l'article 64</u>:

- Où la notion de démence fait place à celle d'atteinte psychique ou neuro-psychique.

- Où la réalité de l'acte n'est

plus niée.

- à l'irresponsabilité est substituée l'impunissabilité introduisant un élément d'appréciation jusqu'alors médicalisé (Cf. mission de l'Expert) dans la décision judiciaire de la sanction.

"N'est plus punissable la personne qui était atteinte au moment des faits d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes" (Art. 122. 1 du projet de réforme judiciaire de l'Art. 64 qui doit prendre forme définitive en 1994 -Cf. commentaires de Jean PRADEL "Droit Pénal Général" édition 1990 p.460).

La question est celle de déterminer les lignes de partage des 3 pouvoirs :

- Judiciaire,
- -Médical (en l'occurrence psychiatrique),
- Préfectoral (assurant l'ordre public et la protection sociale).
- 2) <u>Par le décret du 14 mars</u> 1956 créant la notion de

secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire :

Les premières "annexes" de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire furent marquées de disparitions et de réapparitions successives.

Baptisés "Centres Médicopsychologiques régionaux" sous le férule de l'administration pénitentiaire en 1967, puis sous la double tutelle du Ministère de la justice et de la santé en 1977, leur forme actuelle a nécessité de nombreux changements:

- dans le cadre de la psychiatrie avec la mise en place des secteurs. (Les formes les plus carcérales des hôpitaux psychiatriques disparaissent ou deviennent honteuses, les portes s'ouvrent, le soin se veut actif, les placements obligatoires se raréfient).

Cette libéralisation s'accompagne souvent d'une diminution de la tolérance aux malades difficiles, aux psychopathes, aux "articles 64".

- dans le cadre de l'expertise, la responsabilité même partielle du psychopathe est plus souvent reconnue, elle est même prônée pour les psychotiques, car le non lieu annule l'acte dans la tête du patient, même si ce dernier n'est pas punissable.
- Egalement <u>dans le domaine</u> <u>pénitentiaire</u> vers le décloisonnement de son administration.

Le décret du 14/03/1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, a officialisé les C.M.P.R. en créant des "Secteurs de Psychiatrie en milieu pénitentiaire" et au-delà, une nouvelle dimension de la psychiatrie voire une spécialité nouvelle.

3) <u>L'arrêté du 14 décembre</u> 1986 fixant l'organisation des Services Médico Psychologiques Régionaux (et non plus C.M.P.R.) relevant des secteurs

de psychiatrie en milieu pénitentiaire ainsi que par :

4) <u>La circulaire d'application</u> du 5 décembre 1988 relative à <u>l'organisation de la psychiatrie</u> en milieu pénitentiaire:

Cet arrêté renforce les principes des circulaires précédentes de 1977 :

-D'autonomie du médecin vis à vis de l'administration pénitentiaire,

De vocation sanitaire alignant en cela le S.M.P.R. sur les secteurs psychiatriques ordinaires.

- Toutefois toute l'affirmation de la mission sanitaire n'exclut pas la survivance d'autres missions faisant du psychiatre un auxiliaire de l'administration pénitentiaire. Chaque fois que la sanction disciplinaire échoue le recours aux techniques psychiatriques est soulevé à des fins "correctrices" ou "normalisatrices".
- De même le psychiatre se voit impliqué dans le traitement pénal. Cependant la disparition de la double tutelle au sein du S.M.P.R. par rapport à la Circulaire de 1977 dote le médecin chef S.M.P.R.: des mêmes droits et responsabilités qu'un médecin chef de secteur de psychiatrie générale.

La Circulaire, elle, permet une limitation de l'application de l'article D378 du Code de procédure pénale et une protection du secret médical.

- Elle rappelle la libre appréciation du psychiatre quant à la participation à la commission d'application des peines donc au traitement pénal.

Persiste un archaïsme, celui consistant à laisser les psychiatres-intervenant en Centre de détention, en Maison centrale - sous la responsabilité de la justice et non de la santé ce qui entraîne une perte d'indépendance d'où la nécessité d'un statut de praticien hospitalier pour ces psychiatres.

Seul ce statut leur permettrait là, comme ne maison d'arrêt, de faire reconnaître les exigences de leurs fonctions.

LES DIFFERENTS TYPES DE REALISATIONS EN CE QUI CONCERNE LES SOINS PSY-CHIQUES EN MILIEU CAR-CERAL ONT VU LE JOUR:

Les besoins, bien que loin d'être tous couverts ont donné lieu à divers types de réponses.

Les S.M.P.R.: en application de l'arrêté de décembre 1986 et de la circulaire de 1988 sont actuellement au nombre de 17 pour un nombre de 134 maisons d'arrêt (Ces maisons d'arrêt sont destinés aux prévenus et aux condamnés à de courtes peines et sont en d'implantation lieu S.M.P.R. selon le découpage régional de l'administration pénitentiaire. Il existe environ 9 régions pénitentiaires en France). La création de nouveaux S.M.P.R. est prévue à la Guadeloupe, à Bois d'Arcy, à Perpignan.

A Château Thierry existe un ancien centre pour "psychopathes" condamnés à de longues peines atteints de troubles psychiatriques dépendant de l'administration pénitentiaire. Ce centre doit être transformé en S.M.P.R.

Les nouvelles prisons : 25 ont été créées pour permettre l'ouverture de 13 000 places supplémentaires.

Elles sont dotées d'un système de gestion privé dont le système des soins médicaux dépend. La psychiatrie y est considérée comme simple spécialité comme une autre et le psychiatre est inféodé au médecin généraliste jouant le rôle du médecin chef selon la tradition carcérale.

Le psychiatre a perdu son statut de médecin Espitalier de secteur et ne jouit plus de son indépendance. La perte de communication pour les détenus du fait de l'informatisation des fermetures des portes aggrave considérablement le sentiment de solitude décrit précédemment.

Les centres de détention et les maisons centrales au nombre respectif de 26 et de 10 :

Les premiers sont plus orientés vers la resocialisation, les secondes sont des établissements de sécurité au régime en principe moins libéral.

- Les soins sont exercés par des psychiatres vacataires payés par l'administration pénitentiaire, ce qui alourdit les risques de perte d'autonomie éthique.

Quelques S.M.P.R. tentent de jouxter leurs soins à ceux présents, liés aux secteurs de psychiatrie générale d'un centre de détention ou d'une maison centrale proche:

- Nantes, Rouen à titre expérimental avec le Centre de détention du Val de Rueil.
- Toulouse avec le Centre de détention des Murets.
- Poitiers avec la Maison centrale de Saint Martin de Ré.
 Lyon avec la Maison centrale de Moulin.

Le problème des hospitalisations d'office concernant les détenus :

Il existe des difficultés à fair accepter par le C.H.S. les étenus du fait de l'article D397 du C.P.P., cet article prive les hôpitaux psychiatriques de la surveillance policière dont sont dotés les autres contres de soins hospitaliers requis par les détenus. Nécessitant sur le plan médical une hospitalisation d'office.

- <u>Des unités pour malades</u> <u>difficiles</u> <u>"officieuses"</u> joueraient le rôle d'accueil (au nombre de 7, en France, en plus des unités pour malades

déclarées (Cadillac, Sarraguemine, Henri Colin, MontFavet).

- * Parallèlement à la réponse, par la mise en place d'unités pour malades difficiles "officieuses" sont en cours.
- * des projets de constitution de services hospitaliers spécialisés pour l'accueil des détenus hospitalisés d'office (à défaut de les admettre dans leurs secteurs psychiatriques d'appartenance.





FORMATION PERMANENTE

1, place Villers - 14000 CAEN

Renseignements: 31 50 01 20

Découverte des pratiques sanitaires et sociales

Stages collectifs et individuels

"PRATIQUES ET RECHERCHE"

Revue de l'Association Croix-Marine de Basse-Normandie 1, Place Villers - CAEN - Tél. 31.50.01.04

Directeur de la publication : Claude DEUTCH. Responsable de la Rédaction : Jean-François GOLSE. Responsable technique: Rémy DOBENESQUE.

Dessins: Philippe JAFFRE.

Maquette & traitement de texte : Hervé GUERVILLE. Conception technique : Hervé GUERVILLE, Chantal HERBERT, Nathalie LEBELHOMME.

Secrétariat : Nathalie LEBELHOMME.

Imprimerie: NII - Caen. ISSN 1157.3155 Dépôt légal 1er trimestre 1992.





Abonnez Vous!



Lectures

J. N. LETELLIER

"LE CITOYEN FOU"

Nouvelle encyclopédie Diderot Sous la Direction de Nathalie ROBATEL ED. PUF 178 francs.

eut-on à la fois être coupable et fou ? Ainsi est posée la question que traverse cet ouvrage composé de 13 contributions dont les origines diverses (philosophiques, sociologiques, historiques, juridiques, médicales et psychanalytiques) assurent aux enjeux de cette problématique un éclairage pluridisciplinaire.

Avec l'article 64, la médecine fait, au XIX ème siècle, son entrée au tribunal et, partant, "sous couvert d'expliquer l'acte criminel, il ne s'agira plus dès lors de punir de celui-ci, mais de qualifier un individu", voir de tracer la ligne à partir de laquelle "le sujet se trouve dépossédé de son être".

L'abord historique permet de restituer les origines tant philosophiques que juridiques de l'impasse du dispositif actuel. Le chapitre sur la présomption de folie en droit pénal met parfaitement en évidence autant les ambiguités de la procédure juridique lors de la mise en oeuvre de l'article 64, que les effets de celui-ci qui, en quelque sorte annule les faits "il n'y a ni crime, ni délit. . . "et ne sont pas de nature à favoriser le traitement médico-psychologique ultérieur : "Tu ne seras pas jugé. . ." "Relaxe et . . . internement".

La question qui se profile au coeur de l'ouvrage, et qui en fait un magnifique réquisitoire contre l'exclusion, réside dans les conséquences à quoi réduit la qualification juridique de la maladie mentale.

En conséquence, il aborde avec détermination la question de la prise en charge de la psychose au regard de la "citoyenneté thérapeutique". Des arguments qui pèsent lourd dans le débat sur le statut de la maladie mentale, débat qui habituellement s'exacerbe lors de douloureux faits divers.

Le chapitre "Aspects structuraux des processus thérapeutiques" est à lire de toute urgence dans la mesure où il existe peu de contributions théoriques à l'évolution de la psychiatrie auxquelles se substituent des raccourcis technocratiques abscons.

A faire lire à tous les "psys" qui se commettent dans les expertises et aux soignants confrontés au problème des droits du malade mental.

Psychiatrie? Justice?

Réflexion autour d'une situation clinique.

Docteur Roland HAIZE.

En tant que praticien de secteur psychiatrique, je travaille à l'élaboration de stratégies de soins, le plus souvent dans un cadre contractuel, mais parfois dans le cadre légal de l'internement. Ces stratégies de soins peuvent concerner des individus qui ont des démêlés avec la justice, voire pour lesquels la justice va définir le cadre de soins.

L'histoire clinique dont il est question n'est que le reflet simplifié d'une trajectoire complexe. Elle vise à montrer quelques rapports entre Psychiatrie et Justice, sujet de notre rencontre.

Bernard a 22 ans. Il aurait pu entrer en contact avec la psychiatrie avant 1988, mais il rencontrera d'abord le cadre judiciaire.

Il a eu une histoire assez banale : deuxième d'une fratrie de quatre enfants qui ont tous connu très tôt des difficultés d'apprentissage à l'école.

A 16 ans, Bernard, qui a déjà pas mal de "fugues" à son actif, se lance dans des apprentissages où il échoue, avec le plus souvent mise à la porte dans le contexte de bagarres.

Apprendre à l'école n'a jamais été très important dans cette famille et ils sont habitués "à s'en sortir autrement"en entrant dans le monde du travail très jeunes.

Les enfants sont "turbulents" mais, pour la famille, ils

"s'affirment" et les bagarres ça fait plutôt la fierté paternelle. Le père, alcoolique, ne s'en est jamais préoccupé et la mère est trop occupée à chercher des secours comme elle avait vu faire sa propre mère et d'ailleurs les enfants sont "tellement tendres avec elle".

Les services sociaux auraient peut-être dû s'inquiéter, mais le dossier est tellement lourd et il y a tellement de démarches déjà, puis ils sont en bonne santé et tout le monde dit que c'est une "famille à part", que "ça a toujours été comme ça pour cette famille là"... C'est la juste continuité des choses.

On plaint bien un peu les enfants qui ont de "pareils parents", tout comme on plaint bien la mère quand les parents divorcent en 1979 : "la pauvre femme, ... élever seule quatre enfants... avec ce père invalide qui boit et ne peut verser la pension alimentaire..." père que les enfants voient très peu, sinon ivre mort dans les rues de la bourgade.

Les actes délinquants sont apparus tôt chez les garçons et il va être mis en place une mesure éducative qui va rassurer tout le monde.

A 14 ans, Bernard montre des conduites d'alcoolisation au cours desquelles il se montre très violent et commet des actes délinquants.

En 1987, il subit sa première condamnation suite à un vol collectif avec menace à l'arme blanche: huit mois avec sursis. Il a 18 ans. Entre temps sa mère s'est remariée en 1985 et le couple a un enfant qu'il entoure de beaucoup d'affection, ce qui est difficile à vivre pour les enfants de première frâtrie.

Plusieurs tentatives ont été faites dans le cadres de l'AEMO judiciaire visant le plus souvent à un éloignement du milieu familial, tentatives qui vont toutes échouer avec retour au domicile parental. A la majorité, l'AEMO judiciaire cesse et la situation s'aggrave rapidement avec majoration de l'alcoolisme et des violences. C'est dans ce contexte de rupture que survient la première rencontre accidentelle avec le secteur psychiatrique suite à une ivresse pathologique avec entrée en placement volontaire demandé par la mère qui exprime alors son désarroi devant ce fils turbulent qu'elle n'arrive pas à maîtriser. Passé la phase d'ivresse, il arrive à convaincre sa mère que sa présence en psychiatrie est complètement déplacée et elle demande une sortie qui ne peut être refusée. Pourtant, il apparaît en souffrance tant par ses propos que par exemple par les nombreuses traces de phlébotomie que portent ses avant-bras. Mais peut-être la réaction de Bernard et de sa mère apparaît compréhensible : interner en quelque sorte, c'est désigner un individu comme ne pouvant plus rester inscrit dans la communauté ordinaire : un sujet est désigné comme étant la cause du fait de son état de malade, de ce qui le fait mettre monde social hors du ordinaire.

"L'internement possède un effet réducteur qui consiste à reduire à une seule dimension celle de la pathologie du sujet, l'ensemble de faisceau des circonstances complexes qui ont amené l'internement jet" (CHAUMON-VACHER). En outre, le passage dans l'hospitalisation comporte un risque de cassure des liens sociaux qui risque de faciliter la rupture d'avec sa communauté, ce qui est probablement le point essentiel qu'avait repéré Bernard.

L'internement nous sort de la pratique psychiatrique contractuelle et comme l'on sort du contrat de soins, la question se pose au regard de la loi : le

médecin qui soigne devient en quelque sorte délégué du corps social pour gérer la maladie. Dans le placement volontaire, c'est l'obligation de soins qui est au premier plan, dans l'hospitalisation d'office, c'est la dangerosité pour autrui avec des distinctions pas toujours aussi nettes: "dans une société qui codifie les rapports entre ses membres en termes de contrat librement consenti, la déchéance de ce contrat ne saurait être imputée à la collectivité mais bien au sujet lui-même. Il faut en quelque sorte que la loi entérine une exclusion de la nature. déjà produite dans le sujet lui-même" (CHAUMONT-VACHER). Dans chaque internement, le praticien entérine et justifie cette législation de cette mise hors du lot commun.

J'ai rencontré Bernard quand il avait 20 ans : il est ivre, amené par sa mère et son beau-père qui m'exposent les grandes difficultés auxquelles ils sont confrontés. Ils m'apprennent qu'il sort de prison après une condamnation à 1 an de prison avec 6 mois de sursis, suite à des comportements incendiaires sous l'emprise de l'alcool. Un nouveau rendez-vous est fixé auguel ils ne viendront pas. La véritable raison de leur visite ne m'apparaîtra que plus tard lorsque j'apprendrai que la condamnation était assortie d'une mise à l'épreuve de 5 ans avec obligation de soins et recherche de travail. Cette information aurait peut-être permis un accrochage différent à ce moment précis.

Le Code de procédure pénale prévoit que l'incarcération d'un prévenu ou d'un condamné peut être évitée ou suspendue à la condition qu'il se soumette à certaines obligations édictées par le Juge.

Cette mesure peut survenir soit :

pendant l'instruction

(contrôle judiciaire),

- lors du jugement (sursis avec mise à l'épreuve).

- durant l'exécution de la peine (libération conditionnelle).

Les obligations peuvent consister en mesures de contrôle, traitement ou de soins même sous le régime de l'hospitalisation (art. 58 CPP).

Les mesures d'obligations de soins posent des problèmes complexes tant dans la compréhension qu'en a le justiciable que l'application par les thérapeutes.

Elle constitue au même titre que les lois de 1954 sur les alcooliques dangereux et de 1970 sur les toxicomanes, un glissement du "droit à la santé pour tous", vers un "devoir santé pour certains" (GENDRE, JUHEL, BORAL). Ainsi, "les sujets supposés souffrir de troubles mentaux. qui à travers leurs comportements délinquants interpellent la société, ont pour réponse des mesures particulières qui, en intro-duisant l'alternative sanction pénale / soins, font exception aux règles générales qui régissent la col-lectivité".

La confusion peut être grande au niveau de la perception du rôle et de la fonction de la justice qui prescrit des soins et du médecin qui participe à la sanction. Il faut alors une nette clarification des rôles, mais ce modèle paraît possi-ble si une technique d'abord permet la clarification initiale.

Une ambiguité supplémentaire provient du fait que le plus souvent il sait que le non-respect de cette mesure ne fera probablement pas révoquer le sursis avec mise à l'épreuve. C'est cependant une menace potentielle qui vient par làmême pervertir la relation thérapeutique.

Fin 1989, Bernard est à nouveau condamné. Au vu de

l'expertise psychiatrique pratiquée lors de sa première inculpation demandée par le juge d'instruction, devant la confirmation qu'amènent les faits, le Procureur de la République soumet la question d'une mesure d'hospitalisation d'office au moment se sa sortie de prison. Le Préfet, après avoir fait procéder à une nouvelle expertise prononce l'hospitalisation d'office.

Il faut noter le rôle de l'expertise judiciaire. Dans le Code Pénal de 1810 il est admis que tout sujet détermine librement et volontairement ce qu'il va faire ou ne pas faire. Il doit supporter les conséquences de ses actes.

L'expertise psychiatrique, pratiquée par un tecnicien psychiatre, sensé détenir un savoir qui peut éclairer ce qui se passe, a pour but d'infirmer ou confirmer cette présomption légale de liberté de choix, en rapportant la preuve que le sujet était en état de démence ou de contrainte au moment de l'acte prohibé.

Il faut aussi que le fait délictueux soit la conséquence directe de l'affection mentale.

Le juge n'est pas tenu de suivre les conclusions de l'expert.

L'expertise judiciaire est l'objet d'un rapport qui réinscrit le savoir psychiatrique dans le droit.

La dangerosité, question posée à l'expert, renvoie quant à elle au rôle social de la psychiatrie.

En ce qui concerne Bernard, la demande d'hospitalisation d'office s'étayait de l'existence de troubles mentaux curables, même si le pronostic en était fort réservé et la constatation d'un état dangereux.

Il est hospitalisé en juin 1989. Son hospitalisation a été longue, l'acccompagnement en a été difficile ainsi que l'établissement d'une relation de qualité qui a permis un premier accrochage. Les passages à l'acte auto et hétéro-agressifs n'ont pas manqué, mais un travail thérapeutique a été entrepris avec le soutien de l'équipe de soins qui a permis de débuter un travail avec la famille, d'abord sur les enjeux de l'hospitalisation, puis la dangerosité, les rap-ports à l'argent avec mise en place d'une A.A.H. et d'une tutelle. Peu à peu les limites se sont précisées : les rapports à la loi que nous avons tous puis les règles à partir desquelles nous allions pouvoir sortir de la situation d'hospitalisation contrainte pour atteindre un véritable contrat de soins.

Il quittera l'hospitalisation un an plus tard pour vivre un projet en région parisienne élaboré avec sa famille. Quelques mois plus tard, il revient dans la région où nous accompagnerons un projet sur VALOGNES. puis CHERBOURG. Un nouveau séjour en prison est survenu mais nous avons le sentiment qu'il se construit peu à peu.

En dehors de l'espoir que nous gardons pour Bernard, j'aimerais poser la question de savoir si dans un contexte d'évolution du secteur psychiatrique vers un modèle très médicalisé, comment pourronsnous garder la possibilité d'apporter une aide à tous ceux dont l'histoire ressemble à la sienne, quel modèle d'aide faut-il développer ?

Cheminer pendant des années avec des patients comme Bernard, c'est compliqué, presque en dehors de la raison, ça ne ressemble pas aux courts séjours hospitaliers souhaités pour les statistiques, les sacrosaints médicaments n'y peuvent pas grand chose : il vaudrait peut-être mieux se décourager.

D'ailleurs, il y aurait des endroits prévus pour ces malades dits difficiles dont la trajectoire est plus ou moins marquée par la délinquance, qui perturbent la tranquilité des prises en charge quand ils viennent en hospitalisation, au point de se rendre les plus indésirables possibles. Leur tendance au pas-sage à l'acte renvoie à une violence qui inciterait facilement une psychiatrie ouverte à paradoxalement demander leur enfermement dans des lieux d'exclusion : la prison ou l'unité pour malades difficiles.

La souffrance quand elle a un caractère de violence se gère difficilement. Parfois, il est renvoyé d'un endroit à l'autre, la seule solution pour accéder à une écoute devenant la transgression: ce sont les "marginaux de la marginalité" (B. GRAVIER).

Si l'acte violent nécessite d'être référé à la loi qui a une valeur structurante certaine, il convient d'essayer de donner un sens à cette violence e l'exclusion du soin par l'acte violent devient alors inacceptable.

L'évolution de la psychiatrie publique fait que le fou devient malade mental, sur un modèle de plus en plus médicalisé. L'aliéné est devenu malade dans une société où la consommation de psychotropes grimpe, où le médicament permet des soins hors l'hôpital, voire où on aimerait ne plus se poser la question que pose l'internement.

Cette médicalisation pourrait même aboutir à une négation de la dimension spécifique de la folie qui resurgit brutalement dans le cadre de l'acte médico-légal, de la dangerosité, dans la folie menaçante à travers l'acte anti-social.

Quand la réponse technique médicale ne suffit plus, la psychiatrie retrouve un lieu évacué par la médecine, espace de la vie, de la mort, de la violence.



Actualités régionales

Cette rubrique a pour objet d'être un carrefour d'informations où chacun des acteurs des lieux de pratique et de recherche peut se faire le porte-parole de tout événement, manifestation, réunion, colloque, réflexion, propre au champ de la santé mentale. Celle-ci ne saurait avoir de ce fait le sens que nous voulons lui donner sans une contribution active de votre part. Nous attendons donc, à partir de la parution de ce numéro, que vous nous fassiez parvenir, en l'envoyant ou en le déposant au siège de l'association, tout élément vous semblant de nature à répondre à ce souhait d'information ...

* S.D.O. MANCHE

Lors de la réunion du conseil de santé mentale du 21 octobre 1991, les propositions relatives au schéma départemental d'organisation de santé mentale (S.D.O) du département de la Manche ont été repoussées par l'ensemble des représentants des C.H.S, soutenu par les personnels de santé mentale, en grève le même jour, ces propositions étant jugées par trop désincarnées du contexte actuel des soins. A l'issue de cette réunion, le préfet a proposé que chaque établissement construise son propre projet autour de 5 axes essentiels:

- fixer la limite des secteurs psychiatriques ;
- compléter le dispositif de soins de chaque secteur par reconversion partielle des moyens d'hospitalisation;
- développer la coordination et les prestations de services réciproques avec l'ensemble des institutions sanitaires, sociales et médico-sociales;
- renforcer la pluridisciplinarité des équipes de secteur et promouvoir la formation des infirmiers psychiatriques.

Les établissements de la Manche travaillent donc actuellement à partir d'une consultation générale des personnels de soins en santé mentale, sur ces projets d'établissements qui serviront de base à l'établissement du futur S.D.O. en novembre 1992.

Nous attendons à ce sujet toute information à propos des S.D.O. provenant des autres départements de la région.

* ST LO: Du vendredi 15 mai au samedi 16 mai 1992

Colloque "Art, culture et psychiatrie", organisé autour des pratiques artistiques et culturelles en psychiatrie, par le 4ème secteur de santé mentale du C.H.S de St Lo, en collaboration avec la société française de psychopathologie de l'expression.

Parallèlement, se déroulera du 15 au 25 mai, au Centre Culturel de la ville une exposition centrée sur le thème "Art et Psychopathologie". Renseignements et inscriptions:

Madame LEFEVRE Marie Cécile -C.H.S. Bon Sauveur -50008 ST LO Cedex - Tél. : 33.05.16.17 Tarif de l'inscription : 500 F.

* Equeurdreville 03 février 1992 :

Ouverture à Equeurdreville de l'appartement "Passerelle". Il s'agit d'un foyer associatif en habitat collectif urbain (F5 H.L.M.), qui peut accueillir pour un durée de un mois, renouvelable 5 fois au maximum, 4 personnes en difficultés psychologiques et en rupture de lieu de vie, c'est à dire, sans logement, ou dans une situation où des tensions par trop destructurantes dans le lieu de vie habituel rendent nécessaire un désengagement momentané.

L'originalité de cette réalisation tient notamment au fait qu'elle fonctionne en association avec l'UNAFAM, qui a passé convention avec la Fondation Bon Sauveur de Picauville, et qui en assure la gestion, la prestation de soins étant quant à elle assurée par le Centre médico-psychologique"Colbert", d'Equeurdreville.

Actualités régionales (suite)

* CAEN:

JOURNEES REGIONALES DE PSYCHANALYSE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT A CAEN

Le vendredi 22 mai à 21 heures à l'université

Conférence publique de Pierre Legendre, président du Laboratoire Européen pour l'étude de la filiation :

"La reproduction des fils".

Le dimanche 24 mai de 9 h 30 et 12 h 30

Pierre Legendre, président du Laboratoire Européen pour l'étude de la filiation, Alexandra Pajageorgiou-Legendre psychanalyste, Daniel Boulet magistrat, reprendront avec les juristes et les cliniciens présents, l'élaboration de cas.

Places limitées sur inscription au :

C. M. M. P. de l'université - CAEN -Numéro de téléphone : 31.94. 50. 26

CAEN Fermeture de l'Atelier "LES ARTS"

Nous apprenons que l'Association "LES ARTS" dont le siège social est au C.H.S. de CAEN et qui était intervenue lors de notre rencontre de novembre 1990 (voir revue n°4) est sur le point de décider son auto-dissolution. Il est donc question que les Ateliers d'ARTS Plastiques ferment, que les expositions au C.H.S. et à la cafétéria "Méli-Mélo" s'arrêtent. Bref, que cesse tout un travail passionnant de réflexion et d'animation autour des ARTS en rapport avec la santé mentale.

Espérons qu'il ne s'agit là que d'une interruption et que les moyens seront donnés à cette association de reprendre ses activités.

CAEN

CHS

Ouverture d'une consultation

Une consutation familiale intersectorielle ouvre le 15 avril au C.H.S. de CAEN. Une équipe thérapeutique est constituée qui permettra de recevoir des familles ou des couples quels que soient leurs secteurs d'origine.

Renseignements : C.H.S. de Caen

Consultation familiale 93, rue Caponière

B.P. 223

14012 CAEN CEDEX

Tél.: 31.30.50.50

poste 5351



ABONNEZ VOUS!

Système éducatif et Justice

J.- M. PETITCLERC

Le thème qu'il m'a été demandé d'aborder au cours de cette rencontre "Système éducatif et Justice" constitue un sujet difficile à la fois par son ampleur et par sa nature paradoxale.

Son ampleur tout d'abord. Nous ne pouvons en effet aborder aujourd'hui les questions éducatives que sous l'angle du "système", et les interactions de ce système avec d'autres (le système judiciaire en particulier) sont inépuisables. Aussi la nécessité de rester bref risque bien de conduire à la caricature.

D'ailleurs, une difficulté supplémentaire surgit de la nature paradoxale de bon nombre de ces interactions. Un indicateur de cette difficulté me paraît résider dans la longueur du chantier que constitue la réforme de l'ordonnance de 45, texte qui se situe justement au carrefour de l'éducatif et du judiciaire. En chantier depuis de longues années, ce travail de réforme n'a toujours pas abouti à ce jour.

Cet exemple souligne bien la difficulté des rapports qui existent entre "l'éducatif" et le "judiciaire".

J'aborderai ce sujet, en développant ma réflexion en trois étapes.

Je commencerai par m'appuyer sur ma pratique de directeur d'un foyer d'action éducative habilité justice. Puis j'étudierai les imbrications existant entre le système éducatif et la justice, en voyant comment l'éducateur a besoin du juge et le juge besoin de l'éducateur.

Enfin, dans un troisième temps, j'essaierai de caractériser ce qui différencie le système éducatif du monde judiciaire.

1) Réflexion sur ma pratique de Directeur d'établissement habilité justice.

Permettez-moi de commencer par présenter brièvement le "lieu d'où je parle".

. Brève présentation du foyer.

Il s'agit d'un fover d'adolescents en difficultés, situé dans la banlieue de CAEN, habilité Justice (au titre de l'ordonnance 45 et de la loi de 70) et conventionné avec le département du CALVADOS. Ce foyer accueille une quarantaine d'adolescents de 13 à 18 ans, pour des séjours plutôt longs (la moyenne est de deux ans et demi), dans le cadre de la procédure d'admission normale, mais aussi pour des accueils d'urgence, en particulier dans le cadre du service alternatif mis en place pour éviter l'incarcération.

Ces adolescents sont répartis en trois unités de vie, d'une douzaine d'adolescents environ, qui disposent de locaux distincts et sont autonomes dans leur fonctionnement.

Un projet éducatif, qui se développe par étapes, traverse l'institution. Dans le groupe des plus jeunes, le mot-clef est celui de "sécurisation". "Ici sens-toi en sécurité. Quelle que puisse être ton attitude, tu ne seras jamais exclu". Nous saisirons ton comportement comme "langage". Au niveau du groupe intermédiaire (16 ans environ), le mot-clef consiste davantage en l'articulation "dedans-dehors" :

"Ton avenir se joue dehors. Il te faut profiter du lieu de vie que constitue le Foyer pour refaire tes forces, afin de mener les vrais combats qui se mènent dehors". Et enfin chez les aînés, l'essentiel consiste en la préparation directe à la sortie. "Ensemble, préparons ton départ". Vous savez combien le souci permanent d'un directeur d'institution doit consister en la préparation de la sortie de chaque jeune confié.

La plupart des jeunes sont scolarisés, soit à l'extérieur du foyer, pour ceux qui le peuvent (et est alors mise en place une dynamique de soutien scolaire individualisé). soit à l'intérieur du foyer (je suis également directeur d'une petite structure scolaire) pour ceux qui sont inscolarisables à l'extérieur, soit à cause de troubles du comportement trop importants, soit à cause d'une trop longue pratique de l'absentéisme, soit à cause de l'importance de leur retard scolaire. Quelques autres sont entrés dans un circuit de formation professionnelle, soit dans le cadre de l'apprentissage, soit dans celui récemment instauré du Crédit Formation Individualisé.

Voilà donc en quelques mots, de quoi permettre de situer un peu mieux le cadre de ma pratique quotidienne, à laquelle inévitablement, je ferai référence.

. Les grandes lignes de l'action éducative développée.

Le temps n'est plus (ou ne devrait plus être) où l'on considérait le placement comme l'aboutissement négatif de processus de prévention ayant échoué. Le placement était alors vécu comme la phase ultime d'un processus de prise en charge.

Non, nous considérons aujourd'hui le placement comme un moment particulier, permettant à un jeune de vivre son enfance ou son adolescence de la façon la plus positive possible de manière à favoriser son insertion dans la vie sociale.

A l'heure où la notion de placement en internat véhicule encore, même chez des travailleurs sociaux, des images négatives (participation à des structures-ghetto), à l'heure où notre établissement n'a jamais été autant sollicité pour des admissions, je me propose maintenant de réfléchir à la politique d'action éducative mise en place.

Cette action est fondée sur la notion de "respect du jeune confié": il s'agit pour nous de toujours considérer le jeune comme sujet du processus éducatif, et non pas comme "objet d'éducation". Dans une telle optique, nous ne pouvons concevoir l'éducation autrement qu'en une collaboration avec le jeune, qui reste maître du processus éducatif. L'éducation n'est possible que sur un fond de confiance. Dans une pédagogie fondée sur le respect, c'est avec le jeune que l'éducateur élabore des projets d'action éducative, avec lui qu'il en et c'est évalue la réalisation.

Résumons maintenant, selon cinq grands axes, ce qui constitue à mes yeux l'essentiel de la fonction éducative de notre établissement.

a) <u>Un lieu de gestion de la</u> mise à distance.

La mise à distance du jeune avec son milieu familial et son quartier d'origine, constituée par le placement, n'est pas à envisager sous l'angle de la rupture, mais celui de la création d'un espace permettant au jeune de repérer des dysfonctionnements relationnels et de réorganiser le champ de ses rapports.

Cette mise à distance, à la fois

provisoire et transitoire, s'avère bénéfique pour la réduction des tensions, ce qui permet d'analyser si elles surgissent de simples difficultés à vivre ensemble au quotidien ou si elles proviennent de phénomènes de rejet plus profond.

Seule cette analyse permettra au jeune de devenir acteur dans la gestion de ses rapports familiaux, et l'institution lui en moyens. donnera les L'ouverture 24 H / 24 et 365 Jours / 365 du Foyer permet en effet que cette gestion (fréquence et durée des retours) ne soit pas liée à des impératifs institutionnels, mais soit effectuée en fonction de l'intérêt du jeune. L'organisation du Foyer permet un régime de sorties très individualisé.

b) <u>Un lieu d'expression et de</u> libre communication.

Au Foyer, tous les moyens sont mis en oeuvre pour favoriser la libre expression. La grande proximité entre l'équipe des adultes et les jeunes qui vivent dans une grande familiarité de rapports, est un atout considérable. Au Foyer il est autorisé d'être "en crise"...

Les comportements, même les plus symptomatiques, sont lus dans une logique de la communication (Cf. Travaux de WATZLAWICK).

L'action éducative mise en oeuvre s'appuie sur la conviction suivante : quel que soit le comportement d'un jeune, aussi inadapté puisse-t-il paraître de prime abord, le jeune a ses raisons de l'adopter, même s'il ne sait lui-même les expliciter : le comportement adopté constitue la solution qu'il a trouvé au problème qui se posait à lui dans l'instant.

Bien des conduites nous semblent constituer chez l'adolescent une sorte de langage construit non avec des mots (et on note souvent chez les adolescents sujets de telles conduites de grandes difficultés d'expression de leur malêtre), mais avec des gestes, souvent tragiques dans leur portée et leurs conséquences, par lesquels le jeune tente désespérément d'exprimer son désir de vivre autrement.

Aussi dérangeantes et décapantes soient-elles, les questions posées par les conduites de l'adolescent doivent être entendues par l'éducateur. Et l'action éducative, si elle veut être efficace, doit être posée en terme de réponse. Il s'agit de commencer par apprendre à décoder, à décrypter ce langage en actes, pour être à même d'inventer la réponse adéquate.

c) <u>Un lieu de construction</u> <u>d'histoire</u>.

Au Foyer une grande attention est portée à l'histoire de chacun. Celui qui ignore son histoire -et ceci aussi vrai pour un individu que pour un peuple- n'est-il pas condamné à la répéter?

Aider le jeune à assumer son histoire, aussi lourde soit-elle, c'est pour nous la seule manière de pouvoir l'aider à concentrer ses forces sur la construction de son avenir. L'action éducative menée auprès du jeune va s'appuyer sur la pratique d'entretiens réguliers, visant à explorer comment s'est déroulé le processus du sujet jusqu'à son admission au Foyer, à l'aider à se réapproprier sa propre histoire, en y intégrant sa part de responsabilité personnelle.

Cette histoire du jeune, elle se poursuit durant son séjour... et il nous paraît important de l'enrichir autant que faire se peut. Voilà pourquoi nous développons les moyens de permettre aux adolescents de "vivre l'aventure", par la réalisation de projets ou au cours de transferts.

d) <u>Un lieu d'expérimentation</u> à la vie sociale.

L'observation que nous pouvons effectuer dans différents quartiers défavorisés de "bandes de jeunes" révèle souvent une difficulté essentielle : l'absence de dialogue avec des adultes qui, par leur représentativité, peuvent être de réels interlocuteurs. Un tel manque de dialogue social est souvent, synonyme dans des cités de comportements de rébellion aveugle.

Le placement, par la mise en situation du jeune face à des éducateurs, des chefs de service, du directeur, occupant chacun une place spécifique, lui permet, au-delà du contact, de découvrir le rôle institutionnel de chacun.

Un objectif de prise en charge éducative consiste, au travers la vie du groupe développée, à l'apprentissage de la démocratie.

e) <u>Un lieu de soutien à la formation scolaire et professionnelle.</u>

Toutes les observations montrent l'importance pour les jeunes d'acquérir une réelle qualification. Ainsi, entre 1973 et 1985 (source : Rapport présenté au nom su Conseil Economique et Social par Joseph WRESINSKI), le taux de chômage des jeunes hommes débutant dans la vie active sans diplôme passe de 12 à 56%.

Acquérir une solide formation, débouchant sur une réelle qualification, constitue aujourd'hui un facteur indispensable pour favoriser la réussite d'un véritable projet d'insertion sociale. L'insistance mise sur l'acquisition d'une telle formation s'avère être une caractéristique importante de l'action éducative menée au foyer.

. Réflexion sur les modes de

placement.

Actuellement au foyer. deux tiers des jeunes sont confiés par la juridiction des mineurs, un tiers par la Direction des Services Sociaux (il s'agit alors de placement "administratif", la famille ayant signé un "Recueil Provisoire").

En ce qui concerne les jeunes confiés par la Justice, ils peuvent l'être :

- soit au titre de l'ordonnance du 2 février 1945 (Mineurs délinquants) :

- soit au titre de l'ordonnance du 23 décembre 1958 et de la loi du 4 juin 1970 sur l'assistance éducative (mineurs en danger);

- soit au titre du décret du 18 février 1975 (jeunes majeurs éprouvant de grosses difficultés d'insertion sociale).

Dans le premier cas, le placement est considéré comme une réponse judiciaire à un délit.

Dans les autres cas, il s'agit d'une mesure de protection, soit de mineurs en danger (deuxième cas), soit de jeunes majeurs (troisième cas).

Dans les faits, pour les jeunes confiés au foyer par décision de Justice, même si les 3/4 environ sont passés à l'acte délinquant, un seul est confié au titre de l'ordonnance de 45.

On le voit donc, c'est essentiellement la situation de dangers encourus par le jeune (le délit étant considéré comme symptôme) qui est à l'origine du placement, et non pas le délit en tant que tel.

Dans la très grande majorité des cas, l'articulation entre le système éducatif et la justice ne s'effectue donc pas au niveau du délit, mais au niveau de la situation de danger.

Il faut dire que la loi de 70 est un maniement plus facile que l'ordonnance de 45. Cette remarque sur le faible nombre de jeunes placés au titre de l'ordonnance de 45 ne vaut pas que pour notre établissement. Si on prend les statistiques nationales (Année 1987), sur 24 547 mineurs placés, seulement 540 l'étaient au titre de l'ordonnance de 1945

. Une liaison permanente avec les juges pour enfants.

Quel que soit le placement, la liaison entre notre établissement et le tribunal pour enfants est constante. Une audience a lieu au moment du placement, six mois après (afin de faire le point), et, si le placement se poursuit, de manière régulière (délai maximal de deux ans).

2) Imbrication des systèmes éducatif et judiciaire.

. Réflexion sur l'éducatif.

Qu'est-ce qu'éduquer? Sachons prêter attention à l'étymologie: c'est souvent au ras des mots que jaillit le sens. En latin, e-ducere signifie "conduire hors de".

Eduquer, c'est conduire "hors de", hors de l'état d'enfance. caractérisé par l'absence de la parole (infans en latin, qui a donné "enfant", signifie le non parlant), cet état que nous pourrions qualifier de dépendance fusionnelle (le petit enfant étant totalement dépendant de sa mère, avec le profond désir de recréer l'unité avec elle), vers cet état de sujet capable de prendre, d'entrer en relation avec les autres, de s'opposer, de travailler, de communiquer.

Aussi, éduquer, est-ce fondamentalement apprendre au jeune à reconnaître l'autre différent, différent de lui, mais aussi différent de l'image qu'il se fait de lui. Car, n'oublions pas que le monde d'où l'enfant part est un monde fusionnel. Et éduquer va principalement consister à aider l'enfant à sortir de ce monde, afin de pouvoir entrer en relation avec les autres.

Pour ce faire, il faut qu'il comprenne qu'il est interdit, impossible de reconstituer cette fusion perdue, pour pouvoir se projeter vers le monde extérieur.

On voit ici le rôle, si important en matière d'éducation, de l'interdit.

L'interdit fondamental dont l'éducateur soit être porteur, c'est celui de l'indifférenciation.

Cet interdit majeur peut se décliner en trois interdits, dont le seul respect permet la véritable éducation.

- Tout d'abord l'interdit de fusionner.

Eduquer, c'est s'interdire d'absorber l'autre, soit de l'absorber en fusionnant avec lui, soit de l'absorber, en le "dévorant".

L'interdit de fusionner va de pair avec la volonté d'ouvrir un exode, d'ouvrir un chemin.

- En second lieu, l'interdit de violence.

Accepter la différence de l'autre, c'est refuser tout comportement destiné à supprimer soi-même (interdit de suicide) ou l'autre (interdit de meurtre).

Eduquer suppose l'interdit de supprimer l'autre, de le supprimer physiquement, bien sûr, mais de supprimer aussi en lui ce qui le rend apte à communiquer.

- En troisième lieu, l'interdit du mensonge, de la perversion du support de la communication. Respecter l'autre, c'est s'interdire de brouiller la communication par le mensonge.

On le voit donc, dans la mission essentielle qui est sienne, à savoir "éduquer à la différence", l'éducateur a continuellement besoin de se référer à la loi. Le voilà donc naturellement en contact régulier avec celui dont la fonction sociale est de la garantir, à savoir le juge.

. Réflexion sur le judiciaire.

Le juge a pour mission de signifier la loi, et de la faire respecter en sanctionnant les écarts.

Son intervention auprès d'un jeune ne peut avoir d'efficacité que si la loi est intégrée. Sinon, elle reste vaine... et on l'observe fréquemment auprès de jeunes multi-récidivistes qui, souvent suite à une longue histoire marquée par les carences affectives, n'ont pas intégré la dimension du rapport à la loi.

Aussi, l'intervention judiciaire se montre-t-elle souvent insuffisante, si elle n'est pas doublée par le travail d'accompagnement de l'éducateur qui chemine avec le jeune pour l'aider à intégrer l'indispensable recours à la loi si la vie sociale veut se développer sereinement.

D'ailleurs, le slogan bien connu des médecins "Mieux vaut prévenir que guérir" peut s'appliquer au champ judiciaire "Mieux vaut prévenir que réprimer".

Le travail du juge pour enfants, tel qu'il est défini en FRANCE, ne se situe pas dans un rôle uniquement répressif. Il possède essentiellement un rôle éminemment préventif. Le juge concourt aux objectifs de prévention primaire (éviter le délit), secondaire (éviter la récidive) et tertiaire (éviter les rechutes).

Un tel travail de prévention ne peut être isolé. Aussi le système judiciaire a-t-il besoin du système éducatif, pour la réalisation de ces objectifs de prévention.

Une nécessaire imbrication.

Système éducatif et système judiciaire s'interpénétrent. L'internat ne doit pas constituer un lieu d'exclusion, mais un outil pour l'insertion. L'espace éducatif doit être traversé par la loi de l'extérieur. Il me paraît essentiel que n'existe pas un mode de fonctionnement de l'internat en structure ghetto, avec un régime interne et une loi particulière.

lorsque l'on D'ailleurs, reprend les écrits de personnes ayant vécu dans le système des anciens internats, (je songe à GENET: le miracle de la rose; BONNIER: le Moko), on s'aperçoit que ce dont souffrait le plus les "colons", c'était du caïdat et de l'alliance perverse avec l'administration. Henri BONNIER en décrit très bien la fonction institutionnelle: "Les caïds contribuaient, par leur influence propre faite de peur et de soumission à décupler la peur et la soumission de l'ensemble des colons, avec lesquelles le régime pénitentiaire n'aurait eu aucune prise sur eux." (H. BONNIER, Le Moko. Albin Michel, P. 219).

Le travers principal de toute institution qui calque son fonctionnement sur le modèle pénitentiaire réside dans cette alliance perverse entre son administration et ses caïds. Une loi très particulière, fondée sur la violence, régit alors cet autre monde que devient l'institution, qui n'est alors plus traversée par la loi sociale.

Il est indispensable de veiller à ce que les enfants et les adolescents confiés à l'institution restent des sujets de droit!

Ceci suppose une constante articulation entre système éducatif et système judiciaire.

3) Le monde judiciaire et le système éducatif, deux espaces-temps différents.

Après avoir souligné l'imbrication de deux systèmes, réfléchissons à ce que constitue leurs différences essentielles.

Pour faire bref, et là encore au risque d'être caricatural, j'avancerai comme hypothèse que juges et éducateurs se meuvent da,ns deux espacestemps différents.

. Un espace différent.

L'espace juridique est un espace normatif. Nécessairement collectif, s'il va à l'individu, ce sera toujours à partir de la référence du groupe.

L'espace éducatif est par contre un espace symétrique. Loin d'être juridique, il est existentiel et il privilégie le vécu. Comme le soulignait Robert Clerc, Inspecteur Général des Affaires Sanitaires et Sociales lors d'une journée d'études organisée en 1981, par le C.R.E.A.I. d'Ile de France sur le thème "L'éducateur en question", "L'espace éducatif est un espace communautaire, qui, s'il ne perd pas de vue le groupe, atteint le groupe par la personne (...). Il se défend d'être normatif; il se préférera "axiologique", porteur de valeurs, quelles puissent être ces valeurs par ailleurs, et le contenu de cette axiologie est débat toujours recommencé".

. Un espace différent.

Si l'espace judiciaire et l'espace éducatif sont foncièrement différents, je dirais de la même manière que le temps de la justice et le temps de l'éducation ne sont pas les mêmes.

Le temps juridique est un temps discontinu, statique, constamment remanié, dans lequel on est ou on n'est pas, mais dans lequel on ne devient jamais. On passe d'un statut à un autre. Le temps y est discontinu, c'est à dire séquentiel.

Le temps éducatif est au contraire un temps personnel et interpersonnel (et non collectif), un temps dynamique, un temps du vécu, un temps où l'on devient, où l'on ne s'arrête jamais à être : c'est un temps continu, où le présent est toujours fait du passé et est toujours porteur de l'avenir.

L'enfant qui, dans l'instant présent, se tient devant l'éducateur possède déjà une histoire et construit un chemin d'avenir. (Cf. lère partie : le foyer, un lieu de construction d'histoire).

EN GUISE DE CONCLUSIONS

Il n'est jamais facile de conclure, parce qu'insatisfaisant.

Conclure, ce ne peut être en effet laisser penser, que l'on a fait le tour de la question et que tout a été dit sur le sujet : ce qui est faux. Ou bien, c'est laisser supposer, que l'on a trouvé la bonne solution du problème et la réponse aux questions posées : loin de moi cette idée !

Toute fin de discours, qui ne se veut pas idéologique, laisse toujours un parfum d'insatisfaction.

Je voudrais seulement ouvrir notre réflexion sur deux points:

1) <u>L'éducatif et le judiciaire,</u> <u>deux espaces-temps différents</u> <u>qui ne doivent pas entrer dans</u>

des rapports de subordination, mais d'inter-relation.

Il est important que l'éducateur appréhende les raisons qui ont conduit tel jeune à effectuer tel passage à l'acte délinquant... Mais comprendre ne signifie pas excuser.

Et il est aussi important que l'écart soit sanctionné par une nécessité de réparation. Les deux réponses (écoute compréhension et sanction de l'écart) doivent coexister, dans une saine articulation de deux espaces.

Mais méfions-nous des tentatives de subordination de l'un par l'autre. Je dénoncerai de la même manière le danger pouvant émaner :

- soit de juges, considérant l'éducateur comme simple agent de politique qu'ils veulent mettre en place.
- soit de responsables d'établissements, voulant détourner l'intervention judiciaire au profit de la seule substitution.

2) Entre soigner et punir, un maître-mot prévenir.

Lorsque l'on sait l'ampleur des risques courus par l'adolescent sujet de conduites déviantes et l'excessive facilité de l'émergence de phénomènes de reproduction de l'inadaptation sociale, le maîtremot de l'action à mener est celui de la prévention.

Tel est à mes yeux un objectif majeur, tant de l'action des juges pour enfants que de l'action développée auprès des jeunes par les éducateurs, même ceux qui travaillent en internat. Il me paraît en effet important de sortir de la dichotomie habituelle: Milieu ouvert = Prévention; Internat = Exclusion. L'internat, conçu comme lieu de gestion de la mise à distance, concourt à la prévention de la rupture.

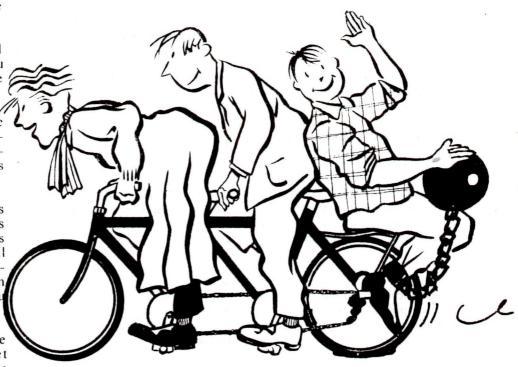
Cette prévention, c'est l'affaire de tous.

Aussi me paraît-il essentiel d'impliquer, d'associer au maximum les représentants de la collectivité.

Le drame de cette fin de siècle est que nous assistons impuissants à une formidable collectivisation des phénomènes de délinquance juvénile...

Or les réponses sont restées identiques à celles inventées alors que ces phénomènes étaient très marginaux : il s'agit de réponses individuelles : le jeune va voir "son juge", "son" psychiatre ou "son" éducateur.

Il est grand temps que ce "système éducatif" et "système judiciaire" se confrontent à la réalité de cette collectivisation; pour inventer de manière articulée des modes de réponses plus adéquats.



S = HDX = HD = X EN STATE MENTALE ME

BULLETIN D'ABONNEMENT							
(à	découper	ou à	recopier	sur	papier	libre)	

Revue Pratiques et Recherche :

Abonnement pour 1 an, soit 3 numéros : 75 francs.

Nom de la personne ou de la collectivité :

Adresse:

Nombre d'abonnements :

x 75 francs

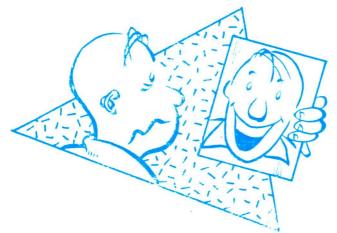
Total:

Règlement par chèque bancaire à l'ordre de : l'Association Croix-Marine de Basse-Normandie.

Association CROIX-MARINE de Basse-Normandie

1. Place Villers

14000 CAEN



BAUTES D'HUMEUR

OU LA RUBRIQUE DU DYSTHYMIQUE

SISMO-THERAPIE

A la fin du XIXème siècle, je ne sais d'ailleurs trop pour quelle raison, un psychiatre parisien décida d'envoyer quelques malades en promenade.

Le voyage jusqu'à la Côte d'Azur se fit en chemin de fer. Arrivés sur place les malades se mirent à aller beaucoup mieux. Le savant médecin observa, s'interrogea et fit des hypothèses. Et il inventa... le "Tabouret trépidant". Sans conteste, ce ne pouvaient être que les secousses, les heurts, les chocs subis par les malades pendant le trajet en train qui avaient provoqué une si spectaculaire amélioration. On fit donc marcher le tabouret trépidant et on inventa la théorie qui allait avec...

L'histoire ne dit rien sur l'efficacité du diabolique instrument. Je suis sûr, pour ma part, qu'au moins dans sa phase expérimentale, la méthode eût des résultats.

Quand j'entends quelquefois les praticiens d'aujourd'hui, je me dis que notre époque ne manque ni de savants aliénistes, ni de tabourets trépidants, ne de théorie qui vont avec.

Le Dysthymique