

Bulletin national santé mentale et précarité

Pour-parlers enfance-psychiatrie

édito

Jean-Pierre MARTIN

Notre société a un dispositif d'institutions élaboré pour éduquer, protéger, soigner les enfants, contre les « passions » parentales le cas échéant, avec un modèle normatif et ses dimensions symboliques : l'acquisition du langage, la socialisation, le bon développement du corps, selon le vieil adage *un esprit sain dans un corps sain*. C'est encore à cette aune que se constitue aujourd'hui un idéal de qualité concernant la famille, l'enfance et l'éducation.

Pourtant ce modèle ne va plus de soi. L'enfance est devenue le terrain médiatique de débats sur la violence à l'école, dans les banlieues, dans la famille, avec ses discours disqualifiants (un ancien ministre parlait de « sauvages » !). En même temps, la maltraitance, mot à l'ordre du jour, semble valider les représentations qui font de l'enfance le lieu de l'innocence. Pour mieux comprendre ce paradoxe, il faudrait réinterroger l'histoire du rapport à la folie qui s'est construit autour de la notion d'anormalité, soit organique, soit sexuelle (en référence aux analyses de Michel Foucault sur la répression de la masturbation), et sur le modèle oedipien issu de la psychanalyse qui inscrit le développement de la personnalité de l'enfant dans la triangulation avec les parents.

Dans ce numéro, nous avons interrogé les psychiatres de l'enfance et de l'adolescence. Ce premier tour de piste montre une hétérogénéité des points de vue selon l'analyse qui est faite des évolutions de la famille, de la place asymétrique de la relation thérapeute/enfant, de la prise en compte ou pas des situations de précarisation auxquelles sont soumis l'enfant et ses parents, de l'approche de la périnatalité, de la crise du modèle républicain d'éducation.

La spécificité d'une psychiatrie de l'enfant et des intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile est-elle toujours pertinente ? Une première réponse interrogerait plutôt les conditions d'exercice de la psychiatrie publique dans ce domaine, confrontée à une avalanche de pressions sociales spécifiques : autisme, précarité, violence à l'école, toxicomanie, statut de l'adolescence, crise de la parentalité...

Au-delà de ces pourparlers engagés, tout sauf exhaustifs, on peut constater l'absence de niches (pratiques) de réflexion qui seraient : le traitement et le devenir des enfants psychotiques à leur majorité légale, les cadres d'allocations aux familles, les droits de l'enfant, l'enfant face aux images et discours de guerre (sans parler de ceux qui ont vécu des guerres), les transmissions intergénérationnelles et le devenir des « traces » traumatiques. Nous sommes pour notre part sensibles à l'analyse de Gérard Schmit sur les constellations familiales complexes et au propos de Marie Gilloots sur le pour-parler avec l'enfant, mais cela ne fait qu'ouvrir le débat. La psychiatrie de l'enfant peut-elle être le seul pivot des actions de santé mentale alors que les besoins globaux de l'enfant passent par le partenariat ?



Au sommaire

RHIZOME est téléchargeable sur le Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere

18

DOSSIER

- Les constellations familiales complexes Gérard SCHMIT p. 2
- Les pour-parlers Marie GILLOOTS p. 3
- Des enfants au pluriel, une école au singulier (1^{er} texte) Lisbeth BROLLES p. 4-7
- Des enfants au pluriel, une école au singulier (2^e texte) Marie Rose MORO p. 5
- Les comportements violents à l'adolescence : rôle des premières années de la vie Richard TREMBLAY p. 6-7
- La débrouille des familles Pascale JAMOUILLE p. 8-9
- Une pratique de réseau autour de l'enfant victime Dominique FRÉMY p. 10

“Mes parents c'est pas des nuls, même le docteur, il écoute ce qu'ils disent” Maurice TITRAN p. 11

Le secteur, un pivot incontournable de la psychiatrie infanto-juvénile Philippe JEAMMET p. 12

Clinique de la périnatalité : pour construire une confiance en l'avenir Françoise MOLÉNAT p. 13

TEXTES RÉGLEMENTAIRES : DÉBATS ET POINTS DE VUE

“Accès direct” ou “indirect” pour les soins psychiques : les enjeux et les risques Olivier QUÉROUIL p. 14

Le territoire de la clinique excède le territoire sanitaire Jean-Pierre MARTIN p. 15

ACTUALITES p. 16

Les constellations familiales complexes

Gérard SCHMIT

*Pédopsychiatre,
Professeur à la faculté
de médecine de Reims*

Notre époque est marquée par la grande diversité des formes de vie familiale. Cependant, dans le monde occidental, le modèle idéal de l'organisation familiale reste celui de la famille nucléaire indissoluble permettant le développement des enfants à travers une expérience familiale continue auprès de chacun de leurs parents. Pourtant la séparation du couple parental devient une occurrence fréquente et de très nombreux sujets vont vivre, avant leur majorité, une trajectoire familiale faite de plusieurs situations familiales successives. Ceci induit, pour eux, un écart, voire une contradiction, entre leur réalité quotidienne et le modèle idéal ambiant.

Qu'est ce qui fait problème ? Les effets de la séparation parentale elle-même ou la référence à un modèle dominant n'incluant pas la représentation de cette séparation ou l'incluant sous une forme négative ? Notons que les concepts de « famille monoparentale », « famille éclatée », « famille recomposée » se réfèrent implicitement au modèle idéal de la famille nucléaire.

Or, la séparation parentale induit l'émergence de nouvelles organisations familiales qui gagneraient à être modélisées d'une manière rendant compte de leur spécificité propre. Ainsi, avons-nous proposé depuis quelques années le concept de constellation familiale complexe, organisation familiale se démarquant de ce qui est contenu habituellement dans le concept de « famille ».

La constellation est constituée de l'ensemble de groupes familiaux auxquels appartient un enfant ou une fratrie après la séparation du couple parental (ou de la séparation parentale d'un couple antérieur incluant l'un des parents). Cette constellation, issue d'une séparation parentale, existe « de facto » et produit sur ses membres des effets souvent illisibles s'ils ne sont pas rapportés à la structure de la constellation, pourtant dépourvue de

reconnaissance sociale, voire de reconnaissance subjective de la part de ses participants. Un des effets habituels pour l'enfant est sa multi-appartenance à des groupes familiaux pouvant entrer en conflit les uns avec les autres. L'enfant peut vivre alors, dans une grande solitude, des conflits de fidélité, source de culpabilité et d'angoisse. Aider l'enfant, mettre des mots sur sa situation, passe par la reconnaissance des caractéristiques de la constellation et en particulier de sa complexité. Certes, il n'existe pas de famille simple et toute famille possède cette part d'opacité caractéristique de ce qui va de soi. Cependant la notion de famille et celle de constellation familiale complexe peuvent être différenciées par l'existence d'une dimension supplémentaire de complexité dans la seconde ou, pourrait-on dire, de méta complexité familiale. La famille possède en règle deux qualités : 1) elle est un système non univoque d'appartenance, 2) les membres de la famille partagent des représentations conscientes ou inconscientes, dérivant de cette appartenance familiale.

Il s'agit de références mythiques, historiques, éthiques, esthétiques, ... qui confèrent à la famille un style spécifique propre à marquer l'appartenance¹. Les constellations familiales complexes ne possèdent pas ces deux qualités en ce sens qu'elles forment des groupes hétérogènes de personnes liées de diverses manières par des liens de filiation et de conjugalité. Cette constellation fonctionne, de fait, comme un système d'interactions réunissant enfants ou fratries d'une part, adultes-parents, beaux-parents ou autres adultes d'autre part, mais elle manque des deux caractéristiques de la famille : l'évidence de la même appartenance pour tous et l'existence d'un ensemble de références communes. Les relations familiales au sein de la constellation comportent souvent un haut potentiel de paradoxalité du fait de l'absence d'un cadre

symbolique interne suffisamment clair pour permettre la formalisation des conflits et pour définir les places de chacun. Les difficultés rencontrées dans l'exercice des fonctions parentales relèvent souvent de la difficulté à reconnaître la pluriparentalité et à la définir suffisamment. Les adultes ont tendance à envisager l'appartenance de l'enfant comme une appartenance de type objectal sur le mode : un adulte pense avoir des droits sur l'enfant à partir du moment où ce dernier est l'objet de son investissement affectif. La question de l'appartenance de l'enfant mériterait d'être envisagée dans une autre perspective à savoir la reconnaissance des groupes d'appartenance auxquels se réfère l'enfant pour construire son identité. Il s'agit alors de définir à quels adultes l'enfant se trouve lié au cours de son développement. Ces deux définitions d'appartenance qui, dans des situations conflictuelles, ont tendance à s'exclure l'une l'autre, sont en fait complémentaires et indissolublement liées.

Les professionnels sont souvent interpellés sur ces questions d'appartenance et de parentalité qui peuvent surgir au sein d'une constellation et s'expriment alors souvent par des symptômes portés par un enfant. Il devient alors nécessaire de s'intéresser à l'ensemble de la situation familiale et de favoriser une formalisation de la constellation familiale complexe. C'est une condition susceptible d'ouvrir à l'élaboration des fantasmes groupaux qui circulent au sein de la constellation.

Comme souvent, la difficulté à traiter la complexité tient d'abord à la difficulté à la reconnaître et à l'accepter. Ici, reconnaître et accepter la complexité revient à prendre ses distances à l'égard du modèle idéal de la famille nucléaire pour construire d'autres modèles tenant compte de la spécificité des trajectoires familiales et des organisations familiales qui en résultent. ■

¹ Cf. le concept d'« absolu familial » de Ph. Caillé.

Bibliographie

Caillé Ph - *Un et un font trois*. Paris, ESF, 1991

Schmit G., Rolland A.C., Jeckel C. - *Qui inviter ce soir ?* In *Revue de Neuropsychologie de l'Enfance et de l'Adolescence*. « Les constellations familiales complexes aujourd'hui », Vol. 51, 3, 170-177, 2003

Tort M. - *Les situations monoparentales et la question psychanalytique*. *Dialogue*, 1988, 7-27.

Les pour-parlers

« Il faut parler aux enfants » est devenu un lieu commun, largement inspiré de la psychanalyse. C'est le caractère impératif de ce conseil qui a inspiré le jeu de mots du titre : l'injonction faite aux parents, éducateurs et enseignants signe sans doute d'abord le caractère précaire de la parole entre adulte et enfant.

Marie GILLOOTS

Pédopsychiatre,
Nanterre
et St Germain en Laye

Parler à un enfant pour le bercer, le consoler, l'enseigner, lui interdire, « mettre des mots » pour lui annoncer un événement. Ecouter ses pleurs, son babil, les premiers mots, ses appels, ses colères et ses histoires... Toutes ces occurrences qui tissent le quotidien n'épuisent pas le sens des pourparlers entre adultes et enfants. Parler avec un enfant, notamment dans un cadre thérapeutique, est une expérience différente qui suppose de pouvoir accorder la reconnaissance de l'enfant comme interlocuteur et l'asymétrie de la relation. Cela commence dès les premiers échanges avec le nourrisson, par les jeux d'imitation et de reconnaissance réciproque qui constituent une expérience émotionnelle et une pensée commune*, avant que la parole ne devienne, avec le développement de l'en-

fant et selon ses capacités, le support privilégié de l'échange.

Et pourtant, quelle asymétrie entre un *infans* – « celui qui ne parle pas » selon l'étymologie – et un ex-enfant frappé d'amnésie sur les passions qui ont animé sa propre enfance ! Parler ensemble renouvelle pour chacun des interlocuteurs l'expérience de leur différence : pour l'adulte, l'inquiétante étrangeté de retrouver une pensée enfantine assez libre des conventions sociales et de la logique rationnelle, et pour l'enfant l'énigme de la pensée de l'adulte. « Les adultes, ils pensent à trop de choses » dit Sophie, 13 ans, à propos du contrôle par sa mère de ses fréquentations.

Est-ce que je peux te faire confiance ? Dans quelle(s) langue(s) allons-nous parler ? Ce sont ainsi des questions préalables, ainsi que le formule Brise, 11 ans, lors de notre première rencontre : « Je voudrais qu'on se voit une fois ou deux fois avant de parler des choses ».

Les choses, c'est ce qui a amené sa mère, sur les conseils de son médecin de famille, à prendre rendez-vous. C'est aussi ce qui les bouleverse toutes les deux depuis quelques jours, au point que Brise ne va plus à l'école et que la mère est en arrêt de travail. Brise a récemment révélé à sa mère que son père aurait abusé ou tenté d'abuser d'elle.

Après deux rendez-vous au cours desquels nous avons parlé de sa vie et de ses idées suicidaires, je l'invite à aborder ce qui lui donne de la tristesse et des cauchemars. « Vous pouvez me poser des questions » dit-elle. L'entretien prend alors la forme d'un jeu de devinettes, ou plutôt d'un interrogatoire. Brise répond à mes questions de la façon la plus laconique possible et dans une froide indifférence, concentrée sur une tâche qui consiste à aligner des petites boules de pâte à modeler. L'échange se termine par l'évocation d'une précédente enquête de la Brigade des Mineurs qui a abouti à un classe-

ment sans suites : « Je n'avais pas tout dit, je m'étais bloquée ». Je me retrouve ainsi, dans le transfert, à rejouer une scène d'emprise et de soumission, la parole étant devenue le vecteur de cette violence. Je dois faire un constat d'échec : nous ne parlons pas la même langue pour dire « les choses », ma parole ne sert pas d'échappatoire à la construction d'un récit pour Brise, qui en sait long sur l'ignorance et l'impuissance des adultes.

Dans les deux entretiens suivants, Brise met en scène les reproches qui me sont adressés : elle se présente collée à sa mère qu'elle refuse de quitter pour venir seule dans mon bureau, comme si j'étais un bourreau ou un abuseur ; elle se cache dans le giron maternel, lui écrit des secrets, et dit qu'elle ne veut plus venir me voir. Je rappelle à Brise, et à sa mère, que la loi s'impose également à moi, que je lui dois assistance puisqu'elle est en danger. La séance se termine par une critique de Brise de mes propos mais aussi par son souci que je respecte l'horaire c'est-à-dire sans écourter la séance. Le rappel de la loi dans cet entretien a pu d'une part autoriser les reproches de Brise puisque je lui garantis de la sorte que j'accueille ceux-ci et que je ne l'abandonnerai pas même si elle me dit des choses aussi désagréables** ; il a pu d'autre part incarner une dimension paternelle protectrice et non plus menaçante et donner ainsi un point d'appui à Brise pour s'éloigner quelques instants de sa mère.

La séance suivante, Brise décide de venir seule et initie un jeu de construction dans lequel elle représente des espaces différenciés, notamment les portails et l'espace d'accueil, le plaisir lié à une activité, une place pour « une dame »...

Un nouvel espace de jeu et de pensées communs s'entrouvre. Les pourparlers ont repris, toujours dans un lien précaire et avec pour seule protection une attention particulière aux leures de la relation. ■

Bibliographie

* D.W. Winnicott
La consultation thérapeutique et l'enfant, Gallimard, 1991

**S. Ferenczi « Confusion de langue entre les adultes et l'enfant », *Psychanalyse IV*, Payot, 1982



Des enfants au pluriel, une école au singulier (1^{er} texte)

Lisbeth BROLLES

Psychologue clinicienne,
Lyon 2

Le psychologue scolaire n'a pas pour mission de procéder à la mise en place d'un suivi psychologique et n'a donc pas une intervention en termes de prise en charge thérapeutique. Son rôle est d'analyser les demandes de signalement des élèves en difficulté scolaire afin d'organiser la prise en charge la mieux adaptée et éventuellement l'orientation des élèves si nécessaire.

C'est à partir de cette mission que je vais maintenant présenter une situation que je pourrais qualifier d'ordinaire dans le secteur où j'interviens et qui pourtant nécessite une forme de collaboration et de coordination dans la prise en charge.

C'est un petit garçon, que j'appellerai Raymond, qui est en grande section de maternelle. Il est arrivé d'Angola, il y a un peu plus de 2 ans, avec son père et une sœur plus âgée. Il semble que le père ait quitté précipitamment l'Angola avec deux enfants et qu'au cours de ce départ, il ait perdu la trace de sa femme. En France, il vit avec une autre femme dont il a eu récemment un enfant.

J'avais rencontré Raymond parce que l'enseignante avait été alarmée par son comportement : certes, cet enfant montrait un grand intérêt pour les apprentissages et progressait régulièrement, mais il avait un besoin constant de l'adulte auprès de lui pour faire des acquisitions. Il supportait mal les autres, avait parfois des crises de larmes qui nécessitaient qu'on le console comme un tout petit. Il avait également des difficultés importantes de langage que l'apprentissage du français ne permettait pas de corriger totalement. Une prise en charge en orthophonie a d'ailleurs été proposée, qui n'a, semble-t-il pas posé de problème et son père le conduit régulièrement à ses séances. Cependant les acquisitions de la grande section n'étant pas suffisantes pour envisager un CP l'année suivante. J'ai rencontré Raymond pour un bilan psychologique afin de mieux cerner ses

manques. A l'issue du bilan et en tenant compte des éléments de la situation familiale, l'équipe pédagogique et moi-même avons envisagé la possibilité d'un maintien en GS afin que Raymond puisse bénéficier d'un environnement plus maternant une année supplémentaire.

Cependant, lorsque j'ai rencontré le père de Raymond pour évoquer cela avec lui, il a opposé un refus catégorique, avançant comme seul argument qu'il voulait que son fils soit au CP l'année prochaine.

J'avoue avoir ressenti à ce moment-là des sentiments contradictoires : d'une part la déception de ne pouvoir aider Raymond et d'autre part la crainte d'avoir blessé cet homme en pointant les insuffisances de son enfant.

En effet, l'école est là pour traiter un certain nombre de difficultés d'apprentissage et d'adaptation à l'institution scolaire à l'aide des différents dispositifs qu'elle possède. Certes ces réponses apparaissent parfois dans un écart irréductible lorsqu'elles semblent venir à l'encontre des efforts d'intégration des familles, mais doit-on pour autant laisser les enfants affronter seuls les difficultés d'apprentissage alors que des solutions pourraient être envisagées, comme pour n'importe quel enfant en difficultés ?

Différentes questions se posent au regard de la prise en charge des enfants de demandeurs d'asile :

- La fragilité des connaissances de ces enfants oblige à prendre en compte la situation sociale des familles, et la précarité dans laquelle elles se trouvent. En effet, on sait combien l'environnement dans lequel grandit un enfant influence son développement : l'école est-elle seule en mesure de répondre à toutes ces difficultés ?

Est-ce que c'est sa mission ? Quel partenariat envisager pour favoriser l'adaptation et l'intégration de ces enfants à l'environnement scolaire et culturel dans lequel ils se trouvent désormais ? Ce premier point met en évidence toute la question de l'intégration et de l'adaptation à la société dite d'accueil. Si l'école est un lieu d'intégration, elle est aussi, paradoxalement, celle qui pointe les inadaptations à un système et de ce fait risque de réactiver les traumatismes antérieurs et l'angoisse, encore une fois de ne pas y trouver sa place.

- La situation que j'ai évoquée n'est pas catastrophique au plan scolaire. Elle l'est dans le quotidien que vit cet enfant. Elle est déroutante quand on propose une solution qui n'est pas forcément reçue telle qu'elle est proposée. Au-delà du travail psychique qui est à faire pour élaborer la déception et qui est bien insignifiante à côté du décalage dans lequel risque de se trouver cet enfant dans un CP, la question est plutôt de savoir comment s'y prendre mieux pour qu'une telle proposition ne soit pas ressentie comme une nouvelle blessure ou une menace pour des familles déjà grandement atteintes par les événements qu'elles ont traversés. Encore une fois, y a-t-il une "bonne" réponse ?



Des enfants au pluriel, une école au singulier (2^e texte)

Marie Rose MORO

Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Paris 13
 Chef de service à l'Hôpital Avicenne, Bobigny
 Directrice de la revue transculturelle « L'autre ».
 (www.clinique-transculturelle.org)

L'école en France est républicaine, laïque et c'est la même pour tous. Ce principe est un grand acquis de l'histoire française, une fierté, un principe précieux dont il faut, à mon sens, défendre l'esprit, à tout prix et avec fermeté : une égalité de fait.

Pourtant, au quotidien, nous constatons combien actuellement, cette école ne remplit pas son rôle par rapport aux enfants singuliers, aux enfants de migrants, aux enfants très défavorisés sur le plan social, aux enfants qui sortent de la « norme », quelle qu'elle soit. Ainsi, par exemple, l'échec scolaire massif des enfants de migrants, qui cumulent difficultés sociales et culturelles, est un fait avéré. Or, quelles que soient ses causes, l'échec scolaire a des conséquences psychologiques importantes sur les enfants de migrants et sur les représentations que les familles ont d'elles-mêmes et de leurs enfants. Ces derniers, violentés par ces échecs souvent cumulatifs et redondants, sont marginalisés et exclus des circuits d'appropriation des savoirs, du moins les plus valorisés. Ils peuvent alors s'enfermer dans des attitudes anti-sociales, des attitudes de rejet et de passage à l'acte envers eux-mêmes ou envers autrui. Ils peuvent parfois aussi adopter des positions de repli identitaire ou pseudo-identitaire (telles que celles observées à la seconde génération vers l'islam ou l'islamisme...). Une manière de se construire une néo-identité face aux failles béantes de la transmission et du doute identitaire. Il ne s'agit pas de les déresponsabiliser, mais de resituer leurs comportements parfois suicidaires, parfois provocants, souvent violents, dans un cadre plus complexe. Remettre les parents dans leur rôle de parents et les enfants dans le leur. Comprendre pour agir et sortir du cercle de l'impuissance. Comprendre du dedans.

Filiation et affiliation

L'enfant se construit au croisement de deux processus : un processus de filiation, « je suis le fils, la fille de... » et un processus d'affiliation, « j'appartiens à tel groupe et à tel autre », en géné-

ral, selon un schéma d'appartenances multiples qui peut se modifier dans le temps. Et ces deux processus, pour être harmonieux, se soutiennent l'un l'autre, le dedans et le dehors. Dans ce dehors, l'école joue un rôle important. Or, pédopsychiatrie en banlieue parisienne, j'ai dû me résoudre à accepter une douloureuse évidence : beaucoup d'enfants viennent me consulter avec leurs parents meurtris parce qu'ils ne parviennent pas à s'adapter à l'école et que l'école ne parvient pas à s'adapter à eux.

Ce processus d'ajustement se construit à travers deux questions fondamentales :

1/ De quoi a besoin un enfant pour se développer harmonieusement et se nourrir de l'école ? La question de l'apprentissage est essentielle pour son développement. Ainsi, un enfant qui a priori se porte bien mais qui ne parvient pas à apprendre ne se sentira pas bien.

2/ Comment et pourquoi certains enfants ne parviennent pas à prendre du plaisir à apprendre, à échanger, à construire une relation avec les adultes qui permet la transmission de savoirs ?

Pourquoi va-t-on à l'école ?

Certains chercheurs en sciences de l'éducation ont montré comment les différences sociales et culturelles se transforment en différences scolaires pour les enfants. Il suffit de s'interroger sur quelques points fondamentaux : premièrement, pour un enfant, quel sens cela a d'aller à l'école ? Deuxièmement, quel sens cela a de travailler à l'école (ou de ne pas travailler) ? Troisièmement, quel sens cela a de comprendre et d'apprendre à l'école ou ailleurs ? Dans les études menées par Charlot, une différence significative apparaît : les élèves en difficulté disent qu'ils écoutent la maîtresse, alors que les élèves en réussite disent qu'ils écoutent la leçon. Et Charlot de conclure : « Voilà un beau sujet de réflexion : va-t-on à l'école pour écouter la maîtresse ou pour écouter (aussi) la leçon ? » Cette question m'a laissée, moi aussi, perplexe et je l'ai posée dans une recherche que je menais alors à Bobigny sur les enfants de migrants qui réussis-

sent bien à l'école. Certes, les enfants s'intéressent à la leçon mais aussi à celle ou à celui qui l'incarne. Ce résultat tend à montrer que les enfants de migrants sont dépendants de cet aspect affectif et relationnel pour apprendre, ce qui augmente leur vulnérabilité et leur sensibilité aux caractéristiques relationnelles de l'enseignant. Ce premier résultat pourrait rendre compte de certaines réussites labiles d'enfants de migrants ou d'enfants vivant dans des conditions très précaires. Certains enfants que l'on croyait résistants à la difficulté, voire résilients, se « cassent » brutalement lors d'un changement de classe ou d'enseignant. Mais bien d'autres ingrédients participent à ces brisures qui prennent parfois l'allure de destinées d'échecs : comment réussir, par exemple, en s'identifiant à un père disqualifié par le chômage ou l'exil ?

L'école a une couleur et un contexte

L'école est structurée par un certain rapport au savoir qui appartient au monde occidental et à un certain milieu social. Tous ces paramètres déterminent les méthodes pédagogiques, les relations avec les élèves et avec les parents. C'est pourquoi il importe de diminuer le conflit entre l'école et la maison, les deux lieux d'appartenance de l'enfant. Il s'agit parfois de logiques qui se pensent et qui se posent comme antinomiques, alors que toutes les deux sont nécessaires à la structuration de l'enfant. D'où l'importance de sortir du conflit et d'assumer une position de négociation et de métissage. Ainsi, favoriser par exemple le bilinguisme des enfants de migrants à l'école et dans la société serait une chance pour les enfants et pour la société, pour l'instant c'est presque une tare.

Assumer la diversité de ces enfants, la complexité de leurs besoins psychologiques, éducatifs, sociaux et culturels et l'hétérogénéité des demandes parentales sont des défis majeurs de la clinique, de l'école et de la société de demain.

D'où la grandeur d'une école ouverte sur le monde et qui ne renonce pas ! ■

Bibliographie

Bernard Charlot, « Le rapport au savoir en milieu populaire, apprendre à l'école et apprendre dans la vie », in Bentolila A. (Ed.), *Les Entretiens Nathan, L'école face à la différence*, Paris, Nathan, 2000.

Marie Rose Moro, *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*, Paris, Dunod, 1998.

Marie Rose Moro, *Enfants d'ici venus d'ailleurs, naître et grandir en France*, Paris, Hachette, 2004

Les comportements violents à l'adolescence : rôle des premières années de la vie

Richard TREMBLAY

Professeur aux départements de psychiatrie et de psychologie de l'Université de Montréal

Directeur du Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant.

R. Tremblay propose ici une analyse psychogénétique prévalente : pour lui, ce sont les moments de la tendre enfance qui représentent le moment privilégié pour une prévention efficace de la violence à l'adolescence et l'âge adulte.*



La violence à l'adolescence

C'est au milieu de l'adolescence que le risque de commettre un acte violent est le plus élevé. Comme la violence chez les adultes est généralement liée à un dossier de violence juvénile, et comme les adultes sont tous passés par l'adolescence, il est plausible de croire qu'une diminution de la violence chez les jeunes aurait un effet proportionnel chez les adultes, dans une société donnée.

La majorité des adolescents commettent des actes de délinquance, mais il ne s'agit en général que d'infractions mineures. Des sondages d'opinion ont invariablement démontré qu'une petite partie des adolescents (environ 6 pour cent) sont responsables de la majorité des actes de violence et des arrestations. Sur le nombre total des cas qui se retrouvent chaque année devant un tribunal de la jeunesse au Canada, moins du quart impliquent la violence, et l'agression mineure est le principal chef d'accusation de près de la moitié de ces cas.

Il faut maintenant tenter d'expliquer pourquoi certains adolescents et adultes adoptent souvent un comportement violent et les autres non. Même s'ils ne constituent qu'un groupe relativement restreint, ils terrorisent une bonne partie de la population et représentent un fardeau de souffrances pour leurs victimes, leurs familles et eux-mêmes. De plus, les adolescents qui affichent des troubles du comportement sont beaucoup plus susceptibles de se retrouver sans emploi, en mauvaise santé ou avec des problèmes de santé mentale que les autres.

Pourquoi les premières années sont-elles si importantes ?

Comment expliquer l'augmentation et la diminution de l'agressivité physique et des comportements perturbateurs durant la

tendre enfance ? Il est possible que le développement émotionnel, cognitif et physique y joue un rôle important. Au cours des 24 mois qui suivent la naissance, la taille des bébés augmente de plus de 70 pour cent et leur poids triple ou presque. À la naissance, les bébés arrivent difficilement à lever la tête, alors qu'à neuf mois ils sont capables de ramper, à 12 mois ils marchent et à 24 mois ils courent et montent les escaliers. Si on les compare aux autres périodes de développement, les premières années se font en « accéléré ».

L'habileté à saisir les objets joue un rôle important dans les relations avec les autres. Lorsqu'ils naissent, les bébés sont incapables d'utiliser leurs bras, mais à six mois ils peuvent atteindre et saisir des objets. S'ils aperçoivent un jouet intéressant dans les mains d'un autre bébé de leur âge, ils ne se posent pas de question et vont chercher à saisir l'objet. Si l'autre enfant ne lâche pas le jouet, une dispute éclatera. Il faut noter qu'à six mois, l'enfant n'a pas encore acquis les capacités langagières nécessaires pour demander le jouet à l'autre ; il développera ces capacités beaucoup plus tard, mais la fréquence et la complexité de ses relations avec les autres personnes de son environnement augmentent au même rythme que son développement physique, sinon plus vite. Lorsqu'ils sont éveillés, les enfants passent la majeure partie de leur temps à explorer leur environnement. Avant l'âge de 12 mois, ils passent la plus grande partie de leur temps de jeu à découvrir un objet à la fois. Entre 12 et 18 mois, ils s'amuse seuls à imiter des activités de la vraie vie. Au terme de leur deuxième année, ils sont en train de « jouer » avec les autres.

C'est durant cette période que le taux d'agressions physiques atteint son maximum. À cet âge,

les enfants découvrent les relations sociales à l'aide de leurs habiletés nouvellement acquises : marcher, parler, courir, saisir, pousser, lancer et donner des coups de pied. La plupart de ces relations sont positives, mais il y a de plus en plus de conflits. La possession d'objets est souvent à l'origine de ces conflits, au cours desquels les enfants apprennent qu'ils peuvent blesser et être blessés. La plupart des enfants apprendront à attendre que le jouet soit libre et découvriront qu'une bonne façon d'éviter les interactions négatives consiste à demander un jouet plutôt que de le prendre à quelqu'un.

Apprendre à être patient pour obtenir ce qu'on désire (délai de satisfaction) et apprendre à utiliser le langage pour convaincre les autres afin de satisfaire ses besoins sont peut-être les deux facteurs les plus importants à retenir lorsqu'il s'agit de contrer l'agressivité physique chronique. Dès l'âge de 12 mois, les enfants possèdent les capacités physiques, cognitives et affectives nécessaires pour être physiquement agressifs envers les autres. Si un enfant est entouré d'adultes et d'enfants qui affichent de l'agressivité physique les uns envers les autres, il comprendra vraisemblablement qu'une telle attitude fait partie des relations sociales de tous les jours. Si, au contraire, l'enfant vit dans un environnement qui ne tolère pas l'agressivité physique et récompense plutôt un comportement « social », il y a de bonnes chances qu'il prenne l'habitude d'utiliser des moyens autres qu'agressifs pour obtenir ce qu'il veut ou pour exprimer sa frustration.

L'apprentissage du comportement social dès les premières années de la vie

Les enfants qui, durant les années préscolaires, n'apprennent pas à trouver des solutions

*Revue Canadienne de Recherche sur les Politiques (2000, Automne)

Les comportements violents à l'adolescence : rôle des premières années de la vie

(suite)

Bibliographie

R.E. Tremblay, B. Boulerice, P.W. Harden et autres, *Les enfants du Canada deviennent-ils plus agressifs à l'approche de l'adolescence ?* dans Développement des ressources humaines Canada, Statistique Canada (dir.), *Enquête longitudinale sur les enfants et les jeunes*, Ottawa, Statistique Canada, 1996.

pour éviter de recourir à l'agression physique risquent fort d'avoir énormément de problèmes. Ils ont tendance à être hyperactifs, inattentifs, inquiets et à refuser leur aide à ceux qui en ont besoin ; la majorité de leurs camarades de classe les rejettent, ils obtiennent de mauvais résultats à l'école et leur comportement perturbe le déroulement des différentes activités. Ils sont donc rapidement retirés de leur entourage « naturel » pour être placés dans des classes, des écoles ou des institutions spéciales en

compagnie d'autres « déviants » : situation idéale pour encourager le développement d'un comportement marginal.

Vu sous cet angle, une personne qui n'apprend pas à trouver des solutions pour éviter d'avoir recours à l'agression physique dès les premières années de sa vie en subira vraisemblablement les conséquences négatives à long terme. Les études modernes qui ont suivi des enfants agressifs jusqu'à l'âge adulte ont en effet démontré que les conséquences sont extrêmement négatives,

non seulement pour les individus agressifs, mais aussi pour leur conjoint, leurs enfants et la communauté où ils vivent : parents jeunes, chômage, violence familiale et deuxième génération d'enfants pauvres élevés dans un environnement perturbé.

Sous cet angle, ne pas apprendre aux enfants à maîtriser leur comportement violent durant la tendre enfance mène à la pauvreté de façon bien plus évidente que la pauvreté mène à la violence. ■



Des enfants au pluriel, une école au singulier (1^{er} texte)

(suite)

- Faut-il nécessairement une prise en charge spécifique pour tout enfant de demandeur d'asile et si oui sous quelle forme ? Mais ne risque-t-on pas dans ce cas de réduire ces enfants à leur seul statut d'enfant de demandeur d'asile ?
- Serait-il possible d'envisager un autre dispositif constitué de relais connus des différents partenaires afin que le travail d'accompagnement de ces familles et de leurs enfants puisse être vécu de manière moins négative ? Le "parcours du combattant" qui est si souvent évoqué à propos des demandeurs d'asile vient se heurter encore une fois à un système dont les structures d'adaptation et d'intégration peuvent venir à nouveau pointer le décalage entre les espoirs légitimes et une réalité marquée de désillusion.

Mais au-delà de ces problèmes de dispositifs, je m'interroge sur le sens que peuvent avoir des propositions d'orientation scolaire, pour des familles dont le souci essentiel est de trouver une place dans la société, c'est-à-dire d'avoir leur place avec un logement et un emploi afin de vivre

dignement. Certes, il paraît nécessaire que les familles en demande d'asile puissent parler, avant tout, de leur place de parents et faire entendre leur choix. Pourtant il semble bien que les "manques" tant linguistiques que culturels de leurs enfants sont entendus et vécus comme une blessure tant ils sont déniés.

D'autre part, la situation matérielle des demandeurs d'asile n'est pas un contexte de précarité "ordinaire".

L'accompagnement de ces enfants nécessite également la prise en compte de la dimension psychique qui ne relève pas seulement de la précarité sociale due à leur situation actuelle, mais avant tout de la façon dont la famille va pouvoir traiter les traumatismes accumulés et l'incertitude de leur devenir.

Les demandes d'aide pressantes qui sont adressées à l'école rendent bien compte de la détresse et de l'insécurité interne dans laquelle se trouvent les familles. L'école devient alors le lieu qui vient pointer tous leurs manques : celui de la langue, celui de la culture et de sa transmission, celui de la capacité à

faire accéder l'enfant aux apprentissages etc... alors que les parents sont eux-mêmes fragilisés par leur exil et dans une dépendance extrême à l'égard de toutes les formalités à accomplir pour "gagner" le droit de trouver asile quelque part.

Il apparaît alors que l'école se trouve en demeure de cautionner un déni des difficultés d'apprentissage pour refuser d'être le mauvais objet qui viendrait empêcher ces enfants de passer inaperçus.

Prise dans une situation paradoxale, l'école doit donc aménager des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement dont elle n'a pas toujours les moyens.

La nécessité de travailler en réseau paraît incontournable, peut-être pour tenter de mettre en place, autour de ces familles, un environnement fiable et contenant qui viendrait, non plus colmater les vides mais favoriser un travail de transformation et d'élaboration du deuil, afin de penser les blessures et les inévitables déceptions lors de l'intégration dans la société d'accueil. ■

La débrouille des familles

Pascale JAMOULLE

Anthropologue, Centre de Santé Mentale du CPAS de Charleroi (Belgique)

Quand l'enfant occupe une place qui ne lui revient pas
Adossés aux friches industrielles des anciens quartiers miniers du Hainaut belge, de vastes complexes de logements sociaux rassemblent les populations les plus précarisées. Les familles monoparentales sont prioritaires pour l'octroi des logements.

Beaucoup de pères ont disparu du décor ou sont très discrédités. Certains ont été mis à l'écart à cause de leur violence ou de leur intolérance. D'autres habitent encore la maison familiale, mais y sont comme transparents, effacés par l'intensité des rancœurs de leur femme. Elles sont intarissables sur leurs insatisfactions conjugales, "le manque de discuter" et l'immaturation de ces pères qui ne subviennent pas aux besoins affectifs et économiques de leurs enfants et n'ont pas d'autorité sur eux. Ces pères, ils sont ceux dont on ne sait rien sinon la place immense qu'ils prennent, par défaut, en creux, dans les relations familiales. Les femmes - grands-mères, mères, sœurs - semblent les seules à nommer ce qui se passe dans les familles.

Les mères doivent être "le père et la mère à la fois" mais, parfois, elles n'y arrivent pas et l'un des enfants occupe dans la famille une place qui ne lui revient pas. Au côté de mères parfois très envahissantes grandissent de "petits hommes de la maison" (ou des adolescentes) qui veulent soumettre leur famille à leur loi. Lorsque des liens trop serrés lient ces jeunes à leur mère, les relations sont violentes. Pris dans "un trop plein" d'amour maternel, ils se sentent impuissants à s'émanciper et leurs colères sont sans limite. Le sentiment d'injustice et de révolte des fratries, qui se vivent comme les laissées pour compte de l'amour parental, crée des états de guerre familiaux.

Les huis clos domestiques sont d'autant plus oppressants qu'il y a peu de régulations externes. Dehors, dans les sociabilités de quartier, l'économie souterraine est très implantée. Les réseaux du "business"¹ et les conduites liées aux drogues offrent aux jeunes un espace ludique où s'associer, une liberté, une émancipation, un accès à la société de consommation. Les circuits d'échanges économiques clandestins tendent à devenir leur lieu de structuration principal. A "l'école de la rue", ils intègrent un système de normes, de valeurs et de conduites (sociales, écono-



miques et symboliques). La "culture de la rue" subit des transformations rapides. "Les mentalités de maintenant" poussent à l'extrême la compétition entrepreneuriale, "la fièvre de l'argent", le jeu des réputations et du paraître. Les relations souterraines sont duelles, les positions sont incertaines et les arbitres manquent. La vie quotidienne des quartiers est tissée de défis, d'insécurité et d'affrontements.

Le réseau social de proximité, pour s'en sortir

Pourtant, malgré le poids du passé et l'état de délabrement de la structure sociale, sous la pression des conduites à risques qui les traversent, des familles sortent du mutisme et de l'isolement. Beaucoup ont pu "remettre de l'ordre" dans leurs relations familiales en faisant appel aux

représentants institutionnels (le monde scolaire, l'aide, les soins, la justice...) ou parce que des professionnels se sont rapprochés d'elles. Des familles ont trouvé certaines "solutions" dans leur réseau social de proximité. De nombreuses personnes sont intervenues dans les parcours des familles rencontrées et se sont montrées adéquates (pharmacien, médecin généraliste, enseignante, assistante sociale de l'école, patron d'entreprise, responsable communal...). Leur savoir-faire relationnel a eu une action déterminante. Ces gens ont opéré un déplacement vers les familles, leur montrant une attention, une compréhension de leur condition et de leurs contextes de vie. Ils ont été des points d'écoute, de prévention et d'aide. Ils ont souvent été la première marche de l'accès à la diversité des ressources des dispositifs d'aide et de soins.

Beaucoup de familles sont entrées dans un processus de changement "en se mélangeant", parce qu'elles ont fait partie de cercles locaux. Pour faire face aux difficultés qui la traversent, la communauté est inventive, elle s'organise, crée ou utilise des supports adaptés aux traditions et aux évolutions des conditions de vie. Des groupes de formation, d'auto-support, d'épargne collective, ethniques ou spirituels ont souvent joué un rôle de tiers dans les relations familiales. S'insérer dans de nouveaux échanges sociaux a permis à de nombreuses familles de trouver des lieux d'écoute et d'expression, des protections et des substitutions qui ont fait évoluer leurs scénarios de vie. Elles ont développé leurs centres d'intérêt et leurs compétences symboliques, intellectuelles, techniques et sociales. Elles ont alors pu "desserrer" leurs liens familiaux et se construire une insertion sociale différente. La densité de l'expérience des familles éclaire les pratiques et

¹ Activités commerciales souterraines

La débrouille des familles (suite)

des politiques d'aide adaptées. Pour prévenir les itinéraires de risques et de marginalisation, il faut s'attaquer aux facteurs qui alimentent la précarisation, l'enclavement et les violences structurelles dans les zones ghettos. Des régulations économiques, politiques et sociales sont indispensables pour restaurer une économie licite et des emplois acceptables dans les quartiers qui regroupent les travailleurs "surnuméraires" de l'économie de marché. Pour gagner du terrain sur l'économie souterraine, l'Etat devrait également prendre certaines responsabilités et ouvrir les yeux sur les conséquences concrètes de la prohibition des drogues.

Aller vers les familles les plus exposées

Outre des interventions pragmatiques sur ces différents plans, les secteurs de l'éducation, de l'aide, des soins et de la prévention peuvent offrir de modestes régulations en se rapprochant davantage des familles éprouvées. Il s'agit d'*aller vers* elles en occupant les espaces où on peut les rencontrer (les relations de quartier, les « cercles locaux », le secteur de la santé, l'école, le monde carcéral...) et en leur proposant une première écoute, un dialogue et une aide concrète. Pour capter les familles les plus exposées, nous devons continuer à inventer des modes de relations qui reposent sur d'autres logiques que la demande d'aide. Quand les familles sont débordées par leurs relations familiales, beaucoup ne savent où s'adresser. Elles ont peur de l'étiquetage public lié à la fréquentation de la psychiatrie ou des centres de cure pour toxico-



manes, mais elles ont besoin de trouver des interlocuteurs.

Un espace de prévention à occuper

Pour rapprocher les services des familles les plus précarisées, il est nécessaire de réfléchir au cas par cas, à partir des réalités locales, à des modes de travail qui permettraient de rencontrer les populations qui ne se rendent pas dans les structures d'aide, notamment les pères en rupture avec leurs enfants et les mères isolées. Il y a là un espace de prévention à occuper et des pratiques à inventer pour aider les mères à sortir de chez elles, à développer des intérêts extra-familiaux et, parfois, à restaurer certains liens avec la famille élargie, le père de leurs enfants et leurs proches.

Le succès et l'impact sur les trajectoires de vie des groupes d'entraide et d'auto-support montre également l'importance de mettre les parents "*qui ont vécu ça*" au cœur des processus d'aide. Pour franchir le seuil des structures, les familles ont besoin de rencontrer "*un familier*" à la porte d'entrée.

Il est également indispensable de faire évoluer les représentations

sociales des jeunes qui se mettent en danger et de leurs familles. Si elles se sentent "mises à l'écart" et jugées par la communauté, les familles se retranchent dans "*le mutisme*" et masquent les mises en danger du jeune. Les situations se dégradent alors, parfois jusqu'au drame, dans des univers domestiques confinés.

Aider le milieu scolaire à gérer les tensions et les parcours de risques de la jeunesse, à socialiser et à qualifier cette même jeunesse est central en prévention. Le réseau de professionnels locaux pourrait d'avantage aller à la rencontre des difficultés et des ressources des écoles, les apprivoiser, établir la confiance et renforcer leurs ressources et potentialités.

De même, les professionnels de l'intervention sanitaire, sociale et éducative gagneraient à "*se mélanger*" aux pratiques sociales spécifiques existant dans les quartiers. Participer aux cercles d'épargne collective, aller à la rencontre des différents groupes qui sont un support pour de nombreuses familles pourrait permettre de réduire "les écarts" de mentalité et de se rapprocher des familles qui cumulent les difficultés. ■

Bibliographie

Pascale Jamoulle

· *La débrouille des familles. Récits de vie traversés par les drogues et les conduites à risques*, De Boeck Université & Larcier, col. Oxalis, 2002.

· *Drogues de rue, récits et styles de vie*, Bruxelles-Paris, De Boeck, col. Oxalis, 2000.

Une pratique de réseau autour de l'enfant victime

Dominique FRÉMY

*Pédopsychiatre hospitalier,
CH Novillars
Expert près de la Cour
d'Appel de Besançon*

En 1990, fortes d'une formation de Thérapie Familiale systémique, nous avons créé avec une collègue assistante sociale, une consultation ouverte aux familles et enfants de notre intersecteur.

Nous avons eu nos premiers contacts avec la maltraitance car les familles qui nous ont été adressées (familles dans la précarité, échecs des prises en charge multiples) nous ont rapidement confrontés à cette problématique.

Nous avons entendu des horreurs et effrayé, en retour, les enfants qui prenaient alors conscience de l'effet destructeur de leur parole sur autrui.

Nous avons mesuré le silence qui prévaut dans les familles, même entre frères et sœurs ou entre générations, et qui fortifie la position de l'abuseur.

Nous avons constaté l'effet parfois dévastateur des révélations d'un enfant lorsqu'il accuse un membre de sa famille : effondrement psychique lorsqu'il n'est pas cru, passage à l'acte de ses parents lorsqu'ils décident de faire justice eux-mêmes.

Nous avons aussi fait l'expérience d'enfants qui redressaient la tête et réinvestissaient les apprentissages, les activités lorsqu'ils avaient dénoncé les abus dont ils étaient victimes.

Nous avons recueilli les révélations en cascade, libérées par la parole d'une victime, des autres membres de la famille.

Nous avons accompagné des enfants à l'hôpital, dans un foyer, et regretté l'absence d'un lieu susceptible de l'accueillir avec sa mère, ses frères et ses sœurs.

Nous avons fait nos premiers signalements et découvert le discours de sourd qui peut s'instaurer entre soin et justice, crispant chacun sur ses positions.

Nous avons accompagné des enfants au commissariat, à la gendarmerie et vu de nos yeux dans quelles conditions leur parole était recueillie.

Nous avons aussi eu la chance de rencontrer des professionnels qui partageaient les mêmes préoccupations que nous et la surprise de le faire dans des champs qui nous étaient étrangers, voire hostiles : ceux de la police et de la gendarmerie.

Le décloisonnement s'est mis en place de manière pragmatique, autour de l'enfant victime ou supposé comme tel (précautions oratoires introduites par l'affaire d'Outreau qui nous a rappelé que les enfants étaient des plaignants avant d'être des victimes).

En 1993, nous avons inauguré une méthode de travail qui, sur réquisition du Parquet, permettait aux officiers de police judiciaire de faire appel à nous quand ils devaient entendre un enfant. C'est ainsi qu'est née l'assistance à l'audition de l'enfant par un professionnel de l'enfance.

Nous nous sommes appuyées sur la loi du 17 juin 1998¹ et nous avons formalisé notre intervention comme auxiliaires de justice par une **Convention** avec le Tribunal de Grande Instance de Besançon.

Nous avons soutenu des centaines d'enfants et favorisé leur parole au cours de ce moment difficile que représente l'audition : jeunes enfants, enfants handicapés, adolescents suicidaires.

Nous avons aménagé des salles spécifiques et prévues pour recevoir des enfants et leur famille.

Nous avons partagé avec les officiers de police judiciaire l'impact d'un tel travail et soutenu l'importance d'une formation, d'un débriefing lorsqu'ils étaient choqués par ce qu'ils entendaient.

Nous avons développé des outils communs comme le **génomogramme** qui nous permet de repérer la répétition des abus sexuels dans une même famille, l'existence de plusieurs victimes ou de plusieurs auteurs.

Nous avons appris à repérer les **mécanismes d'emprise** qu'exerçait l'abuseur sur sa victime, à évaluer leur étendue, y compris dans des domaines inattendus,

peu explorés comme celui des capacités sensorielles.

Nous avons été surprises par les ressources des familles, leur rapidité à se mobiliser, à mettre en œuvre des solutions originales.

Nous avons mis en place un **groupe de paroles** des victimes, essentiellement de jeunes femmes adultes, au seuil d'engagements personnels et de choix difficiles : ces groupes constituent un puissant outil thérapeutique. Nous avons réfléchi à la prise en charge des auteurs d'agression sexuelle mineurs qui déferlent dans notre intersecteur avec des injonctions de soin : un **groupe thérapeutique** est en cours de constitution pour lequel je serai médecin coordinateur.

Sur le plan institutionnel, notre démarche de thérapeutes a été soutenue et renforcée par des avancées spectaculaires et concomitantes du secteur social et associatif.

Actuellement, l'accueil des mineurs victimes d'agression sexuelle ou de maltraitance s'est organisé en **réseau sanitaire**² avec un partenariat fort entre le CHU de Besançon et le Centre Hospitalier psychiatrique de Novillars.

Une cellule spécialisée de signalement, créée par le Conseil général du Doubs, joue un rôle pivot du dispositif, en mettant à disposition de la population et des professionnels une ligne téléphonique. Cette cellule oriente et fédère la prise en charge médicale, médico-légale, psychologique ainsi que l'action de plusieurs associations.

Le bilan est satisfaisant même si le dévoilement d'agressions sexuelles déclenche encore pour certains enfants un parcours du combattant.

Nous croyons aux vertus du décloisonnement, à un accompagnement sans préjugé des enfants à la police, à la gendarmerie, au Tribunal, à l'école, à l'hôpital, au Foyer de l'Enfance, à leur domicile. ■

¹ Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs

² CAVASEM : Centre d'Accueil des Victimes d'Aggression Sexuelle et de Maltraitance



“Mes parents c’est pas des nuls, même le docteur, il écoute ce qu’ils disent”

Interview* du Docteur Maurice Titran, pédiatre.

Le Docteur Maurice TITRAN travaille au sein du Centre d’Action Médico-Sociale Précoce de Roubaix (Nord). Une équipe pluridisciplinaire, accueille 150 enfants de 0 à 6 ans, en file active continue, depuis plus de 18 mois. Le travail auprès des enfants se fait sur rendez-vous, celui auprès des familles se fait en accueil libre, une fois par semaine.

* Propos recueillis par Gladys Mondière

Plus d’un million d’enfants vivent en dessous du seuil de pauvreté, alors que la France se situe au 4^{ème} rang des pays riches. *Dénoncer cette réalité* pour que cela cesse apparaît comme une nécessité.

Mais, comment travailler en pédiatrie dans les milieux défavorisés ? Pour connaître les besoins sanitaires de ces enfants, il faut les rencontrer souvent et éviter les changements d’équipe. Ordinairement, la majorité des rencontres se fait dans l’urgence, l’urgence à répétition, si bien que les familles vont rencontrer rapidement des soignants de garde qu’ils ne reverront plus. Il est donc important d’inverser ces spirales négatives et de mettre en place des stratégies de rencontre, au-delà de l’urgence, avec des professionnels expérimentés. Cela revient à créer des alliances avec les familles et les enfants : bien sûr, se rencontrer quand ça va mal, pour progressivement, pas à pas, se rencontrer quand ça va moins mal et enfin quand ça va bien.

Lors de ces rencontres, il va falloir savoir « calmer le jeu », ne pas participer à la spirale de l’exclusion, travailler le lien. Ce n’est pas la misère qui engendre les troubles du comportement chez un enfant, mais les effets de cette misère (malnutrition, manque d’accès aux loisirs, à la culture...). Il faut savoir que, même quand tout va bien, dans l’année qui suit la naissance, 10 à 15 % des femmes en moyenne font une dépression - dite du post-partum -, et ce chiffre augmente dans les milieux défavorisés. Donner accès aux soins, ouvrir les droits sociaux de la mère, c’est aussi étayer le bébé dans sa relation avec sa mère, c’est l’aider, elle, à prendre conscience de ses compétences et de ses limites : travail délicat et subtil qui nécessite humilité et professionnalisme.

En fait, travailler les stratégies de rencontre, c’est arrêter de se faire

peur les uns et les autres. Du côté des parents, c’est la peur du placement, ou plutôt le fantasme, le plus souvent alimenté par leur propre histoire, qui les empêche de consulter, de demander de l’aide. Dans une moindre mesure, demander de l’aide c’est aussi avouer son incompétence, mettre des mots qui font peur : folie, maladie, psy... Mais les travailleurs médico-sociaux ont aussi leur propre histoire, notamment par rapport à la prise en charge de la misère. Il va leur falloir, eux aussi, déjouer leur propre peur : peur de ne pas déceler des problèmes psychiques, de la perversité, peur de ne pas donner la bonne réponse ...

Curieusement, face aux problèmes des enfants en situation de précarité, ce sont les médecins qui sont le plus souvent interpellés, bien que, à l’évidence, la réponse ne soit que partiellement sanitaire. Le médecin doit marcher au pas des parents, de l’éducateur, du travailleur social, du psychologue, de l’instituteur...

La prévention précoce n’est pas une problématique abordée par la médecine hospitalière. Les médecins de famille, les mieux placés, considèrent la plupart du temps qu’il s’agit du domaine privé. Il est vrai que parler d’éducation, aborder ces questions, ces interactions précoces si primordiales pour le bon développement de l’enfant peut paraître vexant pour les familles. Il n’est pas si facile de rompre avec les habitudes et ne pas considérer de l’ordre de l’intime, de la sphère privée, ce qui peut devenir un problème de santé publique. Les effets des carences affectives précoces sur le long terme sont maintenant bien connus. Il est manifestement nécessaire de les repérer le plus tôt possible sans avoir peur de se « mêler » des affaires des autres alors que l’on ne fait que considérer le dévelop-

pement de l’enfant dans sa globalité, c’est à dire aussi dans ses interactions d’attachement avec ses parents.

Il est important aussi d’évaluer ce que l’on fait, les résultats obtenus et non obtenus. Un des résultats d’un travail d’évaluation du travail au CAMSP de Roubaix, à 5 ans, a mis en évidence que ce sont les parents qui vont mieux. De manière étonnante, le souvenir qu’ils évoquent en premier lieu c’est le séjour de vacances organisé par le CAMSP et non la prise en charge de l’orthophoniste, du kiné, du médecin... Pourquoi ? Et bien, parce que, finalement, c’est dans ce séjour de vacances qu’ils se sont sentis reconnus parents, tout en apprenant à mieux l’être.

C’est bien cela les stratégies de rencontre, petit à petit s’inscrire dans le « ça va plutôt bien ». Dans ce constat, être payé à l’acte constituerait un réel paradoxe, car alors, plus la population irait mal, plus l’institution irait bien. L’accompagnement des enfants et des familles en situation d’exclusion nécessite du temps et de l’approvisionnement réciproque. S’occuper des familles en souffrance, c’est les reconnaître, et par ricochet cette reconnaissance produit un effet direct sur l’enfant : « mes parents c’est pas des nuls, même le docteur, il écoute ce qu’ils disent ».

Beaucoup de questions restent encore à approfondir : comment acquérir ce type de compétences dont nous parlons ? Comment trouver des lieux de formation branchés en direct sur la souffrance de l’enfant et de sa famille et encourager les phénomènes d’entraide entre familles ?

En tant que professionnels, il ne s’agit rien de moins que d’être capable de s’évaluer, de changer, de se remettre en cause, en somme, de rester vivants, espérants et disponibles. ■

Le secteur, un pivot incontournable de la psychiatrie infanto-juvénile

Philippe JEAMMET

Chef de département de la psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte. Institut Mutualiste Montsouris - Paris

Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Paris V

Il est de bon ton d'annoncer périodiquement la mort du secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Au motif qu'il ne répondrait pas ou plus, en tout cas insuffisamment, aux besoins de la population concernée. En fait ne lui reproche-t-on pas surtout d'exister, et du fait même de son existence, d'exacerber les insatisfactions liées à la persistance de besoins non satisfaits. A défaut de pouvoir répondre à ces besoins, changeons les structures supposées les satisfaire.

Cette utopie est probablement facilitée par la part d'utopie qui fut à l'origine de la création des secteurs : une organisation rationnelle doit générer réponses aux besoins de santé, qualité et égalité des soins. Si cela ne marche pas c'est que l'organisation n'est pas bonne. C'est oublier que l'efficacité requiert les moyens correspondants, mais aussi les compétences et les motivations des soignants en particulier de ceux en charge de diriger et d'animer ces structures. Les moyens sont loin d'avoir suivi les intentions et ont été très inégalement répartis. Quant aux compétences et aux motivations, elles n'entrent pas en ligne de compte pour assurer la direction d'un secteur. Certes les compétences minimales sont garanties par la formation et les diplômes délivrés. Mais ni la formation ni les diplômes ne garantissent les qualités managériales pour diriger une équipe ; quant aux motivations elles restent à la discrétion des intéressés.

La promotion et la pérennisation des responsables sont gérées par les règles d'ancienneté et aucune évaluation n'est prévue. Le confort et la sécurité matérielle (qu'il est légitime d'assurer jusqu'à un certain niveau du moins) mais surtout narcissique des fonctionnaires passe avant la qualité des services rendus aux usagers et à la collectivité. Il y va de la sérénité des intéressés considérée volontiers comme de

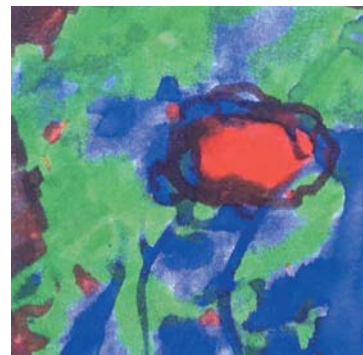
première nécessité pour la qualité des soins. On ne peut pas répondre uniquement en termes quantitatifs aux insuffisances du système de soin dont le coût d'ailleurs ne diminue pas mais va plutôt en croissant.

Alors, place à la créativité et aux innovations. L'Etat donne l'exemple qui favorise souvent la création hors secteur des structures nouvelles comme ce fut le cas pour la toxicomanie et on ne se préoccupe pas toujours d'inclure le secteur dans toute action nouvelle concernant la santé mentale, contribuant à conforter une image du secteur jugée par certains insuffisamment dynamique.

Mais par quoi le remplacer ? Je n'ai pas connaissance d'alternatives sérieuses. Il est toujours plus facile de détruire que de construire. Ce ne sont pas telle ou telle initiative ponctuelle qui remplaceront cette chance extraordinaire qu'offre le secteur : un maillage de l'ensemble du territoire français par des structures basiques de soins et d'évaluation qui font que toute famille, tout enfant, tout organisme ayant en charge un enfant ou un adolescent peut trouver concernant la santé mentale un interlocuteur compétent, un avis, une aide à la recherche d'un soin sinon un soin suffisant. C'est un acquis qui offre une sécurité minimale qu'il serait irresponsable de détruire après avoir mis 30 ans à le construire. Le secteur existe. C'est une chance et un atout. Aux responsables politiques, administratifs, soignants de le faire vivre et de le faire développer quantitativement sûrement mais aussi qualitativement. Il nous appartient à tous de nous en donner les moyens. Comment ? En faisant du secteur le pivot de toutes les actions en santé mentale. Un pivot incontournable, au centre du dispositif de prévention et de soin. La direction du secteur nécessite bien sûr des compétences régulièrement mises à jour

dans un champ d'expertise spécifique mais aussi, et ce sera de plus en plus le cas, des compétences managériales auxquelles nos études ne nous ont pas préparés mais qu'il est possible d'acquérir. Il s'agit d'un travail spécifique qui peut convenir à certaines personnalités et pas à d'autres. Vouloir le faire suppose une formation correspondante, des mesures de valorisation adéquates mais aussi une évaluation. Un cahier des charges des objectifs du secteur pourrait être établi en collaboration avec la Tutelle et les partenaires du réseau dans lequel le secteur s'inscrit nécessairement.

Cessons de pérenniser le secteur tout en rêvant d'autres dispositifs. Redonnons au secteur son rôle d'outil majeur de la santé mentale en France en précisant clairement ce qu'on attend de lui et en fixant un contrat d'objectifs avec ceux qui en acceptent la direction. Ceux-ci doivent en retour accepter d'être recrutés et jugés en fonction d'autres critères que leurs seules compétences médicales, et ce pour un temps qui n'est pas nécessairement indéfini. Comme toute structure, le secteur ne peut répondre aux attentes que s'il s'adapte à celles-ci et non par la démarche inverse. Il ne peut demeurer vivant, c'est-à-dire mobilisateur et efficace, que s'il s'appuie sur la double motivation de ses concepteurs et de ses acteurs. On a l'outil, ne le cassons pas. Il faut le faire vivre. Donnons nous en les moyens. Ils sont à portée de main. ■



Clinique de la périnatalité : pour construire une confiance en l'avenir

Françoise MOLÉNAT
Pédopsychiatre,
Montpellier

Il est étrange que l'intérêt porté par quelques psychiatres, voici un quart de siècle, sur les premières étapes de la vie, donc sur ceux qui rencontrent la famille naissante dans ces instants fondateurs, ait pu paraître décalé. Est-ce vraiment du champ de la pédopsychiatrie... ? Comment se repérer dans la multiplicité des registres relationnels et la diversité des institutions lorsque nous évoquons l'analogie du travail périnatal avec la psychothérapie institutionnelle ? Travailler au rythme de l'obstétrique ? Être disponible dans l'urgence d'un traumatisme réveillé ? Impossible... La temporalité du psychothérapeute...

Pourtant, le mouvement qui nous a amenés là vient de l'anamnèse d'enfants rencontrés dans les années 70 au fond des pavillons asilaires. Leur histoire commençait là, dans ces maternités peu accueillantes de l'époque. Nous y avons beaucoup appris.

La première leçon fut la découverte de trésors d'affectivité chez les professionnels les plus modestes, à condition qu'une oreille s'y prête. Chez les médecins, la peur d'être critiqués dans un domaine banni de la formation médicale voisinait avec l'intérêt quasi général pour ce qui relevait de l'intuition humaine mais devait être abordé avec rigueur, sans quoi le risque de confusion entre soi et l'autre briserait toute capacité d'empathie. Le diagnostic anténatal offrit en ce sens un remarquable laboratoire d'étude sur le lien humain : comment, à partir de l'impact d'une annonce douloureuse, accompagner les émotions des couples, maintenir vivant l'enfant dans leur tête même et surtout s'ils devaient s'en séparer ?

Comment la manière dont les spécialistes se parlaient entre eux pouvait faire basculer cet enfant du côté de la vie ou du côté de la mort ...

Une véritable sémiologie, une « clinique du travail en réseau » a trouvé là ses lettres de noblesse.

Fondée sur la différenciation et la lisibilité des places professionnelles, une culture de « l'hétérogène relié » tentait de succéder aux fossés conceptuels qui avaient maintenu longtemps infranchissables les barrières entre les disciplines, entre les temps de l'intervention, entre les espaces. L'analyse des effets délétères de ce fractionnement a amené le concept de maltraitance institutionnelle, ou des pratiques professionnelles iatrogènes – reconnue désormais comme un fait de société à l'origine de bien des désastres. La fabrication des « démissions parentales » en est l'exemple le plus frappant.

Des règles de travail en commun se sont dégagées, applicables à tout autre champ d'intervention :

- la notion d'urgence psychique, qui ne signifie pas intervenir en direct de manière ponctuelle, mais au contraire d'aider chacun à être là (sage-femme, médecin généraliste, pédiatre, auxiliaire...) lorsque l'émotion surgit, quand s'ouvre un accès à la vie psychique d'un parent blessé, plus tard d'un enfant

- l'anticipation, qui consiste à penser l'avenir, sa propre place, celle des autres, ouvrir les relais, les préparer, offrir des représentations sur lesquelles la famille peut s'appuyer sans crainte

- la réflexion sur les modalités de transmission interprofessionnelle, véritable travail de transcodage d'un acteur à un autre, au-delà des précautions éthiques qui d'ailleurs dans ce domaine se superposent aux impératifs techniques : comment parler ensemble d'une famille sans transmettre le négatif (comportements, « facteurs de risque»), mais au contraire le bout de chemin fait avec l'un qui aidera l'intervenant



suisant à prendre place et ainsi resserrer une enveloppe humaine cohérente, centrée sur les éprouvés des parents...

Une pratique innovante auprès de femmes enceintes toxicomanes, fondée sur l'accueil personnalisé par une sage-femme hospitalière, a confirmé le bien-fondé de ces quelques règles : construire un premier lien de confiance, restaurer progressivement la fiabilité du système aux yeux de personnes qui en ont éprouvé les failles, n'introduire un spécialiste du social ou du psychisme que sur le positif d'un besoin exprimé ou d'une souffrance actuelle (et non sur « ce qui manque »)...

Comme dit Corinne Chanal, sage-femme, « *il faut plus de temps passé avec les professionnels qu'avec les patientes si l'on veut assainir la situation* ». Les résultats sont remarquables.

Nous avons pu rencontrer les parents dans une dynamique de vie et non au titre d'une psychopathologie – ce qui permit un changement radical dans notre compréhension du psychisme. A leur écoute, à celle des soignants, des mots simples sont venus habiter une « manière d'être ensemble » autour du futur enfant, du nouveau-né. ■

“Accès direct” ou “indirect” pour les soins psychiques : les enjeux et les risques

Olivier QUÉROUIL

L'accord conventionnel conclu entre des syndicats de médecins et l'assurance maladie modifie les règles du jeu pour la médecine libérale. Certains autres syndicats contestent vivement ces nouvelles dispositions.



Le « parcours de soins » impose le passage par un médecin traitant choisi par le patient, qui orientera vers les spécialistes, soit dans le cadre d'un avis complémentaire, soit pour des soins itératifs. Ceux-ci devront répondre à un plan de soins défini avec le médecin traitant. La rupture avec la notion de médecin référent antérieure est dans la suppression du financement du généraliste pour ces actions d'orientation et de prévention. Certains médecins spécialistes (gynécologie et ophtalmologie) peuvent rester en « accès spécifique », consultés directement par les assurés (pour certains actes) sans que ceux-ci soient moins bien remboursés, contrairement à l'ensemble des autres spécialistes.

Le passage obligatoire par le médecin traitant ne va pas de

soi : les consultants souhaitent souvent garder une certaine discrétion sur leurs difficultés, voire s'en tenir sur ces sujets à la stricte confidentialité garantie par le secret médical. Les rendez-vous en cascade risquent d'accroître les retards dans l'accès aux soins, et les difficultés à consulter. Le point précis que nous abordons ici est de savoir si le demandeur de soins devra passer par son médecin référent pour accéder au psychiatre, le soin étant dans ce cadre fondamentalement relationnel ! La notion de plan de soin protocolaire apparaît ici proche de l'absurdité.

La question n'est pas encore tranchée à ce jour, mais le protocole fixe la date limite du 1er mars pour l'avenant conventionnel : que va-t-il se passer à cette date ?

L'assurance maladie semble tenir à ce passage par le médecin traitant, avec notamment deux arguments, très éloignés des pratiques de soins :

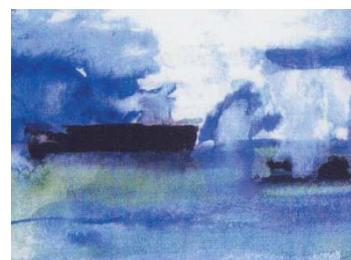
- Les consultations en psy sont souvent récurrentes, et peuvent représenter des dépenses importantes pour l'assurance maladie. Mais comment l'assurance maladie pense pouvoir déterminer le nombre de séances convenable à telle ou telle situation ? Si l'idée est de définir le rôle du psychiatre, uniquement dans sa fonction diagnostique et de prescription des soins, la prise en charge étant réalisée par un autre, comment réaliser la continuité relationnelle ?

- Les médicaments prescrits en psychiatrie induisent de nombreux problèmes d'interaction avec les médicaments prescrits en médecine somatique : le Dossier Médical Partagé doit permettre d'informer les autres prescripteurs des traitements en cours, et éviter certains risques. L'argument est à la fois incontestable (mais on pourrait se limiter à l'indication des prescriptions dans le DMP), et un peu court : les études de l'assurance maladie

elle-même ont montré depuis longtemps que les médecins généralistes étaient les plus forts prescripteurs de médicaments de la sphère psychiatrique. Le problème des mauvaises prescriptions et des interactions médicamenteuses n'est toutefois pas spécifique à la psy, même si elle constitue un terrain de choix pour des offensives de la publicité pharmaceutique (médicaments à usage de conformité sociale et de bien être, comme la Ritaline, les anti-dépresseurs, etc.).

La possibilité pour le patient de consulter un psychiatre en « accès direct », hors parcours de soins coordonnés, met celui-ci dans le cas de figure général des spécialistes pour lesquels les dépassements sont admis avec une base de remboursement plus faible pour l'assuré. C'est donc le risque d'un effet dissuasif majeur dans l'engagement aux soins pour les personnes ayant des revenus moyens et modestes qui sont la majorité. C'est donc un recul dans l'accès aux soins pour tous, doublé d'une incompréhension sur la spécificité de la demande de soins en psychiatrie.

Enfin nous constatons que n'est pas traitée la question des praticiens de service public (très nombreux en psychiatrie). Quelle est leur place dans ces nouvelles pratiques conventionnelles ? Quelle place au service public ? ■



Le territoire de la clinique excède le territoire sanitaire

Jean-Pierre MARTIN
Psychiatre,
Chef de service Hôpital
Esquirol, Saint Maurice

Christian LAVAL
Sociologue,
Orspere

Quelques réflexions à propos de la circulaire¹ du 25/10/04 relative à l'élaboration du volet santé mentale du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de 3^{ème} génération.

Avec l'instauration (trop lente) du secteur, le service public de psychiatrie est devenu progressivement une réalité, par le développement de structures d'accès aux soins, de continuités de prise en charge sur le terrain qui ne passent pas par l'hôpital psychiatrique (le rapport Joly de 1997 cite moins de 5% des prises en charge qui passent par l'hôpital). Les séjours courts médicalisés l'emportent sur les logiques asilaires. Mais depuis quelques années, cette évolution est tempérée voir contrecarrée par un « cours » gestionnaire de l'Histoire qui tend à faire de l'hôpital une entreprise. Cet économisme sanitaire se déploie dans un contexte d'insécurité sociale grandissante (Robert Castel). Il en résulte un malaise insistant de la psychiatrie. De ce point de vue, la crise du travail soignant est aussi une affaire de société.

Les objectifs de la circulaire sont réexaminés ici à l'aune de ce contexte troublé.

Au nom de sa fonctionnalité médicale, le secteur y est d'emblée référé au territoire de santé selon le modèle de la place de la psychiatrie aux urgences hospitalières, dans son articulation au somatique. Ce rabattement de la psychiatrie sur l'hôpital est significatif du manque de conception généraliste quant à ce qui fonde une politique de santé mentale.

Il s'accompagne d'ailleurs d'une critique de la dimension médico-sociale de la psychiatrie qui envahirait les lits d'hospitalisation (26%) et devrait donc être évacuée vers l'hébergement social, au nom d'une psychiatrie « purement sanitaire ».

Le parcours de soin et le travail de réseau consistent dès lors à faire le tri entre un champ médical et social clivé (budgets différents cloisonnés dans leurs logiques comptables). Cela permet à la circulaire d'énumérer ensuite tous les champs de ce clivage : enfants et ado, personnes âgées, personnes handicapées ayant des troubles psychiques, autisme, précarité et exclusion, personnes en prison, addictions. L'évaluation des besoins devient donc « naturellement » celle des conventions entre institutions verticales, sans qu'aucune priorité et ligne directrice ne les rassemblent sur des priorités communes en terme de *santé mentale et non pas de psychiatrie*.

Une définition restrictive du territoire sanitaire risque de ne faire exister que des populations à risques et à penser « sécuritaire » (augmentation d'unités pour malades agités) et non pas accueil. Les structures de soins de type centre d'accueil sont tout simplement passées sous silence.

De plus, cette circulaire semble creuser l'écart ressenti par les professionnels entre une place croissante de la gestion administrative et comptable face à une difficulté accrue à faire de la CLINIQUE qui fait du symptôme une production socialisée, et de ce fait, fonde le sens même de l'articulation santé/social.

La philosophie de cette circulaire rentre ainsi en contradiction avec la culture des professionnels du secteur de psychiatrie publique actuelle et des tiers sociaux qui y participent, où l'évaluation des besoins est référée aux pratiques de terrain communes, priorisée et mutualisée aussi par le bas (vrai sens du rôle du conseil local de santé mentale), et non pas prédéfinie comme un *service minimum de soins* (SMS) dans lequel les médicaments et les actes thérapeutiques individuels se substituent à la relation intersubjective et institutionnelle.

Dans ces implications concrètes cette circulaire répond de manière inquiétante à des questions réurgentes depuis une décennie.

Quelle fonction sociale pour la psychiatrie, quels liens avec une politique de santé mentale, quel véritable service public de secteur psychiatrique ?

Au moment du drame de Pau où est reposé dans l'actualité la plus tragique le manque de lits, ces orientations de gestion et de planification par le haut interrogent la façon dont les lits ont été fermés ces vingt dernières années.

Certes, la communauté psychiatrique est depuis longtemps acquise à la fermeture des hôpitaux psychiatriques comme lieux d'exclusion et de stigmatisation ; mais dans la perspective de mise en place d'alternatives sur le terrain, y compris en termes de lieux d'hospitalisation de proximité, le développement des lits à l'hôpital général (1/3 des lits de psychiatrie actuels) n'a pas réglé les problèmes par manque de réflexion politique générale sur le sens de l'hospitalisation en la psychiatrie de secteur.

Le système de gestion a ainsi produit sa propre crise avec le manque de moyens d'hospitalisation et d'alternatives là où ils seraient utiles. ■



Nous avons lu

■ Travail social et souffrance psychique.

Jacques Ion et al., Ed. Dunod, Paris, 2005.

Une reprise pluri-centrée du rapport souffrance sociale/souffrance psychique par l'équipe de recherche sociologique du Cresal (CNRS), sous la direction de Jacques Ion. La méthode passe par l'analyse de pratiques situées plutôt du côté des dispositifs et non plus des institutions, plutôt sous le registre de l'horizontalité, du faire, de la relation, du bricolage, avec une réflexion sur les pratiques en temps court. Sont ainsi présentés la problématique de la souffrance sociale au sein du dispositif RMI en région Rhône-Alpes, l'exemple d'un dispositif d'accompagnement des enfants dans une visée relationnelle et non plus éducative, l'aide aux aidants en « panne » dans la relation d'aide, ainsi que le paradigme de l'intervention humanitaire d'urgence associée à la figure contemporaine du SDF ; à noter un article intitulé « vers une clinique du lien défait ? », par Bertrand Ravon, qui décline l'histoire des notions, depuis Durkheim jusqu'à la reconnaissance d'une clinique qui met en relation une sociologie de l'individu et une psychopathologie du lien social.

■ La société malade de la gestion : idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social.

Vincent De Gaulejac, Ed. du Seuil, Paris, 2005.

L'auteur, professeur de sociologie à Paris VII, continue l'analyse de la société dans la lignée de ses ouvrages antérieurs, dont "Le coût de l'excellence" et "La lutte des places". Il analyse lucidement les effets psychiques de la société gestionnaire présentée comme une idéologie aboutissant au « harcèlement social » (notion sûrement plus pertinente que le « harcèlement psychique », même si les effets sont psychiques). L'extraordinaire vignette qui ouvre l'introduction met d'emblée le lecteur en situation de s'identifier davantage à celui qui veut, envers et contre tout, garder une position éthique où le lien reste le Bien à promouvoir.

■ Le ghetto français, enquête sur le séparatisme social.

Eric Maurin, Ed. du Seuil et la République des Idées, Paris, 2004.

L'exclusion, en France, commence par le haut : telle est la thèse défendue par Eric Maurin, X-ENSAE et Docteur en économie. Les ghettos se forment de proche en proche, les plus aisés et les plus éduqués habitant entre soi, excluant les moyennement aisés et éduqués, les pauvres et les immigrés habitant dans ce qui leur reste de possibilités. "Le lieu de résidence est aujourd'hui plus que jamais un marqueur social". L'ennui, pour l'avenir, est que l'avenir des jeunes, notamment par rapport à la réussite et à l'échec scolaire, se fait par rapport à ce marqueur, ne serait-ce que par identification aux camarades proches. L'analyse est remarquable, les conclusions à discuter : faut-il vraiment "tourner nos politiques vers les individus", comme le préconise l'auteur, et en rajouter à l'atomisation individuelle dans nos sociétés contemporaines?

Agenda

■ L'Urgence et après... que se passe-t-il après l'urgence ?

Journée organisée par la FASM Croix-Marine le 5 avril 2005 à Tours au Centre des Congrès. Contact : Tél. 01 45 96 06 36 - E-mail : croixmarine@wanadoo.fr

■ Santé mentale : et demain ?

Le Mercredi 13 avril 2005 de 8H30 à 19H30. Journée organisée par l'équipe psychiatrique de Bondy et des Pavillons-sous-Bois (EPS de Ville Evrard et La Ville de Bondy) à la Salle des Fêtes de Bondy - Hôtel de Ville Esplanade Claude Fuzier.

Contact : Tél. 01.55.89.91.30 ou 91.31 - Fax : 01.55.89.91.33

E-mail : v.defait@ns.eps-ville-evrard.fr ou s.massimi@ns.eps-ville-evrard.fr

■ Violence et Précarité

Journée organisée le Jeudi 26 mai 2005 par l'Association Ain-Psy et Carrefour Santé Mentale Précarité. Renseignements et inscriptions : Tél. 04 74 52 28 32 ou 24 86

E-mail : ainpsy.cpa@free.fr

Tous nos remerciements à Michel Blondeau qui a aimablement mis à notre disposition les œuvres réalisées par des personnes souffrant de troubles psychiques et présentées dans le magnifique livre « L'Art à la Marge, les arts psy et les autres » aux Editions Utopiya.

RHIZOME est un bulletin national trimestriel édité par l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ORSPERE-ONSMP) avec le soutien de la Direction Générale de l'Action Sociale

Directeur de publication : Jean FURTOS

Coordinateur éditorial : J.Pierre MARTIN

Assistante de rédaction : Claudine BASSINI

Comité de rédaction :

- Guy ARDIET, psychiatre (St Cyr au Mont d'Or)
- Jean-Paul CARASCO, infirmier (St Maurice)
- François CHOBEAUX, sociologue (CEMEA Paris)
- Valérie COLIN, dr en psychologie, Orspere
- Jean DALERY, prof. de psychiatrie (Univ. Lyon 1)
- Philippe DAVEZIES, enseignant, chercheur en médecine du travail (Univ. Lyon 1)
- Gilles DEVERS, avocat (Lyon)
- Bernard ELGHOZI, médecin (Réseau Créteil)
- Marie-Claire FILLOT, cadre socio-éducatif (Paris)
- Marie GILLOOTS, pédopsychiatre (Vénissieux)
- Alain GOUFFÈS, psychiatre (UMAPPP Rouen)
- Pierre LARCHER, DGAS
- Christian LAVAL, sociologue, Orspere
- Antoine LAZARUS, prof. santé publique (Bobigny)
- Monique LIPS, cadre socio-éducatif (Lille)
- Pierre MERCIER, directeur Habitat et Humanisme (Lyon)
- Alain MERCUEL, psychiatre (St Anne Paris)
- Michel MINARD, psychiatre (Dax)
- Gladys MONDIÈRE, dr en psychologie (Lille)
- Pierre MORCELLET, psychiatre (Marseille)
- Christian MULLER, psychiatre (Lille)
- Jean PERRET, président d'association (Lyon)
- Eric PIEL, psychiatre (Paris)
- Gilles RAYMOND, chargé de mission PJJ
- Christiane RICON, directrice Etablissement Social
- Olivier QUEROUIL, conseiller technique fonds CMU (Paris).

Contact rédaction :

Claudine BASSINI - Tél. 04 37 91 54 60
Valérie BATTACHE - Tél. 04 37 91 53 90



CH Le Vinatier, 95, Bd Pinel
69677 Bron Cedex
Tél. 04 37 91 53 90 Fax 04 37 91 53 92
E-mail : orspere@ch-le-vinatier.fr
Web : www.ch-le-vinatier.fr/orspere

Impression et conception : Imprimerie BRAILLY (St-Genis-Laval) - Tél. 04 78 86 47 47

Tirage : 9 500 ex.

ISSN 1622 2032