

Synthèse rencontre Santé / Justice

Janvier 2019 / Seine-Saint-Denis



Mardi 29 janvier 2019, la Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) de la Seine-Saint-Denis, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les secteurs de psychiatrie adulte et le dispositif ÉTAPE ont co-organisé une journée de rencontre entre les professionnels de la PJJ et de la santé mentale de Seine-Saint-Denis qui s'est déroulée à l'Établissement Public de Santé Mentale de Ville-Evrard. Ce document présente une synthèse et les perspectives de cette première rencontre.

Les échanges se sont focalisés sur les situations complexes pour lesquelles la nécessité et les modalités de prises en charge interprofessionnelles (psychique et éducative) ont été questionnées.

Les constats

Des indications complexes vers le soin

Dans certaines situations, le seul sentiment d'être isolé en tant que professionnel, le fait de ne pas être entendu lorsque l'on sollicite de l'aide, est à l'origine de violences.

Des situations rapportées lors de cette journée font état d'éducateurs et de psychologues PJJ démunis face à la réponse de certains psychiatres, « il n'y a rien de psychiatrique, c'est éducatif ». Ces psychiatres restent alors dans une approche catégorielle (« c'est psychiatrique ou c'est pas psychiatrique ») éludant la dimension développementale et systémique (histoire du jeune, complexité des liens avec l'entourage, etc.).

Les inquiétudes des professionnels de la PJJ au sujet des jeunes qu'ils accompagnent au quotidien ne sont donc pas toujours entendues. La valeur de leurs paroles est alors annulée. Cela vient en outre alimenter le déni ou l'évitement de l'élaboration des difficultés du jeune.

De l'autre côté sont décrites des situations où les soignants ressentent un désinvestissement de l'éducateur une fois l'hospitalisation mise en place par exemple, voire la suspension ou l'arrêt du lieu de placement qui empêche alors la sortie du jeune. La répétition de ces situations peut freiner une demande d'hospitalisation engendrant l'incompréhension des éducateurs.

Une part des soignants en psychiatrie soulignent leurs difficultés à cerner certaines demandes émanant d'éducateurs à propos de situations parfois qualifiées de « limites » en terme psychiatrique. Ils précisent le caractère stigmatisant de poser un diagnostic ou de faire bénéficier d'un soin psychiatrique en prévenant le risque

de « pathologisation » de certaines problématiques éducatives ou développementales.

Les demandes massives adressées à la psychiatrie souvent à la hauteur du vécu d'impuissance engendré par la situation clinique sont remises en perspective par rapport à la faible marge d'action collaborative.

Et à l'inverse, certains éducateurs se trouvent en difficultés pour comprendre l'évaluation psychiatrique, par exemple le diagnostic de « troubles du comportement » sans explication et sans oser en outre se sentir légitime pour expliciter l'évaluation de façon plus narrative.

La complexité de la rencontre

Mais certains psychiatres soulignent à quel point leur consultation ne doit pas être une « boîte noire ». La plupart d'entre eux ont manifesté l'importance d'associer l'éducateur à la consultation du jeune. La notion de « suppléance parentale » dans la fonction éducative a été évoquée. L'accès aux soins de l'adolescent s'inscrit le plus souvent dans un tuilage avec l'éducateur à qui il fait confiance.

La demande de soins du jeune est en effet le plus souvent prise dans une dynamique désirante complexe, comme pour chaque adolescent. Mais elle semble encore plus difficile à faire émerger pour ces jeunes aux parcours multi traumatiques où les modalités de subjectivation sont souvent parcellaires et la notion de « désir » (de soins ou autre) est mise à mal.

Au mieux, l'adolescent ne s'oppose pas à voir un 'psy' grâce à l'investissement du lien éducatif et la confiance qu'il en a mais il peut également manifester une ambivalence. Il n'est pas rare que la demande de l'éducateur doive faire face à l'absence de désir, voire au refus du jeune. Une rencontre préalable ou exclusive (si aucune autre possibilité) entre les éducateurs et les professionnels de santé mentale peut être très bénéfique, comme cela se fait parfois



avec certains parents qui ne parviennent pas à faire venir leur adolescent en consultation.

Cette notion de suppléance a parfois été mise en contradiction avec le 'turn over' important des éducateurs qui met en péril la vocation de réparation de continuité parentale impliquée par cette notion de suppléance. Ce 'turn over' a également été désigné par certains professionnels de la santé comme étant énergivore et chronophage, le changement d'interlocuteurs survenant régulièrement à l'instar de la discontinuité biographique des jeunes dont la prise en charge vient renforcer les effets de rupture.

Nous n'avons pas de chiffres précis sur le 'turn over' des soignants en psychiatrie de Seine-Saint-Denis, néanmoins, les délais de réponses du secteur psychiatrique révèlent que les files d'attentes actives ne cessent de s'allonger, conjuguées au creux démographique actuel du nombre de professionnels de santé dans certains territoires.

En contre-point, la question du travail avec l'« absence » par fugues répétées est également apparue comme une difficulté éprouvante, particulièrement dans les situations de jeunes dont la discontinuité biographique ne permet pas de tenir un lien, un placement, sur une trop longue durée. Et en résonnance, le consultant qui « attend » le jeune en consultation.

Cette question des fugues a donné lieu à des confrontations entre différentes logiques qui cisellent les prises en charge, par exemple celle d'un placement loin du domicile maternel imposé par une interdiction de rester sur le territoire afin de prévenir la reprise des activités de trafic.

De même, la spécificité du travail dans les lieux de placement lorsque les parents sont éloignés du jeune vient questionner les possibilités thérapeutiques de certains soignants en psychiatrie.

De façon plus générale, la complexité du travail psychique à l'adolescence alors même que les figures d'attachement principales ne peuvent être associées (distance géographique, abandon, rejet, etc) a été questionnée. Ceci a permis de souligner différentes modalités créatives

pour solliciter l'entourage (skype, par exemple), tout en mettant en lumière la disponibilité que cela implique. L'importance du travail avec les familles semble être envisagée différemment selon les secteurs de la PJJ, comme elle est parfois sujette à débat selon les différentes écoles théoriques en psychiatrie.

La représentation d'un co-portage avec divers intervenants est apparue centrale dans tous les cas.

L'inadéquation entre secteurs de soins et carte PJJ complexifie parfois le recours au soin suggérant l'intérêt d'un relais au niveau départemental.

La sectorisation par adresse risque de précipiter la mise en échec du soin suite aux placements successifs du jeune dans différents lieux (contraintes judiciaires, disponibilités des lieux de placement, cohérence éducative, etc).

Les décalages de temporalités ont également été élaborés dans les débats :

- délais d'attente de rendez-vous de consultation dans certains lieux,
- difficultés de faire coïncider le soin et le placement de six mois en foyer ou Centre Educatif Fermé (CEF) par exemple (la demande émerge au terme de plusieurs semaines, la mise en place du soin ne pouvant se faire qu'une fois le jeune reparti)
- mais aussi lors des urgences avec un décalage dans les représentations entre urgences psychiatriques, urgences éducatives et urgences juridiques.

La question temporelle s'est également posée dans le passage de la minorité à la majorité, sauf situations judiciaires exceptionnelles (article 16 bis), le relais des prises en charges PJJ à 18 ans se fait :

- à l'ASE lorsqu'un contrat jeune majeur a été accordé
- sans relais sinon : les mesures s'arrêtent.

Lorsqu'il est nécessaire, le relais entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte pourrait être un des éléments qui temporise cet arrêt brutal. Soit les professionnels de la PJJ ou de la pédopsychiatrie anticipent par la sollicitation des structures adultes avant le passage à la majorité (psychiatre et assistantes sociales de structures adaptées telles que les hôpitaux de jour par exemple) ; soit ils sollicitent d'emblée la psychiatrie adulte lorsqu'une prise



en charge d'un jeune de 16 ans ou plus se pose et que la pédopsychiatrie n'a pas la possibilité d'accueillir de façon effective la situation.

La question de « l'obligation de soin » s'est posée des deux côtés institutionnels. Comment transformer la contrainte en occasion de rencontre ? Comment le soin psychique peut devenir un lieu contenant dans les représentations du jeune ? Jusqu'à « comment rendre le soin attirant » pour des jeunes qui se défendent du lien et de la pensée ? Jusqu'où aller ?

Et ces questions reviennent plus généralement dans l'accès au soin psychique de ces jeunes.

Parfois la première rencontre n'aboutit pas au 'coup de foudre' espéré. Et de façon générale, le soin psychique est long, les avancées prennent du temps dans une incertitude parfois inquiétante pour un jeune qui manque d'assise.

Le recours à un accompagnement systématique du jeune par l'éducateur semble une piste importante mais parfois difficile à tenir en pratique.

La nécessité de prises en charge plurifocales

L'idée d'un travail de partenariat en réseau (déjà présent dans toute prise en charge adolescente) apparaît plus centrale encore. Ce partenariat implique du temps, de l'énergie, des déplacements, et de façon réaliste plus encore que lorsque la contenance familiale assure cette enveloppe.

Néanmoins ces espaces d'élaborations co-construits semblent indispensables, à l'image de certaines prises en charge discutées lors de la journée, pour lesquelles seul l'équilibre entre les différents intervenants (notamment PJJ, ASE et psychiatrie) permet de faire tenir les situations par un étayage mutuel.

Outre leur insistance sur les temps de partages et d'échanges indispensables, certains professionnels évoquent l'intérêt des documents communs partagés qui pourraient également favoriser la communication et la continuité de la prise en charge, dans le cadre du « secret professionnel partagé » dans l'intérêt du jeune. D'autres ont questionné à ce titre la nature des écrits, avec toujours ce dilemme sur ce qu'il faut écrire - ou pas - selon les destinataires.

L'éducateur de la PJJ ne se sent pas toujours légitime face au psychiatre. Il ne se sent parfois pas compétent pour, par exemple, accueillir le récit de l'histoire du jeune alors que leur proximité et leur lien de confiance en font parfois le destinataire privilégié.

Il ne se sent pas non plus 'à sa place' lorsqu'il est désigné en position de suppléance parentale (notamment par le jeune lui-même dans ses adresses transférentielles) lors de la rencontre du consultant côté santé.

La position du psychologue de la PJJ au sein de chaque institution et de l'infirmière (pour le CEF) a également été soulignée comme centrale dans l'articulation des liens entre Santé et Justice.

Leur place et leurs possibilités d'actions (actuelles et à créer) ont été discutées afin de mieux les soutenir et d'élargir leurs actions. Parallèlement, dans certaines situations, a été souligné combien le recours à des professionnels psychologues ou psychiatres extérieurs à la PJJ étaient précieux, le/la psychologue de la PJJ ne pouvant tout porter et 'tiercéiser' seul(e) la situation (étant à l'intérieur de l'institution).

Les Maisons des Adolescents (MDA) dans leurs missions et connaissances de l'articulation Santé / Justice a été reconnue comme un recours précieux avec une réserve pour quelques agglomérations non couvertes par les MDA de Seine-Saint-Denis, laissant certains professionnels démunis.

La possibilité de passer parfois par la médecine somatique est apparue dans certaines situations très favorable pour permettre l'accès aux soins, que ce soit par exemple lors d'hospitalisations en pédiatrie (avec psychiatrie de liaison ou dans l'attente d'une place en unité psychiatrique), dans la spécificité d'étayage du suivi pédiatrique (et du travail avec les parents), dans le soin du corps souvent négligé (favorisant un étayage nourrissant qui facilitera l'accès au soin psychique) ou dans des soins gynécologiques.



Un positionnement d'ouvertures réciproques

Néanmoins, un vrai désir de formations et d'ouvertures réciproques a émergé des rencontres autant du côté des soignants au sujet des pratiques et de la créativité éducative, que du côté des professionnels PJJ au sujet des enjeux psychopathologiques et relationnels des prises en charge (engagement, authenticité, fiabilité).

De même, une meilleure visibilité des lieux d'accompagnement respectivement éducatifs et psychiatriques aiderait les professionnels des deux institutions à mieux se solliciter.

Par ailleurs, l'importance de sortir de la posture des soins individuels dans une société individualiste et de soutenir une culture des soins inclusifs (et non en face-à-face) a été soulignée.

Il a été question en contre-point de favoriser des approches groupales du soin, voire de « co-thérapies » incluant le jeune, quelques figures d'attachement et des professionnels PJJ et ASE investis.

La place de prise en charge en réseaux est apparue centrale où l'on compose avec les figures d'attachement du jeune, quelles qu'en soient les ressources (affectives, psychiques, sociales, etc). Dans ce contexte, la question de l'« appartenance » des enfants placés s'est également déplacée vers l'idée d'une co-appartenance, atténuant les effets de ruptures de lien lors du changement de référent sanitaire ou éducatif.

La question de « aller vers l'adolescent » s'est traduit différemment selon les secteurs : les professionnels de la PJJ sont habitués aux médiations éducatives, aux interstices qui soutiennent l'élaboration (levé le matin, temps de transport ensemble, etc), prétextes à la mise au travail. Un décalage a été repéré avec les psychiatres sollicités au début pour l'évaluation, dont la marge de mouvement (sortir du bureau pour aller à la rencontre des jeunes) se révèle souvent très limitée (pression des files actives, quantité de travail et des responsabilités, défections de postes, etc.).

Certains psychiatres ont néanmoins souligné le bénéfice de sortir de leur « zone de confort », de sortir de leur cadre habituel par des sorties thérapeutiques, visites à

domicile permettant de rencontrer le jeune qui ne peut ou ne veut se déplacer.

Cela permet d'une part de manifester son l'engagement vis-à-vis de l'adolescent mais aussi de mieux se représenter le cadre, la nature et la qualité de l'étayage éducatif impliqué.

Cette question du « sortir de l'institution pour aller vers » ne pose en revanche pas trop de difficulté lorsqu'une équipe de soin (non cantonnée au seul psychiatre consultant) est engagée dans la situation clinique, mobilisant infirmiers, assistant sociaux, ou professionnels, plus habitués à ces modalités de déplacement.

Deux grands axes de propositions

I. Le travail sur les représentations et attentes respectives des acteurs de la PJJ et de la santé mentale

En proposant différents dispositifs/lieux où décondenser les approches et conjuguer les solutions telles que :

I.1 Des lieux de formation communs et/ou complémentaires

- Sur la psychopathologie adolescente (aspects développementaux et psycho affectifs articulés aux pratiques éducatives, aspects psychiatriques, etc. afin de légitimer plus les éducateurs dans leur fonction et de mettre à disposition des professionnels plus d'outils d'accompagnement.
- Sur la nature et les logiques du travail social ainsi que leur articulation avec le soin.

I.2 Des journées d'accueil stages des professionnels

- Des éducateurs PJJ dans les structures de soin.
- Des soignants dans les lieux d'hébergement et milieux ouverts PJJ.
- Etc.



I.3 Des lieux d'échanges

- L'organisation de synthèses dès que la situation du jeune le nécessite.
- La répétition à une fréquence raisonnable de journées/demi-journées de rencontre telles que celle du 29 janvier 2019 entre santé mentale et PJJ.

I.3.1 Soit au niveau local

I.3.2 Soit au niveau départementale

Et éventuellement la possibilité d'organiser une prochaine journée courant 2020 afin de faire un bilan de ce qui a été mis en place et de faire tourner la mobilisation des acteurs au sein de chaque unité.

I.4 Des commissions « santé-justice »

Et notamment, côté pédopsychiatrie au sein de la CPT 93 où les liens santé-justice sont une des missions.

I.5 Des partenariats interinstitutionnels tels qu'ils se mettent en place par exemple

I.5.1 Dans les trois MDA du 93 où un mi-temps d'éducateurs PJJ permet de fluidifier les adresses et prises en charges mutuelles.

I.5.2 Dans certains lieux PJJ où un psychologue ou psychiatre intervient une demi-journée par semaine pour les analyses de pratique ou espaces de supervision institutionnelle.

I.5.3 La mise en place de « référents » motivés à assurer les liens.

I.5.3.1 Un soignant référent PJJ dans chaque institution de psychiatrie (qui serait mobilisé par exemple pour médiatiser une prise en charge PJJ/SM, soit en urgence, soit qui nécessiterait un déplacement, une approche particulière, etc.).

I.5.3.2 Un éducateur/psychologue/infirmier référent psychiatrie dans chaque institution PJJ qui assurerait

des liens réguliers avec les institutions psychiatriques de proximité, anticiperait les adressages avec les spécificités de prises en charges (ex : discuter de possibilité d'accompagnement court sur un placement de 6 mois, mais avec possibilité de mobiliser rapidement avec anticipation du suivi, etc.).

II. Les modalités d'accompagnement sont venues questionner la spécificité /pas de ces prises en charge entre justice et santé.

Avec peut-être idée d'une spécificité de prise en charge de ces jeunes (multi-enveloppe) plutôt qu'une spécificité psychopathologique, un espace qu'on pourrait qualifier de « psychoéducatif ».

II.1 Le statut de la demande du jeune

II.1.1 Et les possibilités de travail spécifique avec l'éducateur seul le temps que le soin psychique puisse se mettre en place.

II.1.2 Et la notion de « suppléance parentale ».

II.2 L'intérêt de l'intervention d'un psychologue ou psychiatre extérieur à la PJJ dans les prises en charge de jeunes suivis à la PJJ

II.2.1 Non limités à la seule prise en charge psychiatrique ou d'amendement des symptômes.

II.2.2 L'importance d'un travail développemental, avec intégration d'une analyse systémique de la situation (comme valorisé par l'ONPE (Observatoire de la Protection de l'enfance) prévention primaire ou secondaire (si actes transgressifs non envisagés comme des symptômes).

II.2.3 L'intervention d'un psy du secteur de la santé mentale ouvre un espace tiers, de métabolisation, qui s'ajoute à l'apport du travail psychologique ou psychiatrique en soi.



II.3 La nécessité de prise en charge à différents niveaux d'enveloppe, sans lesquelles l'accompagnement risque de lâcher

II.3.1 Niveau du jeune.

II.3.2 Niveau de la famille.

II.3.3 Niveau des institutions qui aident les professionnels à contenir les situations de façon interinstitutionnelle

II.3.3.1 Soutiens et aides à l'élaboration des éducateurs, complémentaires aux espaces intra-PJJ. Notion de « fonction de suppléance parentale » soulignée.

II.3.3.2 Lien avec la Justice.

II.3.4 Niveau sociétal lorsque cela est possible (initiatives citoyennes tri partenariales évoquées par un groupe).

II.4 L'intérêt de médiations thérapeutiques

... parfois plus favorables pour certains jeunes PJJ qui intègrent la destructivité et la défense motrice ; telles que la psycho boxe, la déambulation, la médiation animale, etc.

II.5 La souplesse dans la sectorisation psychiatrique

... peu adaptée pour ces jeunes.

II.6 L'accordage (selon possibilités locale)

... dans les temporalités de chacun (psychiatriques, éducatives & juridiques).

II.7 L'engagement multi-partenarial dans un co-portage institutionnel

... où chacun fait sa part, de façon fiable dans le temps.

II.8 La fonction de référents (psy et éducateur)

... pour assurer que le lien se fasse bien, vite, et dans la durée.