



▶ Résister <i>Paul Jacques</i>	2
▶ Légitimité et responsabilité <i>Francis Turine</i>	6
▶ La loi sur les droits du patient - Repères	7
▶ La fonction de médiation en santé mentale <i>Patricia Wastrat</i>	8
▶ Les concepts et les pratiques en psychiatrie : Le champ, les références, l'intervenant <i>Christiane Bontemps</i>	10
▶ Santé Mentale / Santé Publique : Nouvelles considérations et actualités des repères <i>Virginie Bellefroid et François Wyngaerden</i>	12
▶ In-Folio - Infos	14



DOSSIER : Adolescence et conduites à risque

▶ Vivre dangereusement <i>Stéfan Luisetto</i>	15
▶ Les conduites à risque dans l'économie de la rue <i>Pascale Jamouille</i>	16
▶ Une étude sur la santé et le bien-être des jeunes d'âge scolaire	21
▶ Adolescents en danger, parents en difficulté <i>Fabrice Godenir, Valérie Algrain, Nicolas Zdanowicz, Christine Reynaert</i>	22
▶ L'adolescence au coeur des mutations familiales <i>Bernadette Bawin-Legros</i>	26
▶ Au risque de la mort <i>Marc Dubois</i>	28
▶ Quand «prendre des risques» conduit l'adolescent dans le bureau du Procureur du Roi <i>Eric Janssens</i>	31
▶ Jeunesse en perte ? Jeunesse en valorisation ? <i>Table-ronde</i>	33
▶ Témoignages	35
▶ Assuétudes : Prévention et réduction des risques <i>Zone T</i>	36
▶ Les conduites à risque chez les ados anorexiques-boulimiques <i>Cécile Arthus</i>	38
▶ Prendre le temps... aux urgences <i>Ivan Godfroid, Véronique Michel</i>	40
▶ Conduites à risque et passage à l'acte comme outils thérapeutiques à l'adolescence <i>Sophie Maes</i>	42
▶ L'adolescence, une tranche de vie <i>Ann de Braconier-d'Alcantara</i>	45
▶ Références et repères bibliographiques	48





Résister

Durant le mois de juillet 2004, un groupe d'une trentaine d'artistes et de psychologues bénévoles s'est rendu, dans le cadre d'une action de solidarité, à Qalqilia dans les Territoires Palestiniens Occupés. Baptisée « Pas ce Mur », cette initiative est portée par un groupe de citoyens belges, militant pour dénoncer l'indifférence à l'injustice dont est victime la population palestinienne.

Témoignage d'une expérience.

Paul Jacques

Psychologue – Clinique de l'Exil et SSM
de Gembloux / Province de Namur
Administrateur IWSM

Qalqilia

Depuis la création de l'Etat d'Israël, la population arabe est confrontée à une politique d'occupation et de colonisation. Depuis la seconde Intifada, le pays est contrôlé et dominé par l'armée : bouclages, couvre-feux, incursions, barrages, humiliations, destructions de maisons, constructions de routes qui relient entre elles les colonies¹. Au nom de sa propre sécurité, Israël a récemment construit une barrière de sécurité. Cette barrière ne suit pas la frontière d'un hypothétique Etat Palestinien, mais vise à découper les territoires occupés en zones, telles les bantoustans. La situation de la ville de Qalqilia illustre cette politique d'occupation². La ville est entièrement enclavée par la barrière de sécurité, en partie constituée d'un mur de huit mètres de haut. Les 45.000 habitants vivent en quelque sorte prisonniers chez

eux. Il y a deux grilles, gardées par l'armée qui décide quand celles-ci sont ouvertes. Les terres cultivables hors de l'enceinte ne sont quasi plus accessibles à leurs propriétaires. Les élèves des villages environnant ne savent plus se rendre à l'école en ville. Les étudiants ne savent plus se rendre librement à l'université qui se trouve en dehors de la ville, comme à Naplouse. Les malades ne sont jamais sûrs de pouvoir être transportés à l'hôpital. Les échanges commerciaux ont cessé avec les villes israéliennes voisines. Des puits d'eau ont été confisqués en même temps que des terres. La majorité des hommes n'ont plus de travail. Les conséquences sur la vie des ménages, outre la pauvreté, est l'augmentation de la violence conjugale et du nombre de demandes de divorce. Quasiment toutes les nuits, il y a des incursions de l'armée qui recherche des personnes suspectées de lutte armée. Nous avons été témoins d'une de ces incursions, la nuit, près de l'immeuble où nous logions. Réveillés par des tirs de mitraillette et par les ordres criés par les militaires au mégaphone, après de longues minutes d'attente anxieuse, le son assourdissant d'une explosion dans le silence de la nuit, suivi de l'appel à la prière du Muezzin, nous a tenus éveillés toute la nuit. Dans ces moments-là, on ne peut qu'imaginer ce que vivre dans la terreur veut dire pour des mères, pour des enfants innocents, tous les jours. En classe, lorsque, sans autre consigne, l'instituteur demande aux enfants de dessiner le lieu où ils se sentent à l'abri, les trois quarts de ceux-ci dessinent à

peu près la même représentation : une maison solide et, dehors, des blindés pointant leur canon. Dix pour cent de la population de Qalqilia a quitté la ville.

Témoins et passeurs de frontières

Cette action de solidarité visait, de façon à la fois concrète et symbolique, à « aider » les enfants à résister aux conséquences psychologiques de l'occupation. Chaque année, des camps de vacances sont organisés pour les enfants. Les artistes et animateurs belges sont venus prêter main forte aux jeunes animateurs palestiniens, en co-organisant différents ateliers d'expression : peinture monumentale; création de livres pour enfants; élaboration d'un journal quotidien avec articles, photos ou dessins réalisés par les enfants ; lino-gravure; fabrication de marionnettes avec mise en scène; expression corporelle; sculpture, ... En tant que psychologues, nous avons rencontré des habitants, des familles de prisonniers, co-animé des ateliers, discuté avec les animateurs, enseignants, responsables d'ONG, et rencontré quelques rares professionnels palestiniens en santé mentale. L'aide spécialisée fait défaut. Une très intéressante étude de l'université Birzeit, pour le compte du « Center for Continuing Education » dresse un état des lieux complet concernant les dispositifs de soins en santé mentale dans les Territoires Occupés³.

Aspects psychologiques

Comment les enfants peuvent-ils continuer à vivre leur enfance malgré un contexte de vie fait de privations, d'humiliation et de violence ? Dans un environnement insécurisant, les stratégies de survie varient. Il y a des réactions adaptatives collectives, comme résister de façon héroïque, mais aussi des réactions collectives de peur, de résignation, de révolte. Les gens se réfèrent alors à des symboles tel que l'olivier, les martyrs. Il y a des réactions émotionnelles individuelles à l'événement traumatique : la peur, les tremblements devant le danger. Mais aussi les réactions individuelles normales pour surmonter cette peur : nier que l'on a peur, s'absorber dans des tâches quotidiennes, aller se battre. Il y a aussi la rage, la colère impuissante. Enfin, il y a les troubles avérés⁴. A côté des troubles avérés en réponse immédiate à des événements traumatiques, le plus souvent, on trouve des problèmes psychosociaux sur le long terme. Les jeunes ont des problèmes d'identité, d'image de soi et d'estime de soi, avec, parfois, abus d'alcool ou de drogues. Dans les familles, on assiste à de la violence, de la maltraitance, des divorces, de l'alcoolisme. Pour les parents et enseignants, la socialisation des enfants, c'est-à-dire la manière dont ils intègrent les valeurs fondamentales de la société et les normes morales, pose un réel problème. Le développement de tout enfant dépend de la sécurité des relations familiales et d'un environnement prévisible. Toute guerre détruit les maisons, éclate les communautés et détruit la confiance, minant ainsi les fondations de la vie de l'enfant. De telles conditions ont pour effet de voler leur enfance en les forçant à tenir

prématurément un rôle d'adulte. Une récente étude⁵ a montré que 100% des enfants ont été témoins de la violence israélienne. 90% souhaitent participer à l'Intifada et 63% déclarent vouloir devenir martyr. Trois facteurs expliqueraient cette tendance vers la martyrisation : l'éducation, les médias et le sentiment que les parents ne savent pas protéger leurs enfants. Le rôle du père et son autorité est mis à mal par la violence, par les images de la violence à la télévision, par le chômage des hommes, ... Assister à la mort d'enfants marque pour la vie et crée un sentiment de vengeance. En Palestine, les enfants ont très tôt une conscience politique, présente dans leurs dessins, leurs jeux. Nous en avons été témoins. Les productions des enfants tournent souvent autour de thèmes tels que l'affirmation de l'identité, basée sur le rejet de l'autre et de sa différence ; les images de destruction (tanks, armes, maisons) ; le plus fort, l'ennemi. L'enfant construit son identité dans l'affirmation de l'identité palestinienne, par la résistance et le rejet d'Israël. L'adulte encourage l'image de l'enfant héros qui affronte le soldat israélien. Les mères veulent, à la fois, protéger leurs enfants des règles de jeu violentes du monde et sont fières de leur fils qui s'inscrit dans l'histoire de la résistance du peuple palestinien. La mère d'un jeune martyr, brûlé vif lors de l'assaut d'une maison, et dont un autre fils est en prison, nous disait qu'elle vit dans la crainte que son troisième fils ne soit embrigadé par le Hamas. L'identification de l'enfant à la cause palestinienne et la résistance constituent des facteurs de protection contre l'effondrement⁶.

La tentation du discours victimaire

Selon S. Mansour⁷, il est dangereux d'utiliser des concepts psychiatriques pour décrire le vécu des enfants. Beaucoup de « professionnels du trauma » ont initié les professionnels palestiniens à des techniques de débriefing ou au psychodrame pour aider les enfants à gérer leur trauma. Selon Mansour, ces techniques sont dangereuses, car mal maîtrisées et plaquées. L'enfant qui se cramponne à l'adulte, qui a du mal à se concentrer en classe ou qui est agressif, présente une réaction normale à un contexte de vie anormal. Jouer à la guerre n'est pas un signe de traumatisme. Il y a risque de psychiatrisation de problèmes collectifs si on envoie quelqu'un chez le psy, sans veiller en même temps à lutter contre un système d'oppression, source de la souffrance individuelle et collective. Selon D. Summerfield⁸, également, il faut se garder de médicaliser la tâche qui attend les victimes d'atrocités et de guerre. Pour lui, traverser l'épreuve de la guerre n'est pas une maladie. Proposer de parler de sa souffrance à une victime de guerre suppose que quelque chose doit changer en elle, plutôt que dans la société. Les effets de la guerre et des atrocités sont d'abord une question morale et collective avant d'être psychologique. Mais il est vrai que l'événement catastrophique modifie la perception du monde et le sens de l'existence. La guerre suscite un questionnement sur ce qui fonde le monde, et sur la transgression des limites de l'humain. Pourquoi ? Pourquoi moi ? Pourquoi nous ? L'opinion selon laquelle la supposée victime se rétablit mieux si elle a la possibilité d'extérioriser son vécu intime, n'est pas une vérité univer-



selle. En effet, pour Summerfield⁹, le reproche que l'on peut faire au discours victimaire est de considérer l'enfant comme simple réceptacle des coups reçus. Or l'enfant, comme l'adulte, est acteur. Il a des ressources pour faire face à l'adversité¹⁰. Les enfants ont des valeurs, ont des parents qui les protègent. L'enfant peut certes présenter des symptômes, comme la peur, l'inhibition, l'agressivité, mais du fait de sa capacité à « rebondir », il ne doit pas être considéré a priori comme ayant besoin de soins, sauf cas exceptionnel. Il peut ressentir du chagrin ou de la tristesse, mais, en même temps, se sentir fort et résistant. Il n'est pas sûr que la dégradation des conditions économiques dans une ville telle que Qalqyia porte atteinte à la matrice culturelle, source de sécurité et base de la construction identitaire. La préservation de la culture, véhiculée par la famille et l'école, protège sans conteste les enfants des effets néfastes de l'insécurité chronique du milieu, à moins que la société ne devienne complètement désorganisée et que les parents deviennent eux-mêmes trop fragiles que pour pouvoir sécuriser leurs enfants. Nous avons rencontré une jeune femme qui venait de mettre au monde un enfant et dont l'époux avait récemment été emprisonné. L'angoisse liée à l'absence de son mari a eu pour conséquence qu'elle n'avait plus de lait pour allaiter son bébé. Selon Summerfield, la détresse ressentie et communiquée par la supposée « victime » est normale et est un signe d'adaptation. Dans les sociétés traditionnelles,

exprimer une détresse comme des troubles du sommeil ou des maux de dos, n'est pas un signe d'une maladie psychique comme une dépression mais constitue un signe adressé au groupe d'appartenance. Dans une perspective pathologisante et médicalisante, la « victime » sera l'objet de soins de la part de l'expert, alors que dans une perspective sociale et culturelle, il s'agit de renforcer la capacité qu'a la personne, avec le



Nathanaël CORRE¹⁴

support de son groupe d'appartenance, de s'aider elle-même et de faire face à la situation. Par exemple, pour une femme endeuillée par la perte de son mari, la reconnaissance collective et le sentiment que son mari n'est pas mort en vain constituent des conditions qui peuvent l'aider à mieux traverser cette épreuve que si elle était seule, coupée du monde.

Dépasser la haine ?

S'agit-il pour nous, occidentaux, avec nos bons sentiments, de vouloir contribuer à dépasser le discours de la haine et du refus de l'autre pour « aider » l'enfant à se placer du point de vue de l'autre ? Message chrétien dans le monde musulman ? Il ne s'agit pas, selon Mansour, de dissuader l'enfant de s'identifier au plus fort ou l'empê-

cher de jouer à la guerre, au nom du dialogue entre peuples, mais de montrer d'autres moyens de s'affirmer. Dans la culture judéo-chrétienne, basée sur le bien et le pardon, le sentiment de haine et de vengeance est mal considéré. Pour les occidentaux, la réconciliation aiderait à guérir les plaies. Ne pas pardonner à l'agresseur entretiendrait les symptômes traumatiques ou dépressifs. De là, la tentation de vouloir traiter les sentiments de haine par la psychologie individuelle. Mais la vengeance diffère de la justice sociale. S. Mansour souligne que ce ne sont pas la haine et la vengeance qui sont à la base du procès de Nuremberg, mais le besoin de justice et de reconnaissance, nécessaires à la construction de sens collectif. Dans une perspective d'éducation à la citoyenneté, il s'agit de réintroduire la dimension de l'Histoire, en faisant le lien entre l'histoire individuelle et l'Histoire. Il s'agit là d'un travail collectif de réflexion à réaliser sur les valeurs de base de toute société, sur la solidarité. Pour Summerfield, se remettre de la guerre n'est pas une affaire psychologique, mais passe par des activités quotidiennes, d'ordre économique, familial, socioculturel, religieux qui redonnent sens à la vie. La guerre porte atteinte aux fondements de la vie : l'environnement social, le passé, le sens de l'histoire collective. En temps de guerre, préserver les individus, c'est d'abord préserver leur milieu de vie. Les enfants ont besoin de structure, de temps pour parler, d'activités organisées et de parents protecteurs. Ainsi,

une intervention psychosociale passe par un travail communautaire, socio-éducatif ou de développement social. Nous avons vu combien les parents ont besoin de points de repères pour savoir comment continuer à vivre avec leur anxiété. Comment ils se questionnent sur l'impact de la situation de crise permanente sur le développement de leurs enfants. Des programmes dans ce sens sont soutenus par le « Early Childhood Resource Center » et par le « Palestinian Counselling Center ». C'est également la philosophie de travail du « Teachers Creativity Center »¹¹.

Une souffrance collective

Le contexte de guerre ne concerne pas des individus mais la collectivité, même si on trouve des réactions individuelles à la situation. Certaines personnes ont, bien sûr, besoin d'une aide psychologique ou psychiatrique, qui, souvent, fait défaut. Devant les effets collectifs de la guerre, il s'agit avant tout que les personnes construisent, tant que possible, leur vie dans un milieu qui donne sens, espoir, reconnaissance, de manière à ce qu'individuellement et collectivement, les gens arrivent à faire

face et à supporter l'expérience endurée. Les enfants ne nous ont pas semblé en grande souffrance psychologique, hormis quelques situations particulières. Qu'est-ce qui leur permet de tenir le coup¹² ? Nous relevons, à première vue, quelques facteurs de protection : une assez forte cohésion sociale, malgré le contexte de guerre et de précarité socioéconomique, dans une société patriarcale et collectiviste dans laquelle la défense de l'identité palestinienne, à travers notamment les cours d'éducation civique, donne du sens. La famille joue manifestement son rôle de protection sécurisante. La scolarisation et la réussite scolaire sont très valorisées. L'objectif de notre présence était de contribuer à rompre l'isolement des adultes et des enfants en témoignant, à l'extérieur, de ce qu'ils vivent. Aider des supposées victimes à parler de leur trauma n'était pas l'objectif visé. Par ailleurs, vouloir renforcer le discours de la paix et du respect de l'autre, ne change rien à l'oppression. Comme le suggère S. Mansour, aider les enfants à résister, c'est par exemple, s'engager avec les professionnels et les parents palestiniens dans une réflexion sur le projet de société qu'ils veulent pour leurs enfants. On ne peut empêcher la violence

ambiante, mais on peut réfléchir avec les parents et enseignants sur la manière de protéger les enfants des effets de cette violence, sans couper les Palestiniens de leur identité culturelle et politique. Si on a pu éviter la logique victimaire, on était parfois dans le politico-médiatique¹³.

Nous espérons que cette action ponctuelle aura des suites. Lors de rencontres informelles, des parents nous ont dit : « depuis que mon enfant participe au stage d'été, il est transformé ; il a retrouvé le sourire ». La reconnaissance internationale, pensons-nous, évite de transformer des douleurs collectives en souffrance privée. L'accueil extraordinaire que nous avons reçu de la population nous montre que notre objectif de « désenclavement » a été atteint. ●



Nathanaël CORRE¹⁴

¹ Hass Amira, 2004, Correspondance à Ramallah. 1997-2003, Edit. La Fabrique.

² Le projet « Pas ce mur » a créé un site Internet : <http://clinet.free.fr/qalqilia/>. On y trouvera des adresses Internet de la plupart des sites des associations de protestation et de solidarité, des témoignages, des photos.

³ Giacaman R., Mikki N., Institute of Community and Public Health, 2003, Psycho-Social/Mental Health Care in the West Bank: the Embryonic System, Center for Continuing Education, Birzeit University, <http://ccweb.birzeit.edu/>.

⁴ Lachal Ch., 2003, Bases de la psychiatrie en situation humanitaire, in : Lachal Ch., Ouss-Ryngaert L., Moro M.-R., Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire, Dunod, pp. 27-88.

⁵ Amineh Ishtay, How Palestinian children react to violence ? http://www.jerusalemmites.org/jerusalem/cultural_dimensions/40.htm.

⁶ Srour R., 2003, Palestinian Children in War Zone : Coping strategies and their long term effects, <http://www.pcc-je.org/Articles/Article%205.htm>.

⁷ Mansour S., 2003, Le Travail psychosocial : difficultés, contraintes, enjeux. L'approche psychosociale en Palestine, in Lachal Ch., Ouss-Ryngaert L., Moro M.-R., Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire, Dunod, pp. 159-174.

⁸ Summerfield D., 1998, The Social experience of war and some issues for the humanitarian field, in : Bracken J., Petty C., Rethinking the trauma of war, Save the children, Free Associations Books, London, pp. 8-37.

⁹ Summerfield D., 1996, L'Impact de la guerre et des atrocités sur les populations civiles : principes fondamentaux pour les interventions des ONG et une analyse critique des projets sur le traumatisme psychosocial, Réseau Aide d'Urgence et Réhabilitation, Overseas Development Institute, UK.

¹⁰ Le site « Children in Adversity » reprend les textes d'un symposium tenu en 2000 en Angleterre consacré à la manière dont les enfants « tiennent le coup ». www.childreninadversity.org/DocumentCentre.html

¹¹ Voir Save the Children Fund, 1991, Helping children in difficult circumstances. A teacher's manual, SCF, Londres.

¹² Voir Cyrulnik B. (sous la dir. de), 1998, Ces enfants qui tiennent le coup, Ed. Hommes et perspectives.

¹³ Voir à ce sujet l'humoristique « Des psychologues sont sur place ... » de J. Gaillard, paru en 2003 chez Mille et une Nuits.

¹⁴ Photographies de Nathanaël CORRE. <http://ncorre.free.fr>



Légitimité et responsabilité

Le 2 juin dernier, dans le cadre magnifique du Domaine Provincial de Hélécyne, s'est tenue la journée d'études sur le thème : « Droits des patients en psychiatrie et privation de liberté ». *Confluences 6* y avait déjà fait écho sous la plume de Micky FIERENS, avec le regard de ceux qui sont concernés directement par la loi, les bénéficiaires des divers services de soins.

Francis Turine
Président de l'IWSM

L'initiative du Ministre Thierry Detienne et de ses collaborateurs - en association avec l'Administration des Soins de Santé de la Région Wallonne - est à saluer. En effet, inviter les professionnels de la santé mentale et ceux du Droit ainsi que les patients ou usagers à se réunir pour faire le point sur l'application de la nouvelle loi réglant les droits des patients en psychiatrie marque sans doute un tournant - je l'espère indicateur d'une perspective qui s'intensifiera et se confirmera - dans les relations et la collaboration entre ces cinq pôles : autorité politique, autorité administrative, professionnels en santé mentale, juristes et patients.

Une telle réunion décidée par l'autorité politique indique, sans conteste, une volonté de résorber l'écart, régulièrement dénoncé ces dernières années, qui peut exister entre autorités d'une part et réalités du terrain d'autre part ; une telle rencontre concrétise un souci de soumettre à débats et à réflexions, avec les praticiens et les usagers, les interrogations, les constats, les plaintes arrivant jusqu'à elles.

L'Institut Wallon pour la Santé Mentale - et donc tous ceux qui consacrent de leur temps pour qu'il prenne de l'ampleur - ne peut que se réjouir d'avoir été retenu non seulement comme partenaire pour l'organisation de cette journée de travail mais encore comme interlocuteur et intervenant privilégié dans le cours du déroulement des débats.

Bref, un des intérêts d'une telle journée a notamment résidé dans la présence et la participation importante des cinq pôles cités plus haut.

Mon propos ici n'a pas pour objectif de rendre compte de ce qui s'y est dit car les actes de la journée feront l'objet d'une publication prochaine. Je tiens simplement à souligner combien cette loi dont la nécessité ne fait pas de doute, tout en mettant les patients au centre des préoccupations, remet l'accent sur la responsabilité à chaque fois entière du médecin, du juge ou du soignant lorsqu'il décide d'intervenir par la contrainte auprès d'un patient.

Cette loi confirmant au patient une série de droits légitimes attise d'autant la lourde responsabilité, à chaque fois totale, de chacun de ceux qui sont chargés, du côté administratif, judiciaire ou thérapeutique, de l'appliquer.

L'extrême responsabilité de conscience qui découle de l'application de la loi ressort très finement du document rédigé par la Ligue des Droits de l'Homme (« Vous êtes hospitalisés en psychiatrie : quels sont vos droits ? ») et de celui du Comité Consultatif de Bioéthique (« Traitement forcé en cas d'hospitalisation sous contrainte »).

Cette loi honore un régime sociétal qui cherche à renforcer un système de relations démocratiques dans lequel les particularités de chaque citoyen, y compris dans leurs aspects de souffrance psychique, sont légitimées dans leurs dimensions de droits, de devoirs et de responsabilités. ●

Comblant un vide juridique, la loi relative aux droits du patient a été votée le 22 août 2002. Publiée au Moniteur belge le 26 septembre, elle est en vigueur depuis octobre 2002. Elle concerne tous les patients, dans tous les secteurs et dans tous les cadres de prise en charge. Quels droits, pourquoi et comment?

Des droits fondamentaux qui s'appliquent à tous

1. Droit à la prestation de service de qualité
2. Droit au libre choix du praticien professionnel
3. Droit à l'information sur l'état de santé
4. Droit au consentement éclairé
5. Droit relatif au dossier du patient
6. Droit à la protection de la vie privée
7. Droit d'introduire une plainte auprès de la fonction de médiation compétente.

Une loi nécessaire pour le respect des droits du patient

Jusqu'en octobre 2002, la Belgique ne disposait d'aucune loi spécifique relative aux droits du patient. Cela ne signifiait pas que le patient n'avait aucun droit ou que ses droits n'étaient pas protégés. Ils n'étaient cependant pas toujours clairs ou suffisamment connus et donc ils étaient souvent difficiles à exercer.

En outre, il existait des lacunes importantes. L'exemple le plus significatif dans ce contexte était le manque de statut juridique pour le patient devenu incapable de prendre lui-même les décisions relatives à sa santé, comme un patient dément ou dans le coma. La représentation légale de ces patients est désormais assurée par la loi. La possibilité est aujourd'hui offerte au patient de désigner un représentant qui intervient à sa place lorsque, en fonction des circonstances, il n'est plus capable de prendre des décisions.

De plus, certaines dispositions étaient ambiguës, voire contradictoires, notamment à propos du droit du patient de prendre connaissance des données figurant dans son dossier médical.

Enfin, la législation existante contenait un certain nombre de dispositions qui étaient défavorables au patient et qui ne correspondaient plus aux conceptions actuelles des soins de santé et du respect de la vie privée, de la dignité humaine et du droit à l'autodétermination de chacun.

Des garanties à différents niveaux

L'objectif final de cette nouvelle loi est d'améliorer la qualité des prestations de soins de santé. Une formulation précise des **droits des patients** dans une loi simple et claire est un instrument important pour promouvoir la qualité de la relation avec le professionnel. Si on attend de plus en plus que le citoyen soit responsable de sa santé, qu'il pose des choix et prenne des décisions, il est nécessaire qu'il puisse faire appel, dans sa relation avec les professionnels, à des droits précis et clairs pour chaque partie et qui soient applicables.

C'est pourquoi il a été décidé de rassembler dans une loi spécifique, qui se veut très proche de la législation et des règles déontologiques existantes, les droits individuels essentiels du patient et d'éviter autant que possible les exceptions.

Un certain nombre de **droits des professionnels** ont également été précisés comme par exemple le droit de refuser dans certaines conditions de communiquer des informations déterminées au patient si celles-ci, par exemple, risquent de causer un préjudice à sa santé. Des limites strictes ont, en outre, été mises quant aux données pouvant être réclammées et traitées par les assureurs.

En ce qui concerne les **devoirs du patient**, la loi mentionne qu'il doit collaborer avec le professionnel, par exemple en communiquant l'information nécessaire et en suivant les recommandations... Obliger par une loi le patient, par exemple, à adopter un style de vie particulier constituerait cependant une intrusion dans sa liberté personnelle. L'information et l'éducation du patient offrent un cadre plus adéquat pour rencontrer ces objectifs.

Pour garantir l'application des droits du patient dans la pratique, une **fonction de médiation** a été créée pour jouer un rôle de médiateur entre le patient et les professionnels.

Pour évaluer l'application de la loi et conseiller l'autorité en matière de droits et devoirs des patients et des professionnels, une **Commission fédérale « Droits du patient »** a été créée au sein du Ministère Fédéral des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement. Cette Commission est constituée d'un nombre égal de représentants de patients, de mutuelles, de professionnels des soins et d'hôpitaux. A l'intérieur de cette Commission, un **service de médiation** a été créé pour servir de médiateur en matière de plaintes relatives aux droits des patients. Il intervient soit en renvoyant la plainte devant la fonction de médiation compétente, soit, en cas d'absence d'organe de médiation, en traitant directement la plainte.

Pour en savoir plus

Infos : sur le site du Ministère Fédéral de la Santé : www.health.fgov.be - Brochures disponibles :

► Brochure destinée aux professionnels : « *La loi relative aux droits du patient : PARTENAIRES POUR UNE PLUS GRANDE QUALITE DES SOINS DE SANTE* », 2004, 32 p.

► Dépliant à destination des patients : « *Vos droits de patients* », 2004, 2 p. (4 volets)

► Dépliant à destination des professionnels : « *La loi relative aux droits du patient : PARTENAIRES POUR UNE PLUS GRANDE QUALITE DES SOINS DE SANTE* », 2004, 1 p. (3 volets)

► Affiche à destination de la patientèle : « *La loi relative aux droits du patient : PARTENAIRES POUR UNE PLUS GRANDE QUALITE DES SOINS DE SANTE* », 2004, 1 p. (format A3)

A commander via le site ou par fax au 02/210.63.68 ou par courriel à nicole.brigitta@health.fgov.be

Voir aussi : « *Vous êtes hospitalisés en psychiatrie : quels sont vos droits ?* », une publication de la Ligue des Droits de l'Homme, réalisée par la Commission « *Psychiatrie et Droits de l'Homme* », 2004, 8 p.

Infos : 02/209.62.80 - ldh@liguedh.be - www.liguedh.org



La fonction de médiation en santé mentale

L'objectif de la fonction de médiation est d'informer les patients, de recueillir les plaintes¹ et d'organiser des médiations entre les patients/usagers et les soignants. En Belgique, une recherche-action a été menée, de septembre 2001 jusqu'en août 2003, pour organiser cette fonction dans le secteur de la santé mentale.

Comment cette expérience pilote poursuit-elle, aujourd'hui, ses objectifs au travers de la loi sur les droits du patient ?

Patricia Wastrat

Médiatrice pour les provinces du Luxembourg et du Brabant Wallon.

Historique et cadre

L'histoire de ce projet commence par une **Recherche-action**². Celle-ci avait pour but de définir des repères pour la fonction de médiation. Pour guider l'expérience, il n'y avait qu'une « vision de base » qui ne faisait pas l'unanimité au sein du comité de pilotage wallon. Tout devait être créé...

Quelques éléments ont, d'emblée, été définis dans cette perspective :

- ▶ Le médiateur, extérieur à l'institution, se distingue clairement de l'équipe soignante.
- ▶ L'expression des plaintes, réservée au patient, peut être faite par extension par des personnes qui interviennent dans son intérêt (époux, parents, voire un prestataire de soins).
- ▶ Cette prise en charge des « plaintes » doit permettre de préserver la position juridique du

patient, de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins, de renforcer la démocratisation du secteur des soins et l'autonomie des patients.

Avant même le dépôt des conclusions de la recherche, la loi sur les droits du patient a été votée et publiée et un AR d'exécution a fixé les conditions auxquelles la fonction de médiation dans les hôpitaux doit répondre.

Aujourd'hui, depuis novembre 2003, après quelques mois de « flottement », tous les hôpitaux (et pas seulement les hôpitaux psychiatriques) sont tenus d'installer une fonction de médiation. Ce sont les plates-formes de concertation en santé mentale qui organisent la mise à disposition de cette fonction pour leurs membres, à l'exception des centres de santé mentale dont les usagers doivent s'adresser au service fédéral de médiation et des étages psychiatriques des hôpitaux généraux dont les patients doivent s'adresser au médiateur interne de l'hôpital.

Des conclusions de la recherche à la mise en oeuvre de la fonction

1. Mise en place de la fonction :

Les conclusions de la recherche étaient que cette mise en place devait se faire par étapes. Concrètement, elle s'envisage via une large information préalable des directions et des équipes soignantes de chaque service avec l'aide d'une personne de réf-

rence qui soutient le processus dans chaque structure.

Différents modes d'information des patients sont imaginés, avec beaucoup de créativité, pour toucher des patients très différents (mineurs, malades souffrant de psychoses, malades chroniques des MSP...).

La suite de l'expérience montre que cette information est un processus à poursuivre sans cesse à la fois auprès des soignants et des patients. La médiation reste une démarche nouvelle, mal connue et inhabituelle. L'adhésion à la démarche passe par une bonne connaissance de son processus par chaque partenaire. Pour les patients en psychiatrie - la suite de l'expérience le confirme également - la présence physique du médiateur est très importante ; les contacts directs formels et informels sont essentiels pour créer la confiance qui permet aux patients, souvent très dépendants des soignants, de s'adresser au médiateur.

2. Exercice de la fonction :

Les patients peuvent s'adresser à la fonction de médiation par téléphone, par demande de rendez-vous déposée dans une boîte aux lettres ad hoc ou directement lors de la permanence, habituellement hebdomadaire. La plupart des demandes de rendez-vous ont lieu lors de contacts avec le médiateur, lors de réunions d'information ou de visites dans le service. Ceci confirme l'importance de la présence physique

du médiateur au sein même des services psychiatriques.

Dans plus de 90 % des cas, ce sont les patients eux-mêmes qui s'expriment directement auprès de la fonction de médiation.

Les interventions des médiateurs se font dans des délais très courts.

Elles prennent différentes formes, notamment :

- ▶ l'écoute simple (à caractère non expressément thérapeutique)
- ▶ la médiation classique
- ▶ la « réappropriation » de la plainte par le patient, avec le soutien du médiateur, qui lui permet, avec ou sans aide, d'agir lui-même auprès du soignant ou du service avec lequel il estime avoir une difficulté
- ▶ la médiation « indirecte » où patient et soignant ne sont pas en présence l'un de l'autre.

Point très important : le médiateur traite le problème là où il se pose, avec les personnes directement concernées. Il n'y a pas d'intervention auprès de la hiérarchie. C'est essentiel pour maintenir une fonction démocratique, à la fois dans l'intérêt des soignants et des patients.

Un retour du contenu des plaintes vers l'institution ou/et vers les services est indispensable. Il est organisé régulièrement par chaque médiateur et sa périodicité varie entre 2 et 6 mois. La médiation s'éloignerait d'un de ses objectifs si aucun changement ne pouvait s'envisager à la lumière des plaintes.

3. Contenu des plaintes :

Un premier essai de typologie³ a été fait à la fin de la recherche-

action. Il en ressort, pour l'ensemble de la Wallonie, que les trois types d'interpellations les plus fréquentes portent sur les problèmes matériels, le traitement et les difficultés relationnelles.

Le contenu des interpellations met en évidence que la fonction est orientée non seulement vers la gestion des conflits mais surtout vers le dialogue et la mise en présence des parties pour qu'elles trouvent leurs propres solutions.

4. Utilité de la fonction :

La fonction de médiation est largement utilisée par les patients : 637 interpellations ont été enregistrées entre le 1er janvier 2002 et le 30 juin 2003. Le nombre est allé croissant depuis.

Au delà des chiffres, la fonction de médiation a un rôle à la fois symbolique et préventif. Symbolique, parce que son existence-même « réveille » les patients qui savent qu'ils ont la possibilité de s'exprimer auprès de quelqu'un d'externe. Préventif, parce qu'elle soutient les institutions dans leur désir d'améliorer la qualité des soins qu'elles offrent.

Pour l'avenir ?

Trois concepts-clés nous semblent essentiels à soutenir dans l'organisation de la fonction :

▶ **L'indépendance du médiateur** qui permet d'instaurer une relation de confiance avec le patient et avec le personnel de l'institution. L'externalité de la fonction nous semble être une garantie de la réalité de cette indépendance⁴.

▶ **L'accessibilité du médiateur** sur place et pendant un temps suffisant selon la taille de l'institution et le type de patients. Le contact

personnel est indispensable en santé mentale.

▶ **La formation continuée, la supervision, l'intervision et la co-médiation** sont essentielles et n'existent actuellement que par le biais de négociations individuelles des médiateurs avec leurs plates-formes.

▶ Enfin, un **minimum de coordination au niveau wallon** (et national) est indispensable pour pouvoir développer cette fonction toute nouvelle. ●

¹ au sens large, y compris les mécontentements, désaccords, questionnements.

² La recherche a été menée par les plates-formes régionales de concertation en santé mentale. Dans chaque province, une institution de chaque type participait au projet, soit un hôpital psychiatrique, une initiative d'habitations protégées, une maison de soins psychiatriques, un service psychiatrique d'hôpital général, un service de santé mentale.

³ Malheureusement pour l'efficacité du travail, il n'y a pas d'outil d'enregistrement des plaintes, commun aux médiateurs - il en existe un en Flandre - et chaque médiateur développe sa propre typologie sans coordination. Il est donc tout à fait impossible de comparer ces résultats avec ceux du travail de l'ensemble des médiateurs wallons depuis la fin du projet-pilote ! Impossible aussi dès lors de comparer actuellement les fruits - épars - de l'expérience wallonne avec ceux de Bruxelles ou de la Flandre.

⁴ Force est de constater, pourtant, que les conditions définies dans l'Arrêté Royal fixant les conditions auxquelles la fonction de médiation dans les hôpitaux doit répondre ne tiennent pas compte des conclusions de la recherche sur ce point essentiel de l'indépendance et de l'externalité de la fonction de médiation.



Les concepts et les pratiques en psychiatrie : Le champ, les références, l'intervenant¹

Le séminaire 2004 du *Comité Européen Droit Ethique et Psychiatrie* s'est tenu à Toulon en mai dernier. Depuis 13 ans, psys et psychiatres, sociologues, juristes, usagers de différents pays européens se retrouvent pour échanger sur leurs interventions et leurs références. Force est de constater que les situations varient considérablement d'un pays à l'autre, sans que personne ne soit en mesure de cerner véritablement dans les pratiques respectives ce qui les réunit et ce qui les différencie. Cette année, ils ont abordé la manière dont se nomme, se délimite et se construit leur travail dans les différents pays et les implications de chacune de ces lectures sur les acteurs en présence. L'Institut Wallon pour la Santé Mentale participe à ces rencontres.

Christiane Bontemps
IWSM

Santé mentale ou Psychiatrie² ?

« Ne dites plus : 'Psychiatrie' ; dites : 'Santé mentale' » serait plutôt le discours tenu chez nous, en Communauté française... En France, par contre, la psychiatrie est un sous-ensemble de la santé mentale. C'est une branche de la médecine, inscrite dans le système des soins, alors que la santé mentale est une notion plus large qui s'accommode bien de la notion de « souffrance psychique ». Autrement dit : la santé mentale est l'affaire de tous, la psychiatrie, celle des professionnels et de leurs usagers.

Avec le passage – l'élargissement - de la psychiatrie à la santé mentale, il y a eu, dans le même temps, un changement d'objet³. On est passé d'une approche centrée sur la maladie à une autre, centrée sur la santé. Ce changement affecte les savoirs, les pratiques et les politiques sociales et sanitaires. Le savoir s'appuie davantage sur la population que sur l'individu. Le modèle exclusivement curatif est dépassé. La santé est un capital, une richesse qu'il faut promouvoir et la maladie devient une menace qu'il y a lieu de prévenir, en limitant les facteurs de risque.

Patient, client, usager, ...² ?

Pour nommer celui pour qui se déploient les pratiques de santé, en santé mentale, la notion de *patient* s'efface, aux yeux des gestionnaires, derrière celle de *client* et, aux yeux de ceux qui revendiquent de ne plus être de simples consommateurs de soins, derrière celle d'*usager*.

Les usagers semblent ainsi aujourd'hui avoir choisi, un peu partout, de se situer volontairement à un niveau collectif, comme un groupe d'appartenance défini autour de l'usage (de l'appareil de soins, du médecin, ...) plutôt que de s'inscrire dans des inclusions stigmatisantes décidées par d'autres en fonction d'un diagnostic, d'un traitement, d'une allocation de handicapé et/ou d'une mesure de protection des biens.

Ce terme « *usager* », qui semble donc prévaloir actuellement, s'op-

pose toutefois à une résistance relative des soignants parce qu'il les renvoie à un rôle de prestataires de soins, dénaturant le dialogue singulier entre soignant et soigné.

On peut encore ajouter, aujourd'hui, une autre notion : celle de « *personne handicapée psychique* ». Apparue sous la pression des familles, elle prend mieux en compte la variabilité, dans le temps, des handicaps liés aux troubles psychiatriques chroniques, dans leurs différences avec la stabilité du « handicap mental » lié aux déficiences intellectuelles.

Pratiques en réseau, réseau de santé de proximité, réseau de soins²

Pour mieux répondre aux besoins des usagers, dans le champ de la santé mentale, des réseaux se sont développés. Organisés selon des objectifs et des modalités variables, ils ont en commun de travailler sur les liens et la communication entre institutions, par opposition au cloisonnement.

□ Les *pratiques en réseau* en santé mentale trouvent leurs origines dans les années 70-80. Elles sont pensées comme des alternatives aux soins traditionnels en psychiatrie, sous-tendues par l'idée qu'une demande individuelle cache souvent, derrière le patient identifié, un problème plus large. Elles présentent, toutefois, un risque de psychiatrisation de problèmes sociaux et d'accroissement du contrôle social sur des

populations démunies.

□ Les *réseaux de santé de proximité*, développés à la même époque, privilégient une approche psycho-médico-sociale, militante, pour lutter contre les cloisonnements. Il s'agit de pratiques coopératives, non hiérarchiques, où l'usager, avec ses propres compétences, occupe une place au même titre que les différents professionnels.

□ Les récents *réseaux de soins* (réseaux de santé en France) sont organisés réglementairement, ils sont subventionnés et obligatoirement soumis à l'évaluation. Ils sont 'populationnels' ou thématiques et ont clairement un objectif de réduction des dépenses de santé.

Quelles que soient les modalités, il convient de s'interroger aujourd'hui, sur la façon dont s'organise de fait, au nom 'soi-disant' de l'usager, la gestion d'une population de 'personnes handicapées psychiques' qui tient compte, aussi, de l'offre et du confort des institutions du réseau.

Les références : des valeurs aux classifications

Les impératifs de gestion de population s'accommodent particulièrement bien d'une médecine basée sur les preuves. Celle-ci s'est constituée en paradigme au niveau international, avec, à la clef, des catégories qui se dessinent et des classifications qui fleurissent. Elles concernent les handicaps, les maladies mentales graves, les patients difficiles, les pathologies sévères, etc.

Certains pays ont toutefois choisi d'opposer à l'*evidence-based medicine*, la *value-based practice*

qui tente de développer une pratique qui se réfère à des valeurs. Ils craignent en effet que les classifications, si on les laisse envahir la construction de la relation clinique, ne deviennent la base de l'orientation du patient à travers les filières de soins et le support de toute référence thérapeutique.

Comment se situer entre une « théorie de la vérité » basée sur les signes et une autre basée sur le sens ? C'est souvent entre les extrêmes, ou dans une articulation des modèles, qu'il faut chercher les solutions. Les outils sont utiles, d'autant plus que l'approche actuelle, basée sur la santé, est nécessairement multifactorielle et que l'épidémiologie y a, dès lors, tout son sens. Il faut utiliser les classifications et les critiquer à l'usage... Comme le disent les anglo-saxons, c'est à partir des « noices » (bruits) qu'on peut s'interroger... C'est en effet l'exception, le cas unique, qui « effondre » la population, qui déstabilise de façon salvatrice la réflexion et qui relativise la portée des outils.

L'intervenant : être psychothérapeute en Europe aujourd'hui

Troisième volet de nos réflexions, le rôle des intervenants. Les projets de réglementations en cours (l'amendement Accoyer en France, les projets de loi sur le statut de psychothérapeute chez nous) ont fait émerger un certain nombre de questions diversement abordées dans les pays européens. Parmi celles-ci, se posent les questions de l'évaluation des pratiques et des compétences, du contrôle par les autorités de la qualité des prestations dispensées, etc. Au-delà de la question de l'institutionna-

lisation et de la reconnaissance des pratiques psychothérapeutiques, se pose en effet celle du statut de « l'intervenant en santé mentale ». A la notion historique d'« opérateur », développée par Psychiatria Democratica en Italie, répond actuellement, dans les pays anglo-saxons, la notion de « case manager », dont on pourrait rendre compte en parlant de « gestionnaire de la continuité des soins » (Belgique). Ces dénominations renvoient à une réalité des soins en santé mentale qui semble, à priori, s'inscrire dans une logique gestionnaire ou d'accompagnement symptomatique. Dans ce contexte, y a-t-il encore une place pour la psychothérapie dans les pratiques institutionnelles ? Ou doit-on considérer que la psychothérapie devient surtout l'apanage d'une pratique privée de plus en plus encadrée par les pouvoirs publics ?

Ces réflexions seront reprises l'an prochain, au cours d'un séminaire qui sera essentiellement consacré à l'*EBM (evidence-based-medicine)*. Rendez-vous à Chalkida (Gr) en mai 2005. ●

¹ La synthèse proposée dans cet article s'appuie sur l'argument du colloque proposé par Bruno Gravier (Lausanne), Paul Arteel (Gand) et Claude Louzoun (Paris) et sur les interventions en référence.

² En référence à l'intervention de Claire Gekière, psychiatre, Aix-Les-Bains.

³ En référence à l'intervention de Anne Golse, sociologue, Caen.



Santé Mentale / Santé Publique :

Nouvelles considérations et actualités des repères

Dans le prolongement de la récente recherche inter-universitaire sur la santé mentale commandée par la *Politique Scientifique Fédérale*¹, et dans l'esprit de la réflexion menée dans le cadre des conférences « *Humus* » à Namur ou des travaux du *Comité Européen Droit, Ethique et Psychiatrie*, la *Ligue Bruxelloise Francophone pour la Santé Mentale* a organisé, cette année 2003-2004, un cycle de séminaires qui vient de s'achever. Plusieurs professionnels de la santé mentale se sont retrouvés à six reprises pour tenter de « prendre de la distance » par rapport à leurs pratiques quotidiennes. Avec le support des interventions de quelques personnalités de référence, telles Jean De Munck, Jean-Pierre Lebrun, Jean-Louis Genard, Jean-Claude Mettraux, Didier Fassin ou Gilles Bibeau, ils ont abordé les transformations actuelles de notre société - engendrées par la post-modernité - et leurs conséquences sur les soins et le système qui les organise.

Virginie Bellefroid
François Wyngaerden
IWSM

Penser les soins et les cadres d'intervention en phase avec les mutations sociétales actuelles

L'atomisation des rapports humains et l'individualisme augmentent, engendrant de nouvelles habitudes ou modalités relationnelles. Les responsables politiques sont soumis à de tels niveaux de contrainte que leurs programmes tendent vers une relative indifférenciation. Les conséquences sur le travail en santé mentale s'en ressentent clairement. Les acteurs et professionnels perçoivent des évolutions dans les questions qui leur sont adressées. Les besoins sont prétendus en augmentation et les problèmes se complexifient. La santé mentale entraîne aujourd'hui de nouvelles questions. Il devient de plus en plus important de prendre du recul, de penser les soins et les cadres

d'interventions en phase avec les mutations sociétales actuelles.

Selon Charles Burquel et ses collègues bruxellois, à l'origine de l'initiative, nous pensons trop souvent nos pratiques, nos structures et le dispositif de santé publique en général, en réaction à des aspects de l'actualité : une réforme, la position d'un ministre, une loi, etc. Les réponses imaginées collent trop souvent aux événements. Il s'agit donc d'une occasion de tenter de donner des clefs pour comprendre les enjeux actuels, de relier des observations faites dans nos pratiques cliniques avec des aspects plus sociologiques, politiques ou juridiques. Cela, dans le but de promouvoir une position plus active, de stimuler notre imagination pour anticiper ce que sera – ou devra être – le secteur de la santé mentale demain.

Quelques questions en débat

L'intervention de Jean De Munck, philosophe et sociologue, professeur à l'UCL, nous permet de comprendre notre système de santé publique comme une manière de gérer les inégalités sociales. Alors qu'elles se focalisaient, en 1945, autour de l'accès aux soins, aujourd'hui, de nombreux éléments viennent influencer ces inégalités et amènent l'Etat à repenser son rôle : les solidarités familiales, la stabilité de l'emploi, l'érosion de l'autorité des praticiens, l'individualisation des parcours professionnels et personnels, etc. Tout cela a pour conséquence de complexifier les situations qui, avant, pouvaient se résumer par : « malades » ou « pas malades ». Les situations intermédiaires sont plus nombreuses, des questions se posent, plus seulement en terme d'accès aux soins mais en terme de trajectoire, d'accompagnement, ... Un autre type d'action publique s'annonce.

Pour Jean-Pierre Lebrun, psychiatre et psychanalyste, la particularité de notre société est que, pour la première fois dans l'histoire, nous observons un estompement de la nécessité d'un « manque » et, en conséquence, un affaiblissement de la transmission des interdits, des limites. La tendance générale est de laisser croire qu'il n'y a pas de nécessité aux limites et qu'au contraire il faut jouir le plus possible. Parents et politiques, tous ceux qui doivent dire « non », s'en trouvent délégitimés. Ils prennent sur

eux-mêmes de poser cette limite puisque la société ne les soutient plus là-dedans. La nécessité d'un interdit, d'une limite n'est plus comprise. Les « emballages » qui ont assuré jusqu'ici leurs diffusions – religions, mythes – sont à présent « démasqués » : nous n'y croyons plus. Pourtant l'essence de leur message, l'interdit lui-même, est toujours nécessaire... Comment allons-nous le transmettre maintenant ?

Gilles Bibeau, anthropologue, professeur à l'université de Montréal, ré-interroge, lui, le concept « Bourdieusien » de « capital social » à la lumière de Tocqueville. Le capital social, c'est l'ensemble des relations sociales qu'un acteur, individu, tisse au cours de sa vie. Il considère que la santé publique et les états utilisent le concept de capital social pour nous rendre

responsables de notre sort. Ils se déchargent de leurs missions envers les citoyens. Ils utilisent ce terme comme facteur d'explication des inégalités. Or, les inégalités sont produites par des causes plus structurelles et dépendent des politiques des Etats et non de la volonté de l'individu de s'associer en fonction de ses intérêts. L'acteur n'a pas toujours le choix de ses associations, des liens qu'il crée ou qu'il ne crée pas. Cela dépend de logiques qui le dépassent parfois. Par exemple, G. Bibeau avance que l'accès généralisé au confort privatise les relations et privilégie les associations de quartiers, etc. Du coup, l'Etat délègue une partie de son autorité, telle que la gestion de la sécurité, à ces associations. Cela crée, par opposition, des groupes marginalisés, exclus de toutes communautés, sans mobilité sociale.

Perspectives

Une suite ? Il y en aura vraisemblablement une, après la production d'un compte-rendu de l'ensemble des interventions et des débats. Une dernière rencontre est prévue avec les participants des différents séminaires afin de leur donner la possibilité de poser des questions complémentaires et de tracer les perspectives du cycle suivant.

Rendez-vous donc en janvier 2005 ! ●

¹ Jean De Munck et al. (2003), Santé mentale et citoyenneté, les mutations d'un champ de l'action publique, Gent, Acadamia Press.

Guy Lambert a tiré sa révérence ce 21 juin dernier à l'âge de 56 ans.

Sociologue au Service de Santé Mentale de Seraing, il a participé activement à la création de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale dont il était administrateur. Mais son implication dans le secteur remonte à de très nombreuses années puisqu'il a été, pendant longtemps, administrateur et membre actif du bureau de la Ligue Wallonne pour la Santé Mentale.

Pendant toutes ces années, il a particulièrement soutenu les missions d'épidémiologie ainsi que les réflexions sur la prévention et l'articulation avec le social, et ce - quel que soit le sujet - avec un grand souci du respect des principes éthiques qui traversent notre action en santé mentale. Beaucoup d'entre vous l'ont aussi connu pour l'énergie qu'il a mise depuis 1990 dans le soutien de l'informatisation des SSM dans le cadre de l'asbl « Informatique en Santé mentale », répondant sans compter aux nombreuses sollicitations des équipes. Mais son engagement actif dans la concertation en santé mentale, il l'a aussi porté à un niveau politique tant à la Ligue et à



l'Institut que via l'APOSSM (l'Association des Pouvoirs Organisateurs des SSM) ou au sein du CRSSM (Conseil Régional des Services de Santé Mentale), autant de lieux qu'il a marqués de son passage jusqu'à ce que cette terrible maladie vienne l'arrêter...

Sa disparition touche tout particulièrement notre équipe de travail, avec laquelle il a toujours entretenu des rapports étroits, restant attentif aux différentes questions que n'a pas manqué de soulever notre histoire, notamment celles liées à notre récente restructuration. Nous perdons aujourd'hui non seulement un précieux collaborateur mais aussi un véritable compagnon de fortune et d'infortune.

Nos pensées vont donc aujourd'hui à tous ceux qui l'ont croisé et qui ne pourront que témoigner de tout ce qu'il est impossible de traduire en quelques mots. Elles vont aussi et avant tout à sa famille et à ses proches auxquels nous voulons témoigner toute notre sympathie.

Christiane Bontemps
directrice de l'Institut Wallon
pour la Santé Mentale



In-Folio - Infos

A pointer parmi les nouveautés du centre de documentation



- *Les Mondes de la nuit*
Dans : L'Autre, vol. 5, n° 1, 2004



- *La Musique qui soigne*
Dans : Santé mentale, n° 89, juin 2004



- *La Contention*
Dans : Ethica Clinica, n° 34, juin 2004



- *L'Empathie*
Dans : Revue Française de Psychanalyse, tome LXVIII, n° 3, juillet 2004



- *Bébés étranges, bébés sublimes*
Dans : L'Autre, vol. 5, n° 2, 2004

- *Schizophrénie et troubles cognitifs*
Dans : Santé mentale, n° 88, mai 2004

- *Amitié, affinité, empathie... : les relations interpersonnelles*
Dans : Sciences Humaines, n° 150, juin 2004

- *Participe présent : la participation des usagers à la santé*
Dans : Santé conjugquée, n° 28, avril 2004

- *Les Troubles anxieux*
Dans : Santé mentale au Québec, vol. XXIX, n° 1, printemps 2004

- *Enfants intellectuellement précoces*
Dans : Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, vol. 52, n° 3, mai 2004

- *De la violence à l'hyperactivité*
Dans : Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, vol. 52, n° 4, juin 2004

- *Impact des dépressions parentales précoces*
Dans : Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, vol. 52, n° 5, juillet 2004

- *La Cruauté*
Dans : Cahiers de Psychologie Clinique, n° 22, 2004/1

Envie d'en savoir plus sur l'actualité en santé mentale en Wallonie ? Confluenciel !

Vous pouvez, gratuitement, vous abonner à Confluenciel, le bulletin de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale.

Ce nouveau support électronique complète la revue Confluences en vous communiquant, deux fois par mois, les informations qui traversent le secteur, les questions soulevées par les Membres de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, les projets et initiatives en perspectives, les nouvelles de partenaires en Wallonie ou ailleurs et les communications officielles.

Infos : Muriel Genette - iwsm@iwsm.be ☎ 081/23.50.11

Vivre dangereusement !

Disons-le d'emblée, ce n'est pas uniquement le fait des adolescents que de rechercher des sensations fortes, voire de vivre des expériences extrêmes qui charrient la mort comme limite ! C'est même devenu, dans la culture d'entreprise moderne néo-libérale, un 'must' pour les travailleurs que de se voir offrir des 'setting' de survie, d'aventures et de sports intenses dits extrêmes.

Jusqu'à aujourd'hui, je dois vous le signaler, la notion de conduites à risque restait pour moi extrêmement floue, relevant, à la croisée de la psychologie et de la sociologie, de toutes conduites ou comportements consistant en une exposition dangereuse de soi avec risque non négligeable de se blesser ou de mourir.

Pourtant, on incorpore dans les conduites à risque comme dans une valise conceptuelle 'fourre-tout' - et je relève simplement la littérature actuelle - : les consommations de cannabis et d'alcool, la pratique de sports extrêmes comme le ski hors piste, l'escalade ou la grimpe, le saut à l'élastique, les troubles alimentaires anorexie et boulimie, les tentatives de suicide, la conduite périlleuse de véhicules automoteurs, les scarifications corporelles, tatouages et 'percings', les 'wargame', les jeux vidéos, les rapports sexuels non protégés, les phénomènes de petites délinquances dans les banlieues défavorisées ou l'escalade de trains en marche, voire la conduite sur autoroute en contre-sens ! C'est dire que la liste pourrait s'allonger à beaucoup de nos comportements dans la vie de tous les jours ...

N. Zdanowicz et ses collègues nous proposent un premier repérage pratique et taxonomique de ce que recouvre la notion de conduites à risque, entre troubles psychiatriques du comportement reconnus par le 'DSM4', passages à l'acte suicidaire avec idéation de la mort, ou conduites avec risque de mort comme défi à soi-même pour 'dépasser ses limites' (les enfants type Ushuaïa !).

Le désir du risque doit aussi s'analyser dans le contexte de société actuelle ou prévaudrait l'absence de repères symboliques, l'ennui voire la surprotection des masses. Il s'agit aussi, au cas par cas, de lire le contexte familial où se jouent les comportements risqués face au désarroi social et à l'absence de perspectives économiques. Bernadette Bawin apporte un éclairage sociologique sur ces transformations de l'environnement et leurs conséquences sur les jeunes.

A contre-pied et de manière fort originale, P. Jamouille nous propose justement la notion de conduites à risque comme étant non-stigmatisante et même comme facteur de socialisation et d'intégration sociale chez les jeunes des banlieues défavorisées. Il s'y joue là, la re-création de valeurs d'intégration face au déficit d'identifications normatives.

Le concept d'ordalie, dont les origines mythologiques nous sont rappelées fort à propos avec l'approche psychanalytique par M. Dubois, est incontournable dans la construction d'une pensée sur notre sujet de Confluences. L'épreuve ordalique vise le rapport à l'Autre, l'altérité qui constitue le sujet et la garantie de son signalement, par exemple, pour celui qui réchappe à l'épreuve de la mort !

Mais finalement, qu'est-ce que l'adolescence ? C'est avec cette question que nous refermons (provisoirement sans doute) ce dossier. Ann d'Alcantara nous propose une série de repères pour ouvrir à une réflexion sur ce qui se cache derrière cette tranche de vie.

A ne pas manquer non plus les différents témoignages de professionnels de tous bords - et ils sont nombreux... - qui sont amenés à s'interroger sur ces conduites et à trouver au quotidien des façons de les gérer.

Faut-il voir dans la recherche de limites et de liens symboliques que pactiser avec la mort aiderait à mieux vivre !

Et puis, pour terminer, en cette période olympique de compétitions et de records, n'entendons-nous pas consacrer les expressions telles : aller au bout de soi-même et dépasser ses limites ...

Stéfan Luisetto

Psychanalyste – Travailleur social – Directeur de Ellipse à Carnières
Administrateur IWSM





Les conduites à risque dans l'économie de la rue

Addictions, violences, microtrafics clandestins, troubles alimentaires, automutilations, tentatives de suicide ... sont autant de questions posées aux adultes et à la société. Pour mieux comprendre la production sociale des conduites à risque en milieu populaire, Pascale Jamouille réalise depuis une dizaine d'années une recherche ethnographique dans les anciens quartiers miniers du Hainaut oriental auprès des personnes directement touchées par les prises de risque extrêmes.¹ Après avoir interrogé la prévention et l'aide avec des professionnels de terrain², puis les processus de précarisation avec des 'tox de rue'³, elle a réfléchi aux mises en danger de la jeunesse avec les familles⁴. Dans ce nouveau volet de son travail, elle questionne la densité de l'expérience de pères de milieu populaire. Grâce à une longue immersion dans deux quartiers et des sources variées (entretiens, récits de vie, observations ...), cette recherche, toujours en cours, tente de donner sens aux comportements extrêmes dans la construction identitaire de jeunes hommes et de pères qui ont grandi dans les réseaux de l'économie de la rue.

C'est à partir de ses différents travaux qu'elle nous parle ici des conduites à risque chez les adolescents.

Pascale Jamouille

Anthropologue au Service de Santé Mentale du CPAS de Charleroi
et au Laboratoire d'Anthropologie Prospective (LAAP)
de l'Université Catholique de Louvain (ANSO/UCL)

Dans un premier temps, j'interrogerai la notion même de conduites à risque et ses fondements en matière de recherche ethnographique. Ensuite, je chercherai à comprendre comment l'économie de la rue, très implantée dans mes quartiers d'enquête, valide l'exposition au danger, les consommations de psychotropes et les comportements 'décalés' tout en sanctionnant lourdement à long terme les personnes qui en perdent le contrôle.

La notion de 'conduites à risque'

Une question de recherche périlleuse

La notion de 'conduites à risque'

fait référence à des formes d'exposition aux risques extrêmes et répétés dont l'interprétation reste trop souvent centrée sur des déficits psychologiques individuels ou des déficits d'intégration de la loi sociale.

La notion de risque renvoie à une tendance actuelle du droit : la prévention du risque de délit plutôt que la répression des infractions commises. Dan Kaminski parle d'une '*pénologie axée sur la gestion des groupes à risque, leur surveillance et leur contrôle*'⁵. Le droit pénal tendrait progressivement à pénaliser les risques de nuisances sociales, de récidive, de personnalité antisociale et pathogène. Parler de conduites à risque renvoie aux protocoles de

répression du risque, au concept de 'tolérance zéro' et à des formes dures de criminalisation des publics victimes de la dualisation de la société néolibérale⁶.

Dans d'autres champs scientifiques, la notion de 'conduites à risque' s'est affirmée avec les travaux de David Le Breton : « *L'expression 'conduites à risque' appliquée aux jeunes générations, s'impose pour désigner une série de conduites disparates dont le trait commun consiste dans l'exposition de soi à une probabilité non négligeable de se blesser et de mourir, de léser son avenir personnel ou de mettre sa santé en péril* »⁷. Il montre que, dans les sociétés nord occidentales, l'ampleur que prennent ces comportements est saisissante. Il les interprète principalement comme des rituels ordaliques par lesquels l'adolescent met à l'épreuve sa capacité à regarder la mort en face sans faiblir. En réussissant cette épreuve, il se met symboliquement au monde : il a questionné son destin et il a survécu⁸. L'échec de la symbolisation de cette épreuve serait à l'origine de sa répétition, parfois doublée d'une escalade dans la prise de risques. Les conduites d'ordalie à l'échelle individuelle seraient en relation homologique avec celles qui caractérisent les sociétés contemporaines, elles-mêmes ordaliques, puisqu'elles portent en germe la possibilité d'une destruction radicale de l'homme.

Dans la lignée de Le Breton, de nombreux auteurs interprètent les

conduites à risque comme des comportements existentiels, profondément solitaires, enracinés dans le modèle culturel postmoderne, répétés compulsivement par des sujets qui cherchent à se défaire de leurs souffrances personnelles⁹. Ils ont le mérite d'avoir mis en relation différentes mises en jeu du corps qui produisent des sensations et du vertige comme la conduite dangereuse à grande vitesse, l'abus de psychotropes, les violences physiques, l'anorexie/boulimie, l'automutilation, ...¹⁰. Par contre, leurs interprétations restent parcellaires, enracinées dans une sociologie des classes moyennes. Elles tendent à généraliser des observations faites principalement auprès de groupes sociaux très intégrés socialement. Tout en constatant les versants traumatiques et/ou transgénérationnels de certaines prises de risques extrêmes, de nombreux ethnographes travaillant aux marges de grandes villes du monde mettent en question la surdétermination des lectures psychologiques. Je pense aux travaux de Jean-François Werner à Dakar, Terry Williams et Philippe Bourgois à New York, Loïc Wacquant à Chicago, Véronica Zubillaga à Caracas ou Patricia Bouhnik dans la banlieue parisienne¹¹.

Mes propres enquêtes de terrain dans les zones de précarité de l'ancien monde ouvrier du Hainaut belge montrent que l'ordalie n'est qu'une des fonctions des prises de risques extrêmes. La focalisation sur l'instabilité psychologique du preneur de risque apparaît comme largement dépassée par la dimension collective de ces comportements. Pour les comprendre, les déterminants économiques et sociaux sont essentiels.

Dans mes propres quartiers d'enquête, beaucoup de jeunes reçoivent majoritairement leur éducation 'à l'école de la rue', dans les réseaux d'économie clandestine. Leurs gestuelles de risques s'intègrent dans ces styles de vie, elles font partie du processus de socialisation du groupe. Les prises de risques extrêmes sont des épreuves permettant de vivre en rue. Ces jeunes s'exposent au danger, pour en revenir avec un capital de réputation. Ils veulent vivre une expérience forte et se construire une position dominante dans la hiérarchie du groupe.

Pourtant, dans mes propres travaux, en dépit de ces mises en garde concernant la notion de 'conduites à risque', je continue de l'utiliser. En effet, ce concept est opérationnel tant pour l'ethnographie du rapport au risque et au corps que pour les modes d'intervention.

Les conduites à risque, comme porte d'entrée ethnographique

La prise de risque a un versant valorisant et positif. Elle fait partie du '*douloureux plaisir de s'exposer au risque de vivre*'. Sans elle, pas de devenir humain ; celui qui ne prend pas de risque, ne vit pas, se replie et s'enclave dans une attitude défensive et peu créative par rapport à l'existence. Grandir, c'est prendre des risques et s'exposer aux expériences des groupes d'adolescents et aux explorations de l'âge adulte. Aussi, dans la pratique de l'enquête, la notion de 'conduites à risque' permet de rentrer en dialogue avec un champ d'interlocuteurs bien plus large que les enquêtes ciblées sur la déviance parce qu'elle n'étiquette pas les jeunes ou les familles dans une catégorie sociale disqualifiée. « *Déjà le mot*

'toxicomane' je ne l'utilise pas », me disait une maman dont le fils avait été trop loin dans l'héroïne. « *Pour moi, ce mot-là, c'est mettre une étiquette sur les gens. Quand tu as mis une étiquette à quelqu'un, c'est pour la vie. Je préfère comme tu as écrit sur le papier 'conduites à risque'. Il y en a beaucoup qui sont dans les risques, beaucoup de jeunes* ».

La notion de 'conduites à risque' ne marque pas nettement le passage de la mesure à la démesure. Le terme laisse un flou sur la question du 'trop extrême' ou de 'l'exagéré'. S'il existe un 'trop', un usage abusif du risque, il n'est pas fermé, estampillé, par le concept même de conduites à risque, il n'en est qu'un des versants.

Si la jeunesse tend à expérimenter des situations nouvelles, donc à prendre les risques, elle cherche aussi à connaître ses limites et celles d'autrui. Avec l'expérience, grâce aux relations qu'elle établit avec le groupe et à la structure de sa société, elle se donne des règles propres et incorpore des interdits sociaux. Le groupe de pairs, l'expérience de la fratrie et des adultes offrent aux jeunes de nombreux modèles de contrôle des risques.

Hormis le champ des drogues illicites où la culture nord occidentale, prohibitionniste et éradicatrice, laisse la jeunesse gérer en secret ses expériences clandestines, la plupart des prises de risques sont normées par les codes sociaux et des rituels¹².

Des taux de risques admis et non admis socialement sont formalisés dans des lois formelles et informelles. La communauté possède un arsenal de sanctions positives et négatives pour aider ses membres à réguler ses plaisirs et ses prises de risque. Le jeu des rumeurs, des positions et des



réputations, dans lesquels sont pris mes interlocuteurs, reflète la force des normes sociales.

Les conduites à risque sont un champ de recherche heuristique, qui donne accès aux perspectives des acteurs sur les risques, à leurs jugements sur leurs pratiques. Il permet d'observer comment les prises de risque sont 'socialisées'. Dans la vie des individus et des groupes, le sentiment de 'trop de prises de risque' est fait d'ajustements successifs, de dérapages et de régulations d'efficacités relatives. En ce qui concerne l'usage de drogues par exemple, la question du 'trop consommer' ou 'consommer sans les précautions d'usage' ouvre littéralement les discussions sur le terrain : 'Trop consommer, c'est consommer combien ? avec qui ? quand ? combien de temps ? quelle méthode d'utilisation est (in)adaptée ? quels sont les lieux ou les états émotifs à éviter ?' La notion du 'trop' permet de comprendre les 'lignes de conduites' locales, les processus de modulation et de dérégulation, les risques qui se prennent et ceux qui ne se prennent pas, l'intérêt ou l'inefficacité des régulations formelles (comme le cadre légal ou le dispositif d'assistance) qui sont mises en place dans un monde social donné.

La notion de conduites à risque questionne les modes d'intervention

Dans le champ des pratiques professionnelles, rassembler sous un même terme générique différents comportements à risque et leur passage vers l'extrême permet d'avancer l'hypothèse d'une compétence transposable : si un professionnel se sent compétent pour l'un ou l'autre dérapage, il peut peut-être aussi avoir développé

des compétences pour d'autres. Dans ce cadre, un usage abusif de drogues devient alors une conduite à risque parmi d'autres. Si un intervenant ou une équipe se sentent prêts à accompagner un trouble alimentaire grave, ils ont peut-être aussi les outils pour écouter d'autres troubles comme l'usage abusif de drogues ou la violence. Parler de 'conduites à risque' valide les approches généralistes, déstigmatise les personnes, déforce les craintes des professionnels de l'aide, leurs sentiments de valence différentielle entre les comportements extrêmes. Elle permet par exemple d'interroger le bien fondé des renvois systématiques des jeunes qui ont des usages de drogues vers le réseau spécialisé des prises en charge.

D'autre part, le terme de 'conduites à risque' renvoie aux pratiques de réduction des risques adoptés par les individus et les groupes. Il ouvre la discussion sur le juste calcul des risques pris dans un contexte donné. Il donne tout son sens aux nouveaux dispositifs de réduction des risques, pourtant régulièrement contestés par une certaine presse ou des prises de position politiques populistes.

Dans le champ du droit, certaines prises de risques sont pénalisées, d'autres pas. Certaines sont de ce fait plus diabolisées que d'autres. Ainsi, dans le domaine de la prise de drogues, les régulations informelles des individus ou des groupes peuvent être entravées par la criminalisation de l'usage et introduire dans la vie des gens des précarisations supplémentaires (instrumentalisation des usagers par les forces de l'ordre, affaires judiciaires en cours, expériences d'incarcération, lourdes amendes, casiers judiciaires). Utiliser la

notion globalisée de 'conduites à risque' permet d'interroger le bien fondé du traitement pénal fondamentalement inégalitaire des prises de risque de la jeunesse¹³.

Fonctions des conduites à risque dans l'économie de la rue

Sur mes terrains d'enquête, dans l'ancien bassin minier du Nord, les adolescents des cités sont la deuxième ou troisième génération après une conjonction de faits sociaux : l'immigration, la multiplication des ruptures conjugales et des unités familiales matri-centrées, la crise de l'autorité en milieu scolaire, l'implantation du chômage de longue durée et la diversification de l'économie souterraine, ... La violence des dispositifs de sélection/élimination du système scolaire et du marché de l'emploi a gravement précarisé les possibilités d'insertion des jeunes peu qualifiés. Des mécanismes de ségrégation/agrégation ont concentré les familles les plus vulnérables dans des quartiers dont la réputation devient désastreuse. Dans de nombreux foyers, les hommes ont disparu du décor. Une frange de la jeunesse vit en direct les processus internes de transformation des relais de socialisation traditionnels. Les prises de risques extrêmes sont souvent des tentatives d'adaptation stratégiques aux évolutions des modes de vie et des rapports sociaux.

Les '*bandes de potes*' grandissent au pied des blocs. Ils rêvent de '*gagner leur vie*' et de '*se faire un nom*' à '*l'école de la rue*'. Les récits des pères et des grands-pères montrent que l'exposition aux risques corporels s'inscrit dans une tradition minière et sidérurgique, où la maîtrise de la

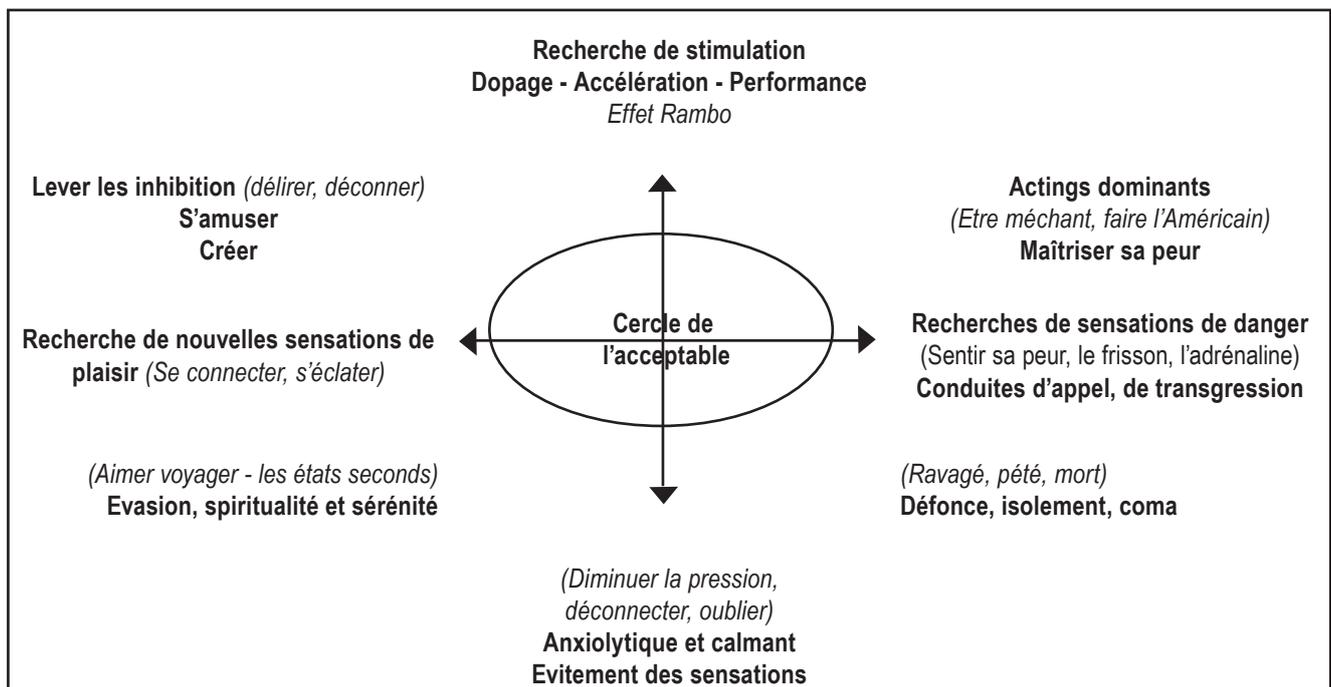
peur et la combativité faisait partie de l'éducation virile. Le travail usinier, la solidarité ouvrière et les luttes syndicales se sont en partie déconstruites. De nombreux jeunes construisent les bases de leur identité virile en *'faisant leurs preuves'* dans les réseaux clandestins. Ils veulent *'commencer petit'* puis gravir les échelons de l'économie souterraine parce qu'elle est, pour eux, la seule économie réelle. Sur le plan individuel, ce type d'insertion socio-

plus leurs prises de risque. Sur le plan collectif, l'économie souterraine produit souvent une gestion violente des rapports sociaux où les positions s'acquièrent en manipulant ou en humiliant autrui, où la concurrence exacerbe l'animosité et où les plus faibles ne sont pas protégés.

Dans les styles de vie et les codes sociaux de la rue, l'exposition au danger et l'utilisation de psychotropes ont des fonctions

diaires dont le schéma ci-dessous ne trace que les plus classiques.

La culture de la rue est une culture de la maîtrise des risques et de l'équilibre. Les mises en danger compulsives tendent à détruire la réputation du jeune, aussi sont-ils nombreux à rester dans le cercle des prises de risque acceptables. Ils modèrent leurs prises de risques, maîtrisent les rapports sociaux de la rue ou développent des stratégies



professionnelle favorise généralement, dans un premier temps, la santé mentale, puisqu'elle donne à des jeunes qui vivent des relations familiales difficiles une place dans un groupe où ils peuvent prouver leur valeur. Elle est aussi une forme de résistance, un antidote contre la honte et le stigmatisation sociale. Mais ces jeunes sont pris dans un processus d'apprentissage qui les enduret. Si l'économie de la rue leur offre de nombreuses activités de type *'petites commissions, maxi risques'*, elle laisse libre cours aux rapports de force du marché, excluant sans vergogne ceux qui ne maîtrisent

plurielles. Sur la ligne expérientielle, elles permettent, d'un côté, d'explorer les sensations de danger (*'sentir sa peur'*) et de l'autre, de découvrir de nouveaux plaisirs sensoriels (*'s'éclater', 'voyager'*). Sur la ligne croisée de l'intensité des sensations, certains tentent d'augmenter leurs performances (*'effet Rambo'*), tandis que d'autres, à l'autre bout, cherchent la sédation (*'Diminuer la pression, déconnecter, oublier'*). Entre les lignes et en nuance, selon les personnalités, les moments et les humeurs, les prises de risques et mises en vertige du corps ont de nombreuses fonctions intermé-

d'évitement qui fonctionnent (ils *'passent entre les gouttes'*). Pour eux, il s'agit rarement de se construire à long terme un destin dans la marginalité mais bien de *'faire la thune'*, d'acquérir des compétences sociales et commerciales pour se réintroduire plus tard dans *'les business légaux'*. Des jeunes qui *'étaient bandes au départ'* observent qu'environ trois de leurs *'anciens potes'* sur quatre se sont *'légalisés'* après *'leurs conneries'*. D'une part, parce que les frontières entre l'économie légale et souterraine sont de plus en plus perméables et ensuite parce que l'accès à l'emploi requiert de



plus en plus de qualités communicationnelles. 'L'instinct', 'l'épate', 'la tchatche' de rue et l'expérience des réseaux d'alliances complexes peuvent s'avérer précieux dans le monde du travail.

Une frange, plus restreinte, des jeunes '*bandes au départ*' ne trouve pas ses limites et s'inscrit à long terme dans des parcours de précarisation. Certains perdent pied, voient leurs positions se précariser. Ils '*s'entassent*' dans la répétition du malheur, recourant à 'la défoncé' pour supporter le quotidien. D'autres se dopent à la violence et transgressent la loi sociale de plus en plus loin. Ils cherchent à récupérer par force des positions sociales dont leur condition les exclut. Certains auront tendance à transgresser d'autant plus qu'ils ont connu les transgressions. La répétition de situations de stress peut donner des sensations qui permettent de maîtriser ou d'annihiler la colère. En s'affrontant à la loi, en cherchant le danger, ils cherchent à vaincre leur peur intérieure, à l'exorciser, à mettre sur elle un contenu pour s'en débarrasser.

Il y a des situations où la démesure finit par rythmer la vie des jeunes, où les mises en danger sont compulsives et extrêmes. Des jeunes se sentent glisser hors des conventions socialement admises, vers l'hors règle. Ils sont graduellement cantonnés dans des socialités parallèles, puis relégués dans les infra-hiérarchies les plus disqualifiées : les 'grillés' entrent et sortent de prison, '*les oufs*' cumulent les parcours psychiatriques ou les '*tox de rue*' qui 'tournent dans le *Toxland*'¹⁴.

Conclusions

La notion de conduites à risque sur laquelle portent mes enquêtes de terrain est sujette à caution. Pourtant, elle s'est progressivement imposée comme une bonne porte d'entrée pour comprendre la diversité des constructions identitaires d'hommes et de pères de l'ancien monde ouvrier du Nord. Cette question de recherche mobilise tout particulièrement les habitants de mes quartiers d'enquête. Les modes de régulation des risques et les principes de précaution en usage éclairent les codes sociaux, culturels et symboliques de la rue. La plupart des jeunes gens qui font leurs apprentissages dans l'économie souterraine se préservent des trajectoires de précarisation et '*se légalisent*' à l'âge adulte tandis que d'autres perdent l'équilibre et '*s'engrèment*' dans des gestuelles de risque démesurées qui les marginalisent. La notion de 'conduite à risque' permet de réfléchir avec les gens aux modalités du 'passage de la ligne' et aux modes d'intervention capables de soutenir les régulations sociales des prises de risque de la jeunesse. ●

¹ Supervisée par le LAAP (Laboratoire d'Anthropologie Prospective de l'Université de Louvain-la-Neuve), elle est réalisée dans le cadre du Centre de santé mentale du CPAS de Charleroi et soutenue par le programme Interreg de la Commission européenne, la Communauté française de Belgique, la Région wallonne et le CPAS de Charleroi.

² Jamouille P., Panunzi - Roger, Evaluation des dispositifs de prévention et de traitement des toxicomanies dans une optique comparative, Hainaut - arrondissement de Lille, Programme européen transfrontalier Interreg I, 1995.

³ Jamouille P. : bibliographie / réf. 16

⁴ Jamouille P. : bibliographie / réf. 15

⁵ Kaminski D. : bibliographie / réf. 20

⁶ Ces tendances sont particulièrement dénoncées dans les travaux de Loïc Wacquant. « Partout en Europe se fait sentir la tentation de s'appuyer sur les institutions policières pour juguler les désordres engendrés par le chômage de masse, l'imposition du salariat précaire et le rétrécissement de la protection sociale ». Bibliographie / réf. 35

⁷ Le Breton D. : bibliographie / réf. 24

⁸ '*L'instant de survivre est un instant de puissance, où l'échange symbolique avec la mort ajoute à l'exaltation d'être encore en vie*'. Le Breton D. : bibliographie / réf. 25

⁹ Citons notamment Marc Valleur : « *Le fantasme ordalique sous-tendant ces conduites serait le fait de s'en remettre à l'Autre, au hasard, au destin, à la chance, pour le maîtriser ou en être l'élu, et, par sa survie, prouver tout son droit à la vie, sinon son caractère exceptionnel, peut-être son immortalité* ». Bibliographie / réf. 33

¹⁰ Selon eux les conduites à risque et les addictions sont intrinsèquement liées. Marc Valleur parle de dépendance à des conduites ouvertement et immédiatement risquées (les tentatives de suicide répétées et non par exemple le tabagisme). (op. cit)

¹¹ Voir bibliographie / réf. 36, 37, 6, 35, 41

¹² Les travaux de Tom Decorte montrent que la prohibition entrave la 'socialisation' des drogues, la transmission dans les lieux d'éducation d'une culture du bon usage. Quand la drogue est interdite, elle est tabou, sa consommation est cachée. Ni la famille, ni l'école, ni la société dans son ensemble n'offrent de modèles ou d'exemples d'usages contrôlés. Une politique de prohibition limite les possibilités d'apprendre à bien consommer des drogues illégales. La transmission des normes est freinée. Seuls les groupes de pairs transmettent, dans le secret, les règles informelles de consommation. Bibliographie / réf. 10

¹³ Dans son article *Loi pénale, usages de drogues et politiques*, Yves Cartuyvels observe que la loi pénale a longtemps été convoquée au titre de gardienne de la loi symbolique. Elle offrirait 'un traitement moral' à la jeunesse, en s'érigeant en rempart contre la peur sociale d'un monde privé, sans limite, qui détruit l'individu en tant qu'être social, incarné par la figure du 'toxicomane'. « Pourquoi alors ne pas tenir le même raisonnement au sujet d'autres pratiques 'mortifères' telles que l'abus d'alcool ou les tentatives de suicide ? », se demande l'auteur. Voir Kaminski D. : bibliographie / réf. 20

¹⁴ Le *Toxland*, désigne l'espace de circulation d'un groupe de '*tox de rue*' d'une grande ville du Hainaut belge. Ce groupe, ouvert et mouvant, circule à heures régulières entre les structures à bas seuil, une zone de micro-business de rue ('*le coin à biz*'), les restaurants sociaux, les lieux d'échange de seringues, les abris de nuit ou les garnis des environs.

Une étude sur la santé

et le bien-être des jeunes d'âge scolaire¹

□□□ A pointer²

□ Santé et bonheur

Alors que 93 % des jeunes interrogés se perçoivent en bonne santé, il apparaît que *36% des jeunes ont déclaré au cours des 6 derniers mois au moins une plainte en relation avec un état physique de type maux de tête, ventre ou dos. De même, 39% se plaignent de nervosité et/ou d'insomnie témoignant d'un état de stress (...). Les individus caractérisés par un statut socio-économique défavorisé sont plus nombreux que les individus ayant plus de revenus et/ou d'années d'éducation réussies à se plaindre de leur état de santé (ISSP, 2002). Il s'avère par ailleurs qu'entre 15 et 20% des jeunes déclarent ne pas être (très) heureux. Déjà à 11 ans, un jeune sur cinq n'a pas confiance en lui, ce qui témoigne d'une dégradation de la situation depuis 1994. Ce phénomène est plus présent chez les filles.* (pp. 21-24)

□ La violence à l'école

Suivant l'enquête, la violence aurait diminué depuis 1994. Une majorité de filles (68%) et de garçons (55%) ne subissent pas de provocation de la part des autres élèves. Par contre, 4,1% des filles et 6,1% des garçons sont provoqués plusieurs fois par semaine. On observe une relation entre le fait de ne pas aimer l'école, d'être victime de violence dans le cadre scolaire et le stress engendré par le travail scolaire. Le sentiment fréquent de peur d'aller à l'école se retrouve chez 1,7% des filles et 2,3% des garçons. 1,1% des filles et 3,5% des garçons sont « parfois, souvent ou très souvent » victimes de racket. (p. 79)

□ Bagarres et armes

Entre 15 et 18 ans, près d'un garçon sur deux et près d'une fille sur quatre se sont battus au moins une fois durant les douze mois précédant l'enquête. 7% des filles et 28 % des garçons de 15 à 18 ans déclarent posséder une arme. L'arme la plus fréquente est le couteau ou le poignard. 1,5% des garçons du même groupe d'âge ont apporté une arme à feu à l'école les mois précédant l'enquête. (p. 88)

□ Consommation d'alcool

Environ 20% des jeunes âgés de 13, 15 et 17 ans peuvent être considérés comme consommateurs hebdomadaires, proportionnellement plus chez les garçons (scolarisés ou pas) que chez les filles, avec une augmentation inquiétante du nombre de jeunes qui boivent jusqu'à l'ivresse. *L'habitude de consommation augmente avec l'âge dans le groupe des scolarisés et reste stable chez les jeunes en décrochage. Les « grands consommateurs » d'alcool (plus de 7 verres d'alcool par semaine) s'observent dans des proportions égales chez les garçons des deux groupes, scolaire et non scolaire.*

A noter que ce sont les risques liés à l'abus d'alcool, plus que sa consommation, qui sont le plus problématique en terme de santé publique tels que la conduite d'un véhicule, la violence ou les relations sexuelles non protégées et/ou non désirées. (p. 55 et p. 100)

□ La prévention sida

Il est encourageant de constater que, de plus en plus, les *élèves sexuellement actifs connaissent le préservatif (96%) voire l'utilisent toujours lors de leurs relations sexuelles (57%)*. On constate que *le nombre de jeunes qui utilisent toujours le préservatif a tendance à diminuer de manière significative avec l'âge, notamment chez les jeunes en décrochage où [la proportion] se maintient en moyenne autour de 32%*.

Les connaissances des élèves en matière de transmission du VIH se montrent assez incorrectes, l'âge, le sexe et les types d'enseignement sont des facteurs déterminants dont il faudrait tenir compte lors de campagnes de sensibilisation. (p. 70 et p. 101)

□ Les drogues illicites

L'essai et la consommation de cannabis chez les 13-17 ans se banalisent et, dans certains cas, augmentent. 32 % des jeunes scolarisés ont déjà consommé du cannabis alors qu'ils sont 52% chez les jeunes en décrochage. Et 5% des jeunes scolarisés et 26 % des jeunes en décrochage en fument quotidiennement. Parmi les jeunes scolarisés, on constate que le phénomène est plus fréquent chez *les garçons de l'enseignement professionnel où le niveau d'expérimentation dépasse les 60 % et le pourcentage de consommateurs réguliers peut atteindre 20 % dans certaines années scolaires.*

L'enquête révèle un taux de consommation de l'ectasy stable et relativement faible, 4% l'ayant expérimenté, 1% se déclarant consommateur régulier. Il faut tout de même souligner que *plus de la moitié des filles et des garçons ne consomment pas de produits psychotropes licites ou illicites*. Par contre, en terme de polyconsommation, *ils sont 7,8 % des garçons et 3,5 % des filles à consommer au moins 3 produits.* (p. 59 et p. 100)

¹ Piette D., Parent Fl. et al. : bibliographie / réf. 31. L'étude porte à la fois sur les jeunes scolarisés (enseignement général et professionnel) et sur ceux dits « en décrochage scolaire ». Le terme « jeunes en décrochage scolaire » dans l'étude ne porte pas uniquement sur des adolescents dont la scolarité est problématique : certains suivent un apprentissage dans un centre des Classes Moyennes, d'autres sont majeurs et n'ont plus d'obligation scolaire légale. Selon les auteurs, les jeunes en décrochage sont à considérer comme « des jeunes en marge de l'enseignement de plein exercice » dont une partie a connu -ou connaît- des problèmes d'adaptation scolaire graves (statut d'élève libre, abandons, renvois, absentisme, absence d'activités professionnelles, échecs successifs, etc.).

² Extraits sélectionnés par Virginie Olivier - Coordinatrice IWSM



Adolescents en danger, parents en difficulté...

Dans cet article, les auteurs distinguent différents types de conduites à risque en s'intéressant tout particulièrement au type « Usuhaïa », celui-ci passant relativement inaperçu par son admission sociale et parfois par l'adhésion parentale. Ils tentent ensuite de dégager une série d'hypothèses psychodynamiques concernant ces conduites pour ouvrir sur quelques pistes de prise en charge.

Fabrice Godenir¹, Valérie Algrain¹,
Nicolas Zdanowicz²,
Christine Reynaert³

Unité de Psychosomatique des Cliniques
Universitaires de Mont-Godinne

Quels risques ?

Quand on parle des conduites à risque chez les adolescents, on peut les répertorier sous l'éclairage de trois concepts :

□ les troubles du comportement entrant dans le cadre de la psychiatrie (abus d'alcool, toxicomanies, anorexie...).

□ les prises de risque identifiées médicalement ou socialement qui vont du tabagisme aux problèmes de sexualité non protégée en passant par les comportements para-suicidaires et les tentatives de suicide.

□ les prises de risque paradoxalement non identifiées médicalement ou socialement type comportements « Usuhaïa ». Dans notre société, cette dernière catégorie, rarement prise en considération, va constituer un danger « masqué ». Ces attitudes, bien que tout aussi dangereuses et

engendrant une surmortalité, ne sont pas pointées comme telles car positivées et valorisées par les adultes. Il s'agit des jeunes qui escaladent des montagnes, font du surf hors piste, et qui pratiquent des sports extrêmes. Quand on compare l'exposition au risque et que l'on analyse les données statistiques, la dangerosité en est tout à fait équivalente à celle reprise dans les conduites à risque reconnu.

Contexte statistique

Les études quantitatives sur les tentatives de suicide et les accidents de la voie publique nous fournissent un premier éclairage sur le sujet. Le suicide est la deuxième cause de mortalité⁴, mais en voie de passer à la troisième place, indiquant une amélioration de la situation⁵. En ce qui concerne les accidents sur la voie publique, première cause de mortalité pour les quinze / vingt-cinq ans, il est suggéré qu'une partie de ces adolescents sont décédés parce qu'ils avaient un comportement à risque, principalement par une utilisation dangereuse d'un véhicule⁶.

L'étude de Danièle Piette (ULB 1994), portant sur la tranche dix / dix-huit ans en milieu scolaire, nous apprend qu'un adolescent sur trois a présenté un traumatisme physique. Dans ces accidents, 52% nécessite une prise en charge médicale et une majorité a justifié une absence scolaire. Le lieu d'exposition premier est l'école, ensuite la maison, le terrain de sport et la voie publi-

que. Les circonstances de ces accidents sont majoritairement le sport, puis les chutes, le vélo et les bagarres⁷. Ces chiffres repositionnent et questionnent le risque encouru par les adolescents de type « Usuhaïa » puisque la pratique d'un sport est la première cause de ces accidents.

A propos de l'adolescence...

Pour comprendre les conduites à risque, revenons sur le développement du jeune et de ses interactions avec son milieu socio-familial. Mais commençons par le début : l'enfance et comment en sortir.

Pour structurer la personnalité d'un enfant, imposer une certaine autorité, même subtile, s'avère nécessaire. Elle permet à l'enfant de se forger une conduite et de se donner un certain nombre de limites. Cela commence très tôt par l'échange de regards. Un enfant est dans un jeu anodin, il débute la marche et s'éloigne de plus en plus de sa mère en l'observant. A un moment donné, il va suffire que sa mère le regarde, pour qu'il sache qu'il ne peut aller plus loin. Il s'agit d'un acte d'autorité exercée par le seul regard et sans aucune contrainte physique.

Dans un deuxième temps, vers trois ou quatre ans, l'enfant répète tout le temps « non ». Ce moment nécessite que les parents se positionnent sur une série de limites. Cette confrontation par des étapes successives de privation et de frustration s'exprime dans des conflits internes et externes qu'il apprend progressivement à négocier.

cier. La façon de résoudre ces conflits va constituer une identité personnelle au sens de pouvoir maintenir une sécurité interne, de décréter « qui je suis, ce qui est bon et ce qui n'est pas bon pour moi, mes limites et celles des autres »⁸.

Grandir nécessite une certaine violence qui, lorsqu'elle est médiatisée par le langage, devient de l'agressivité. Agressivité structurelle chez l'adolescent et qui lui permet de se « battre avec ses parents » pour gagner de la liberté, pour s'affirmer, pour défendre un certain nombre de valeurs mais surtout pour qu'il puisse provoquer une « dégradation » de la place de l'autre et en l'occurrence une diminution du pouvoir des parents. Cette évolution n'est pas forcément à comprendre seulement comme un développement du moi de l'adolescent mais aussi comme une démarche où il récupère une partie de la responsabilité qu'avaient ses parents. On peut observer cette situation dans le domaine de la santé. Si dans l'enfance, ce sont les parents qui décident quand « on va chez le médecin », quand « on prend les médicaments », au fur et à mesure de l'avancée en âge, il y a une récupération de ce pouvoir par l'adolescent⁹.

Une des raisons invoquées pour justifier une possible augmentation de la fréquence des comportements à risque serait culturelle, au travers de l'évolution des rapports parent-enfant. Rapports de plus en plus axés sur un idéal égalitaire où l'on devrait tous avoir les mêmes droits. Par exemple, en créant la charte de l'enfance, on reconnaît à l'enfant un certain nombre de droits qui devraient s'accompagner logiquement d'un certain nombre de devoirs. Mais il

n'y a pas de charte de devoirs de l'enfant, pas plus que de charte de devoirs pour l'adulte¹⁰.

Une autre piste est suggérée par l'augmentation des divorces qui a repositionné la question de la place de l'enfant et la raison pour laquelle les adultes sont ensemble. Dans les nouvelles lois sur la parentalité, les parents, au-delà de leur divorce, restent des parents pour le bien-être de l'enfant qui, par cette disposition légale, occupe une position centrale dans la vie du couple. Dès lors, si l'on met le bien-être de l'enfant en position centrale, si on a un idéal démocratique égalitaire, si en plus l'enfant est protégé par une charte des droits de l'enfant, comment l'adulte peut-il dire « non » et imposer une certaine autorité à cet enfant ? Par ce manque de limites, les capacités de mentalisation de l'enfant ne sont pas sollicitées ; de ceci découle une dominance des expressions par l'agir et l'impossibilité de différer la satisfaction des besoins. L'enfant ne bénéficie plus de cette privation qui permet de faire des plans, d'avoir un monde imaginaire et de se projeter dans l'avenir¹¹.

Au risque de se perdre

A la fin de l'enfance, l'adolescent doit réaliser un deuil sur la façon dont il a vécu, sur ce qui le faisait vivre, et sur ce qu'il aimait. Ce deuil impose une étape où pointe la question du pourquoi et du comment vivre. Cette étape est marquée par la disparition de tous les objets d'intérêt de l'enfance jusqu'au moment où devenant adulte, on va en décréter une série d'autres, avec une série d'objectifs. Mais entre les deux, il y a un vide. Vide qui fait généralement souffrir l'adolescent parce qu'il ne sait pas qui il veut être.

Tout ce qu'il sait c'est qu'il ne veut plus être l'enfant qu'il a été. Dans ce vide que traversent les adolescents et qui fait de la dépression une phase relativement normale peut s'intercaler la question de la mort¹². Ils vont considérer que si on se met dans des situations qui sont à la limite de la mort, et que l'on ne meurt pas, c'est que l'on doit vivre. A défaut de se sentir vivant, à défaut de symbolisation, ils risquent de se positionner dans des situations dangereuses leur permettant d'éprouver quelque chose par les émotions qui vont être produites et par l'instantanéité de la sensation¹³.

Les jeunes pour lesquels il n'y a plus de monde intérieur, où il n'y a plus rien qui fait trace, sont tout le temps dans des essais d'auto-détermination mais sans mots, uniquement par des actes ou par des objets. Ce qui va faire trace puisqu'il n'y a plus rien pour poser une autorité à soi-même, il n'y a plus rien qui distingue, c'est, d'une part, l'acquisition de nombreux nouveaux objets (dernier GSM à la mode) ou, d'autre part, agir en posant un certain nombre d'actes marquant une identité par rapport aux autres, à défaut d'une inventivité qui permet de se définir¹⁴.

Le dernier « acte »...

En psychodynamique, on décrit différents types d'agir : les actes, les « acting-out », les passages à l'acte, les impulsions, les compulsions :

► Lors d'actes, l'adolescent, comme l'adulte pose un geste venant prendre symbole de parole. Ils décrètent une part de leur vérité, de leur définition, de leur parole, de leur identité.

► L'acting-out est une action présentant le plus souvent un caractère impulsif, prenant fréquemment une forme auto ou



hétéro-agressive. Il survient dans le cadre d'une relation transférentielle : relation amoureuse, relation affective avec un adulte ou en relation thérapeutique. A un moment donné sont réunies, chez l'adolescent, les conditions d'une émotion absolument insupportable qu'il ne peut résoudre, ne disposant pas des mots et de la capacité symbolique suffisante. L'acting-out vient prendre la place des mots d'opposition qu'il ne connaît pas, qu'il ne possède pas encore ou qu'il n'ose simplement pas dire¹⁵.

► Les passages à l'acte sont beaucoup plus rares et généralement violents. Il s'agit de moments où, dans un contexte relationnel, l'adolescent se situe face à une position d'autorité au cours de laquelle un adulte va poser un jugement absolument incompréhensible pour l'adolescent. Celui-ci va se sentir disqualifié et enclenche inconsciemment un court-circuit considéré comme « à la limite d'un moment psychotique ».

► Les impulsions, les compulsions font partie de tableaux psychiatriques plus classiques et sont beaucoup plus des rituels et des actes répétitifs. Les déterminants étant relativement proches de ce que l'on peut trouver chez les obsessionnels à l'âge adulte. C'est un comportement qui tente un contrôle de l'anxiété interne. En composant des mosaïques à partir de ces différents comportements, on regroupe trois types d'agir chez les adolescents :

► L'agir comme jeu ordalique définit un réel comportement à risque chez des adolescents possédant peu de mots et un faible bagage symbolique, soit parce qu'ils sont dans un milieu où l'on pose surtout des actes pour parler, soit parce qu'ils vont vivre les grandes émotions (amour, haine) à travers leur corps.

Le rapport à l'autorité

Les études statistiques soulignent qu'entre le début de l'adolescence et dix-sept/dix-huit ans, il y a une diminution de la perception du risque. Et pourtant, paradoxalement, l'estimation subjective du risque ressenti par l'adolescent comparée à celle de l'adulte est loin



► L'agir comme mécanisme de défense, dès qu'il y a une émotion et surtout une anxiété on va poser un acte (fumer une cigarette par exemple) qui va venir dériver cette émotion, occuper l'adolescent et détourner son attention.

► Le refus d'agir représente le comportement d'une série d'adolescents qui sont surtout caractérisés par leur passivité et que l'on peut illustrer par l'augmentation de la consommation de cannabis. Ils investissent une force absolument inouïe dans des comportements oppositionnels à l'exemple de certains refus scolaires¹⁶.

d'être sous-évaluée. Au contraire, il surévaluerait plutôt le risque¹⁷. Les adolescents ne sont donc pas du tout en train de prendre des attitudes infondées, mais ce qui les tente, c'est la perception et le désir du risque.

Tenter une aide préventive et pousser l'adolescent à mieux se percevoir est difficile car cela demande une position d'autorité paradoxale. Les adolescents sont d'ailleurs très doués pour repérer quand l'adulte a le malheur d'essayer d'imposer un choix à titre d'exemple. Cela se reflète dans ce type de réponse que donne un adolescent à son père : « Tu me

dis que la famille c'est important mais toi tu rentres à telle heure et de toute façon tu ne t'occupes pas de la famille, alors qu'est-ce que tu viens imposer les heures auxquelles il faut rentrer à la maison ». Il est donc théoriquement impossible d'employer un ton impératif mais à juste titre puisque l'enjeu est, nous l'avons vu, justement que les adolescents acquièrent un ton impératif avec eux-mêmes. Ce serait un échec de vouloir décréter chez l'autre une prise de conscience sur un modèle impératif, à l'exemple de cette injonction : « soyez libre ». Si on la respecte, forcément on n'est pas libre et si on ne la respecte pas, on n'est pas libre non plus.

La prise en charge de ces adolescents renvoie à la question du libre déterminisme et nécessiterait de les inviter à une réflexion sur leur comportement, car utiliser un acte d'autorité déclenche une réaction en chaîne. A l'opposé, ne pas poser un acte d'autorité, ne pas prendre position, amène probablement encore plus de comportements à risque. Si les adultes campent sur leur rôle parental autoritaire ou au contraire se réfugient dans un laxisme indifférent, au plus l'adolescent grandit, au plus il y a une augmentation de l'agressivité, voire l'apparition d'une certaine forme de violence. Par contre, cette étape familiale se passera d'autant plus facilement que les parents sont prêts à céder intelligemment et de manière créative ce pouvoir. Notons que ce n'est pas toujours facile pour les parents, en particulier pour les mères qui ont investi toute leur féminité dans la fonction maternelle, surtout si le père n'investit pas beaucoup la dynamique conjugale.

Conclusion

Les comportements à risque chez l'adolescent peuvent être divisés en trois catégories. La première s'apparente plus aux troubles du comportement psychiatrique, la seconde à des conduites à risque identifiées médicalement ou socialement et la troisième à des prises de risque non-identifiées médicalement ou socialement. Alors que les deux premières préoccupent habituellement plus particulièrement le monde médical, la troisième n'est pas à négliger car elle coûte cher en vies et en souffrances. Nous nous sommes particulièrement intéressés à cette troisième catégorie regroupant les adolescents vivant au quotidien des conduites à risque socialement admises et même parfois renforcées par l'adulte. Si ces conduites amènent un nombre plus élevé d'accidents et de morts, elles sont le fait d'attitudes et de conditions de vie auxquelles le monde médical pourrait être plus attentif.

Différentes études nous permettent de relativiser l'impact de ces conduites sur le pronostic et le devenir de l'adolescent, puisqu'une grande partie de ces jeunes, mieux qu'un adulte, est capable d'évaluer les risques encourus, et de plus va évoluer de manière favorable. Ce fait souligne que probablement les parents devraient être plus souvent l'objet de notre attention en tant que médecin. L'attitude à adopter est un jeu d'équilibriste et nécessite une adaptation souple des interactions entre parents et adolescents, en ayant à l'esprit que les enfants ne sont pas une copie des parents. Concrètement, chaque médecin, lorsqu'il repère à l'adolescence un contexte à risque, devrait porter une attention particulière au système familial

dans sa globalité et interpeller ce dernier lorsque les exigences de performances semblent trop élevées. ●

¹ MACCS en Psychiatrie. Unité de Psychosomatique des Cliniques Universitaires de Mont-Godinne (Université Catholique de Louvain).

² Chef de Clinique Associé. Unité de Psychosomatique des Cliniques Universitaires de Mont-Godinne (UCL). Professeur à la Faculté de Médecine (UCL).

³ Chef de Service. Unité de Psychosomatique des Cliniques Universitaires de Mont-Godinne (UCL). Professeur à la Faculté de Médecine (UCL).

⁴ en Belgique et dans toute l'Europe Occidentale.

⁵ Jadoul E., Zdanowicz N. et Reynaert Ch. : «*La détresse du médecin face aux menaces de suicide de l'adolescent : repères pour l'évaluation du risque suicidaire.*» Louvain Méd. 2003, 122 : 405-412

⁶ Marcelli D., Braconnier A. : bibliographie / réf. 27

⁷ Piette D. et coll. : bibliographie / réf. 32

⁸ Visier J.-P. : bibliographie / réf. 34 et Zdanowicz N., Pivont V. et Reynaert Ch. : Bibliographie / réf. 39

⁹ Zdanowicz N. : bibliographie / réf. 40

¹⁰ Fourez B. : bibliographie / réf. 12

¹¹ Mises R. : bibliographie / réf. 28

¹² Braconnier A. : bibliographie / réf. 7

¹³ d'Alcantara A., van Meerbeeck Ph. : bibliographie / réf. 1

¹⁴ Jeammet Ph. : bibliographie / réf. 17

¹⁵ Laplanche J. et Pontalis J.-B. : bibliographie / réf. 23

¹⁶ Birraux A. : bibliographie / réf. 5

¹⁷ Cohn L. & al. : bibliographie / réf. 9



L'adolescence au cœur des mutations familiales

Pendant des siècles, en Occident, l'adolescence est restée simple parenthèse, court passage entre l'enfance et l'âge adulte réservé aux classes favorisées qui fréquentaient l'école. La nouveauté aujourd'hui réside dans la construction de l'adolescence comme fait social, comme classe d'âge à part entière, avec plus ou moins de bonheur.

Parallèlement, la structure familiale s'est progressivement métamorphosée. Cette transformation des rôles parentaux n'est pas sans conséquence pour l'enfant devenu adolescent. Il se pourrait bien qu'elle brouille les pistes identitaires, les repères dont l'adolescent a tant besoin pour trouver son chemin vers l'âge adulte.

Bernadette Bawin-Legros, Sociologue¹,
Chargée de cours à l'Université
de Versailles Saint-Quentin en Yvelines

Transformation des structures et des relations familiales

Depuis 1965 en Europe et de manière générale en Occident, la famille a été le théâtre de profondes mutations dont la plus importante, au niveau des conséquences pour les enfants, est sans nul doute la croissance spectaculaire du nombre de divorces. En Belgique, en 2003, on dénombre 3 divorces pour 4 mariages et à Bruxelles le nombre de divorces dépasse celui des mariages.

Les relations entre époux ont été au cœur des transformations familiales mais elles se sont accompagnées également de modifications dans les rapports parents-adolescents.

Pour comprendre l'adolescent d'aujourd'hui, il faut faire un petit retour en arrière et remonter jusqu'en 1968. Si l'on considère mai 1968 comme une crise généralisée des rapports humains, on peut estimer que l'après 68 a traduit le souci de régénérer ces rapports dans le sens d'une plus grande démocratisation. Dans l'univers de la famille, perçue de plus en plus comme un système de relations, il sera question pour tous les moralistes de laxisme et de démission des parents. Désormais l'éducation n'est plus centrée sur le fait de faire un individu honnête, travailleur et doté d'un bon bagage scolaire, elle doit contribuer à l'épanouissement d'une personnalité dépourvue de complexes et d'inhibitions. L'essentiel est que l'enfant soit heureux, libre et autonome. Ce libéralisme implique la tolérance et le respect mutuel au sein de la famille.

Dans l'enquête européenne sur les valeurs de 1999, (EVS²) on constate que dans tous les pays d'Europe occidentale le respect des autres vient en tête des valeurs à transmettre aux enfants loin devant le travail et le sens de l'épargne³.

Pour comprendre ce qui caractérise le fonctionnement familial de ce début de siècle, à l'aune des comportements à risques pour les adolescents, il convient d'envisager deux facteurs importants :

1. La mort de l'autorité paternelle et le désintérêt des pères.
2. Le surinvestissement maternel.

Ces deux facteurs ne peuvent que s'apprécier mutuellement l'un étant souvent le corollaire de l'autre quand on sait que les familles monoparentales ont dans 85% des cas une femme à leur tête, que près de 50% des pères ne paient plus en totalité et à temps les pensions alimentaires et que les beaux-parents issus des familles recomposées sont sans statut juridique.

La mort de l'autorité paternelle

Consacrée dans les textes juridiques, l'autorité paternelle n'existe plus, elle a fait place à l'autorité parentale. La crise de l'autorité paternelle n'est pas seulement un mal familial mais une espèce de mal relationnel qui touche la société tout entière. On la rencontre aussi bien dans les écoles, où l'autorité des professeurs est mise à mal, que sur le lieu de travail, où seule l'autorité personnelle liée à la valeur et aux qualités de la personne sont reconnues, par opposition à ce qu'on pourrait nommer l'autorité fonctionnelle attachée à la fonction et au statut. Cette crise de l'autorité paternelle est accentuée par le nombre de divorces et de familles monoparentales ou recomposées, celles que Bourdieu appelle les familles « sans nom », c'est-à-dire sans force légale et dans lesquelles les beaux-parents sociaux, souvent des beaux-pères, sont privés de toute autorité légitime.

Cette crise de l'autorité paternelle s'accompagne souvent d'un désinvestissement des pères. Ainsi on estime qu'en France, 50% des

pères divorcés ne voient plus du tout leurs enfants après 5 ans de séparation.

Ce phénomène a d'énormes conséquences sur les enfants et sur les adolescents qui sont en crise car on est de moins en moins à l'abri du désarroi et parfois même de la fugue. Sans autorité fonctionnelle, les adolescents sont livrés à eux-mêmes et... à leurs copains, et sont susceptibles de comportements à risque comme la drogue ou la délinquance.

Les réseaux d'amitié, en même temps qu'ils fournissent un soutien affectif indispensable, sont porteurs de risques. C'est le phénomène qu'on peut appeler : *les risques de la nuit*. Dans l'espace-temps urbain nocturne se développent des dynamiques dangereuses que les parents ont le plus grand mal à contrôler.

Le surinvestissement maternel

Que l'on se réfère à la psychanalyse, au féminisme ou au déclin des pères, il est un fait que l'on retrouve partout la toute puissance des mères dans l'éducation des enfants.

Pour qu'une mère soit une bonne mère, il est préférable qu'elle ait connu dans son enfance une évolution sexuelle et psychologique satisfaisante auprès d'une mère relativement équilibrée. La reproduction de comportements à risques tels que les grossesses d'adolescentes sont là pour attester de l'importance du rôle de la mère. Mais là où il y a des exagérations c'est dans la vulgate psychologique qui angoisse et culpabilise les mères, au point que celles-ci se voient parfois obligées de suivre une cure elles-mêmes dès qu'un problème se pose pour leur enfant.

Talcott Parsons⁴, en 1952, insis-

taut sur le pouvoir de la mère comme agent socialisateur : c'est d'elle que dépendra l'issue de la première identification, c'est-à-dire la généralisation de son univers à d'autres objets. L'intériorisation des normes et des valeurs d'une culture se fera non pas par pur conditionnement mais par le modelage d'attitudes résultant des sanctions par lesquelles la mère, surtout, répond aux tentatives de l'enfant. La mère remplit un rôle essentiellement affectif. Aujourd'hui, toutefois, sous la pression de facteurs sociaux et économiques, et grâce à l'éducation qui leur est désormais accessible, les femmes travaillent à l'extérieur du foyer, rentrent de l'argent et sont souvent seules à assumer la charge de leurs enfants. Il en résulte que les mères assurent également le rôle instrumental traditionnellement dévolu à l'homme et qu'elles deviennent toutes puissantes dans leur rôle d'éducatrice.

Alors que progressivement la paternité relationnelle prend le pas sur la paternité légale, le lien à l'enfant est essentiellement maternel dans une société qui n'en demeure pas moins toujours à domination masculine. Dès qu'un enfant présente un quelconque symptôme psychopathologique à l'école, c'est la mère qui est convoquée par les centres médico-sociaux et ce sera encore la mère qui ira en consultation chez le thérapeute.

Un équilibre à trouver

Cette sur-responsabilisation des mères se retrouve partout et a des effets sur les enfants et sur les adolescents dans la mesure où la mère seule ne peut tout assumer sans danger pour les jeunes livrés trop souvent à eux-mêmes. Le passage à l'acte (ex :

délinquance) est parfois induit par des conditions précaires d'existence avec une mère peu qualifiée qui dispose d'un faible revenu. De même, le passage à l'acte est favorisé dans des quartiers dévalorisés, avec une grande densité de population mal intégrée. Une fois admise la thèse d'Annick Percheron selon laquelle la socialisation est avant tout l'apprentissage des interactions et le produit des actions d'une multitude d'agents sociaux⁵, on est en droit de s'interroger à propos des effets sur les enfants de ce surinvestissement maternel au détriment d'une socialisation plus équilibrée entre les deux sexes, dans de meilleures conditions matérielles. Il est sans doute urgent de repositionner la paternité par des mesures susceptibles de donner une nouvelle signification au lien père-enfant.

Pour éviter que l'enfant ne soit pris dans une crise identitaire et statutaire, il est nécessaire de mieux accompagner la position des hommes dans l'univers de l'enfance et de l'adolescence. La place d'un père quel qu'il soit permettra au garçon de ne pas chercher systématiquement la mère derrière la femme et à la fille de ne pas chercher le père derrière l'homme. Les adolescents se sentiront mieux dans leur peau et les conduites à risque seront en déclin ! ●

¹ Bernadette Bawin-Legros travaille aujourd'hui dans un service de sociologie urbaine et commencera une recherche dans les zones urbaines sensibles dès l'automne 2004. Chargée de Cours à l'Université de Versailles, elle a aussi été longtemps Professeur à l'Université de Liège. Elle a publié de nombreux articles et ouvrages dans sa spécialité, la sociologie de la famille ; entre autres : « *Le nouvel ordre sentimental : à quoi sert la famille aujourd'hui* », Paris, Payot, 2003. Coll. Essais ; « *Sociologie de la famille : le lien familial sous questions* », Bruxelles, De Boeck-Université, 1996. Coll. Ouvertures sociologiques ; « *Familles, modes d'emploi : étude sociologique des ménages belges* », Bruxelles, De Boeck-Université, 1999. Coll. Ouvertures sociologiques.

² European Values Survey.

³ Bawin-Legros B. : bibliographie / réf. 4

⁴ Parsons T., Bales R. : bibliographie / réf. 29

⁵ Percheron A. : bibliographie / réf. 30



Au risque de la mort...

Il est devenu habituel de ranger sous la rubrique « conduite ordalique » celle qui met en jeu, au delà de la raison expliquée – au delà donc de l'évidence scientifique – l'intégrité physique de celui qui la commet... La psychanalyse nous en propose une approche dans une perspective historique¹.

Marc Dubois

Psychologue², Psychanalyste
à Ellipse asbl (Carnières)

A propos de cette notion étrange qui qualifie des conduites difficilement compréhensibles, regroupées sous la dénomination « conduites à risques », j'ai choisi de repartir et de déplier un peu celles que l'on appelle les *conduites ordaliques*, en les assimilant souvent à tort et à travers à des conduites suicidaires. Il s'agira de voir comment la voie clinique permet d'analyser ces conduites et dans quelle mesure elles correspondent, individuellement, à ce que j'appellerai une suppléance au symptôme³.

Il est remarquable que ces conduites arrivent ainsi à cristalliser les forces pulsionnelles qui échappent de la sorte à la fois à la maîtrise consciente et aux élaborations symptomatiques qui y trouvent pourtant leur compte, en arrivant *aussi* sur ce terrain à se satisfaire. C'est devenu, en psychologie, une notion banalisée dont on situe l'incidence essentiellement à l'adolescence, mais je pense qu'il convient de lui redonner de son sel en retrouvant toute la dimension de l'emprunt du mot au fonds historique médiéval.

Un peu d'histoire

Historiquement⁴, l'ordalie est une épreuve médiévale par laquelle est levé un certain *embarras de justice* : elle intervient en effet quand une suspicion n'est pas autrement décidable. Dans ce cas, le suspect se voit alors contraint à se soumettre au jugement de Dieu, *par le fer ou par l'eau*, et la manière dont il réagit

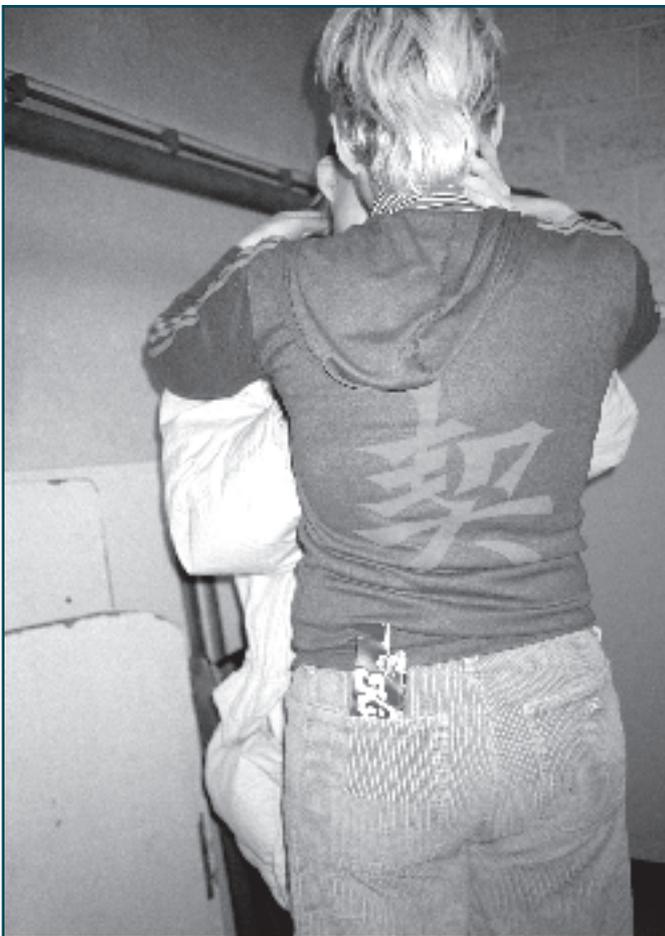
à l'épreuve décidera de son éventuelle culpabilité. Cela signifie que la crédibilité de sa parole doit être authentifiée par le signe qui reviendra de l'Autre. Pratiquement, deux types d'ordalie sont décrites : dans l'ordalie « à chaud », il s'agit de tenir une barre chauffée ou de plonger sa main dans de l'eau chaude, puis de faire constater (après un délai, habituellement trois jours) que la blessure s'est bien refermée, sans soins... Dans l'ordalie « à froid », on plonge le suspect, nu et membres liés, dans un bassin d'eau (un filin le retient pour qu'il ne se noie pas !); on le déclare innocent *s'il commence à couler, coupable s'il surnage, rejeté par un élément pur*⁵.

Ce qui est particulièrement intéressant pour nous, c'est la remarque, pourtant incidente, de D. Bartélémy. Il précise que le recours à l'ordalie est essentiellement utilisé par les classes inférieures contre les supérieures, dont la parole ne pouvait être contestée (en tout cas par les non-nobles !). Ils s'en remettaient donc à Dieu sous cette forme du signe attendu, en retour, dans le corps. L'ordalie se présente de la sorte comme un *recours providentiel*, recours dernier *faute de serment fiable*, déterminé par trois caractéristiques : *épreuve ultime / [sujet] non noble / volontaire*... L'important, si l'on veut en faire une transposition psychologique utilisable, est de souligner que la justice était rendue presque uniquement sur la foi des déclarations des parties ; il n'y avait pas de procédures d'enquête, etc. ; *les témoignages éventuels, [qui] engageaient, au sens le plus fort, ceux qui les proféraient, y compris [face à] Dieu. [... Dès lors, la] sentence ou déposition non contredite [équivalait à la] vérité judiciaire, judicium. Le rôle des juges consistait [essentiellement] à [en] apprécier la crédibilité*... À partir de là, on comprend facilement qu'il existait une hiérarchie (sociale) de crédit auprès d'eux : des nobles aux femmes parjures⁶... Dans le cas des nobles, la parole faisait foi, le *serment suffisait*, au besoin confirmé par d'autres co-jureurs... Face à une telle autorité, la contestation ne trouvait comme seul recours

que Dieu : contre la parole [des puissants...] on ne pouvait guère étayer ses dires que par ordalie, à moins de renoncer à sa cause ou de passer une transaction. [Le duel] judiciaire était réservé aux nobles, parties égales quant au poids de leur parole...

Distinguer conduites ordaliques et conduites suicidaires

A. Charles-Nicolas et M. Valleur⁷ notent bien, en tout cas, sans pourtant lui donner toute l'importance qu'elle mérite, cette différence entre une conduite suicidaire et ordalique. L'ordalie ne vaut qu'appuyée sur la mort : si le risque



est premier, la mort est seconde. La sentence de mort éventuelle n'est prononcée qu'après l'épreuve qui en décide mais ne la comporte que comme *accident* ... Il s'agit de recueillir des traces (mutilations, etc.) : seul un signe extérieur peut venir *garantir* l'intérieur (de la loi)..., étant entendu que dans le langage, justement, cet extérieur n'est pas productible : il n'y a pas d'extérieur ! Et conséquemment,

aucune garantie qui tienne ! Ainsi donc, les auteurs repèrent de véritables « *toxicomanes du suicide* », pour lesquels il est évident qu'ils ne peuvent être épinglés comme « *toxicomanes* » que dans l'exacte mesure où ils ne meurent pas ! Ils organisent à leur manière l'épreuve de la mort sous la forme d'une approche « *jusqu'à, mais pas tout...* » de la limite... La trace doit venir du réel, et l'Autre « faire signe ». Pour marquer clairement l'écart entre ces deux types de conduite, notons que la conduite suicidaire doit s'entendre comme celle qui a la mort *en visée*⁸. La conduite ordalique, elle, n'a la mort que comme *butée*, assurance pour un *au-delà* – la garantie de l'Autre – qui en est la visée. Une chose est de *risquer sa vie*, de la mettre en jeu, une autre de la détruire ! Il s'agit d'un déplacement sensible : que la mort *réelle* vienne ponctuer *accidentellement* cette démarche – et que l'accident ne soit pas gratuit – est cependant secondaire, même s'il donne son sel à l'épreuve : la mort – qui donne sa consistance symbolique – n'est que ce qui vient donner du crédit à l'Autre. Il s'agit donc d'un enracinement dans la pulsion de mort, *au delà du principe de plaisir*, pas d'un compromis symptomatique névrotique, même si, à l'occasion, cela peut en prendre la forme... La dimension mortifère vient désigner ce point (d'horreur) mortel de la fiabilité du sujet – la portion de chair à livrer qui constitue la perte pure du sujet parlant. La passion aussi vise ce point réel, innommable, au delà du principe de plaisir, où s'enracine la pulsion de mort... On remarquera dès lors que si la psychologie ne veut pas prêter l'oreille aux manifestations de l'inconscient, qu'elle stérilise le signifiant et que, tel Œdipe, elle s'aveugle de savoir – ce qui l'empêche simplement de voir ça : ce point mortel est le seul qui garantisse que la vie vaille... Le risque est alors concentré sur ce point de fascination du sens de la vie, dont on sait (cf. Montaigne ou Platon, e.a.) qu'il n'est atteint que par celui de la mort : l'inconscient se *réalisant*, selon l'aphorisme lacanien, au futur antérieur : *j'aurai été...*

La mise en jeu de la mort comme garantie de la vie

On voit de la sorte que le fondement historique de l'ordalie est d'autant plus instructif et éclairant qu'il nous montre comment cette mise en jeu de la mort, comme assurance négative de



la vie, peut se faire par procuration : l'*identification au héros* devient ici garantie illusoire de l'être dès que la lutte se joue sur *fond de mort* : au plus près de la désignation féodale du champion. Souvenons-nous à ce propos que, depuis les jeux antiques, chaque sport comporte essentiellement ce risque (*aller au bout de soi-même* ! est le *leitmotiv* du commentateur sportif qui n'a pourtant aucune idée de ce qu'il énonce comme effet de vérité), et la recrudescence sociale de la prise de risque se double – édulcorée – du spectacle de la mort. On peut se convaincre de la place de ce phénomène si l'on observe la multiplication des *records* et tentatives plus ou moins farfelus qui ont ceci en commun de faire partager un risque. Rien n'est enlevé à l'*exploit* s'il est accompli en toute sécurité... Sauf justement le goût de la mort ! Il est certain que tel spectacle prend tout son prix d'être conçu autour d'un danger. Ceci explique aussi l'accroissement de spectacles de cascades ou d'émissions où le danger et « l'aventure » sont donnés en pâture au peuple : *panem et circenses*⁹ reste, à n'en pas douter, le refrain. Et s'il est certain que jadis les chemins n'étaient pas *sûrs*, ce qui donnait tout son prix, par exemple, aux pèlerinages, on peut se demander si les routes des *vacances* auraient autant de charme si les déplacements ne comportaient plus aucun danger.

Donner un espace de parole à l'inconscient

Toute passion se joue ainsi sur ce fond de mort qui fait le sel de la vie ... La conduite ordalique, où qu'elle se produise, et qu'on en soit prévenu ou non, est *inévitable*. Dans un champ où la répétition n'est pas entendue comme infinitisation des possibilités, dans le champ du « *l'engage* » où chaque acte – à entendre comme vérité du sujet – est à la fois clôture et ouverture vers une histoire dans ce qui peut se nouer entre deux sujets...

(...)¹⁰. Vivre sur la brèche, dans la singularité de la coupure, telle est la vérité de la castration qui fait l'homme et ordonne son espace. Elle répond à la logique de l'inconscient et se situe, à ce titre, au-delà de toute logique de non-contradiction. Ce que vise la psychanalyse c'est que, au-delà du jugement de Dieu, la vérité du sujet s'énonce. En référer à dieu – quel

qu'il soit, et même le dieu athée de la science – participe dès lors du leurre. Tout *jugement de dieu* est méconnaissance ou mépris de la castration qui renvoie toujours au-delà et construit le désir qui se fonde dans l'espace de l'inconscient : pure singularité... (Nécessaire, pourtant !)

Si la portée sociale de la psychanalyse doit se résumer en un « *dieu, c'est l'inconscient* », c'est en vain que la tentative d'ordonnement à *tout prix visée* par l'ordalie déboucherait sur une réponse en termes de savoir : ce serait remplacer un maître par un autre....

Le sens d'un retour à Freud – à la psychanalyse – n'est donc pas de dénoncer le discours sanitaire ou sécuritaire, mais de donner corps à un espace de parole où la vérité puisse se faire entendre : y mettre du sien à l'endroit de ce qui se produit comme dû au hasard. « *Si toute vérité transcendante est niée, si la seule vérité concevable est celle du désir qui cherche à venir au jour, il n'y a plus de vérité que celle du sujet "en souffrance". [...] L'exercice d'autorité comme l'obéissance à un ordre relèvent de la pensée magique. Mais dénoncer la pensée magique est encore faire acte de pensée magique. Par définition, tout pouvoir est usurpateur. C'est en vain cependant qu'on cherche à le détruire. Il renaît sans cesse de ses cendres car il se donne pour objet le bien public et le bien privé. C'est-à-dire qu'il se donne le droit de trancher du bien et du mal. Aussi le pouvoir et la vérité sont incompatibles...»¹¹ ●*

¹ Une première version de ce texte, plus complète, est disponible au centre de documentation de l'WSM (in-folio - 081/23.50.12).

² Licencié en sciences psychologiques et pédagogiques.

³ c'est-à-dire qu'elles participent d'une inscription de la négation d'un représentant pulsionnel... qui vient pourtant pointer le ratage de la rationalité consciente et de la sagesse attendue – mais par qui ? – d'un individu civilisé : le renoncement à la conduite dangereuse.

⁴ Pour l'essentiel, la référence historique est issue de Dominique Bartélémy – voir bibliographie / réf. 2

⁵ Op. cit., p. 32.

⁶ Les nobles convaincus de parjure perdaient tout de même (sic) de leur crédit...

⁷ « Les conduites ordaliques », in « *La vie du toxicomane* », sous la direction de Cl. Olivenstein.

⁸ par ailleurs, que cette visée puisse à tel moment devenir consciente n'est qu'un avatar de la représentation : il est au demeurant certain qu'essentiellement, il faut rechercher d'abord les choses du côté de l'inconscient...

⁹ « du pain et des jeux ».

¹⁰ L'inconscience est la méprise du sujet sur l'inconscient : l'ignorance radicale et passionnelle qui le projette dans la réassurance de la norme au détriment de la prise de parole, en acte... que rien ni personne ne saurait garantir.

¹¹ Georgan R. : bibliographie / réf. 13

Quand « prendre des risques » conduit l'adolescent dans le bureau du Procureur du Roi...

Les conduites à risque « font le quotidien » du Parquet de la Jeunesse. Que ce soit dans le cadre de la loi fédérale de 1965 sur la protection de la jeunesse ou en lien avec le décret communautaire de 1991 sur l'aide à la jeunesse, l'intervention du magistrat est multiple. Elle ne peut que s'envisager en partenariat avec les acteurs psycho-sociaux locaux. Le Procureur du Roi du Parquet de la Jeunesse de Nivelles nous en parle.

Rencontre avec **Eric Janssens**
Procureur du Roi au Parquet
de la Jeunesse de Nivelles

Entretien réalisé par **Virginie Olivier**

Au Parquet de Nivelles, les dossiers de mineurs d'âge (de 0 à 18 ans, parfois 20 ans) sont confiés à une section « jeunesse » qui s'occupe des situations de danger et de transgression les concernant.

Conduites à risque ?

Conduites à risque pour les autres mais aussi pour soi-même. Les mises en danger possibles se déclinent sous de multiples formes. Pour les uns, il s'agira de tentatives de suicide, d'auto-mutilations, ... où les jeunes disent s'en prendre à eux-mêmes parce qu'ils ne vont pas bien. D'autres jouent avec les limites de l'interdit : conduire sans permis, voler, dégrader, ..., actes ayant fréquemment des conséquences sur l'intégrité ou la propriété d'autrui. Pour d'autres encore, ce sera le milieu de la toxicomanie ou de l'alcoolisme qui les confrontera

aux situations de risque et les amènera parfois, souvent, auprès du Procureur.

Cadre d'intervention et procédure

L'intervention du Parquet se situe dans deux cas de figure :

1 - *Dans le cadre du décret de 1991 de la Communauté française sur les mineurs en danger (parents maltraitants, quartiers délinquants, ...).*

Lorsque le Service d'Aide à la Jeunesse (SAJ) est confronté aux limites de son intervention, il envoie au Parquet une note de synthèse qui fait état de la situation problématique. Le Parquet fait office de charnière entre l'aide sociale et l'aide judiciaire. Celle-ci pourra, si nécessaire, utiliser la contrainte pour faire évoluer la situation. Dans ce cas de figure, il y aura citation directe devant le tribunal de la jeunesse et c'est le Service de Protection Judiciaire (SPJ) qui mettra à exécution le cadre établi par le juge, par exemple un éloignement du milieu familial ou un maintien en famille sous conditions, un placement, une orientation pour un accompagnement, ... Le Procureur du Roi vient en appui du SPJ et veille à l'exécution de la mesure de justice, en tentant toujours d'obtenir une collaboration maximale avec la famille.

2 - *Dans le cadre de la loi de 1965 sur la délinquance :*

On y recourt lorsque les mineurs mettent autrui en danger et/ou transgressent la loi.

Tout fait de délinquance est de la responsabilité du judiciaire. C'est le procureur qui a le monopole de la décision de relais éventuel vers le juge de la jeunesse. Dans les faits, sur les quelques 5000 dossiers qui aboutissent au Parquet de Nivelles sur une année, seuls 10% environ des cas lui sont relayés. La décision est grave mais il ne faut pas pour autant dramatiser l'intervention du juge : il apporte une décision éducative pour le jeune qui a besoin d'être recadré, souvent parce qu'il y a des carences dans le milieu éducatif. Le Parquet est toujours responsable d'établir les faits et de poursuivre l'enquête à ce niveau. La mission du juge est de trouver les mesures adéquates pour répondre à la transgression, en fonction de la personnalité du jeune¹. C'est un travail lourd qui pourrait souvent être évité si le secteur de l'aide à la jeunesse disposait des moyens pour atteindre ses objectifs².

Mission éducative de la Justice

Ainsi, la grande majorité des faits tombant sous la loi de 1965 peut se régler au niveau du Parquet : déterminer les responsabilités, interpellier les éducateurs naturels (parents, entourage, école), faire indemniser s'il y a lieu et surtout apporter un appui éducatif. Pour Eric Janssens, il ne faut pas parler de délinquants mais de jeunes posant des actes transgressifs. En effet, il a pu constater au cours de ses 15 ans de pratique que ces derniers présentent finalement toujours des traits communs,



des carences, des difficultés, soit sociales, familiales ou psychologiques un peu de même nature.

Le métier de Procureur du Roi à la jeunesse est de fait « *un métier à vocation éducative et sociale* », même si son rôle premier reste de dire la loi et par là-même de remettre un cadre et des limites. Dans sa démarche, le Parquet de la Jeunesse tente d'apporter des réponses éducatives et de donner un avenir possible pour le jeune. Son rôle de tiers dans la relation entre l'ado et sa famille constitue déjà, en soi, une aide car son intervention se double de l'autorité que la loi lui concède. Le challenge pour les adolescents se situe au niveau de l'apprentissage du respect, qui passe aussi par le respect de soi-même. Le but du Procureur sera ici de les rendre acteurs de leur vie et de leur donner les outils pour qu'ils puissent évoluer favorablement : « *Même si mon intervention peut être ressentie comme une intrusion dans la vie de ces jeunes, leur donner des repères est une responsabilité sociale, politique qui m'incombe de par mon statut de Procureur* ».

Lorsqu'un jeune se met en danger ou qu'il agresse les autres, le Procureur réfléchit à la manière la plus adéquate de l'entendre et de lui donner l'opportunité de choisir ce qu'il veut devenir. Il est essentiel d'instaurer un dialogue. Le Procureur Janssens croit tout particulièrement en la force de l'énonciation : nommer un problème, c'est déjà le résoudre en grande partie ; cela permet de mobiliser les ados et les familles. « *Ce n'est pas ce que l'on fait avec le jeune qui est important, c'est le sens que cela prend* ». Une sanction, si elle est accompagnée par la mise en place

d'autres repères, est également une forme d'éducation. Selon lui, si l'on rend un cadre au jeune, il aura le pied à l'étrier pour repartir sur de bonnes bases.

L'importance du relais

Lorsqu'il est interpellé pour une transgression, si celle-ci n'est pas trop grave, le Procureur a la possibilité de classer l'aspect transgressif, de souligner qu'elle est révélatrice d'une situation problématique et de chercher à relayer vers une aide appropriée. Il est en effet essentiel de pouvoir passer le relais vers les services psycho-sociaux, les services d'aide à la jeunesse, les équipes SOS parenfants. Les situations ne doivent revenir au judiciaire que lorsque la contrainte est nécessaire, c'est-à-dire si le social ne suffit pas à enrayer le problème. Le principe est de tenter, à chaque fois, de mobiliser des ressources naturelles et d'éviter de faire « à la place de... ».

Le partenariat qui s'instaure ainsi permet de sortir du piège du cloisonnement des interventions où chacun agit dans son secteur : judiciaire, social, santé mentale. Selon Monsieur Janssens, il faut pouvoir trouver la personne ressource adéquate et la rencontrer de façon personnalisée. Il prône le rapport interpersonnel qu'il estime plus efficace que le rapport inter-institutionnel. Chaque situation est unique et la réponse apportée doit correspondre au besoin, en cohérence avec l'ensemble. Le défi est par la suite de faire le lien avec l'école, le SAJ, le quartier. Dans cette perspective, la création des AMO (Aide en Milieu Ouvert), par exemple, est intéressante³.

Une approche nécessairement plurielle

Toutes les situations relevant de la maltraitance et des conduites à risque des adolescents posent de vrais problèmes et méritent une réflexion avec une pluralité de regards qui permet de tendre vers une objectivation. C'est ce qui manque au Juge de la jeunesse et au Juge d'instruction : ceux-ci doivent prendre à chaud les décisions les plus lourdes et, paradoxalement, ils ne disposent d'aucune équipe pour les éclairer.

Dans le contexte actuel où les frontières entre le 'permis' et l'interdit sont floues au niveau de l'éducation parentale, de l'enseignement, etc., bien souvent, l'intervention du Procureur se limite à discerner la nature du problème, à indiquer les limites de la loi, et donc à remettre du cadre et proposer des solutions éducatives, en partenariat avec les proches et les autres secteurs. ●

¹ En cas de transgression et à partir de 16 ans, il est possible de renvoyer un jeune devant le tribunal correctionnel, mais cela se fait très peu à Nivelles, car on estime qu'il s'agit alors d'un échec pour tout le monde. Le principe est de trouver des réponses éducatives avant tout. Quand celles-ci ne sont plus possibles, les mesures correctionnelles sont parfois prises pour des faits extrêmement graves ou lorsque le jeune a déjà suivi un parcours et qu'il refuse toute aide, sans que l'on ait de prise sur lui.

² « *La loi (de 65) est bien faite, sa valeur éducative est remarquable. C'est l'application qui est difficile : la vraie responsabilité politique, les réponses de terrain, les possibilités de placement, le personnel et les moyens donnés pour répondre aux besoins de ces enfants les plus en difficulté sont insuffisants* », précise M. Janssens.

³ Ces institutions sont situées dans les quartiers et travaillent avec les jeunes et les familles. Elles n'ont pas de compte à rendre à l'extérieur et peuvent suivre le jeune dans toutes ses péripéties : quelle que soit l'institution qui va régler le problème, elles sont présentes et constituent en quelque sorte un relais naturel. C'est ainsi que les AMO peuvent accompagner le jeune chez le Procureur, le Juge, le Conseiller d'aide à la jeunesse et pourquoi pas pour une intervention plus thérapeutique en santé mentale.

Jeunesse en perdition ?

Jeunesse en valorisation ?

Ils se disent parfois perplexes face à l'ennui, à la détresse, à la violence, au manque de repères des jeunes générations. Ils ? Ce sont les intervenants de première ligne. Ceux qui côtoient les adolescents en classe, à la cour de récré, au centre culturel, à la maison des jeunes, en rue, au téléphone, parfois aussi au commissariat...

Il nous semblait intéressant, ici, de recueillir pêle-mêle l'avis d'animateurs, d'éducateurs, de travailleurs sociaux, de professeurs, de psychologues sur les conduites à risque des adolescents. Sont-ils, dans leurs pratiques, confrontés à ce type de faits ? Comment les interprètent-ils et que peuvent-ils faire pour y répondre ?

Table Ronde

Avec la participation de Fabrice Habchi, du Service de Santé Mentale du CPAS de Charleroi¹, Caroline Marchoul, assistante sociale à la Police Fédérale d'Ar-lon, Brigitte Tilmant, psychologue, responsable de la formation de deux équipes de Télé-Accueil (Charleroi et Namur - Brabant-wal-lon), et Baudouin Vendy, médiateur scolaire à Charleroi.

Animation et synthèse : **Sylvie Gérard, Virginie Olivier et Francis Turine**

L'intérêt porté aux conduites à risque permet de faire apparaître ou de rejoindre un constat mêlé d'inquiétude dans la mesure où il semble généralisé : un grand nombre de jeunes vivent sans projet, sans perspective de vie ni de travail. Ils sont et se traînent dans l'ennui car leur environnement social et le cadre sociétal ne transmettent guère d'éléments pouvant être repris dans une construction valorisante de vie personnelle.

A titre d'exemple, ce sont certains ados qui, dans une espèce de passe-temps désœuvré, harcèlent *Télé-Accueil* par des appels téléphoniques répétés et blagueurs pour finir, dans certains cas, par dire leur désarroi, par solliciter une aide... alors que d'autres qui s'en sortent mieux, des parents ou des grands-parents appellent le 107 pour exprimer leur inquiétude face à un ami, un fils, un petit-fils qui se drogue ou qui boit démesurément.

Ce sont aussi ces jeunes qui se saisissent d'une interpellation

policière pour utiliser l'aide proposée par le service social afin de se distancer du recours au cannabis ...

Ce sont des jeunes qui vivent dans des cités surpeuplées et peu confortables, dans lesquelles le taux de sans emplois est important. Que ce soit à l'école ou en famille, les difficultés apparaissent d'abord à partir de comportements violents, de décrochage scolaire à l'occasion desquels la problématique « à risques » apparaît : la consommation de drogue est la plus fréquente. Mais cette « prise de risques » peut être induite également par des paris formulés entre jeunes qui en sortiront grandis aux yeux des pairs s'ils réussissent ; pensons par exemple à ce pari de s'en prendre par la menace d'un couteau à un chauffeur de bus TEC.

Mais il s'agit aussi de jeunes, de plus en plus nombreux, que l'on qualifie de dépressifs et qui ont recours, par l'intermédiaire de leur médecin, à des antidépresseurs ! Sont-ce les mêmes ou d'autres

que l'on retrouve dans les services d'urgence suite à une tentative de suicide ?

Face à ces comportements qui se multiplient et qui ne peuvent qu'interpeller toute personne responsable pour tenter d'y donner une réponse, on est aux prises à des attitudes, à des habitudes qui se sont aggravées et multipliées plus vite que la capacité de la société à y réagir.

Ce n'est que très progressivement que la société accepte d'ouvrir les yeux, que les parents arrivent à se défaire d'une image narcissique et à reconnaître que ce qui n'arrive qu'aux autres leur arrive aussi, que les écoles permettent d'ouvrir leurs portes à une aide venant de l'extérieur tentant de venir enrayer le circuit infernal d'une dégradation certaine de l'ambiance par une violence croissante et de tout type.

L'isolement des structures et des instances, de leurs dirigeants et animateurs a renforcé la solitude d'une jeunesse ne trouvant plus



de repères sur lesquels se soutenir. Des initiatives se développent çà et là pour y pallier.

Un travail d'élaboration entre professeurs, au sein d'une école, avec le service de médiation scolaire et des intervenants d'un service de santé mentale, un travail de collaboration entre les écoles et les maisons de jeunes et de quartier, une recherche de valorisation du jeune via des initiatives telles que l'organisation d'expositions ou de spectacles, un attachement à créer une ambiance de

créativité, un souci permanent de se fixer collectivement un objectif pour un quartier d'une ville, sont toutes des démarches qui sont encore trop négligées de nos jours. Elles favorisent une restauration de liens sociaux, peut-être nouveaux, d'une vie sociale, d'articulations relationnelles et réticulaires.

Parler de conduites à risque, c'est aborder une multitude d'agissements. Nous n'avons pu, avec nos quatre invités, en approcher que quelques-uns. ●

▣ Les propos ont été recueillis au cours d'une rencontre où chacun a accepté d'alimenter la réflexion à partir de son cadre particulier d'intervention. La synthèse est le reflet d'un débat qui reste inachevé tant la thématique abordée touche de près et de loin aux questions de bien-être des jeunes, de la famille, de l'école, des quartiers, de la société...

¹ Le SSM de Charleroi s'est spécialisé en créant un service toxicomanie et en développant tout un travail de prévention des conduites à risque, notamment dans les écoles de la région.

Télé Accueil

13% des 23.000 appels (à contenus) réceptionnés en 2003 émanent de jeunes de moins de 18 ans. De plus, énormément de parents et de grands-parents sollicitent Télé-Accueil parce qu'ils sont inquiets des attitudes violentes de leurs (petits-)enfants.

Souvent, la tentation, lorsque l'on est à l'écoute d'un problème, est de passer le relais vers un service spécialisé. Pourtant, c'est important d'apporter une écoute. D'entendre aussi les ressources du jeune, de le prendre comme partenaire et de réfléchir avec lui.

De même, lorsqu'un parent nous sollicite, la tentation est forte de concentrer l'attention sur le jeune. Nous cherchons toutefois à nous centrer aussi sur le parent, à l'écouter, à comprendre ce qu'il recherche, à l'aider à trouver les moyens de se positionner par rapport à son enfant. En se sentant entendus, ils récupèrent une confiance, une énergie qui sera peut-être tout profit pour le jeune.

Le médiateur scolaire

Le médiateur scolaire est chargé de négocier et d'accompagner le service éducatif pour créer un climat favorable à l'enseignement. Des appels à l'aide, il y en a tous les jours à l'école. Des passages à l'acte violents aussi. Les professeurs le disent : ils sont de plus en plus confrontés à des jeunes en mal-être. « Un mal » qui touche aussi les enseignants. Un chef d'établissement passe aujourd'hui 80% de son temps dans le relationnel. C'est un combat permanent de lutter contre la banalisation de la consommation d'alcool, de médicaments, de la violence, de la sexualité, ...

Ce qui inquiète aussi le médiateur, c'est le silence de certains jeunes. Ils sont plus discrets, font « moins de problèmes » et pourtant, ce sont parfois les jeunes les plus vulnérables.

L'ennui, le manque d'estime de soi et le « tout, tout de suite » qui encourage le passage à l'acte sont souvent à la base de bien des conduites à risque. L'école se doit de travailler la question du sens, des limites et du plaisir. Elle doit pouvoir porter un projet en partenariat avec les jeunes. Quand ils se sentent concernés, ça donne de bons résultats. C'est important aussi de créer des contacts privilégiés avec la famille, le quartier..., d'inviter régulièrement les parents à l'école.

Au travers des comportements à risque, il est important aussi d'entendre ce qui n'a pu s'exprimer autrement, de développer les ressources des enseignants, d'écouter leurs difficultés face à une société qui doit gérer les limites. Il faut offrir les moyens aux professeurs de contrer la manipulation des jeunes et penser, en amont, à la formation des enseignants, à un véritable projet d'école, à un projet de vie pour les jeunes et les adultes.

Le service social de la police d'Arlon

Le service d'aide aux victimes de l'arrondissement d'Arlon travaille tout particulièrement la question des assuétudes. Il est confronté à différents types de prise de risque chez les adolescents : fugues, taux d'alcoolémie élevé, troubles alimentaires... auxquels viennent souvent se greffer des problèmes de décrochage scolaire et relationnels.

Systématiquement, il est proposé au jeune une rencontre avec une assistante sociale chargée de l'écoute mais aussi, s'il le souhaite, d'une aide et d'un accompagnement.

L'échange est confidentiel et ne fait aucunement l'objet d'un rapport de police. Le travailleur social peut ici aussi assurer un lien avec le réseau (planning, SSM, hôpital, centre de cure).

Ce qui fait vraiment peur, c'est de voir de plus en plus de jeunes en réelle dépression. Il ne s'agit pas de crises d'adolescence. On rencontre aussi énormément de jeunes de 15-16 ans qui consomment des drogues de plus en plus fortes comme l'héroïne ou qui consomment des anti-dépresseurs.

Le SSM du CPAS de Charleroi

Le service de santé mentale du CPAS de Charleroi travaille la prévention des assuétudes notamment en réalisant un travail d'information sur le cannabis dans les écoles. Que l'on ne se y trompe pas, derrière l'action ponctuelle se profile un travail à long terme avec le secteur de l'enseignement dans son ensemble. L'occasion de se pencher, au travers de débats, de projections cinématographiques, d'organisations d'expositions, ..., sur les questions de violence, de climat de classe difficile, de conduites dangereuses. Un travail de prévention donc qui s'accompagne d'une aide thérapeutique avec la possibilité pour le jeune et/ou sa famille d'être reçu au centre de santé mentale. En quelques années, la demande a explosé. Les parents sont particulièrement demandeurs.

J'ai commencé à fumer mes premières cigarettes à l'âge de 14 ans. Pourquoi ? Je n'en sais rien. Je sais les conséquences auxquelles je m'expose en consommant du tabac, et néanmoins, le plaisir physique qu'apportent les bouffées de fumée l'emporte sur l'impérieuse question de ma santé. Mon état d'esprit est à peu de chose similaire concernant le cannabis ; ce qui ne m'empêche pas de considérer les autres drogues dites « dures » de manière radicale. J'estime, en effet, qu'elles n'ont pas la vocation d'amener un certain bien-être. Selon moi, la législation du cannabis aurait entre autres l'effet positif de supprimer le goût de l'interdit. Ce goût de l'interdit qui amène quantité de jeunes en mal d'autorité à s'accoutumer. ●

Damien

La 1ère fois, je pensais que c'était une tentative de suicide : je me faisais mal avec un cutter mais pas fort ; j'avais encore peur...

Ça me faisait mal intérieurement mais pas à l'extérieur, disons que je sentais quelque chose, mais c'était agréable. (...) Dès la première fois, je me suis aperçue que ça me faisait du bien « je prenais mon pied » et surtout pendant mes cours, je me sentais enfin différente (mais ça c'est autre chose).(...)

Pendant mon rituel, je me moque de tout, qu'il y ait une fusillade à côté de moi, que la terre ne tourne plus, que le soleil se meurt, etc... Tout ce qui importe, c'est mon bras, mon sang, mon angoisse, la sentir devenir plus forte chaque minute passant mes larmes, ma haine envers et contre tous, ma rage de crever un jour.(...)

Le « drame », c'est que la coupure évoque pour moi un sentiment de plaisir intense et derrière ça, je passe par une

phase de rituel que je n'expliquerai pas. La vue du sang me provoque une jouissance, quelque chose d'inexplicable et, j'en conviens, de totalement incompréhensible pour quelqu'un qui ne se coupe pas.

Maintenant, grâce aux médicaments, j'arrive à me contrôler mais l'envie est là, presque permanente, elle me saisit au corps et me colle du matin au soir mais je veux m'en sortir ; j'ai trop longtemps galéré.

Je ne pense pas que c'est pire que de se droguer mais c'est peut-être la même sensation, c'est une drogue en tout cas et c'est MA drogue !!

Maintenant que je regarde mes bras ... j'ai honte, j'ai mal et je pleure. ●

Alice¹

Je ne me suis pas rendu compte que mon fils consommait des drogues. Ce qui est progressivement apparu, c'est que son comportement et son cercle d'amis étaient différents. Lui qui était toujours si doux, timide et respectueux est insidieusement devenu menteur, manipulateur, agressif, défiant toutes les limites autorisées et créant ainsi des situations de conflit permanent. Peu à peu, tous nos points de repère disparaissaient et notre vie est rapidement devenue un enfer. Le père nous a abandonnés alors qu'il était petit, fuyant toute responsabilité. Je me sentais complètement démunie face à cet ado que je ne reconnaissais plus. J'ai réalisé que je devais réagir très vite pour comprendre ce qui nous arrivait et trouver des réponses. Que faire, étions-nous la seule famille à vivre cette situation ?

J'ai cherché à m'informer, à faire des recherches sur les différents produits existants, j'ai frappé à toutes les portes « médecins et institutions » qui étaient

susceptibles de m'aider. Il est difficile d'exprimer toute la douleur et le désespoir ressentis. La honte, aussi. Que s'était-il passé pour que je me retrouve ainsi en situation d'échec ? Coupable. Je me suis interrogée et j'ai compris que si d'abord je ne changeais pas d'attitude en ce qui le concernait, il avait beaucoup moins de chance de s'en sortir. Le travail effectué avec les personnes toxicomanes au sein de notre institution² m'a interpellée.

J'ai donc pris la décision de participer à un groupe de paroles pour les parents. Dans ce groupe, j'ai pu partager ma souffrance et apprendre à me remettre en question en tant que mère, en tant que personne. Là, j'ai appris que je pouvais de nouveau remettre des limites à mon fils, à lui parler comme à un jeune adulte, à essayer de le responsabiliser, à lui dire non, à me faire respecter. Il est clair que tout cela a pris du temps. J'ai vécu des périodes de doute, de désespoir. J'ai dû parfois me faire violence pour ne pas laisser tomber. Mais ce qui nous a aidés, c'est qu'au-delà de la souffrance ressentie, j'ai toujours gardé foi en la vie. Aujourd'hui, notre vie a changé. Mon fils est devenu un adulte responsable et moi je suis une maman, une grand-mère, une femme sereine. ●

¹ Témoignage diffusé sur le net :

<http://www.aapel.org/bdp/BLselfharm.html#tem>

² Groupe d'entraide : Trempline - rue Grégoire Soupart, 25 - 6200 Châtelineau - 071/24.30.24 (23)



Assuétudes :

Prévention et réduction des risques

Depuis plus de dix ans, l'asbl Zone T travaille sur le territoire andennais dans le cadre du traitement et de la prévention des assuétudes. Confluences¹ a rencontré l'équipe pour comprendre comment elle est confrontée aux comportements à risque chez les jeunes et de quelle manière elle intervient.

Zone T, asbl

Service spécialisé en matière d'assuétudes à Andenne

Le concept de conduite à risque

Pour l'asbl *Zone T*, la conduite à risque est un comportement qui peut avoir un impact néfaste sur la personne et ce tant au point de vue physique, psychique, social que judiciaire.

La consommation de produits psychotropes fait partie des comportements à risque chez les jeunes au même titre que le sport extrême, la vitesse, l'anorexie, ... Toutefois, la diversité des produits, leurs modes de consommations (boire, fumer, sniffer, injecter,...), le type d'usages (expérimental, récréatif, occasionnel, abusif) ainsi que le contexte global (personnalité, milieu socioculturel,...) sont des facteurs prépondérants quant à l'évolution du risque encouru.

En effet, l'usage abusif d'un produit peut conduire à la dépendance, la consommation par voie intraveineuse augmente le risque de transmissions des maladies infectieuses, un état sous influence peut amener la personne à prendre des risques : relations sexuelles sans protection, conduite d'un véhicule, agression,...

Evolution des conduites à risque et des habitudes de consommation

C'est avec une certaine inquiétude que les intervenants de *Zone T* observent l'évolution des pratiques de consommation. Evolution qu'il est difficile de ne pas relier avec le développement de notre propre société appelée 'société

de consommation' et dans laquelle les produits psychotropes ont toute leur place (alcool, drogues et médicaments) !!!

L'offre adressée aux jeunes est impressionnante tant pour les produits licites (*energy drinks*, tabac, cocktails d'alcool, médicaments pour étudier et autres) que pour les produits illicites (xtc, cannabis, héroïne, champignons hallucinogènes,...).

On constate sur le terrain que la consommation commence de plus en plus jeune. Il est inquiétant de voir de tout jeunes adolescents expérimenter les produits, licites ou pas, quand on sait qu'ils sont dans une période de vie qui sera, par définition, difficile. L'équipe de *Zone T* pense également que l'usage régulier de psychotropes à l'adolescence risque de déstructurer la construction identitaire de l'individu. Ces adolescents ne sont pas toujours suffisamment armés pour gérer de telles consommations et leurs parents se trouvent bien souvent démunis face à cette réalité. Ces derniers consultent plus fréquemment les services spécialisés afin d'obtenir des informations et du soutien. Ces entretiens avec parents et enfants sont importants car ils permettent de réduire le décalage entre la banalisation du jeune et la dramatisation de l'adulte et ré-instaurant un dialogue réel.

Une autre évolution est la poly-consommation : il n'existe plus vraiment un produit de prédilection mais tel ou tel produit est consommé dans la recherche d'un tel effet dans une telle situation. L'effet d'un produit est compensé par l'effet d'un autre, etc., et les mélanges de produits sont également courants.

La réduction des risques

La réduction des risques est issue du constat qu'il existe et existera toujours des personnes qui consomment des produits psychotropes (alcool, drogues, médicaments). Dès lors, il est essentiel de réduire les risques à leur égard en

les informant objectivement sur les différents aspects de ces pratiques. A ce niveau, l'asbl développe différents projets pour les usagers du service mais également pour un public extérieur.

Depuis trois ans, les éducateurs accompagnés de jobistes (pairs²) multiplient leur présence dans les milieux festifs via des stands d'informations. L'objectif de cette démarche est d'aller à la rencontre d'un public à risque qui ne consulte pas de services spécialisés.

Plusieurs informations sont disponibles au stand : des brochures spécifiques sur les différents produits psychotropes licites et illicites, sur les tatouages et *piercings*, sur les maladies sexuellement transmissibles, sur la campagne « Bob », ainsi que des préservatifs ; des folders de services relais,... Les éducateurs et les jobistes ont régulièrement l'occasion d'échanger avec le public présent et certains de ceux-ci consultent parfois le service ultérieurement.

La réduction des risques est aussi une action qui se traduit au quotidien auprès des consommateurs. En effet, il n'est pas inutile de leur rappeler certaines règles de prudence et les nouvelles informations scientifiques concernant les risques liés à leurs pratiques.

Des actions plus ponctuelles sont réalisées avec les usagers de drogues telles que le conditionnement de pochettes « Stérifix » : le « Stérifix » est une pochette vendue en pharmacie au prix de 0,50 € comprenant deux tampons alcool, deux flapsules d'eau, deux préservatifs, une brochure sur les overdoses, des infos et adresses pour le dépistage. Un groupe d'usagers de drogues réalisent le conditionnement de ce matériel au sein de l'asbl et les pharmaciens ajoutent, au moment de la vente, deux seringues. Deux objectifs sont alors atteints :

- ▶ Responsabiliser via une information précise et approfondie les usagers engagés et rémunérés, valoriser leur savoir et le diffuser auprès de leurs pairs.
- ▶ Rendre accessible les pochettes dans les officines de l'entité.

Les actions de prévention

En matière de prévention des assuétudes, l'asbl *Zone T* développe différentes actions en fonction du public et de sa demande.

Face à cette évolution, l'intérêt de sensibiliser et/ou de former un public adulte (tant les professionnels que la population en général) prend tout son sens. Par le biais de modules de formation et de conférences, *Zone T* ouvre le dialogue pour permettre à chaque adulte de devenir acteur de prévention. En effet, mieux connaître le problème, savoir quelle attitude adopter et quel discours tenir face à l'adolescent permet de crédibiliser les adultes dans leur rôle éducatif.

Les jeunes sont également concernés par les actions de prévention. Que ce soit par l'intermédiaire des parents, des mouvements de jeunesse ou des établissements scolaires, les intervenants psychosociaux vont à leur rencontre. Ces entretiens ou animations de groupe sont principalement interactives et visent la responsabilisation et la promotion de la santé. ●

● **Zone T** est un service de première ligne. Il existe depuis plus de dix ans et s'occupe des problèmes liés à la consommation de produits psychotropes. Une équipe pluridisciplinaire constituée de psychologues, assistantes sociales, éducateurs et médecins offre toute une série de services allant de la prévention au traitement en passant par la réduction des risques.

L'asbl est accessible tous les jours de la semaine entre 9 et 17h ; un groupe de soutien aux proches se tient tous les 3^{èmes} mercredis de chaque mois de 19h30 à 21h30.

Le territoire couvert par Zone T comprend les communes d'Andenne, Assesse, Fernelmont, Ohey et Gesves.

Le service bénéficie du soutien de la Ville et du CPAS d'Andenne, de la Région Wallonne et du Ministère de l'Intérieur.

Zone T asbl : 18, rue de l'Hôpital - 5300 Andenne
tel. : 085/ 84.50.61 - zone.t@skynet.be

¹ Entretien réalisé par Virginie Olivier, avec l'aide de Muriel Genette – Synthèse de la rencontre : Anne Tellier, coordinatrice de l'asbl.

² Il s'agit de jeunes appartenant au milieu festif (pairs) sensibilisés à la réduction des risques. Ils sont recrutés via *Infor-jeunes*, les maisons de jeunes, les services spécialisés ou parfois même sur le terrain. Après une journée de formation délivrée par les intervenants spécialisés, ils accompagnent ces derniers sur les stands d'info. Ces prestations sont rémunérées (jobistes) via une collaboration avec l'asbl *Modus Vivendi*.



Les conduites à risque chez les ados anorexiques-boulimiques

Les équipes de Centres de Planning Familial¹ sont confrontées à des demandes multiples. Certains centres sont amenés, par exemple, à intervenir pour des situations d'anorexie-boulimie. Cécile Artus s'est intéressée tout particulièrement à ces problématiques. Elle souligne la nécessité de développer une approche spécifique de ces situations qui inclut une étroite collaboration avec le réseau.

Cécile Artus, Psychologue,
Responsable du Centre de Planning
Familial des FPS de Libramont

Pour être optimale, la prise en charge des jeunes filles² souffrant d'anorexie-boulimie doit être pluridisciplinaire. Donc, un réseau de partenaires doit être développé entre le médecin traitant, le psychologue, le nutritionniste et, selon les cas, le kinésithérapeute. L'approche artistique peut aussi être une valeur ajoutée, qu'il s'agisse de théâtre, de peinture, de sculpture,...

Les objectifs à atteindre sont l'expression des émotions et l'accord avec son corps.

Se priver de nourriture ou manger sans limites sont déjà en soi des conduites à risque pour la santé mentale et physique. Toutefois, certaines adolescentes avec des troubles alimentaires présentent des conduites à risque surajoutées qui se déclinent selon trois modes d'expression : la dépendance, l'idéation de mort, les atteintes corporelles telles que la scarification.

La dépendance

« Je pense le soir en me couchant à ce que je vais manger le lendemain ».

« Je note tout ce que j'absorbe dans un cahier repas par repas ».
« Je n'arrive plus à étudier mes cours parce que mon esprit est entièrement occupé par la bouffe ».

Le mal-être s'exprime à travers une relation de dépendance et d'obsession à la nourriture. Mais cette dépendance n'est pas comparable, au niveau curatif, à la dépendance à la drogue ou à l'alcool. En effet, il n'est pas question de sevrer la jeune fille de toute alimentation. Au contraire, il s'agit de restaurer un lien positif et équilibré avec ce qui constitue pour elle un ennemi.

L'idéation de mort

« J'en ai marre de vivre. Je ne mérite pas de vivre : je fais souffrir toute ma famille alors que c'est elle que j'aime le plus. Je veux mourir. C'est facile d'en finir : j'ai plein de médicaments à la maison ».

Ce sont les paroles de Jessica après plus ou moins 10 heures de crise de boulimie et de vomissements. Le trouble alimentaire qu'elle vit ne lui a laissé aucun répit : psychologiquement et physiquement, elle est épuisée et ne voit d'autre issue que le suicide.

« En bio, cette semaine, on a vu les effets de la dénutrition. C'est facile pour moi : je connais toutes les séquelles comme les palpitations du cœur, les chutes de tension, les cheveux qui tombent, les ongles qui cassent ou encore l'ostéoporose ».

Marie est anorexique et connaît de fréquentes syncopes. Elle continue de perdre du poids et, pourtant, trouve effrayant de mourir de dénutrition. Elle a anesthésié la sensation de faim et estime qu'elle maîtrise parfaitement le processus anorexique qui, selon elle, est sensé lui apporter des avantages tels que la reconnaissance de ses camarades de classe.

Ces deux témoignages mettent en évidence que les troubles alimentaires correspondent à une lente auto-destruction alternant une élation de soi associée à une maîtrise du poids avec une dépréciation de soi associée aux séquelles physiques et physiologiques :

► Lors de la phase d'élation, les jeunes filles reconnaissent sur un plan intellectuel l'existence de la mort si elles vont au bout du processus, mais elles ne sont pas capables d'appliquer à elles-mêmes ce concept.

► Lors de la phase de dépréciation de soi, les jeunes filles peuvent avoir envie de mourir afin de mettre un terme aux souffrances multiples que les troubles alimentaires représentent. Mais, assez paradoxalement, elles ne correspondent pas au profil des adolescents suicidaires avec une capacité de passage à l'acte.

Les jeunes filles sont persuadées que les bénéfices apportés par les troubles alimentaires sont

toujours plus importants que les séquelles corporelles vécues. L'image de soi, les relations sociales et l'amour des autres sont conditionnés à la perte de poids : « *Si je perds encore trois kilos, je sais que je me sentirai mieux et que, donc, je serai mieux appréciée par mes copines à l'école* ». Pour elles, c'est impensable d'abandonner le fonctionnement anorexique-boulimique car il s'agit bien de leur seul moyen de survie. C'est de cette manière que le cercle vicieux s'installe.

Les atteintes corporelles

« *J'ai pris un morceau de fer et puis je me suis grattée le dos de la main jusqu'au sang parce que, après avoir vomi, je ne me sentais pas apaisée. J'avais toujours une pression à l'intérieur de moi, alors j'ai fait ça. Je n'ai pas eu mal alors que si je le faisais maintenant devant vous ça ferait mal à pleurer* ».

Quand la souffrance ressentie devient trop intense, les jeunes filles peuvent avoir recours aux scarifications, aux brûlures ou aux coupures. La caractéristique de ces actes est bien illustrée dans le témoignage : aucune douleur n'est ressentie à ce moment et un sentiment d'apaisement survient. Ces atteintes corporelles sont au-delà des mots et se situent dans une relation de maltraitance au corps, de dépréciation totale de l'image corporelle.

Comment réagir ?

Les troubles alimentaires font partie des conduites à risque présentées par les adolescents. La jeune fille vit une relation de haine à elle-même et est la proie d'angoisses qui la poussent soit à refuser toute alimentation pour contrôler ce mal-être, soit à

absorber un volume énorme de nourriture qui sera ensuite, souvent, vomie comme pour sortir de soi cette haine. L'anorexique vit dans le contrôle draconien et sévère, c'est rassurant alors que la boulimique se déteste de ne pouvoir y arriver.



La relation d'aide est difficile à mettre en place car les adolescentes anorexiques-boulimiques sont ambivalentes : « *J'ai envie de m'en sortir, mais je ne remangerai pas* », « *De toute façon, personne ne peut rien pour moi* ». Elles renvoient à l'autre leur impuissance dans une relation d'aide. Mais en même temps, elles viennent à la consultation psychologique.

Dans un tel contexte, la seule attitude semble être celle de non jugement lors d'événements tels que la scarification ou les vomissements après la crise de boulimie qui est très culpabilisante. Offrir un espace d'écoute peut déjà être sécurisant et apaiser les angoisses. L'objectif est de restaurer l'amour de soi qui fait tant défaut à ces adolescentes qui pensent le trouver dans le contrôle ou l'excès de nourriture. L'anorexie-boulimie peut entraîner la jeune fille au seuil d'une

situation de non-retour. Parfois, une hospitalisation s'impose afin d'éviter le risque vital.

La prise en charge pluridisciplinaire des troubles alimentaires doit permettre aux adolescentes de trouver le chemin de la libération, si ce n'est de la guérison.

Lors d'une consultation psychologique, une jeune fille de 15 ans a conclu en qualifiant l'anorexie de « *système sans fin* » ou « *sans faim* ». Les deux orthographes conviennent pour décrire ce trouble alimentaire. ●

¹ Les Centres de Planning Familial (CPF) poursuivent différentes missions généralistes, centrées sur la vie sexuelle et affective et sur la vie familiale en général : accueil, consultations psychologiques, sociales, médicales ou juridiques et animations. Certains centres pratiquent aussi l'IVG. Ils accueillent un public « tout venant », pas uniquement des jeunes. A Libramont par exemple, en 2003, 1/3 des consultations environ, concernaient des dossiers d'enfants ou d'adolescents. Le public et les pratiques peuvent toutefois varier sensiblement d'un centre à l'autre.

² Les situations d'anorexie-boulimie peuvent aussi se rencontrer chez des adultes, souvent suite à des problèmes non traités à l'adolescence. En lien avec le thème du dossier, l'auteur a centré son propos sur les adolescentes, exclusivement des jeunes filles, puisque, dans son expérience, elle n'a jamais été sollicitée pour des garçons à ce sujet.



Prendre le temps... aux urgences

Il existe aujourd'hui en Belgique, 3 projets « pilotes » de crise et d'urgence psychiatrique¹.

Quelles sont leurs lectures des conduites à risque des adolescents ? Comment y sont-ils confrontés et que peuvent-ils, concrètement, proposer ?

Pour tenter de mieux cerner ce que recouvre leur pratique, nous avons été reçus au Sicup à Charleroi.

Rencontre avec **Ivan Godfroid**, Psychiatre et **Véronique Michel**, Psychologue

Propos recueillis et mis en forme par **Sylvie Gérard**, avec l'aide de **Séverine Dupont**

Le SICUP se donne pour missions d'éviter l'hospitalisation du tout-venant en proposant aux patients un espace-temps qui leur permette, avec des professionnels, d'élaborer un diagnostic et de prendre le recul nécessaire face à une situation de crise ou d'urgence.

Un temps d'arrêt

Ainsi, certaines personnes se présentent, sont reçues, entendues, examinées, ... Elles profitent de l'infrastructure mise en place pour se (re)poser un instant, (se recharger ?) puis repartent, avec l'une ou l'autre adresse en poche : des services, non hospitaliers souvent, qui assurent une prise en charge psychosociale au plus près du milieu de vie de la personne. C'est la situation la plus simple. Dans d'autres cas, il est fait appel à des professionnels internes voire externes à l'hôpital (dans le cas notamment de mala-

die mentale) pour préciser un diagnostic et orienter la personne, si cela s'avère nécessaire, soit au sein du CHU, soit auprès des services extra-hospitaliers de sa région.

C'est ce qui peut être mis en place en 72h00...

Et après ? ... Après, ce n'est plus du ressort des urgences et le feed-back sur le devenir des consultants est peu maîtrisé. *Nous sommes un peu victimes de notre succès* précisent Ivan Godfroid et Véronique Michel. *Le nombre de consultants est en constante augmentation. Cela laisse peu de temps pour s'enquérir du devenir des patients. Cela ne serait d'ailleurs pas gérable pour nous.* Le Sicup, il est vrai, est à ce jour l'unique référence puisque c'est le seul service de ce type en Wallonie.

Accessible à tout public, aux jeunes aussi

Le service s'adresse au « tout venant ». Il n'est pas spécialement plus consulté par les jeunes que par les adultes bien qu'il y ait eu ces derniers temps une augmentation de fréquentation d'un public jeune, liée sans doute à la création récente au sein de l'hôpital Vincent Van Gogh d'un service spécialisé pour adolescents².

Le plus souvent, les adolescents arrivent au service de crise et d'urgence psychiatrique suite à une tentative de suicide, une auto-mutilation, ou des comportements violents..., souvent dans un contexte de difficultés relation-

● Afin de réduire le nombre d'hospitalisations et d'éviter de médicaliser et de psychiatriser les demandes d'ordre psychosocial, l'hôpital Vincent Van Gogh à Marchienne-au-Pont a mis en place deux services d'urgences « spécialisés » : un service d'urgence sociale et un service d'urgence psychiatrique.

Le SICUP (Service d'Intervention de Crise et d'Urgence Psychiatrique)³ est accessible 24h sur 24, 7 jours sur 7. L'équipe est composée d'infirmiers, d'assistants sociaux, de médecins, d'un psychiatre responsable avec deux assistants et d'un psychologue. Elle effectue auprès de chaque consultant un diagnostic, médical et psychiatrique. Selon la situation et les résultats, il est proposé à l'usager de séjourner dans cette unité de crise à raison d'un maximum de 72h, le temps de lui permettre de prendre le recul nécessaire et d'effectuer, si besoin, un bilan plus approfondi de la situation. La personne est ensuite orientée pour une prise en charge auprès des services de sa région, en ambulatoire ou en hospitalier.

Le Sicup a un potentiel de 8 lits avec 4 chambres individuelles, 2 chambres de contention (sous surveillance caméra pour les personnes présentant des états de confusion, d'agitation ou qui sont sous l'emprise d'un taux élevé d'alcoolémie) et 2 lits monitorisés (pour les personnes présentant un surdosage aux médicaments). Une salle de séjour et une salle d'attente complètent l'infrastructure de cette unité.

nelles avec les proches et/ou la famille.

La situation, telle qu'elle nous est présentée par l'utilisateur, à son arrivée, est souvent assez dramatique, notamment chez les adolescents mais très vite (après 24 ou 48h), on va vers un apaisement de la personne qui a trouvé, ici, un lieu où les choses

nuit ici pour que s'ouvrent d'autres perspectives au terme d'une discussion où elle a pu exprimer ce besoin de devenir indépendante.

Tant que le dialogue n'est pas instauré, la problématique se pose de manière récurrente. Il arrive donc qu'un jeune soit pris en charge plusieurs fois par le Sicup. Dans ce cas, le risque d'hospita-

Ici, c'est le rôle du psychologue qui est le plus important.

Les conduites à risque, les passages à l'acte violents, peuvent être, selon nous, l'occasion inconsciente ou délibérée, de provoquer la mise en mots.

Reste à se demander s'il n'y a pas lieu de privilégier d'autres alternatives, hors champ de la psychiatrie, pour amorcer, au plus tôt, avec l'aide éventuelle d'autres intervenants (le pédiatre par exemple), un dialogue avec l'enfant et tenter ainsi de prévenir tout état de crise. ●



peuvent se dire, se penser, se réfléchir. Il suffit le plus souvent de mettre en mots, de pouvoir prendre du recul, d'être entendu...

Notre principal objectif est de pouvoir mettre en place quelque chose, de permettre au jeune d'avoir un point d'ancrage après un entretien avec le psychiatre, le psychologue et, dans la mesure du possible, avec la famille. Le plus important, c'est de restaurer un dialogue et d'impulser un suivi avec les professionnels extérieurs pour qu'ils assurent le relais.

Je pense à cette jeune fille qui s'est présentée à nous, mutilée. Son visage était couvert de griffes. C'était la seule manière pour elle d'exprimer qu'elle se sentait enfermée chez elle. Il a suffi d'une

lisation est plus élevé. Mais bien souvent, 3 jours suffisent à débloquent une situation.

L'adolescent est souvent démuni face à un mal-être psychologique pour lequel il éprouve des difficultés à s'exprimer. Un adulte qui ressent une même détresse sera souvent plus à même de pouvoir en parler. Le jeune ne privilégie pas ce type d'expression. Il a plus de difficultés à trouver les mots, à identifier les émotions. Il n'a pas les mêmes ressources que l'adulte.

Le Sicup offre cet espace-temps où les choses peuvent se dire, avec d'autres, en terrain neutre. Dans notre service d'urgence, au niveau des adolescents, très peu de médicaments sont prescrits.

¹ 3 unités pilotes ont été créées en Belgique à Charleroi (CHU), Bruxelles (Brughman) et Anvers (Stuyvenberg).

² Une unité de 15 lits pour adolescents a été ouverte en psychiatrie.

³ Le SICUP est un des sites du Centre Hospitalier Universitaire de Charleroi.



Conduites à risque et passage à l'acte comme outils thérapeutiques à l'adolescence

Le passage à l'acte est un mode d'expression privilégié à l'adolescence, et les conduites à risque en constituent une des variantes les plus fréquentes. Ces attitudes mobilisent massivement l'entourage. Elles débouchent souvent sur la recherche d'une solution institutionnelle qui n'offre pourtant qu'une illusion temporaire de solution, déplaçant le problème sans le résoudre, si les nombreux facteurs de contre-investissement ne sont pas investigués et pris en compte dès la conception du projet. Comment une équipe psychiatrique peut-elle, dès lors, utiliser le contexte d'admission et les futurs passages à l'acte comme leviers thérapeutiques ?

Sophie Maes

Pédopsychiatre - Unité pour adolescents
Hôpital le Domaine - Braine l'Alleud

Habituellement, en milieu psychiatrique, le jeune n'a pas de demande personnelle lors de son admission. C'est généralement l'entourage qui porte la demande, désignant l'adolescent comme la personne à soigner. Rapidement, famille et équipe soignante sont mises en difficulté face à ses fréquents passages à l'acte.

L'enjeu se situe donc dans la conciliation entre l'importance du maintien du lien avec la famille et la reconnaissance de l'épuisement de l'équipe thérapeutique face à ces attaques du lien. Il est également important de tenir compte du risque que représentent les phénomènes d'escalade dans des comportements actés de plus en plus massifs et le phénomène de contamination propre à tout groupe d'adolescents.

Une rupture temporaire pour un maintien du lien

Notre équipe travaille dans le cadre d'une unité de psychiatrie pour adolescents qui ne prend pas les urgences en charge. La durée du séjour est habituellement d'environ 3 mois. Ceci permet d'effectuer un travail psychothé-

rapeutique tant individuel que familial au travers d'un projet hospitalier. Préalablement à l'admission, ce projet est élaboré au cours d'entretiens avec le jeune pour lequel une hospitalisation a été envisagée, le porteur de la demande, la famille, et tout intervenant du réseau qu'il nous semble important de rencontrer.

Depuis quatre ans maintenant, nous avons introduit dans notre cadre de travail l'interruption temporaire de l'hospitalisation lorsqu'il y a un passage à l'acte transgressif important. Ce point du règlement fait l'objet d'une discussion, préalablement à l'admission, entre l'adolescent, son entourage et l'équipe. Le cadre de l'interruption du séjour est ainsi organisé de manière préventive et fait partie intégrante des conditions d'admission.

Lors d'un passage à l'acte transgressif, cette disposition nous permet tout d'abord de confronter ce jeune à une limite et une règle de respect de soi et des autres, dans un frein à sa toute-puissance. Le risque d'un vécu intrusif violent et destructeur est temporisé par la séparation, tandis que les angoisses d'abandon et de rejet sont contenues par la programmation avec l'adolescent et sa famille d'un entretien de réadmission comme prévu dans notre règlement.

Le moment d'émergence d'un passage à l'acte ne survient jamais par hasard. Il correspond le plus souvent à la condensation de plusieurs mouvements transférentiels du jeune sur l'hôpital et sa famille : rapproché trop important avec l'équipe soignante, vécu d'intrusion, conflit de loyauté sous-tendu par une rivalité parent-institution, angoisses d'abandon parental, remise en question du projet hospitalier initial... Ainsi, l'interruption de séjour réintroduit une distance relationnelle entre jeune et soignants, relation devenue peut-être trop chaude ou trop déloyale envers la famille.

La suspension de l'hospitalisation crée également un espace transitionnel, qui n'est ni la

prolongation de l'hôpital, ni le retour définitif à domicile. L'institution, l'adolescent et sa famille sont dans un « No Man's Land » qui permet au jeune de re-questionner le maintien de sa place au sein de sa famille et d'apaiser d'éventuelles angoisses d'abandon liées à l'hospitalisation. Les parents du jeune reprennent un rôle prépondérant dans l'organisation et la gestion du quotidien de leur enfant. C'est au tour de l'institution de faire un constat d'impuissance et de passer la main à la famille, ce qui a souvent pour effet de re-qualifier les parents. L'adolescent et sa famille renouent ainsi des liens de solidarité face à cette équipe qui les « lâche ». Ces mouvements transférentiels sont d'autant plus importants que la situation clinique est tendue au moment d'un passage à l'acte. L'inquiétude des parents est ravivée à ce moment-là et les menaces de rupture peuvent reprendre de plus belle. Raison supplémentaire pour renvoyer le jeune à domicile.

A l'issue d'une interruption de séjour, rares sont les jeunes qui ne font pas l'objet d'une réadmission. La crise générée par le passage à l'acte débouche souvent sur une gestion nouvelle du conflit par la famille et l'institution qui permet d'échapper à la reproduction des ruptures antérieures. Souvent, ces temps de suspension hospitalière sont également l'occasion de réorienter le projet hospitalier vers des solutions plus souples au sein desquelles la nouvelle créativité du système familial peut s'exprimer.

Quels enjeux pour les intervenants ?

Du côté des intervenants, cette méthode de travail nécessite la création d'un réseau autour

du jeune : famille plus ou moins élargie, réseau social, services d'aide et de protection de la jeunesse et tribunaux de la jeunesse, institutions d'hébergement ou de placement, autres hôpitaux, etc. Lorsque la fonction thérapeutique se confond avec une fonction d'hébergement, l'hospitalisation d'un adolescent présente le risque de faciliter la désinsertion familiale et sociale du jeune, abandonné aux « bons soins » de l'équipe soignante. En demandant à la famille et au réseau que, préalablement à l'admission, soit désigné un lieu d'accueil pour le jeune en cas de suspension du séjour, nous diminuons les risques de rupture qu'induit l'hospitalisation.



Les retours en week-end sont un autre moyen de lutter contre ce qu'on pourrait qualifier de « désappartenance nocosomiale¹ », dégât collatéral à l'hospitalisation. Ces retours en week-end sont de règle pendant le séjour afin d'éviter



l'effet pervers d'une hospitalisation qui se veut travailler les liens tout en les empêchant.

En exigeant de pouvoir passer la main en cas d'acting, l'équipe soignante se prémunit d'une situation d'isolement. L'hôpital ne se retrouve pas en bout de chaîne quand tous les intervenants précédents ont été épuisés. L'équipe n'est pas condamnée à réussir, ce qui limite les risques qu'elle développe un sentiment de pouvoir réparateur tout-puissant, et son corollaire, le rejet du jeune qui la met en échec.

L'approche en réseau, surtout dans les situations particulièrement difficiles, permet de partager la lourdeur de la prise en charge entre intervenants. Ceci nécessite néanmoins un cadre de collaboration clair et adéquat au sein duquel les rôles et fonctions de chacun sont définis et différenciés. C'est pourquoi la rencontre préalable des membres du réseau nous semble indispensable avant d'entamer un séjour hospitalier. En effet, la création de liens privilégiés de confiance et de respect mutuel nous semble vitale dans un projet qui vise le travail de la continuité des liens. Nous ne pouvons demander au jeune d'utiliser adéquatement son réseau d'aide si nous ne sommes pas capables en tant que professionnels de nous coordonner. De même, il nous semble extrêmement important de travailler avec le réseau d'origine du jeune et de sa famille, et non un réseau imposé de toutes pièces. Ceci implique la rencontre d'un nouveau réseau à chaque nouvelle situation. Le travail en réseau est extrêmement riche et rentable mais demande beaucoup de temps et d'énergie si on ne veut pas qu'il soit source de chaos et de dispersion. Un réseau bien articulé fournit en effet une source d'étayage différenciatrice pour l'adolescent et sa famille.

Parfois l'admission doit être différée, le temps de mettre en place la coordination. La collaboration avec des équipes d'unités de crise pour adolescents nous permet de gérer une éventuelle urgence. Il est cependant rare que nous devions faire appel à ce dispositif, l'hospitalisation psychiatrique lors d'une crise familiale ou institutionnelle se révélant le plus souvent fort relative quant à son degré d'urgence. La perspective d'une prochaine hospitalisation permet le plus souvent au système de retrouver ses

compétences pour un temps, et d'envisager plus sereinement le recours à l'hôpital psychiatrique.

Conclusions

L'interruption temporaire du séjour hospitalier en cas de transgression, associée intégralement à notre cadre de travail, nous fournit un outil thérapeutique précieux sur lequel se cristallisent de manière contenue les divers enjeux relationnels du système constitué par l'adolescent, sa famille, l'hôpital et le réseau élargi. Le cadre ainsi constitué offre au jeune des limites claires auxquelles il peut se confronter sans risquer de déboucher sur une rupture ou un renvoi définitif. Les passages à l'acte étant spécifiques et prévisibles dans la clinique adolescente, nous avons tenté d'organiser le cadre en les prévoyant de fait et en en proposant un sens et une fonction. Le passage à l'acte générateur de crise débouche ainsi sur de nouvelles perspectives co-construites avec le jeune et sa famille à cette occasion. ●

Infos :

Association le Domaine
U.L.B.-Erasmus / Unité pour adolescents
Rue Jean Lanneau, 39 - 1420 Braine l'Alleud
☎ 02/386.09.75 - 📠 02/386.09.53

[†] Pathologie contractée en milieu hospitalier

L'adolescence, une tranche de vie

Le risque fait partie intégrante de l'évolution de l'homme. Il lui permet de grandir, d'évoluer... à chacune des périodes de la vie. Pourquoi donc l'associer à l'adolescence ?

Tenter de répondre à cette question, c'est s'interroger sur l'adolescence aujourd'hui, sur le cadre et le contexte de ce passage, sur ce qui peut le fragiliser, faire impasse et éventuellement alors amener aux conduites à risque.

Tentative... pour mieux cerner, au-delà de la prise de risque, ce que recouvre la période de l'adolescence.

Ann de Braconier-d'Alcantara

Psychiatre d'adolescents

UCL St Luc CTHA - Bruxelles

Pas de vie sans risque !

Faut-il accepter l'évidence avec laquelle les concepts d'« Adolescence » et de « Comportement à risque » sont associés ? Les comportements à risque ne sont d'aucune manière l'apanage de l'adolescence. Tout au long de leur vie les sujets humains « se risquent... » au point que « la prise de risque » si elle n'est pas dépourvue de limite forme sans doute une des meilleures mesures de la santé psychique. Ce n'est donc pas tant la prise de risque qui rend l'adolescence vulnérable et dangereuse mais l'absence de limite et l'investissement pulsionnel dans l'immédiateté du temps présent.

Nous vivons dans un monde

dangereux qui manie le concept de « risque zéro ». Tout danger anticipé est un danger évitable et donc un risque inutile, pense-t-on ! Nous en sommes arrivés à opposer « prise de risque » et « sécurité » alors que tous deux sont vitaux pour le sujet humain.

A l'adolescence aussi...

S'il est abusif d'associer « Adolescence » et « Comportement à risque », il est légitime d'interroger le lien spécifique entre ces deux concepts.

Le style et les formes particulières des comportements à risque des jeunes expliquent sans doute le spot médiatique braqué sur leurs « exploits / extravagances / dérivés / mépris du danger ». Le côté spectaculaire et avant-gardiste des pratiques des adolescents fascine et terrorise. Leurs pratiques « à risque » ont toujours et par principe une longueur d'avance sur les réponses organisées et disponibles dans le monde des adultes, (les parents, les intervenants, les décideurs). Elles sont en même temps « annonce », « dénonciation » et « exorcisation » de l'emprise du monde et sur le monde.

Trois grands thèmes expliquent la particularité du lien entre « Comportements à risque » et « Adolescence » : l'initiation, la ritualisation et la question de la limite, propres à l'adolescence prise dans sa définition phénoménologique. Mais il s'agit ici de reprendre la réflexion au début : qu'est-ce que l'adolescence ?

L'adolescence, une réalité sociale...

Aujourd'hui nous assimilons l'adolescence au « temps social de la jeunesse ». Nous considérons qu'être un « ado » est une réalité sociale, avec un statut social, des droits et des devoirs.

Le devoir, outre ceux de tout citoyen mineur, c'est l'obligation scolaire et les droits sont ceux de la participation, de l'autonomisation et de l'émancipation progressive avec les responsabilités y afférentes.

Classe d'âge ou classe sociale, le groupe est artificiellement homogénéisé, analysé et instrumentalisé, 'homo-économisé', décrypté et encodé.

Une lecture chronologique découpe la vie du citoyen en tranches :

► *L'enfance*, elle-même sous-divisée en deux temps distincts, la petite enfance, autour de la naissance et l'enfance scolarisée, maternelle et primaire.

► Ensuite advient *l'adolescence*, période de « mue » qui n'en finit pas de s'étaler du début du secondaire à la fin du supérieur, ou des diverses formations à une incertaine vie professionnelle.

Ici encore des sous-périodes s'imposent, d'aucuns parlent de *l'« enfadolescence »* pour désigner ces enfants qui vivent des situations ou des conflits qui anticipent l'adolescence, de *l'« adulescence »* pour désigner ces jeunes adultes, accrochés aux bénéfices de la dépendance socio-économique ou affective de la famille d'origine,



qui dépassent la trentaine sans prendre leur envol. Autrefois, le mariage sonnait la cloche du départ pour les jeunes filles, le service militaire et l'embauche étaient pour les hommes le symbole d'entrée dans le monde adulte, monde adulte qui seul représentait « la vie pour du vrai ».

L'adolescence proprement dite est à cheval sur le temps citoyen de l'obligation scolaire de 12 à 18 ans et le temps de la majorité citoyenne, tant est acquise l'idée que celle-ci n'est en rien synonyme d'adultité'.

Plus ni « passage » ni « crise », l'adolescence est une « tranche » de vie à part entière. En effet, le mot crise qui associe en chinois les notions d'urgence et de changement ne peut s'appliquer à cette période d'adolescence sans début ni fin bien définis, qui s'écoule sur des années...

De même la définition du passage est de relier deux lieux proches l'un de l'autre. S'il s'agit de s'installer dans l'adolescence pour « vivre » sa vie d'ado, pour profiter de la jeunesse ou pour attendre patiemment d'atterrir par défaut d'initiative ou au bout du rouleau de la débrouille dans le monde des adultes, alors le concept de « passage » devient abusif.

► Arrive enfin *l'âge adulte*, numéroté, passant de la maturité au troisième âge, au quatrième et sans doute le vieillissement généralisé de la population forcera-t-il à de nouvelles catégories.

Cette lecture chronologique de l'adolescence est loin du concept de « puberté » manié au siècle passé. La nubilité était alors au cœur du débat, l'adolescence n'était pas tant un « temps social » qu'une transformation hormonale

du corps et ses conséquences entraînant un remaniement du lien.

... dans une Société en mutation

La question identitaire est apparue avec acuité lorsque la démocratisation de l'enseignement et l'émancipation individuelle ont forcé l'individu, confronté à la sexualité et au manque, à être « pour son propre compte » et à traverser un processus de

de la seconde moitié du xxième siècle - profonds remaniements du rapport au savoir et à la vérité, des rapports homme-femme et du lien à la descendance dorénavant programmable - entraînent une contestation de l'autorité des anciens et un rapport d'opposition violent entre les générations. L'adolescence s'installe sur la ligne de front, revendicatrice, explosive et militante elle investit le social comme un territoire et conquiert pied à pied les « privilèges » de l'âge adulte : compte



maturation psychique individuel autrefois réservé à une minorité, relayé par un contenant social collectif, contenant qui aujourd'hui fait défaut.

L'adolescence devient un concept « psychologique » et l'accent sera mis sur la psychologie du développement, les étapes de la croissance, la construction d'une personnalité et les modalités de dialogue au service de la communication et de l'éducation.

Les mutations dans la culture auxquelles firent face les adultes

en banque, vie sexuelle active, liberté de culte, d'opinion et de mobilité... La culture ambiante est baptisée « adolescente » et le look jeune fait modèle pour le social tout entier.

Conséquence paradoxalement inattendue : le monde des adultes perd ses attraits. Les 'ados' déploient des comportements de résistance, voire de refus des effets de la croissance ; ils cherchent à prolonger le rêve, à fuir la réalité douloureuse associée au métro-boulot-dodo, sans nouvelle récompense du monde adulte. Ils

n'en finissent pas de se chercher et de se réfléchir dans le miroir du monde identifié à Narcisse, jubilation et effondrement se succèdent...

Emergence du statut d'ado contemporain...

Qu'est-ce que l'adolescence si elle emprunte des visages si différents en quelques décennies ? Moins d'un siècle nous sépare de l'époque où le mot ne faisait pas partie du vocabulaire, où l'enfant « tombait » dans l'âge adulte comme la jeune fille « tombait » enceinte à un moment déterminé par ses origines sociales. La classe ouvrière voyait ses petits arrachés à l'enfance pour prendre une place dans la chaîne de production, pendant que les jeunes bourgeois étaient « enrôlés » dans des pensionnats aux règles strictes.

Si ni les uns ni les autres n'ont bénéficié du statut « d'ado » comme la jeunesse contemporaine, ils ont accédé au statut d'adulte dans le respect des codes et rituels qui, dans leur classe sociale respective, marquaient les étapes de la maturité. Le premier pantalon, les premiers bas nylon, ... les signes, tels des privilèges acquis, faisaient écho aux devoirs et responsabilités contraignantes d'un statut nouveau.

La conclusion s'impose à nous : l'adolescence est avant tout une production de la culture, un Phénomène. Chaque époque en souligne un aspect particulier, en exprime une facette et la met en scène sur un mode déterminé.

... dans un espace nécessairement inter-générationnel

Il s'agit d'une interprétation cul-

turelle du rapport intergénérationnel de reconnaissance d'une génération nouvelle (les suivants) par la génération « aux commandes » (les précédents). L'ordre symbolique de la succession des générations demande l'inscription du sujet dans sa génération et la reconnaissance d'une ligne symbolique de démarcation qui permet l'appartenance à, et la différence entre générations, dans la chaîne séquentielle des générations qui font l'histoire.

Cette définition met en avant le lien intergénérationnel qui constitue l'adolescence, elle ne concentre plus le poids de l'adolescence sur les épaules des seuls jeunes, acteurs et produits de la mue, mais répartit résolument les enjeux sur l'espace intergénérationnel.

L'adolescence, c'est alors la mutation du lien, effet boomerang du regard posé par l'âge mûr sur la jeunesse, effet des balises qui accompagnent ou non le grandir, effet de la reconnaissance du statut d'interlocuteur déjà inscrit dans la transmission octroyée à l'autre, effet de la place reconnue à, ou partagée avec l'autre.

L'adolescence convoque alors aux pertes (ritualisées ou non) propres à chaque génération et à l'éveil, l'initiation (ritualisée ou non) à la jouissance.

L'adolescence, une tranche de vie... ni plus, ni moins...

Cette lecture « anthropologique » de l'adolescence ne minimise ni ne banalise le travail psychique propre à l'adolescence.

Elle le contextualise et relativise ce qui aujourd'hui nous entraîne dans une 'psychologisation' et une 'pathologisation' à outrance du phénomène adolescence. Elle permet de déceler les expressions

actuelles de l'adolescence qui font « le branché ! » et détermine une « idéologie » dans le ton qui, à son insu, crée de nouvelles normes, rapidement maniées avec violence comme critère d'insertion sociale !

Ce n'est qu'avec ce recul qu'il est respectueux de revenir au « cas par cas » des situations singulières, de prendre la mesure des remous d'une traversée d'adolescence, des souffrances, défis ou tempêtes rencontrées et des forces et ressources des protagonistes engagés. Si le sujet n'est souvent qu'un frêle esquif sur l'océan de la vie, charrié par les flots de ses expériences, sa légèreté inquiétante est aussi sa garantie de flottaison.

La « prise de risque » à l'adolescence est donc une nécessité structurelle, qui pour ne pas devenir une quête folle et autodestructrice ou une escalade sans limite, exige la présence de deux générations au moins.

Répondons présents, accusons réception et soyons engagés plutôt que spectateurs ! ●



Repères et références bibliographiques

1. d'Alcantara A., Van Meerbeeck Ph., *Peau d'âmes : quelles médiations pour l'adolescence ?*, Bruxelles, De Boeck-Université, 1991 (coll. Oxalis)
2. Bartélémy D., *Moyen Âge : le jugement de Dieu I*, dans : L'histoire, M184299, 1987, pp. 30-36
3. Bawin-Legros B., *Familles, modes d'emploi : étude sociologique des ménages belges*, Bruxelles, De Boeck-Université, 1999 (coll. Ouvertures sociologiques)
4. Bawin-Legros B., *Nouvel ordre sentimental : à quoi sert la famille aujourd'hui ?*, Paris, Payot, 2003 (coll. Essais)
5. Birraux A., *Refus scolaire et difficultés d'apprentissage à l'adolescence*, dans : Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie, 37216D10, 1991
6. Bourgeois Ph., *En quête de respect, le crack à New York*, Paris, Seuil, 2001
7. Braconnier A., *Dépression à l'adolescence*, dans : Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie, 37214A10, 1993
8. Chartier J.-P., *Les Adolescents difficiles : psychanalyse et éducation spécialisée*, Paris Dunod, 1997
9. Cohn L. & al., *Risk-perception : differences between adolescents and adults*, dans : Health Psychology, 14, 1995, pp. 217-222
10. Decorte T., *Drogues et self control : l'impact d'une politique répressive formelle sur les processus spontanés d'autorégulation*, dans : Kaminski D. (dir.), *L'Usage pénal des drogues*, Bruxelles, De Boeck-Université, 2003, p. 278-297
11. Faugeron C., Kokoreff M. (dir.), *Société avec drogues : enjeux et limites*, Ramonville Saint-Agne, Eres, 2002
12. Fourez B., *Haro sur les alliances illégitimes !*, dans : Thérapie familiale, 2002, 23, pp. 201-203
13. Georjgin R., *De Lévi-Strauss à Lacan*, Paris, Cistre, 1983
14. Jamoulle P., *Business is Business : enjeux et règles du jeu de l'économie clandestine*, dans : *Déviance et société*, vol. 27, n° 3, septembre 2003, pp. 297-313
15. Jamoulle P., *La Débrouille des familles : récits de vies traversées par les drogues et les conduites à risque*, Bruxelles, De Boeck & Larcier, 2002 (coll. Oxalis)
16. Jamoulle P., *Drogues de rue : récits et styles de vie*, Bruxelles, De Boeck & Larcier, 2000 (coll. Oxalis)
17. Jeammet Ph., *Dynamique de l'adolescence*, dans : Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie, 37213A20, 1994
18. Jeammet Ph., Corcos M., *Adolescence : évolution des problématiques*, Paris, Doin, 1999 (coll. Références en psychiatrie)
19. Joubert M. (dir.), *Précarisation, risque et santé*, Paris, Editions de l'INSERM, Questions de santé publique, 2001
20. Kamiski D., *L'Usage pénal des drogues*, Bruxelles, De Boeck-Université, 2003 (coll. Perspectives criminologiques)
21. Klein M., *La Psychanalyse de l'enfant*, Paris, PUF, 1959
22. Ladame F., Jeammet P., *La Psychiatrie de l'adolescence aujourd'hui*, Paris, PUF, 1986 (Coll. Le Fil rouge)
23. Laplanche J., Pontalis J.-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1998
24. Le Breton D., *Conduites à risques : des jeux de mort au jeu de vivre*, Paris, PUF, 2002 (coll. Quadrige)
25. Le Breton D., *Passions du risque*, Paris, Métailie, 2000
26. Lepoutre D., *Cœur de banlieue, codes, rites et langages*, Paris, Odile Jacob, 2001 (coll. Poches)
27. Marcelli D., Braconnier A., *L'Adolescence aux mille visages*, Paris, Masson, 1993
28. Mises R., *Pathologies limites de l'enfance*, dans : Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie, 37201A30, 1994
29. Parsons T., Bales R., *Family socialization and interaction process*, Glencoe, Free Press, 1955
30. Percheron A., *L'Univers politique des enfants*, Paris, Armand Colin, 1974
31. Piette D., Parent F. & coll., *La Santé et le bien-être de jeunes d'âge scolaire : quoi de neuf depuis 1994 ?*, Bruxelles, Unité de Promotion Education Santé – ULB-Promes, 2003
32. Piette D., Prevost M., Boutsen M., de Smet P., Leveque A., Barette M., *Vers la santé des jeunes en l'an 2000 ? Une étude des modes de vie des adolescents de la communauté française de Belgique de 1986 à 1994*, Bruxelles, ULB, octobre 1997. Available from : <http://homepages.ulb.ac.be>
33. Valleur M., *L'Ordealie : au risque du hasard*, Frontières (UQUA Centre d'études sur la mort), 2001, pp. 18-24
34. Visier J.-P., *Développement de la personnalité chez l'enfant*, dans : Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie, 37200G10, 1991
35. Wacquart L., *Les Prisons de la misère*, Paris, Raisons d'agir, 1999
36. Werner J.-F., *Marges, sexe et drogues à Dakar : enquête ethnographique*, Paris, Karthala-Orstom, 1993
37. Williams T., *Cocaine Kids : un ethnologue chez les adolescents*, Paris, Gallimard, 1990
38. Winnicott D. W., *Jeux et réalités : espace potentiel*, Paris, Gallimard, 1999
39. Zdanowicz N., Pivont V., Reynaert Ch., *Prévenir la toxicomanie ou d'une éducation à l'amour et au désir possible*, dans *Louvain Médical*, 2001, 120, pp. 87-93
40. Zdanowicz N., *La Santé à l'adolescence : un processus d'internalisation lié à la dynamique familiale*, Thèse de doctorat en Science Biomédicales, Université Catholique de Louvain, 2001
41. Zubillaga V., *Entre hombres y culebras : devenir un homme dans un barrio d'une ville latino-américaine*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Catholique de Louvain, 2003

☛ Pour en savoir plus sur les écrits de David Le Breton, plusieurs notes de lecture peuvent être consultées sur le net :

Conduites à risque : des jeux de mort au jeu de vivre, Paris, PUF, 2002 (coll. Quadrige)
<http://ques2com.ciril.fr/n3/n3lec/n3nl22.htm>
<http://www.cahiers-pedagogiques.com/livres/fiches/liv211.html>

Passions du risque, Paris, Métailie, 3e édition mise à jour, 1991 (coll. Traversées)
<http://www.unites.uqam.ca/religiologiques/recen/16reclbreton.html>

L'Adolescence à risque : corps à corps avec le monde, Paris, Autrement, 2002
<http://www.inites.uqam.ca/religiologiques/26/26recensions/Breton.htm>
<http://perso.wanadoo.fr/citrouille/articles/oct03/socio.html>

Infos :
Une bibliographie plus détaillée est disponible au centre de documentation (In-folio ☎ 081.23.50.12)