

Patrick Alécian

Pédopsychiatre

Coordinateur clinique de la Maison de l'adolescent du Val de Marne

Psychanalyste adhérent SPP (Société Psychanalytique de Paris)

Créteil

LES FRONTIÈRES DE L'ADOLESCENT

Rhizome: *En tant que pédopsychiatre, comment définissez-vous l'adolescence ?*

Patrick Alécian: Il y a confusion, notamment au niveau des âges et des durées que comprend cette période. Chaque période culturelle apporte ses variations à la définition de cet âge. Mais il existe bel et bien un invariant de l'adolescence. Dans les années 1980 pour beaucoup de professionnels, l'adolescence commençait entre 12 et 13 ans et pouvait aller jusqu'à 25 ou 30 ans dans certaines institutions. Il y avait donc bien une réelle confusion sur les problématiques d'un jeune de 14-15 ans et de 21-23 ans. Aujourd'hui, je trouve violent d'appeler un jeune de 22 ans un adolescent et c'est aussi violent d'appeler des gamins de 10 ou 12 ans des adolescents ou des préadolescents. Je réfute même le terme d'adolescent dans le terme « préadolescent » pour ces âges-là.

L'adolescence c'est une dynamique psychique qui se développe après le plus fort de l'emprise de la physiologie pubertaire sur le corps. L'acmé pubertaire étant marquée par les premières règles pour les filles, entre 12 et 14 ans, et la première éjaculation pour les garçons, environ à 15 ans¹. Ces événements respectifs pour le garçon et la fille sont préalables aux mouvements psychiques qui passeront d'abord par une latence de quelques semaines ou quelques mois. Ces mouvements déterminent pour la latence le refoulement du récit infantile, puis l'apparition de la sexualisation du corps et de la pensée. Il y a véritablement, toutes cultures et périodes confondues, deux années qui peuvent être ciblées comme étant ce qu'est l'adolescence dans la vie des jeunes filles (actuellement vers 13-15) et des jeunes garçons (actuellement vers 15-17). Ce qui précède doit vraiment être préservé comme étant du domaine de l'enfance. Des gamins de 13 ans qui sont agités, qui font les quatre cents coups, voire qui vont aux actes extrêmes jusqu'à tuer d'autres gamins – car malheureusement ces situations sont survenues dans le Val de Marne – sont des enfants. Ce ne sont pas des adolescents. Ils ont amorcé leur taille, mais ils n'ont pas acquis la pilosité pubienne ni la mue et ne sont pas engagés dans la sexualisation des pensées. Cependant, on me parle de ces jeunes comme étant des « adolescents incasables ». Je ne suis vraiment pas d'accord.

Pour définir l'adolescence je reprends donc des notions existantes qui sont assez simples. Tout d'abord je pense que la puberté ce n'est pas l'adolescence, mais par contre il faut que la puberté soit très avancée pour que l'adolescence se déclenche.

¹ En France, ces âges sont quasiment inamovibles depuis quarante, cinquante ans.

Puis la surestimation dans le récit infantile, c'est-à-dire tout le récit que l'enfant s'est construit, sa relation au monde, à ses parents, et plus particulièrement la surestimation de ses parents – le papa roi et la maman reine –, va se transformer². Un nouveau récit va être celui imposé par la sexualisation du corps et des pensées, qui va également avoir comme effet l'inversion du contenu du récit infantile. Le papa devient « le plus con » et la mère devient « une pute » – ou alors les nouveaux conjoints des parents. En réintégrant ce processus psychique, l'adolescence ne commence que si l'inversion et le refoulement du récit infantile, ainsi que la sexualisation des pensées et du corps se font et que cette puberté-là se produit. Une fille qui a ses règles à 12 ou 13 ans aborde sa sexualisation quelques mois après que le processus de la névrose infantile ait été refoulé. C'est à partir de ce moment-là qu'elle va décider de ses choix sexuels, ses orientations, ses partenaires. Il y a bien une emprise du pubertaire sur la pensée qui se met en œuvre et cette emprise sera d'une telle violence pour la pensée que des processus spécifiques à l'adolescence peuvent émerger : des bouffés délirantes, éventuellement des troubles psychotiques, ou des recherches de substitution qui vont créer les premières addictions, la quête d'idéaux ou de figures idéales.

Le deuxième processus qui accomplit l'adolescence est l'entrée dans le monde social (au-delà de 15 ans pour la fille et 17 ans pour le garçon), marquée essentiellement par la plus ou moins grande exacerbation des idéaux et par les interactions sociétales (surtout au niveau des interdits de chaque société) et leur potentiel conflictogène avec les références familiales. Cette entrée-là est prise à partie violemment depuis trente ans par le déni des potentiels et des compétences des adolescents. Il y a cent ans une répression sur la sexualité s'exerçait. Aujourd'hui la répression tombe par le biais des performances reconnues ou non de l'adolescent sur ses compétences pour son accès au travail. Ceux qui veulent travailler très jeunes on leur dit : « non, tu continues tes études », et ceux qui ont fait des études pour travailler ne trouvent pas d'emploi. Par conséquent, le fait de trouver une place dans la vie sociale est reculé et plus encore annulé à de multiples reprises. Et on « leur joue cela » sur un mode paradoxal qui exacerbe les violences. Par exemple, aujourd'hui, quand on prend des gamins qui font un stage en classe de troisième, ils découvrent une boulangerie, un atelier de carrosserie ou le bureau de maman. Je n'ai jamais vu un gamin déçu par cette expérience. Ils sont « emballés » et ils ont envie de se lancer. Mais pour ces mêmes jeunes, quatre ou cinq ans plus tard, ce n'est pas du tout évident qu'ils aient envie de travailler. Ils ne sont pas non plus prêts à faire n'importe quoi. Enfin, les jeunes qui sont diplômés bac+5 sont pris au même piège que ceux sortis des classes à 16 ans : sans perspectives professionnelles. Je trouve qu'il y a là des violences qui amputent à l'adolescence quelque chose de son issue. Nous sommes face à un drame de notre société actuelle, qui est tellement belle et en même temps étrange et violente.

Rhizome : *Comment vous pourriez caractériser ce qu'on peut appeler aujourd'hui la catégorie des « adolescents difficiles » ?*

Patrick Alécian : Les « adolescents difficiles », le plus souvent sont d'abord des adolescents. Un bon nombre d'entre eux dont on me parle ou que je rencontre se

² C'est le moment de la brèche, dangereuse et rendant hyper vulnérable le sujet devant les prédateurs.

rétabliront après des réajustements des adultes devant et autour d'eux. Cependant, il faut tenter de caractériser certains d'entre eux qui émergent par trois aspects : d'abord un signe grave (agitation, déscolarisation, toxicophilie, auto agression³, hétéro agression⁴, sexualité erratique⁵...) les rend remarquables de plusieurs points de vue professionnels ; puis : ces faits graves se répètent ; et enfin les professionnels en intra ou inter institutionnel sont débordés.

Après trente-trois ans de pratiques directes auprès d'eux et indirectes auprès des professionnels qui s'occupent d'eux je vois un quatrième point qui est en fait le premier chronologiquement. À Créteil, je dresse actuellement un bilan sur cent situations que j'ai eues à connaître depuis sept ans. Plus des trois quarts ont leur premier trouble manifeste et repéré avant l'âge de trois ans. Mais, plus étrangement, déjà les premières réponses n'ont pas d'effet favorable sur le développement. Il faut ici se rappeler que la sémiologie somatique et psychique chez l'enfant est peu différenciée, et c'est pour cela qu'elle exige des professionnels formés au regard sur l'enfance et ses développements. Ainsi les troubles psychiques, comme des hallucinations chez l'enfant, ne peuvent être compris sur le même pré supposé que pour l'adulte. Les troubles envahissants du développement (TED) tels qu'ils sont proposés au diagnostic contemporain poussent vers de nombreux risques de passer à côté soit d'un vrai TED soit d'un autre trouble. La question aggravée de la destructivité ne survient qu'à ce moment-là par les ratages des premières réponses, souvent involontaires. Mais plus celles-ci se construisent dans le champ des pratiques sociales plus elles augmentent le risque de ratage. La destructivité se met alors en mouvement, soit temporairement soit durablement, mais dans tous ces cas avec une reprise au moment de l'adolescence par les effets surajoutés et conjugués du pulsionnel sexuel. Notre société contemporaine en rajoute une couche par ses afférences incessantes sur le monde infantile, afférences excitantes tant sur le plan des performances cognitives que le dévoilement prématuré de la sexualité adulte.

3 Scarifications, vomissements, ingestions toxiques.

4 Attaque d'objets et de personnes.

5 Comportements sexuels précoces et/ou sous influence.

6 Il s'agit de la capacité qu'acquiert le sujet au contact de sa mère, dans les premières années, à limiter ses excitations. Il interpelle directement la capacité de l'adulte à se contenir lui-même.

7 AEMO : Service d'Aide Éducative en Milieu Ouvert.

En ce sens les adolescents qui sont « difficiles » ont donc été impliqués très précocement dans leur existence à des problèmes de contenance sur leur vécu de construction de leur conscience du corps et de leurs interactions au monde, ainsi qu'au pare-excitation⁶ défailant de la parentalité à l'œuvre. À ce groupe s'ajoutent d'autres enfants qui ont été exposés à des formes d'agression, de destruction, de carence précoce et qui entretiennent une forme de destructivité dans leur vie. Chez les jeunes dont je suis l'évolution, il s'est avéré que plus de 70 % de leurs histoires ont commencé avant l'âge de trois ans par le suicide du père ou de la mère sous les yeux de l'enfant, une défenestration, la toxicomanie, des abandons ou des carences graves, le sida, des instrumentalisation...

L'enfant a une destructivité intrinsèque qui n'est pas anormale et qui est liée à une violence fondamentale. En école maternelle et en primaire nous pouvons déjà retrouver des enfants agités ou dits « hyper actifs », donc cette destructivité est déjà présente. Certains signalements seront faits, ou au mieux des AEMO⁷ lorsque la famille tient encore le coup. Selon moi, la destructivité présente chez l'enfant est sous-estimée, notamment la capacité de cette destructivité infantile à se trans-

former en de grandes destructivités sous prétexte que ce sont des enfants. Il faut prendre également en compte que la destructivité de l'enfant fait écho au processus de l'enfance, qui est lui-même animé par un processus très violent : le fait de grandir. La violence c'est quelque chose qui est en mouvement. Le dictionnaire d'Alain Rey (Rey, 2006) définit ce processus en prenant l'image du torrent, de quelque chose qui est très fort, qui charrie des pierres, de l'eau et qui peut tout casser sur son passage. Je pense qu'il faut être plus sensible et compétent à la psychologie et au développement de l'enfant. Aujourd'hui, nous avons vraiment les connaissances pour comprendre que l'enfant vit des processus psychiques et comportementaux de développement qui sont en lien avec l'environnement, et sur lesquels nous avons des réponses très opérantes à poser au sujet de la destructivité. Relisons Fernand Deligny, August Aichhorn, Sándor Ferenczi, Donald Winnicott, Célestin Freinet, Janusz Korczack, Stanislas Tomkiewicz, Jean Bergeret et John Bowlby.

Concernant le phénomène de radicalisation, je pense qu'il y a des adolescents vulnérables et qu'il y a des prédateurs sectaires en face. Les jeunes sont avalés par ces forces-là. Ces prédateurs sont extrêmement savants sur la vulnérabilité de l'enfance et de l'adolescence. Qui plus est, ces forces sont aujourd'hui décuplées par les illusions que colportent des médias modernes hyperpuissants en communication. Ma métaphore marine est que les petites vagues forment des vagues scélérates. Certains leur disent « *tu vas libérer la Syrie, ce sont des mécréants, ce sont des sales, des porcs... les purs c'est nous* ». Ce sont des jeunes qui sont sous influence et il y a une sorte de case vide à prendre. Pour d'autres c'est un jeu d'abord, ça se joue autour du cannabis, de la contrebande, et pas loin derrière il y a ces gens-là. Tout est relié, il faut beaucoup d'argent pour tout cela. Quand j'étais à Marseille au sein de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) il y a vingt ans, nous étions déjà confrontés à tout cela, là sous nos yeux. Nous le savions et nous nous le disions en 1997. Maintenant nous avons vingt ans de retard. Ce ne sont plus quelques dizaines d'enfants à Marseille, ou à la Grande Borne, ou à Paris mais ce sont des milliers d'adolescents vulnérables du côté du Jihad. Et ils ne sont pas issus exclusivement des quartiers les plus pauvres. Catherine Delcroix (Delcroix, 2005) a montré que dans les quartiers difficiles ce sont les familles les plus pauvres qui font le plus d'efforts pour protéger leurs enfants des phénomènes de radicalisation.

Rhizome: *Comment sont suivis les « adolescents difficiles » d'un point de vue institutionnel ?*

Patrick Alécian: En France la première unité psychiatrique de soins intensifs pour adolescents⁸ a vu le jour en 1986⁹. L'ouverture de cette unité spécialisée a été impulsée par les institutions sanitaires en réponse aux nombreuses plaintes des familles et acteurs éducatifs, comme les juges pour enfants ou des éducateurs à la PJJ, dans un contexte d'augmentation des tentatives de suicides des 16 à 25 ans. Les revendications dénonçaient que les adolescents n'étaient pas pris en charge comme ils le devaient dans les hôpitaux psychiatriques. L'idée de cette unité n'était plus de travailler sur le long terme avec des patients chroniques, souf-

⁸ En 1980, le Pr. Victor Courtecuisse, les Dr Patrick Alvin et Patrick Jacquin, pédiatres, ouvrent un service de médecine d'adolescents au Centre Hospitalier Universitaire de Bicêtre, qui a déjà un projet de travail avec les adolescents difficiles accueillis en pédiatrie.

⁹ En 1986, les tutelles ont confié la création de la première unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) pour les adolescents à Sceaux (FSEF) au Dr Alecian. Cette unité a démarré en comptant dix lits et 4,5 équivalents temps pleins. Parallèlement, il travaille avec la PJJ à la « Consultation familiale pour les problèmes de l'enfance et l'adolescence » puis conseiller à la DPJJ de 1984 à 2002.

frant de troubles schizophréniques, de psychoses ou de troubles maniaco-dépresseurs, mais de mettre en place des hospitalisations d'urgence pour les adolescents. Cette unité permettait de traiter spécifiquement des troubles aigus liés à cette période de l'adolescence qui peuvent se traduire, par exemple, par des bouffées délirantes, des bouffées sous toxiques, ou alors des tentatives de suicide. Ce sont aussi les années où les expressions pathologiques sont comprises sous le jour des concepts limites : états limites, dépressions limites. Préalablement, cette spécificité institutionnelle et administrative du soin en santé mentale réservée au champ de l'adolescence était inexistante. Dans les années 1980, 99% des confrères médecins et psychiatres pensaient qu'il ne fallait pas de système d'hospitalisation pour les adolescents. Le dogme relatif à la crise d'adolescence disait : « Moins il y a d'hospitalisation pour les adolescents, mieux c'est ».

Personnellement, je ne parle plus systématiquement d'hospitalisation mais d'hébergement. Une hospitalisation d'urgence est une forme d'accueil et d'hébergement d'un individu en souffrance. Toutefois, accueillir un adolescent en prenant uniquement en compte ses troubles psychiques peut être pathogène. Le projet clinique est porteur en lui-même, c'est-à-dire : comment accueille-t-on un adolescent ? L'accueille-t-on en cherchant s'il est psychotique ou pas ? Ou est-ce qu'on l'accueille plus largement ? Contextualiser la lecture et la rencontre avec l'adolescent me semblait évidemment nécessaire dans le projet clinique, puisqu'auparavant il y avait une sorte de vide de lecture dans cette contextualisation, notamment au sujet des questions familiales, transgénérationnelles mais aussi des fratries et des pairs. Par exemple, j'ai instauré d'emblée la question de la présence de la famille de l'adolescent lors d'un accueil d'urgence. Pour la lecture contextuelle, j'ai demandé que des enseignants soient présents avec moi dans une unité d'urgence ainsi qu'une assistante sociale à temps plein, ce qui a fait scandale à l'époque mais qui a finalement été accepté.

Je pense que certaines institutions missionnées auprès des adolescents en difficulté sont violentes dans l'accueil et le suivi. C'est ce que j'appelle une « attaque sur l'enfance et sur l'adolescence » : ne pas tenir compte que ces gamins peuvent effectivement être très dangereux. Par exemple, croire qu'un enfant qui était méchant en groupe deviendrait moins méchant parce que ça se passerait mieux pendant ses premiers jours en placement familial est d'une grande naïveté. Actuellement, lorsque l'enfant est placé, la majorité des professionnels et des familles sont en sous lecture des risques dont j'ai parlé plus tôt et ont une hypothèse d'accueil que j'appelle « un accueil naïf de l'enfant ». L'enfant va se calmer trois ou quatre jours en arrivant, puis certains vont recommencer à s'agiter tout de suite après et d'autres recommencer à s'agiter dans d'autres circonstances. Une autre réalité : on retrouve aussi des enfants placés qui vont mieux suite à la qualité du travail mis en place, mais un jour on va leur dire : « *Maintenant il faut aller ailleurs. Tu rentres chez tes parents, ou tu vas dans une autre famille, ou dans un Itep¹⁰, dans une Mecs¹¹, ou je ne sais où* ». À partir de ce moment-là quelque chose les renvoie à leur symptôme initial. C'est de cette manière que des jeunes arrivent comme ça aujourd'hui à l'âge de 12-14 ans. Et là nous retrouvons « les adolescents difficiles incasables ».

¹⁰ Institut Thérapeutique Éducatif & Pédagogique (ITEP).

¹¹ Maison d'Enfants à Caractère Social (Mecs).

Cette « naïveté » dans l'accueil des « adolescents difficiles » se retrouve dans différents lieux, notamment dans le domaine judiciaire ou pénitentiaire. Ce n'est pas en incarcérant un jeune ou en le transférant sans cesse d'un quartier de mineur à un autre que le jeune va arrêter de poser des problèmes. J'ai suivi la situation d'un jeune qui a fait huit maisons d'arrêts différentes en moins de six mois. C'est criminel de travailler de cette manière, pour les professionnels et pour les adolescents. La prise en charge peut favoriser la destructivité et la répétition de cette destructivité. La répétition est par essence destructive, ce qui transformera la répétition en créativité ce seront les pensées qui l'accompagneront. Aujourd'hui il y a une trentaine de structures en France qui travaillent sur ces principes, essentiellement du côté des soins et du secteur associatif éducatif (SEA ¹² dans la Drôme, l'association Jean Cotxet ¹³, Sipad ¹⁴). Les expériences du secteur public reliant l'éducatif PJJ et le thérapeutique sanitaire (exemple du Dr Gilles Barraband à Suresnes ¹⁵) ont malheureusement été abandonnées par le ministère de la Justice.

Rhizome: Est-ce que ce genre de prise en charge qui contextualise, qui englobe, existe ? Est-ce que la Maison de l'Adolescent fait partie de ce type d'institution ?

Patrick Alécian: Les Maisons de l'Adolescent (MdA) ont des analyses et des besoins définis sur des territoires localisés. Elles sont très différentes d'un lieu à un autre. La réalité des moyens internes aux MdA est dérisoire et n'offre pas d'hébergement aux adolescents difficiles, et très rarement des hospitalisations. De toute façon, ce ne sont pas ces hospitalisations-là qui seraient en mesure d'accueillir et de soigner ces jeunes. Le gros souci est que, sauf exception de prestige (Paris et Marseille), les équipes sont réduites en deçà des besoins pour ces populations. Les efforts de l'État vont vers le sécuritaire, c'est-à-dire le milieu pénitentiaire et les centres éducatifs fermés (CEF).

La MdA est une opportunité pour ces adolescents, parce qu'ils peuvent y venir et en repartir sans un système d'emprise et de contrainte sur eux. De cette manière, cela permet de revoir certains d'entre eux qui vont mal. L'idée est qu'ils pourront revenir le lendemain et s'ils n'apparaissent pas le lendemain ils pourront quand même encore revenir le surlendemain. C'est une forme de lien possible, ce qui est quand même une bonne chose, mais ce n'est pas du tout résolutif à court terme pour les « adolescents difficiles ». Les MdA sont malgré tout des « opérateurs » sur cette problématique quand ils ont une responsabilité de dispositif de travail avec l'Aide sociale à l'enfance (ASE), la justice ou l'hôpital. Ils ont un rôle sur la régulation et les échanges entre les professionnels. Mais aujourd'hui, en France, nous sommes dans une culture qui reste trop intrinsèque à chaque institution, voire à chaque association et cela occasionne de la casse. La MdA doit pouvoir transcender cela un jour. Ma deuxième métaphore marine est que la MdA pourrait aborder les diversités comme celles d'un archipel ; mais l'archipel est tellement animé dans des prés carrés que son potentiel de régulation n'est pas sollicité sur le fond. Les résistances institutionnelles sont fondées sur des expériences négatives, parce que les institutions ont eu trop de problèmes avec certains adolescents et sont devenues très méfiantes, aussi bien du côté de l'ASE que de l'hôpital. Au sein des institutions, on perçoit également une culture très administrative qui fait du mal.

¹² Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence (SEA).

¹³ Sacré Cœur à Paris et la Villa Préaut à Villiers sur Marne.

¹⁴ La structure intersectorielle pour adolescents difficiles à Nice a été créée par les Dr Roure et Dr Giordano en 2000.

¹⁵ La PJJ des Hauts de Seine et le Dr Gilles Barraband, chef de l'intersecteur, avaient créé un dispositif d'hébergement individualisé qui accueillait des adolescents difficiles. Les résultats étaient remarquables voire inattendus. Mais l'administration a cessé ce partenariat.

Chercher une réponse opératoire à tout prix pour un adolescent est devenu une telle obsession pour les professionnels que ceux qui sont en lien avec ces jeunes ne savent même plus de quel adolescent ils parlent. Ils font face à des pressions pour trouver un lieu d'accueil, un lieu de vie, ou un hôpital spécialisé pour traiter les difficultés qu'amènent ces jeunes. À côté de cela, il existe des professionnels qui sont hyper compétents. Ils ont un lien avec les adolescents, ils savent que le gamin va tout casser un jour mais qu'il pourra revenir les voir le lendemain. Malheureusement, cette compétence-là est parfois insuffisamment soutenue par l'encadrement. Il est difficile de permettre à ces professionnels-là d'être en confiance avec les équipes de soins quand il s'agit de parler d'un adolescent pour lequel il va falloir envisager quelques jours d'hospitalisation pour le calmer, ou alors lui remettre une prescription médicamenteuse. Certains éducateurs pensent que donner des sédatifs à ces jeunes font d'eux des zombies. Pour certains jeunes, le fait d'être apaisés transitoirement avec des neuroleptiques va avoir comme effet qu'ils se sentent moins persécutés, moins sous emprise, ce qui peut ouvrir l'accès au dialogue entre les jeunes et les professionnels. Au prétexte que les jeunes pourraient devenir des zombies, des éducateurs mais aussi des psychiatres refusent ces médicaments mais demandent quand même des hospitalisations. Donc nous sommes sans arrêt dans des paradoxes. Je considère beaucoup les éducateurs comme des cliniciens. Mais il peut souvent leur manquer un étayage institutionnel qui leur permettrait de renforcer leurs compétences et leurs qualités cliniques. Toutefois, quand les obstacles sont surmontés, et cela existe par exemple à la Roche sur Yon, le travail est très favorable pour l'adolescent¹⁶.

Rhizome: *Quels rôles jouent les référents pour adolescents dans cette prise en charge ?*

Patrick Alécian: Aujourd'hui des systèmes de référents pour les adolescents en situation difficile ont été mis en place à l'ASE. Les référents sont présents pour trouver une orientation, des contacts, ou pour créer un réseau de travail autour d'un enfant ou d'un adolescent psychotique. Sauf que les référents aujourd'hui servent trop à organiser un dossier qui montre toutes les étapes qui ont été franchies par le jeune. Le référent, a priori, aurait dû être une personne qui pourrait être aux côtés de l'adolescent, voire de la famille de l'adolescent, pour témoigner d'un certain nombre de choses qui sont faites, d'une qualité du lien, de la charge destructive qui a déjà été à l'œuvre mais aussi des apaisements qui existent. Le référent serait également en mesure d'être aux côtés du jeune dans un certain nombre de situations, y compris dans ses passages en prison, en consultation psychiatriques ou pédiatriques. Les référents doivent être présents en étayage de la personne de l'adolescent, qui est dans l'infantile destructif, c'est-à-dire dans des débordements de violence. Ces « adolescents difficiles » peuvent casser, tuer, sans pour autant être dans une construction criminelle comme le sont certains adultes.

¹⁶ Le Dr Anne-Marie Royer a travaillé à la création de l'inter secteur de Vendée en associant l'ASE et la PJJ, puis à la création de la MdA avec ces institutions.

¹⁷ L'unité en question mise en place par Cécile Toutant est dans l'institut Philippe-Pinel situé à Montréal au Canada.

Quand ce type de débordement survient, il leur faut parfois des années pour qu'un réaménagement interne sur ce qu'ils ont pu commettre puisse apparaître. À titre d'exemple, il existe une unité pour adolescents située à Montréal qui reçoit tous les jeunes criminels du Canada¹⁷. La cheffe de service qui a institué l'unité disait

qu'il fallait environ dix années pour travailler avec un jeune criminel. Les deux ou trois premières années le jeune ne montrera rien d'une élaboration quelconque, il n'éprouvera pas de sentiment de culpabilité, même s'il pourra la simuler. Le retour sur soi de ces actes-là chez des « adolescents difficiles », avec le parcours que je viens de vous évoquer, survient au mieux trois ou quatre ans après son arrivée. C'est à partir du moment où il prend conscience de ce qu'il a fait que le travail de reconstruction se met en place, en ayant un risque grave de suicide. Pendant ce temps, les professionnels peuvent voir que le gamin avait des dysfonctionnements dans les apprentissages, et que des problématiques précoces étaient déjà présentes. On ne peut donc pas isoler l'adolescence de ce qui s'est passé dans l'enfance.

Le référent est quelqu'un qui doit pouvoir être à un moment donné à côté d'un vrai gamin, mais aussi à côté de celui qui vient de tout casser comme un géant. Parce qu'un gamin qui s'agite, ce n'est pas le bébé de neuf mois qui hurle dans les bras de sa mère. Il hurle mais sa mère est devenue « le groupe » et c'est ça qu'il casse. Si les référents construisent cette richesse-là, une possibilité de travail se crée. Si le référent devient un gestionnaire de dossier, il a cette tentation de se protéger administrativement et juridiquement pour montrer que des choses ont été faites et nous sommes moins dans la construction des liens qui vont permettre de se représenter l'enfant ou l'adolescent, pour comprendre aussi où est sa dangerosité, sa naïveté et son infantilité.

Rhizome: *Comment faudrait-il travailler dans l'idéal avec cette catégorie d'adolescents ? Faut-il créer davantage de réseaux ?*

Patrick Alécian: Le travail en réseau autour des adolescents difficiles est une étape, certains d'entre eux implorent autour de situations complexes notamment au décours des passages à l'acte des jeunes¹⁸, les institutions n'ont plus voulu travailler ensemble. Le problème du réseau c'est sa vulnérabilité fonctionnelle par le renouvellement des partenaires, des personnes. À chaque départ, il est vulnérabilisé. Mais si une entité unifiée est mise en place autour des adolescents on est sur une obligation de continuité, ce qui engage différemment les institutions.

Il faut réellement travailler à des accueils spécifiques dans une seule institution, avec tous les partenaires professionnels qui suivent ces jeunes, et ce le plus tôt possible. C'est malheureux, mais je suis convaincu aujourd'hui que si j'avais une lecture des cas signalés dans les cellules de recueil d'information de danger au conseil départemental, je suis quasiment sûr du profil de l'enfant qui sera signalé à deux ou trois ans. Mais cette réflexion a été mal communiquée et a provoqué la création du collectif « Pas de zéro de conduite ». Quel avenir lui offre-t-on si on le laisse rentrer dans le parcours social et sanitaire comme on y entre aujourd'hui ? Un travail peut tout à fait être préfiguré pour ces enfants-là. À mon sens, le premier accueil de cet enfant – que ce soit en pédiatrie, en urgence, en placement d'urgence, dans des foyers, des établissements, ou des familles d'accueil spécialisés – devrait se faire dans un contexte qui articule tout de suite des compétences très fortes dans les domaines judiciaires et socio-éducatifs, ainsi que pédiatriques et pédopsychiatriques. Je suis de plus en plus persuadé qu'une institution unique

¹⁸ Les premiers réseaux d'adolescents difficiles ont été mis en place à la fin des années quatre-vingt à Marseille, Avignon et Libourne.

serait nécessaire pour ces enfants, pour avoir un rôle de prévention secondaire. Quand les jeunes arrivent à l'âge de 12 ou 13 ans nous avons encore accès à du travail avec eux. Mais plus tard, quand ils atteignent l'âge de 15 ans, avec l'exacerbation du pulsionnel dans le corps, la stimulation, l'excitation que ça implique, ils suscitent de la peur, au mieux à eux-mêmes, ou aux professionnels.

BIBLIOGRAPHIE

Delcroix, C. (2005). *Ombres et lumières de la famille Nour. Comment certains résistent face à la précarité.* Paris : Petite bibliothèque Payot.

Rey, A. (2006). *Dictionnaire historique de la langue française* (3^e éd. Enrichie, vol. 3). Le Robert.