

Martine Serra

Directrice départementale de la Protection
judiciaire de la jeunesse du Val de Marne
Créteil

LA PRISE EN CHARGE DES CAS COMPLEXES PAR LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE

Rhizome: Il y a-t-il une évolution positive des modes d'articulations entre les services de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et les dispositifs du champ de la santé mentale ?

Martine Serra: Seize ans après la parution de la circulaire du 3 mai 2002¹ sur les pratiques concernant les adolescents en grande difficulté, l'évolution entre les services de la PJJ et les champs de la santé mentale est positive mais nécessite une bonne articulation entre les différents intervenants au niveau territorial. La création des premières maisons des adolescents (MdA) à l'interface entre les services éducatifs et les services de santé mentale a aidé à formaliser ces liens car il existait beaucoup de projets visant à favoriser l'articulation entre la PJJ et la psychiatrie mais bien souvent ces articulations reposaient sur les liens personnels et des liens de proximité au niveau des services.

Lorsqu'elles remplissent leur rôle, les MdA sont des dispositifs interdisciplinaires et interinstitutionnels à soutenir, qui facilitent l'accès des professionnels et des jeunes de la PJJ aux services de santé mentale, avec l'inter-secteur concerné, ou en cas de crise, pour faire l'interface avec l'hôpital pour une hospitalisation. Elles offrent également des possibilités de consultation

Les services de santé mentale amenés à travailler conjointement avec les services PJJ sont les CMP qui sont principalement en lien avec les psychologues qui travaillent dans les services de milieu ouvert, ainsi que les structures hospitalières. Ces dernières sont sollicitées en cas de crises ou de nécessité d'hospitalisation d'un jeune qui va vraiment très mal, cependant les professionnels de la PJJ y font très rarement appel. Certains services bénéficient parfois de l'intervention d'un psychiatre, ce qui est de plus en plus rare mais facilite l'accès aux soins.

La continuité du soin se fait plus facilement quand c'est un psychiatre qui porte la demande à un autre psychiatre.

Rhizome: Quelles places ont les problématiques de santé à la PJJ ?

Martine Serra: La direction de la PJJ a lancé en 2013 le projet « PJJ promotrice de santé » dont l'objectif est d'améliorer la santé globale des jeunes pris en charge en agissant sur l'ensemble des déterminants de santé accessibles pendant toute la durée de la prise en charge.

¹ Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DRJJ du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des adolescents en grande difficulté.

La santé des jeunes est une priorité pour l'institution, elle est un des leviers de l'action éducative et est inscrite comme un facteur de réussite de la prise en charge.

Dans le projet de service de chaque établissement des procédures de travail concernant la santé sont formalisées et inscrites dans la phase d'accueil, dès le début de la prise en charge.

Lorsqu'un nouveau jeune est accueilli dans un établissement de placement, un premier entretien permet d'aborder avec lui et sa famille les besoins, concernant sa santé de manière globale.

Ensuite une rencontre avec l'infirmière départementale est systématiquement proposée, afin de contribuer à la réappropriation par l'adolescent des démarches de santé le concernant.

L'infirmière se rend une fois par mois dans les unités d'hébergement, ce temps de travail, sur site, d'une journée est élaboré et construit selon des modalités locales avec les équipes. Ce temps de permanence constitue le cadre permettant la rencontre entre les jeunes et l'infirmière.

Des rencontres informelles, sur des temps collectifs, comme les repas par exemple, facilitent également les entretiens infirmier et permettent d'ouvrir le dialogue avec les jeunes.

Bien qu'une attention particulière soit portée sur les jeunes en hébergement, les services de milieu ouvert et d'insertion peuvent aussi solliciter l'infirmière départementale en fonction des problématiques de santé qu'ils rencontrent.

L'infirmière par sa connaissance des différentes associations ou services de santé du territoire soutient les directions de service pour monter des actions de prévention sur site. Cela permet, par exemple, de favoriser la rencontre avec les adolescents et de pouvoir aborder la question des addictions d'autant que les éducateurs rencontrent des difficultés pour accompagner les jeunes vers des consultations individuelles et régulières.

Rhizome: *Beaucoup de jeunes suivis par la PJJ sont pris en charge en psychiatrie à un moment ou un autre ?*

Martine Serra: Sur le Val de Marne je ne connais pas le nombre exact de jeunes suivis par la psychiatrie qui sont conjointement pris en charge par la PJJ. Les cas d'hospitalisations ou de crises ne sont pas très nombreux.

Globalement, cela concerne très peu de jeunes suivis par nos services, certainement moins que par l'Aide sociale à l'enfance (ASE) dont le nombre de prise en charge est proportionnellement beaucoup plus important. L'année dernière, quatre jeunes sur la totalité des jeunes accueillis et suivis par la PJJ ont été hospitalisés en psychiatrie dans le Val de Marne. La PJJ dans ce département compte quatre unités d'hébergement dont trois foyers dits « classiques » avec une capacité de 12 places chacun. La quatrième unité est un service d'hébergement individualisé avec plusieurs modes d'accueil : hébergement en studios ou en foyers jeunes travailleurs (FJT) et en famille d'accueil la capacité est de vingt-quatre jeunes. La PJJ

compte également et un service d'insertion, une unité éducative auprès du tribunal, cinq unités de milieu ouvert, 1 200 jeunes environ sont suivis à l'année.

De manière générale le public adolescent suivi par la PJJ a beaucoup de difficulté à aller vers les soins et à consulter. Lorsque certains jeunes souffrent de difficultés psychologiques, voir psychiatriques il est parfois même difficile pour les psychologues de la PJJ d'arriver à les rencontrer.

De même lorsqu'une orientation vers un service de soins est envisagée, il faut parfois un certain temps pour arriver à accompagner le jeune à consulter.

***Rhizome:** Comment les équipes de la PJJ gèrent ces problématiques de santé mentale ?*

***Martine Serra:** Les services de la PJJ et ceux des secteurs psychiatriques se connaissent, les difficultés apparaissent surtout lorsqu'ils sont confrontés à des adolescents qui se situent aux limites des champs éducatifs et psychiatriques, c'est-à-dire considérés comme les plus difficiles.*

Ces cas difficiles, qui sont très minoritaires dans la population des mineurs suivis par la PJJ, sont pourtant un motif d'épuisement et de malaise des professionnels car cela les confronte à un sentiment d'insécurité et d'impuissance.

Du fait d'un renouvellement continu des professionnels travaillant en hébergement, on constate que les services de la PJJ ne connaissent pas suffisamment bien leurs interlocuteurs de la santé. Lorsqu'ils ne sont pas informés et formés sur les modes de prises en charge en psychiatrie et sur la façon de faire appel à ces services, ces professionnels expriment des attentes irréalistes sur la durée des prises en charge ou sur leur suite ; ou inversement, cela peut les conduire à renoncer à faire appel aux services de soin lorsqu'ils estiment par avance qu'ils ne seront pas entendus.

Les jeunes accueillis dans les unités d'hébergement du Val de Marne proviennent de toute la région parisienne. Il arrive parfois que lorsque ces jeunes arrivent au foyer ils sont déjà inscrits dans des soins et parfois ont un traitement à prendre ; il s'agit donc là pour les équipes qui les accueillent d'être particulièrement vigilants à la continuité de ces soins : en veillant à ce que les jeunes honorent les rendez-vous avec les médecins et pour certains d'entre eux qu'ils poursuivent la prise de traitement qui leur a été ordonné.

La prise en charge de ces adolescents, qui ont des problématiques psychiatriques repérées nécessite de la part des équipes de la PJJ, de ne pas « lâcher » le jeune et de rester en contact avec les services de santé qui le prennent en charge. Les éducateurs se sentent démunis lorsque les jeunes refusent de prendre leur traitement. Ils n'ont pas non plus les moyens de contraindre le jeune à consulter même s'ils constatent une aggravation de son état.

En général le CMP qui suit le jeune n'est pas le CMP de secteur du foyer ce qui rend plus délicat le fait de faire appel au service de soins de proximité.

Nous nous sommes rendus compte que s'il est particulièrement pertinent de travailler avec le CMP qui suit le jeune afin d'anticiper la crise et d'éviter les ruptures

dans les soins. Il est également souhaitable de travailler sur ces situations avec le CMP de secteur d'autant que les professionnels de la PJJ ne savent pas forcément vers quels services se tourner dans les moments de crise et en cas de nécessité d'hospitalisation, ou lorsque le jeune refuse l'hospitalisation.

Si ces questions peuvent être travaillées en amont de la crise cela permet également aux équipes de la PJJ de poursuivre la prise en charge au-delà de la crise en se sentant soutenu par le service de santé.

Un travail régulier avec le CMP du secteur permet d'apprendre à se connaître, à mieux s'articuler au bénéfice des jeunes qui nécessitent une double prise en charge.

Les services de la PJJ peuvent ainsi « s'appuyer » sur le CMP ou sur la MdA pour présenter des situations, expliquer les symptômes du jeune, les comportements et les difficultés qu'ils rencontrent avec le jeune et éviter, lorsque c'est possible, une hospitalisation.

Rhizome: Pensez-vous que les temporalités dans le milieu clinique, pédopsychiatrique et psychiatrique, sont-elles différentes de celles vécues par les professionnels de la PJJ ?

Martine Serra: Je ne sais pas si la question de fond est la différence de temporalité. Les équipes éducatives de la PJJ comme de l'ASE se retrouvent confrontées au fait que les services de pédopsychiatrie et de la psychiatrie ne souhaitent pas diagnostiquer trop tôt ou mettre une étiquette sur un enfant mineur, et les services de santé mentale peuvent avoir du mal à entendre que les services de la PJJ sont en difficulté avec le comportement de certains adolescents.

Un décalage temporel est donc perceptible entre les travailleurs sociaux et les services de soins. Bien souvent la demande formulée par les équipes arrive auprès des pys quand c'est déjà trop tard, c'est-à-dire que les équipes sont déjà dans l'idée de se débarrasser du mineur.

Les difficultés de prise en charge provoquées par le fonctionnement de certains mineurs qui peuvent parfois être très violents conduisent les équipes à des mouvements de rejet qui aboutissent à une exclusion définitive du mineur concerné pour faire cesser la difficulté ressentie par l'équipe. Face à ce phénomène, certains services de pédopsychiatrie

ou de psychiatrie se mettent en retrait lorsqu'ils perçoivent que les services qu'ils ont en face vont lâcher.

Aujourd'hui, de nombreux travaux démontrent que ces prises en charges doivent être travaillées autrement. Les cadres doivent mettre en place une organisation de travail auprès des équipes souvent démunies face à ces situations-là. L'étayage des équipes sur ces questions est fondamentale car elles ne peuvent pas « tout » attendre des services de soins.

Un véritable travail de fond est à réaliser quotidiennement par les cadres de la PJJ, notamment dans les établissements de placement afin que le projet éducatif prenne en compte ces violences et qu'elles fassent l'objet d'un traitement institutionnel.

Cela suppose de considérer la crise du mineur et sa violence comme un événement prévisible de la prise en charge, et non comme un événement entraînant la recherche de son exclusion.

Et de développer les études de cas et de développer des pratiques qui permettent d'anticiper les crises et accompagner cette violence.

Ce n'est qu'à cette condition qu'un travail conjoint peut se mettre en place.

Les services de soins attendent d'une prise en charge éducative qu'elle soit suffisamment contenante, et la prise en charge éducative doit pouvoir s'appuyer sur des soins au long cours au-delà des situations d'urgences et de crises générées par les comportements difficiles de l'adolescent.

Rhizome: Dans le cadre de la PJJ, des termes sont-ils employés pour nommer ces adolescents dits « difficiles », « incasables » ?

Martine Serra: Il n'y a pas, à ma connaissance, de terme spécifique employé à la PJJ pour désigner ces adolescents. Lorsque je travaillais en Seine Saint-Denis, une commission interdisciplinaire et interinstitutionnelle nommée « cas complexes » avait été créée dans le cadre du schéma conjoint. Elle se réunissait mensuellement et permettait aux professionnels de venir présenter les situations. Ce terme me paraît plus approprié dans la mesure où il est moins stigmatisant.

Cette commission a montré, en son temps toute son efficacité car elle permettait une élaboration commune autour de ces prises en charge.

Rhizome: Est-ce que les missions de la PJJ évoluent ? Est-il encore possible d'être dans l'éducatif avec les cas les plus complexes ?

Martine Serra: Bien souvent « les cas complexes » se situent à la frontière de l'ASE, de la PJJ et de la santé et le parcours institutionnel d'un certain nombre d'entre eux a commencé très tôt. Ces situations complexes obligent chaque institution à accepter les limites de son intervention et à travailler en réseau afin de ne pas réduire le parcours de ces mineurs à une succession de ruptures.

L'action de la PJJ qui est menée dans un cadre pénal est pleinement éducative, elle est à la fois protectrice et contraignante. La PJJ a donc, dans le parcours de ces mineurs un rôle à jouer, même si son intervention est parfois tardive et si les durées de prises en charge peuvent parfois s'avérer parfois très courtes.

