

# Non-lieux de la pédopsychiatrie

Trois structures partenariales (Service d'Hébergement Individualisé, Accueil Familial Odyssee, et Etablissement de Placement Educatif et de Traitement de la Crise) créées par convention entre la Protection Judiciaire de la Jeunesse, l'Aide Sociale à l'Enfance et le Centre Hospitalier Théophile Roussel, et articulées au 3<sup>e</sup> Secteur de pédopsychiatrie des Hauts de Seine, me permettent de poser des questions au cœur de la pratique pédopsychiatrique :  
- Peut-on faire de la psychiatrie dans des lieux a priori tournés vers d'autres objectifs ?  
- Des personnels, dont les missions sont en principe hors du champ de la santé mentale, peuvent-ils être soignants ?

**Gilles BARRABAND,**  
Psychiatre,  
Psychanalyste,  
Chef du Secteur 92i03,  
C.H Théophile Roussel,  
Montesson.

Lucien Bonnafé parlait à propos de son action thérapeutique de la « stratégie du coucou » qui va pondre dans le nid des autres. C'est une des voies que j'ai empruntées pour dégager des espaces de prise en compte de la vie psychique qui, après tout, se déploie dans un non-lieu du corps et n'est pas attachée à un espace social spécifique. Arts, lettres, médecine, vie publique et privée, éducation, pédagogie la concernent et sont concernés par elle.

L'école et la « réussite éducative », la pédiatrie, la santé publique, l'Aide Sociale à l'Enfance, la Protection Judiciaire de la Jeunesse, la politique de la ville constituent des espaces d'intervention propices à condition d'y respecter et parfois d'y introduire une « position tierce ». Tiers séparateur et triangulation sont des références théoriques de la psychopathologie bien connues. Comment tirer profit de ces repères théoriques ? Comment infléchir les conditions de cadre, de dispositifs non psychiatriques pour qu'un travail de santé mentale s'y accomplisse ?

Aucune institution n'est à l'abri de dérives manichéennes dues au retour d'une anxiété de persécution archaïque. L'étranger y est alors l'ennemi, le tiers est disqualifié, la logique d'appropriation et de maîtrise d'un ter-

ritoire où l'on se croit seul légitime, y règne. Ces positions doivent être en permanence réinterrogées et réélabores. A mon sens, les espaces les plus actifs pour ce travail de « ré-institution » sont les marges des « organisations ». A ces frontières, on rencontre les personnalités les plus concernées par le questionnement identitaire, le « métissage » culturel, la recherche des fondements de leur propre action.

## L'Etablissement de Placement Educatif et de Traitement de la Crise (EPETC)

Cet établissement est dans la dynamique recherchée : être un recours en tiers pour les équipes de foyers (ou les familles d'accueil) en difficulté avec un jeune pour lequel une menace d'exclusion se précise.

Bien souvent, les équipes de foyers aux prises avec des adolescents aux comportements agressifs divers, sont conduites à des mesures d'ordre répressif : rappel de la loi, mises à pied, mises « au vert », exclusion, voire demande de mainlevée. Dans cette spirale, on répond au passage à l'acte par un passage à l'acte qui entraîne un nouveau passage à l'acte. Au bout du chemin, il y a une demande d'hospitalisation, rarement justifiée par la structure psychique du jeune et comprise par lui comme un rejet clair et définitif dans le monde de la folie. Il y a dialogue de sourds entre les équipes éducatives débordées et quelquefois en perte et une institution psychiatrique qui oppose une fin de non-recevoir étayée sur le diagnostic du clinicien expert. Le jeune devient un « satellite » tournant autour de diverses institutions qui le repoussent.

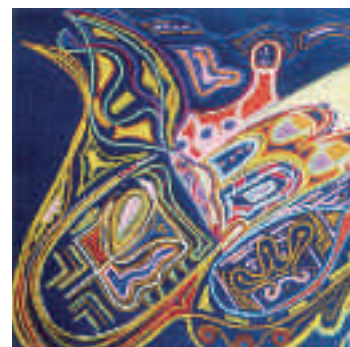
L'EPETC est un établissement éducatif avec renfort médical et non une structure de soin au sens strict, même si une activité clinique s'y tient avec toute la rigueur nécessaire. Il est constitué par une équipe éducative et une équipe de cliniciens (deux infirmiers, un psychologue et un psychiatre à mi-temps). Il est

placé sous la responsabilité conjointe du Directeur (PJJ) et du médecin (CH Théophile Roussel).

L'objectif est de permettre qu'à l'issue du placement, le jeune qui était en difficulté dans son foyer d'origine, puisse y retrouver sa place et poursuivre une prise en charge, redéfinie à l'occasion de la prise de distance permise par le placement. La continuité éducative, si souvent mise à l'épreuve pour les adolescents les plus difficiles, est ainsi préservée.

La crise, chez un adolescent est, en général, la conséquence d'interactions entre le jeune et son entourage, y compris l'entourage constitué par les professionnels qui l'ont en charge. La compréhension de ces interactions est la meilleure prévention de nouvelles crises. Notre intervention repose sur trois principes majeurs :

- La brièveté : séjour de courte durée (un mois maximum),
- La subsidiarité : ne pas se substituer aux structures médicales et éducatives existantes mais au contraire les solliciter,
- La position de tiers de l'équipe du centre de crise. Pour que cette position de tiers soit reconvenue cela suppose que l'EPETC soit perçu comme une structure étayante, de soutien aux équipes et non comme une structure d'experts disqualifiant le foyer d'origine. Il faut du temps pour que cette place symbolique soit connue, acceptée et utilisée à bon escient par les équipes. A cette condition, l'EPETC ne peut être utilisé ni comme une structure d'exclusion déguisée, ni comme un lieu miracle qui va tout régler en trois semaines.



## Quand un poste incarne une contradiction (suite)

ciation ou un centre hospitalier) qui leur facilite la tenue des comptes, en tout cas dans un premier temps. Ils peuvent salarier quelqu'un et trouver un local, mais ils doivent à terme gérer seuls ce budget-là. Ce montage crée des contradictions. C'est souvent le parrain qui gère la fiche de paie, qui s'occupe du salarié, par exemple.

Pour moi, c'est une opportunité que d'être un GEM, c'est sûr : davantage de budget, une plus grande place accordée aux patients, une reconnaissance nationale. Mais salarier quelqu'un, ce n'est pas simple, c'est un métier. Il est dommage de charger, en termes de responsabilités, les usagers de cette tâche-là.

Ce qui est important, à mon sens, c'est de créer de bonnes conditions et favoriser l'émergence de l'envie du patient car celui-ci, l'usager, n'arrive pas forcément avec une demande, une envie. On n'arrive pas avec une petite valise de désirs. Avoir un espace, et grâce au GEM, un local, c'est avoir un endroit pour se donner le temps de la rencontre, pour que les envies des uns soient porteuses, voire contagieuses. Il faut prendre en compte les difficultés, pour

mieux s'en détacher, en essayant d'être dans la subtilité, accompagner discrètement et individuellement, laisser le temps qu'il faut pour que la personne investisse des activités et arrive à se faire plaisir, tout simplement.

Le GEM Envol&Compagnie, parrainé par le Centre Hospitalier le Vinatier, apporte une rupture avec les anciennes pratiques. Avant, on avait vraiment une implication des infirmiers. Là, les infirmiers ne doivent plus participer au programme d'activités. On a constaté que ce n'est pas pour lui, mais pour faire plaisir à l'autre qu'un patient s'engage dans une activité. Or, l'autre, quand les personnes souffrent, c'est souvent l'infirmier. Je l'ai vu dans la pratique. Les personnes ne viennent pas comme ça parce qu'on leur dit qu'un GEM existe, qu'il faut y aller, que ça leur fera du bien, et que c'est elles qui décideraient de tout.

Maintenant, comment va t-on travailler ce lien-là ? Comment va t-on amener ces personnes à venir dans un collectif qui est censé être le leur ? Avec le GEM, il faut que ce soit elles qui le portent et qui le créent dans un principe d'exclusion des soignants.

Pour mettre en route le GEM, à un moment donné, les décisions doivent se prendre aussi avec les usagers. A ce jour, à Villeurbanne, c'est assez harmonieux avec les adhérents puisque l'on fonctionne depuis longtemps comme ça ; ils sont porteurs de cette histoire-là et porteurs de cette pratique. Ce que faisaient les infirmiers avant, ce sont les anciens adhérents qui arrivent à le transmettre. C'est une des contradictions qui existent dans les GEM. Alors là, ça tombe bien, car l'histoire nous aide.

C'est la contradiction, le paradoxe qui a rendu possible l'existence puis l'évolution de ce collectif, de cet espace intermédiaire entre l'univers du soin et l'univers du social. Le contexte actuel a tendance à vouloir clarifier et séparer les choses, les lieux, les fonctions... Mon poste incarne pourtant cette contradiction : salariée de l'hôpital, je travaille pour un GEM qui n'est pas, avant tout, un lieu de soins. Mais après tout, je ne suis pas soignante ! ■

**Propos recueillis par  
Christian Laval**

## Non-lieux de la pédopsychiatrie (suite)

### En conclusion

La fonction tierce, lorsqu'elle est instituée et maintenue par des équipes convaincues par le travail de pensée, ouvre des espaces thérapeutiques insoupçonnés dans des lieux non spécifiquement soignants.

Le regard clinique permis par ces dispositifs partenariaux fait progresser la prévention et l'accès aux soins de santé mentale. Une proportion non négligeable d'adolescents déjà inscrits dans une morbidité avérée ont

pu être « dépisés » et traités, soit en leur ouvrant des parcours de soins inaccessibles auparavant, soit en marge des institutions soignantes pour ceux qui les refusent, mais en maintenant un lien dans la durée avec une efficacité thérapeutique certaine.

Enfin les institutions elles-mêmes se soignent à travers de tels dispositifs qui les réinterrogent à partir de leurs limites. Ces zones frontières, éloignées de leur « cœur de métier », y

font entrer la surprise et l'étrange, les bousculent dans leurs certitudes et leurs savoirs établis. Du flou identitaire, des espaces de transition, des non-lieux du thérapeutique, surgit une vitalité dont les retombées sont saines et combattent quelque peu la destructivité interne à l'œuvre dans toute organisation. ■

