

2/2

L'articulation partenariale dans le champ de la protection de l'enfance

« Le principe de précaution indique que nous soyons tous des chercheurs¹⁾. »

Quand peut-on commencer à parler de « partenariat » ? – Bien avant le mot, la chose : des partenariats de fait, des partenariats objectifs se sont mis en place dès le début du XX^e siècle dans le champ qui nous intéresse. Peut-on pour autant parler de partenariat ? Encore faut-il s'entendre sur le sens de ce terme qui, venu du monde des affaires, a fait florès dans le champ de la protection de l'enfance²⁾, tout en recouvrant des acceptions diverses selon les interlocuteurs.

Plus une disposition d'esprit qu'un dispositif particulier – La définition que nous nous proposons d'en établir ici s'étaie principalement sur notre réflexion et notre expérience professionnelle au Derpad, ce lieu où nous rencontrons quotidiennement les différents professionnels et institutions du champ de la protection de l'enfance. De cette place d'observatoire, nous ne pouvons en effet que constater qu'il ne suffit pas de réunir différents partenaires pour que le partenariat fonctionne efficacement. Il en va du partenariat comme de la pluridisciplinarité (qui en serait la version intra-institutionnelle) : ce n'est pas la juxtaposition de professionnels différents (assistants sociaux, psychologues, éducateurs, psychiatres) qui l'établit automatiquement, mais bien plutôt l'interaction de ces différents professionnels, de ces différentes institutions, dans un objectif partagé. Autrement dit, le partenariat, de même que la pluridisciplinarité, réside plus dans une « disposition d'esprit » professionnelle que dans un « dispositif » particulier. Et pour fonctionner, il va lui falloir lever un certain nombre d'obstacles et s'organiser autour de quelques lignes directrices.

1) Bruno Latour, *Un monde pluriel mais commun*, Éd. Aubier, 2003.

2) L'expression « protection de l'enfance » est à prendre ici dans son sens structurel, concernant non seulement l'enfance, mais aussi l'adolescence, les mineurs comme les majeurs, de 0 à 21 ans.

Partenariat/Pluridisciplinarité – Ce qui les rend similaires : l'hypothèse qui les fonde, à savoir la nécessité d'un travail d'élaboration collectif et pluriel à la fois, pour parvenir à cet objectif qu'est la prise en compte d'une situation humaine dans toute sa complexité.

Ce qui les différencie : le lieu social de leur mise en exercice, une équipe uni-institutionnelle ou un travail pluri-institutionnel, autrement dit la nature unique ou plurielle de la (des) mission(s) institutionnelle(s) qui les encadre(nt).

I - UNE PERSPECTIVE HISTORIQUE POUR PENSER LE PARTENARIAT

Santé, social, judiciaire : trois pôles partenaires – Nous présentons ci-après quelques repères sur les relations institutionnelles entre santé, social, judiciaire, afin de mettre en exergue la façon dont, en France, ces trois pôles ont posé progressivement les jalons d'une « préoccupation pour l'enfant ».

Les origines – Au début, la protection de l'enfance se tisse dans une « indifférenciation » du social et du sanitaire :

- Tout d'abord, l'hôpital/hospice accueille les enfants abandonnés, par exemple l'« Hospice des enfants trouvés » de Saint-Vincent de Paul, dans une intrication du privé (œuvres caritatives) et du public (la protection sociale est un devoir de solidarité nationale depuis 1789) ;
- Ensuite, en 1849, la création de l'Assistance publique unit dans une même mission ces deux lignées professionnelles que sont le social et le médical et qui, à compter de la loi du 27 juin 1904 sur « le service des enfants assistés », accueillera non seulement les orphelins, mais aussi les enfants insoumis, « les enfants vicieux » tandis que les colonies pénitentiaires accueilleront également les enfants victimes.

Les premières actions – C'est dans ce cadre que va se constituer progressivement l'amorce d'une préoccupation maternelle et infantile. Elle aboutira du côté social au développement de la prévention par une aide matérielle apportée aux mères, imaginée comme susceptible de suppléer le recueil en hébergement des enfants comme unique protection sociale. Elle aboutira également à l'idée d'une éducation spéciale pour la petite enfance avec l'ouverture en 1908 de la première École de jardinières d'enfants préparant à un brevet professionnel. Enfin, du côté médical elle donnera lieu à la constitution de la puériculture, par la création de l'École de puériculture de Paris en 1917 et de l'Institut de puériculture de Paris en 1919, et à la naissance de la pédiatrie.

C'est également dans ce cadre qu'en 1856 le Docteur Auguste Ambroise Tardieu publie ses premiers travaux sur la maltraitance des enfants, travaux qui, du reste, firent scandale dans la « bonne société du XIX^e siècle ».

La première moitié du XX^e siècle – Mais ce n'est que dans la première moitié du XX^e siècle, que naît l'idée d'une approche individualisée en même temps que d'un regard pluriel sur l'enfant, dans le champ de ce qui ne s'appelle pas encore « l'enfance en difficulté ». La démarche s'articule autour d'un souci de repérage, de dépistage de ces difficultés. Car la logique qui va présider à l'exigence de partenariat est d'abord une logique de classification, de nomenclature, qui va requérir, pour l'établir, le concours de différents professionnels.

Cette démarche, impliquant à des degrés divers les trois ministères, Justice, Santé publique et Éducation nationale, progresse tout au long du XX^e siècle selon plusieurs lignes de force :

- du concept de discernement à celui d'éducabilité ;
- de l'enfance délinquante à l'enfance en danger ;
- du placement au milieu ouvert ;
- du répressif à l'éducatif ;
- de la protection à la prévention ;
- de l'observation à la prise en charge ;
- du déterminisme biologique à l'histoire du sujet ;
- de l'enfant à la famille.

Ainsi se constitue peu à peu le profil d'une « enfance inadaptée », ou « enfance irrégulière », avec ses sous-ensembles : enfance en danger moral, enfance difficile, enfance déficiente, enfance délinquante, enfance anormale. Et en réponse à ce profil, se constitue un ensemble de professionnels qui auront à faire avec cette enfance inadaptée. Cet ensemble composite est constitué de différents corps professionnels :

assistantes sociales, éducateurs, psychologues, neuropsychiatres infantiles, toutes professions en cours de construction dans la première moitié du siècle.



Remarque

« Enfance inadaptée » est l'appellation retenue en 1943 par le Conseil technique national de l'enfance déficiente et en danger moral, après hésitation entre cette dernière et « enfance irrégulière ».

Rappelons que la profession d'éducateur, avant d'être reconnue dans sa spécificité (création du diplôme « d'éducateur spécialisé » en 1967), s'est exercée auparavant, durant des décennies, mais en revêtant des formes et des appellations diverses, au gré des contextes institutionnels : surveillant, moniteur, éducateur sportif, etc. Il est vrai que dans le même temps les psychologues pouvaient faire office de directeurs et les instituteurs, de psychologues.

Il faut noter l'influence transversale de la psychanalyse émergente qui va modeler à des degrés divers toutes ces professions. Elle modifie radicalement l'approche de la maltraitance et de la délinquance (August Aichhorn, Donald Winnicott) en inscrivant la problématique infantile dans la dimension familiale et en élaborant le concept de « période de l'adolescence » qui se constitue en étape-clé du développement de l'enfant vers la position adulte.

Des compétences mutualisées – Ainsi se créent par exemple, à l'intersection du judiciaire et de la santé, des services où œuvrent en parallèle différents professionnels qui ont pour première vocation d'apporter des réponses à des demandes de classification et d'orientation, émanant principalement du judiciaire.

Citons pour exemple les « centres d'accueil et de triage » puis « centres d'observation » de l'Éducation surveillée (éducateurs, psychologues, psychiatres, assistants sociaux) ; et surtout, la première clinique de neuropsychiatrie infantile, créée par Georges Heuyer en 1925 au sein du « Patronage Rollet », destiné aux enfants délinquants de la région parisienne, mais aussi les aériums qui s'étaient sur une prise en charge à deux pôles : sanitaire et pédagogique.

Dans l'Instruction publique ces enfants sont aussi pris en compte, depuis la loi du 15 avril 1909¹⁾

1) Loi relative à la création de classes de perfectionnement annexées aux écoles élémentaires publiques et d'écoles autonomes de perfectionnement pour les enfants arriérés.

dans quelques classes et écoles de perfectionnement.

Côté médico-social, la création de la Sécurité sociale en 1945, marque un virage important dans l'institutionnalisation de ce secteur, formalisé en 1956 par les « annexes XXIV » du décret n° 56-284 du 9 mars 1956 (modifié par le décret n° 89-798 du 27 octobre 1989) qui développent les conditions d'une approche psychopédagogique et médico-sociale.

La façon dont, historiquement, ces différents « partenaires de fait » se sont construits autour de l'enfance en difficulté, chacun dans leur spécificité propre, en même temps que dans une interaction pluridisciplinaire, est tout à fait instructive pour réfléchir la question du partenariat.

Elle met en évidence les difficultés que doit dépasser tout partenariat pour se réaliser, obstacles au premier rang desquels on trouve la revendication d'une profession spécifique.

On pourrait en voir un exemple dans la profession de psychologue, tributaire, au moment de son apparition, d'une situation de partenariat ou de pluridisciplinarité dans une démarche diagnostique : à l'Éducation surveillée, par exemple, les tests du psychologue seront requis par les magistrats, et également dans des institutions sanitaires où ils le seront par les psychiatres.

Or cette profession en cours de construction identitaire va chercher sa propre place, son propre accès au public qui devient peu à peu le sien dans chacune des institutions où elle s'exerce et de ce fait elle sera amenée parfois à se démarquer des attentes de ses partenaires, pour exprimer les siennes propres (refus d'être cantonné au rôle de psychologue testeur, refus de rédiger des rapports pour les magistrats).

C'est pourquoi, en même temps que s'édifient au quotidien des partenariats (autrement dit, des partages de réflexions et de tâches entre différents professionnels et institutions) – et nous serions tentés d'ajouter : parce que s'édifient ces partenariats –, il existe un risque récurrent de tensions voire de conflits entre ces différentes catégories de professionnels et d'institutions.

Sur un plan plus général, il en est de même de l'articulation Santé/Justice où chacun des partenaires convoque l'autre à partir de ses propres attentes. Ainsi (en schématisant), dans cette première moitié du XX^e siècle, la Santé tente un « embargo » sur l'enfance délinquante qui, par conséquent, sera revendiquée fortement en tant que telle par la Justice.

Les années 1960 – En tout état de cause, dans les années 1960, la séparation institutionnelle entre le soin psychique, le judiciaire et l'éducatif semble parvenue à son comble, et la confrontation des différents points de vue devenue très difficile. En effet, le champ social voyait alors un danger à « psychiatriser » les situations. De fait, c'est à cette époque que s'opère la partition Aide sociale/Santé et que l'hôpital se replie sur sa dimension médicale. Il sera désormais dédié entièrement à la santé dans une triple mission : soin, enseignement, recherche.

C'est contre ce cloisonnement qui se rigidifie dans le champ de la protection de l'enfance au détriment des enfants dont celle-ci a la charge, que protestent les pédopsychiatres Michel Soulé et Jeanine Noël, dans un article de la revue *Psychiatrie de l'enfant*¹⁾, en 1971, qui rencontrera à l'époque un large écho : « Le grand renfermement des enfants dits cas sociaux ou malaise dans la bienséance ». Ils y fustigent la conception exclusivement sociale de l'aide à apporter aux enfants en danger, la grande difficulté pour les services de soin d'accéder à cette population ainsi que la structure morcelée et ségrégationniste des administrations.

Les années 1970 – *A contrario*, les années 1970 représentent une période d'ouverture. Plusieurs directives, plusieurs créations, convergent en ce sens. Les volontés politiques de développer le partenariat s'affirment nettement et s'inscrivent dans la loi : ainsi, par la loi n° 71-446 du 15 juin 1971, le nouvel article 378 du Code pénal instaure une exception légale au secret professionnel en autorisant la dénonciation de « sévices ou privations sur la personne de mineurs de quinze ans » « aux autorités médicales ou administratives chargées des actions sanitaires et sociales ».



À noter

La loi n° 81-82 du 2 février 1981, en modifiant l'article 62 du Code pénal, a précisé l'obligation de dénonciation « de sévices ou de privations infligés à un mineur de quinze ans » aux « autorités administratives ou judiciaires ».

Par ailleurs, la politique du secteur psychiatrique, mise en place par la circulaire n° 443 du 16 mars 1972 (complétée par la circulaire D 65-892 MS1 du 9 mai 1974)¹⁾, obéit à un impératif de travail partenarial : l'intervention des inter-secteurs de pédopsychiatrie se doit d'être coordonnée avec les autres institutions qui gravitent autour de

1) Revue *Psychiatrie de l'enfant*, vol. XIV, n° 2, 1971.

l'enfant : Aide sociale à l'enfance, Éducation nationale, Justice.

À cette époque, on peut dire que « les professionnels sortent des murs ».

Côté social, le sens du placement éducatif est fortement interrogé, voire remis en cause ; l'OMO (observation en milieu ouvert 1970) est destinée à évaluer la nécessité de façon plus fine. Quant au suivi en milieu ouvert, l'AEMO (action éducative en milieu ouvert), il se développe de plus en plus, pensé comme la règle, le placement ne devant intervenir qu'exceptionnellement, en dernier recours.

Côté soin, on assiste pareillement à la remise en cause de l'hospitalisation, on sort de l'asile pour développer « l'ambulatoire » : la pédopsychiatrie s'organise en inter-secteurs infanto-juvéniles avec le développement des centres médico-psychologiques (CMP) et des centres de jour.

Parallèlement, au confluent des « volontés politiques » et des « désirs des professionnels du terrain », une exigence d'élaboration interdisciplinaire s'est fait jour dans les équipes : à l'Éducation surveillée, la nécessité d'une évaluation des situations va rassembler « l'équipe pluridisciplinaire » autour de l'observation en milieu ouvert ; quant aux équipes de CMP, elles s'ouvrent à l'apport éducatif par l'intégration en leur sein d'éducateurs spécialisés.

Dans les deux cas, la volonté revendiquée d'une prise en charge des patients hors les murs va de pair avec la nécessité de l'intensification d'un travail avec les familles. Il est vrai que, dans le domaine juridique, l'autorité parentale a été créée par la loi n° 70-459 du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale.

Elle vient remplacer la « puissance paternelle », héritée du droit romain, en affirmant que la première protection à laquelle a droit un enfant relève de la responsabilité de ses père et mère. Cette révolution a bien évidemment eu des incidences sur tous les champs professionnels qui ont affaire avec l'enfance et l'adolescence. Dans le social, elle a contribué au développement de l'intervention sociale en direction de la « famille », donc à celui du travail en milieu ouvert et de prévention.

Dans le sanitaire, l'intervention auprès de la famille est pensée dans le projet thérapeutique.

Les années 1980-1990 : quand les enfants difficiles mettent les professionnels en difficulté – La caractéristique des années 1980-1990 ne serait-elle pas la reconnaissance, par les professionnels de l'enfance eux-mêmes, que les problématiques,

tant individuelles que familiales, auxquelles ils sont confrontés, les mettent en difficulté ?

D'une part, l'évolution symptomatologique des jeunes du côté des troubles du comportement (violence, addictions, conduites suicidaires) et des « pathologies limites », « pathologies narcissiques », conduit les professionnels au constat que toute velléité de prise en charge unique, unipolaire, qu'elle se fasse au nom de l'éducatif ou du psychiatrique ou du judiciaire, est vouée à l'échec (ce que dit bien le terme fréquemment utilisé pour désigner ces jeunes, « incasables »).

D'autre part, le développement de la connaissance de certaines problématiques familiales spécifiques dans ce champ professionnel, telles que l'inceste ou la maltraitance, « pathologies du lien », « familles présentant un grave défaut d'indifférenciation psychique », amène les professionnels à reconnaître, à l'œuvre en eux-mêmes, l'écho de ces problématiques qui les « empêchent de penser ». C'est bien cette sidération de la pensée qui devient le symptôme caractéristique des professionnels confrontés à ces personnes ou à ces familles difficiles... « Difficiles » : parce qu'elles mettent le professionnel en difficulté !

Ce concept d'« enfants difficiles » est ancien mais, revisité à l'aune de la souffrance psychique et des troubles du comportement qui l'expriment, il devient à ce moment-là fédérateur. Il permet en effet à tous les professionnels de s'identifier à cette notion et d'intégrer l'idée qu'il est devenu nécessaire de pouvoir partager les difficultés. Ils peuvent alors commencer à envisager la prise en charge de ces situations à travers un travail de partenariat.

Une réelle prise en compte s'opère alors, y compris dans le domaine politique, de la nécessité d'articuler les différentes approches de « l'enfance en difficulté » : de multiples commissions interprofessionnelles se créent, qui aboutiront à des partenariats institués.

Deux textes contemporains témoignent de cette dynamique :

– la circulaire n° 70 du 11 décembre 1992 « relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents », avec l'objectif de renforcer la coopération avec les autres institutions ;

– l'étude de la Protection judiciaire de la jeunesse¹⁾ sur l'accueil des mineurs présentant des troubles d'ordre psychiatrique, avec un état des lieux de quelques structures travaillant dans le double registre soin et justice.

C'est également ainsi qu'en 1996 naît le Dispositif expert régional pour adolescents en difficulté (Derpad) sous l'égide des ministères de la Santé et de la Justice.

Depuis 2000 – Le mouvement engagé s'est intensifié et structuré, avec en particulier la parution de la circulaire interministérielle DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002, « relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté », qui a pour objet « d'inscrire en priorité les réponses aux besoins d'éducation et de santé de ces mineurs dans les programmes de santé ou de l'enfance et de prévoir le cadre d'intervention qui doit permettre une meilleure association des compétences de chacun des champs, judiciaire, éducatif, sanitaire et social ».

Nous ne citerons que quelques exemples.

Un cadre universitaire – Est créé le diplôme universitaire « Adolescents difficiles : approche psychopathologique et éducative ».

« Il vise à enrichir les connaissances et les pratiques autour de l'adolescent, à développer à travers les échanges, la cohérence intra et inter-institutionnelle, afin de favoriser sur le terrain la construction de réseaux professionnels adaptés à la prise en charge des adolescents les plus en difficulté. »

Outre les partenaires habituels (Santé, champ social, Éducation nationale, Justice), police et gendarmerie y sont également associées.

Les maisons des adolescents – Plus récemment, c'est sous l'égide du ministère de la Santé, que se créent, par la lettre circulaire CAB/FC/D/12871 du 4 janvier 2005, les maisons des adolescents. Leur objectif est le suivant :

« apporter une réponse de santé, plus largement prendre soin des adolescents en leur offrant les prestations les mieux adaptées à leurs besoins et attentes, qui ne sont pas actuellement prises en charge dans le dispositif traditionnel. Pour ce faire, elles cherchent à favoriser la synergie des acteurs engagés dans des actions pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles et à organiser une expertise interprofessionnelle. »

Les réseaux – Depuis quelques années, dans ce champ du partenariat, s'est inscrit un terme

nouveau qui paraît promis à un bel avenir : le réseau.

Les réseaux sont nombreux ; ils sont conçus :

- pour la mutualisation des moyens au sein d'une même institution sur un territoire géographique donné. Exemple : le Réseau de promotion pour la santé mentale (Yvelines-Sud) ;
- ou, au contraire, pour servir la mutualisation de moyens différents mis au service d'une population par plusieurs institutions. Exemples : « Soins et Culture » (Hauts-de-Seine), partenariat dans cinq communes, qui réunit la pédopsychiatrie, la PJJ, l'Éducation nationale et l'ASE ; ou encore : « Résados », centre de ressources partenarial pour une meilleure prise en charge sanitaire et sociale des adolescents du Pays d'Aix-en-Provence dont les partenaires sont le tribunal pour enfants, la DGAS, la pédopsychiatrie, la PJJ, le secteur associatif.

Ces réseaux peuvent s'appuyer sur des conventions ou sur des groupements dont les contours sont régis par des textes légaux, notamment le décret n° 2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale. Il s'agit des groupements d'intérêt public (GIP), des groupements de coopération sociale (GCS) ou le dernier né, le groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS). Dans le cadre de ces groupements, les partenariats professionnels acquièrent une reconnaissance légale, mais aussi plus de souplesse dans leur fonctionnement.

II - RÉFLÉCHIR LE PARTENARIAT

Connaître les obstacles pour les dépasser – Les quelques jalons historiques que nous venons d'évoquer le montrent assez : même s'il s'avère nécessaire de travailler en partenariat dans le champ de la protection de l'enfance afin de parvenir à la compréhension globale de la situation d'un sujet ainsi que de son histoire, tant personnelle que familiale, il n'en reste pas moins que ce travail « n'est pas si simple ». Pour pouvoir le mener à bien, il vaut mieux, d'une part, (re)connaître les obstacles qu'il lui faudra dépasser et, d'autre part, se donner quelques guides, à la fois méthodologiques et éthiques.

Le désir d'instrumentaliser l'autre – Dans les contextes professionnels confrontant deux ou plusieurs catégories professionnelles et/ou institutionnelles, la mise en commun exigée par le partenariat peut être vécue comme une déperdi-

1) Étude de décembre 1991 sur l'accueil des mineurs présentant des troubles d'ordre psychiatrique par les services éducatifs de la Protection judiciaire de la jeunesse.

tion de spécificité, et le partenariat, comme une menace pour sa propre identité professionnelle. Le risque est alors que s'inaugure un repli sur soi défensif des professionnels et que les différences de posture au lieu de se nouer doucement, se rigidifient en vue d'un affrontement entre partenaires où la dimension de l'imaginaire joue un rôle majeur. Se perd alors de vue la prise en compte des besoins de l'enfant dont la situation est précisément à l'origine du partenariat.

Chacun risque alors de revendiquer pour soi la vérité du savoir de la prise en charge ; chacun peut se vouloir « sachant ce qui est nécessaire » pour cet enfant et tendra donc à instrumentaliser l'(les) autre(s) partenaire(s). Exemples :

- l'éducateur qui montre au « psy » tel « jeune qui ne va pas bien » pour que celui-ci le guérisse de ses troubles... et qui, lorsque le « psy » lui donne son propre point de vue sur ces troubles, lui reproche « de ne pas être dans la réalité » ;
- le psychiatre qui somme l'« éduc » de « faire quelque chose » avec cet adolescent et qui reproche ensuite à ce même éducateur d'être trop dans la réalité et de ne pas tenir compte de la souffrance psychique de cet adolescent.

La toute-puissance imaginaire – Cette façon de convoquer l'autre sur ses propres attentes, de l'instrumentaliser, va fréquemment de pair avec les attentes « magiques » que l'on peut développer face à l'intervention de l'autre et qui, bien souvent, induisent une « défausse » sur celui-ci, comme si l'intervention du partenaire devait venir pallier, combler magiquement l'échec de sa propre intervention. S'ensuit trop fréquemment (hélas !) une partie de ping-pong partenarial où la situation de l'enfant, ou de l'adolescent, devient la balle, autrement dit un objet, que l'on se renvoie, « une patate chaude » pour employer un terme couramment utilisé dans ce champ professionnel : « ce jeune », dit l'éducatif, est trop « fou » pour nous, il relève de la psychiatrie » ; ce à quoi la psychiatrie répond après hospitalisation : « Cet adolescent n'est pas « fou » pour nous, il relève de l'éducatif ».

En effet, le partenariat confronte directement chaque professionnel à la question de son illusion de toute-puissance, cette position défensive de « toute-puissance imaginaire » qui peut surgir chez tout professionnel, à proportion de l'impuissance réelle dans laquelle il se trouve. Cette toute-puissance imaginaire procède avant tout d'une « pensée magique » qui viendrait autoriser chez celui-ci une position de certitude.

Accepter ses limites – Or, se mettre à l'épreuve du partenariat implique précisément pour un professionnel qu'il puisse se décaler, se décentrer de toute position d'unicité ou de certitude : il s'agit non seulement d'admettre que l'on n'est pas tout puissant mais, plus encore, de s'accepter insuffisant... si l'on veut pouvoir expérimenter la dimension d'altérité comme un outil pertinent dans l'élaboration partenariale.

Qui plus est, c'est également l'occasion pour le professionnel de travailler cette question de l'altérité, problématique centrale de sa position éthique face au sujet qu'il accompagne.

Quelques repères pour créer les conditions d'un partenariat efficient... – Comment va donc pouvoir s'organiser la rencontre entre partenaires, de telle façon qu'elle permette à chacun de ne pas s'enfermer dans l'impasse du « tout savoir » sur un enfant (qui serait alors lui-même dépossédé de sa position de sujet) ?

Quel cadre peut-elle se donner ? Qui l'initie ? Qui en est garant ? Il est essentiel de pouvoir y repérer les différents enjeux, y compris ceux de pouvoir, pour situer la place de la parole de chacun.

Accepter d'être insuffisant... Pour paraphraser un auteur célèbre¹⁾, « choisir » le partenariat, « c'est renoncer » à sa complétude professionnelle et institutionnelle, c'est s'accepter partie d'un tout.

C'est, au premier chef, accepter la possibilité de savoirs multiples sur un sujet unique. Autant de partenaires, autant de fragments de savoirs, autant de vérités. Mais ce n'est qu'en réunissant ces différents points de vue, non pas pour les réduire en un savoir unique, un « tout savoir », mais au contraire en les faisant coexister, chacun dans sa singularité, que l'on parviendra à créer un espace d'élaboration collective. On pourrait l'appeler « espace tiers », cet « espace pour penser », dans la mesure où la réflexion de chacun peut y faire tiers, y faire miroir, pour un autre. Cet espace à plusieurs voix, à plusieurs discours, garantit, autant que faire se peut, que l'ensemble d'une situation humaine, aussi conflictuelle soit-elle, soit entendu et pris en compte dans tous ses aspects.

C'est de cet espace que va pouvoir advenir un savoir inattendu qui viendra redistribuer les lignes de force d'une prise en charge et en faire émerger de nouvelles priorités.

1) « Choisir, c'est renoncer pour toujours, à jamais, à tout le reste », André Gide.

Un double objectif – Cette dynamique est possible à une condition : que l'axe du partenariat soit reconnu, c'est-à-dire qu'il reste toujours strictement référé à son objet, à savoir la situation humaine au service de laquelle il s'est mis en place. Pour cela, le partenariat doit poursuivre un double objectif : d'abord restituer cette situation dans sa globalité pour qu'ensuite chaque intervenant puisse y situer son action propre, dans la singularité de la mission qui est la sienne. En effet, ce n'est pas la *relation entre partenaires* qui fonde le partenariat ; si le partenariat se limitait à cette relation, harmonieuse ou conflictuelle – là n'est pas la question –, il serait voué à l'échec.

C'est bien la *situation humaine* qui est au centre du partenariat, qui doit imperturbablement faire loi et dicter son mode d'emploi. C'est elle qui va faire, en quelque sorte, tiers, entre les propositions des uns et des autres et « faire cadre » en ordonnant les priorités à suivre dans l'ensemble des interventions.

Du bon usage du partenariat en protection de l'enfance – Il nous semble important d'insister sur ce point – fût-ce au risque de nous répéter –, cette conception du partenariat est indissociable de celle de son objet. Tel que nous le connaissons aujourd'hui en protection de l'enfance, le partenariat s'est en effet développé en même temps qu'une compréhension spécifique des caractéristiques de « son public ». C'est une conception qui s'est imposée progressivement dans la seconde moitié du XX^e siècle, fondée sur la conviction qu'au-delà de la différence de symptômes que manifestent les enfants en difficulté, c'est toujours le même enfant auquel on a affaire.

Dès 1914, Georges Heuyer en posait ainsi les prémisses :

« Qu'y a-t-il de commun entre les enfants anormaux de Bicêtre, les délinquants de la Petite Roquette et les élèves des classes de perfectionnement ? Le même aspect, la même hérédité, la même origine familiale. »

Des symptômes différents peuvent donc ainsi caractériser le même enfant. À cet égard, la protection judiciaire qui s'organise au milieu du XX^e siècle est exemplaire : l'ordonnance du 2 février 1945 sur l'enfance délinquante, assortie de celle du 23 décembre 1958 sur l'assistance éducative, consacre l'unité fondamentale de l'enfant : enfant délinquant et enfant en danger sont une seule et même personne ; les conduites, les symptômes développés, dans un cas comme dans l'autre, ne sont que des expressions différentes de la même individualité placée dans des contextes différents.

C'est pour cette raison que la protection judiciaire délègue un interlocuteur unique, le juge des enfants, pour cet enfant unique car, pour pouvoir statuer, il est nécessaire qu'il ait accès à la connaissance de l'ensemble de sa situation et de sa personnalité. Pour le dire autrement, seule la compréhension de cet ensemble va permettre de donner sens aux actes, aux difficultés manifestés par l'enfant.

C'est là précisément qu'intervient le travail en partenariat dont l'objectif est la compréhension de la globalité de ce « sujet » qu'il va s'agir d'appréhender dans sa singularité et sa complexité pour pouvoir l'aider. Il est nécessaire pour cela de rassembler tous les partenaires attelés à la même prise en charge, chacun porteur d'une des facettes de compréhension de l'ensemble, pour élaborer la réflexion, la restitution de cette situation et, à partir de là, de nouvelles pistes de travail.

Perspectives – Aujourd'hui, cette conception du travail en partenariat nous semble une évidence quotidienne, mais au-delà de cette apparence, qu'en est-il réellement en ce début du XXI^e siècle ? Interrogeons la législation, les institutions et l'abord clinique de l'enfant. Y aurait-il une évolution qui pré luderait à une remise en question, voire une remise en cause fondamentale de ce qui s'est construit durant le siècle précédent ?

Conclusion : la menace de cloisonnements – Le fait qu'en mars 2007 aient été publiées le même jour, le 5 mars, deux lois concernant le même public, la loi n° 2007-297 relative à la prévention de la délinquance et la loi n° 2007-293 relative à la protection de l'enfance, ne marque-t-il pas une dichotomie franche entre « enfance délinquante » et « enfance en danger » ? D'autant que, dans le même mouvement, la loi sur la protection de l'enfance consacre la primauté de la protection administrative sur la protection judiciaire pour les enfants en danger ?

Autrement dit, il paraît légitime de penser qu'on assiste aujourd'hui à un nouveau cloisonnement de l'enfant avec, pour corollaires, de nouveaux cloisonnements entre professionnels : administratif d'un côté, judiciaire de l'autre, mais également départements d'une part et municipalités de l'autre.

Au sein de la protection de l'enfance, la nécessité des partenariats devient alors plus forte. Mais le risque n'est-il pas qu'ils se centrent, voire qu'ils se figent autour de ce qui n'est donc qu'une partie de la problématique de la personne ? Par exemple, l'approche de l'enfance délinquante se résumant à

celle du délit commis ; l'approche de l'enfance en danger, à sa seule position de « victime » ?

Les partenaires de la protection de l'enfance sont eux-mêmes dans un mouvement identique.

Du côté de la pédopsychiatrie, certains sont passés d'une approche psychopathologique d'un enfant en souffrance au repérage du symptôme (CFTMEA)¹⁾ à l'aune d'un diagnostic qui se réfère peu ou prou au biologique (étiologie génétique, traitements médicamenteux) ou au cognitivo-comportementalisme.

L'enquête INSERM de 2005²⁾ sur les troubles des conduites a été stigmatisée dans ce qu'elle révélait pouvoir rendre le partenariat soin/protection de l'enfance bien délicat : sa démarche de prévention médicale pouvant être dévoyée dans une perspective prédictive et judiciaire au service d'un contrôle normatif.

De même, toujours dans cette logique de l'abord par le symptôme, la notion de handicap, redéployée dans la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 sur l'intégration scolaire, tant dans le domaine des troubles du comportement que des troubles des apprentissages, peut modifier l'objet du partenariat de la protection de l'enfance avec le médico-social et le pédagogique dans ce qui pourrait être traité seulement dans le domaine du handicap.

Toutes ces approches par le symptôme amènent une démultiplication des réseaux, qui va de pair avec la volonté de beaucoup d'institutions (municipalités, conseils généraux, etc.) de les favoriser, d'où un émiettement de la prise en compte de la problématique des jeunes.

Si, dans l'avenir, cette approche de l'enfance en difficulté devait se confirmer, le risque ne serait-il pas que le partenariat perde son sens en perdant sa référence à ce qui le fonde actuellement : la globalité, la singularité, la complexité d'un « sujet » ? Risque également que les partenariats soient alors convoqués autour de symptômes à éradiquer, non pas tant parce qu'ils représentent une souffrance pour un sujet, mais bien plutôt pour ce qu'ils constituent une gêne pour la société ?

Si tel était le cas, alors les professionnels de l'enfance ne devraient-ils pas dire, en reprenant la

phrase que nous avons mise en exergue de ce chapitre « Le principe de précaution indique que nous soyons tous vigilants » ?

III - LE DERPAD : UN OUTIL DE PROMOTION ET DE SOUTIEN DU PARTENARIAT

Cadre général – Le GIP Derpad (Dispositif expert régional pour adolescents en difficulté) est un dispositif régional d'Île-de-France, à destination des professionnels et des institutions en charge d'enfants et d'adolescents (0-21 ans) en difficulté. Il met à leur disposition un certain nombre d'outils pour les soutenir dans leur travail d'accompagnement de ces jeunes.

Le partenariat est doublement convoqué par le Derpad, à travers sa constitution et dans ses objectifs : il en est à la fois le soubassement – le Derpad est fondé sur l'articulation entre Justice et Santé, entre soin et éducatif – et la clé de voûte : le développement du partenariat au service de la cause des adolescents les plus en difficulté reste son horizon de travail.

Un peu d'histoire – En 1996, c'est ainsi qu'une convention ratifiait la mise en œuvre du Dispositif expert régional pour adolescents en difficulté et délimitait son champ d'action :

« Si le "processus" d'adolescence est fondamental pour chaque adolescent, l'attention portée à cette période de la vie est également justifiée pour la société dans son ensemble. Les phénomènes de déviance à l'adolescence (toxicomanie, suicide, échecs dans les apprentissages, marginalisation, violence...) interrogent, par leur augmentation significative, nos systèmes éducatifs et nos structures médico-sociales.

Au sein du ministère de la Justice, la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et l'Administration pénitentiaire (AP) se voient confier des adolescents dont la personnalité et les comportements rendent complexes les actions d'éducation et de socialisation. Les équipes socio-éducatives, tout comme les structures de santé mentale, sont en effet confrontées à de plus en plus d'adolescents dont la souffrance psychique s'exprime dans le champ social, ce qui les exclut encore trop fréquemment du système de soin traditionnel. Au sein du ministère de la Santé, une réflexion s'est engagée sur la problématique des mineurs de justice ou présentant des troubles des conduites sociales et qui ne trouvent pas de réponses adéquates dans le système sanitaire. »

1) Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, R-2000, éd. CTNREHI, 2002.

2) « Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent », expertise collective, éd. INSERM, septembre 2005.

Ses partenaires – Dix ans plus tard, en mars 2006, le Derpad est devenu un groupement d'intérêt public. Ses membres fondateurs sont la Protection judiciaire de la jeunesse, la direction régionale Île-de-France et la Mutualité fonction publique, l'Institut mutualiste Montsouris ; l'agence régionale d'hospitalisation est partenaire associé dès sa création.

Toutes ses activités sont gratuites pour ses utilisateurs.

Elles sont mises en œuvre par une équipe de douze personnes, réparties entre la Santé et la Protection judiciaire de la jeunesse.

Un outil clinique : la consultation d'accueil –

La consultation d'accueil et d'évaluation est l'outil clinique essentiel au Derpad, la pierre angulaire du dispositif, à partir de laquelle s'organisent nombre de ses autres activités. C'est un lieu de parole libre, à distance de toute hiérarchie ou quotidienneté de travail en commun, le plus dénué possible d'enjeux de pouvoir ou de prestance. Un lieu où il est possible de faire part de ses difficultés, de ses inquiétudes ou de ses indignations face à la situation difficile d'un jeune dont on a la charge. Une stricte confidentialité entoure ces consultations. C'est un binôme, composé d'un membre de l'équipe « sanitaire » et d'un membre de l'équipe « éducative », qui reçoit les professionnels.

Ce travail clinique entrepris au Derpad est à double visée : non seulement en direction de ces professionnels, souvent pris par la lourdeur et la complexité de leur tâche, et qu'il s'agit de requalifier quand ils se trouvent à juste titre découragés, mais aussi en direction des adolescents qui demeurent les principaux destinataires, par ricochet, de ces consultations.

Le fait de parler d'une situation à des interlocuteurs qui en ignorent tout et qui, n'étant pas destinés à la prendre en charge directement, ne sont pas pris dans un angoissant sentiment d'urgence, permet au professionnel de poser un nouveau regard sur cette situation complexe.

Cette spécificité et cette singularité garantissent l'espace tiers qu'est la consultation.

La consultation peut accueillir un ou plusieurs professionnels et/ou une ou plusieurs institutions, concernés par la situation d'un même jeune.

L'objectif est également de permettre à plusieurs institutions engagées autour de l'enfant ou de l'adolescent, de garantir leur cadre de parole,

d'amener la circulation des échanges, de favoriser l'élaboration commune.



Une vignette clinique pour illustrer ce travail de consultation au Derpad

Après une enfance difficile passée dans son pays d'origine, C. arrive en France à l'âge de 10 ans, accueillie dans la famille de sa mère, sur décision de cette dernière.

Ses trois premières années dans son nouveau contexte de vie se déroulent de façon à peu près harmonieuse, et son intégration dans la scolarité est satisfaisante.

Peu à peu ce contexte favorable se délite.

C. est désormais une adolescente de 13 ans qui devient violente, commet des délits, fugue.

Cela amène l'intervention d'un magistrat qui confie C. à l'ASE pour un placement. L'adolescente est alors accueillie au foyer de l'enfance.

Son intégration se fait très difficilement. Elle se marginalise, est entraînée dans des trafics. Elle commet deux agressions au foyer, sur une éducatrice et un jeune. Le collectif d'adultes est débordé, très inquiet, et se sent impuissant.

Il est décidé de conduire C. aux urgences de l'hôpital général qui l'oriente vers l'établissement de soins spécifiques pour adolescents.

Le foyer et le service psychiatrique se mettent d'accord pour une prise en charge séquentielle, chacun s'accordant à penser que C. nécessite à la fois une prise en charge éducative et une prise en charge de soin.

Peu après, la PJJ intervient à son tour dans le cadre d'une mesure au pénal, C. ayant été mise en examen pour des agressions.

Ces trois institutions qui interviennent désormais auprès de la jeune fille, intègrent l'idée d'une nécessaire coordination. Mais les places et fonctions de chacun, les enjeux de prise en charge, la question de la temporalité, l'appréciation souvent différente des améliorations ou non du comportement de C., les attentes de chacun, rendent difficile ce partage des rôles.

La question d'une orientation se trouve posée et ouvre de nouvelles oppositions.

À l'initiative de l'un des services, les trois institutions décident de solliciter le Derpad, dans le cadre de sa consultation d'accueil.

À deux reprises et à six mois d'intervalle, la dizaine de professionnels qui représentent ces institutions dans la prise en charge de C. vont accepter, à partir de ce travail d'élaboration que propose le lieu tiers du Derpad, de débattre, de confronter des points de vue parfois divergents, de faire évoluer des positions qui semblaient figées. Chacun s'accorde à reconnaître que l'on ne pourra pas « faire » sans l'autre dans une situation aussi complexe, mais que, plus encore,

la présence de l'autre peut devenir un soutien, peut permettre de se ressourcer et, surtout, de poursuivre la prise en charge, ce qui à l'issue des deux rencontres paraît nécessaire – et était pourtant très largement remis en question au départ.

Efficacité du binôme – Cet accueil dans la consultation du Derpad, fait comme on l'a dit par un binôme constitué par un membre de l'équipe « sanitaire » et un membre de l'équipe « éducative », permet que les professionnels ne s'adressent pas à un champ de savoir unifié et qu'ils puissent bénéficier d'une double écoute. Le projet de la consultation du Derpad n'est pas de s'exprimer systématiquement à l'unisson ou de chercher à tout prix un consensus. Les différences de point de vue, leur complémentarité souvent, les dissensions qu'elles provoquent parfois sont source de progrès.

Le cadre ainsi établi par les consultants n'est pas tant d'induire pour ses interlocuteurs une position de « sujet supposé savoir » que celle de « sujets supposés savoir travailler ensemble ».

Interventions autour de l'institutionnel, aide à projets, groupes de paroles – Le suivi des jeunes pris en charge renvoie au fonctionnement même des institutions. Le binôme du Derpad, en sa qualité de tiers, se propose de soutenir la réflexion sur les pratiques et positionnements professionnels, d'apporter son aide lorsque les institutions rencontrent d'importantes difficultés de fonctionnement, d'aider à l'élaboration de projets d'établissement.

Des groupes de paroles sont également ouverts.

Des outils techniques – Mais le Derpad a également développé d'autres outils qui découlent tous du même principe : pour pouvoir travailler

ensemble à un même objet, il est nécessaire de connaître l'autre. Ces outils sont :

- une banque de données qui, dans un souci de favoriser le travail d'accompagnement et de partenariat, regroupe sur cédérom et sur Internet des informations qui émanent des institutions œuvrant dans les domaines sanitaire, social, éducatif, pédagogique. Elle est mise à jour chaque année et répertorie environ 20 000 structures ;
- un portail internet : <http://www.derpad.com> dont l'objectif est de démultiplier l'information, les échanges, la réflexion et de renforcer les mises en réseau ;
- un espace ressource et d'accueil téléphonique : il s'agit à la fois d'un étayage dans l'élaboration d'une situation, mais également d'une aide concrète pour les professionnels qui nous contactent depuis les régions, voire les DOM/TOM.

La société savante... – Afin de décloisonner les interventions et les champs professionnels, le Derpad propose des espaces de rencontres, d'échanges, de formation :

- les « Mardis au Derpad », cycle de conférences qui a pour vocation de favoriser la rencontre et l'échange de différents champs professionnels ;
- les colloques qui privilégient les regards croisés des différents champs disciplinaires ;
- les séminaires et la participation à différents cycles de formation, où il s'agit de diffuser les savoir-faire et de sensibiliser les professionnels au travail partenarial.

Pour reprendre la description faite par l'ONED dans son rapport 2006, tout cela fait du Derpad un « service d'aide aux aidants », qui « apporte un appui technique, une logistique de réseau et une supervision à des équipes [...], un lieu ressources pour les professionnels des équipes socio-éducatives et de santé mentale ».

