

L'UMEA

une structure institutionnelle pour adolescents

Dr Jean-Marie Kern

6^{ème} Journée Pierre Deniker, Jeudi 8 février 2007, CHU de Besançon

En parcourant le programme de cette matinée qui fait passer de la prise en charge mère bébé à la prise en charge d'adolescents, je pensais à la première rencontre avec Jessie ; adolescente alors âgée de 15 ans, elle venait en consultation accompagnée de sa mère en vue d'une possible admission à l'UMEA dont je vais vous parler.

L'entretien fut tumultueux pour le moins, il fallait, selon la mère, placer Jessie. Elle n'en peut plus de cette adolescente infernale, fugueuse, voleuse, constamment ré hospitalisée rééquilibrage de son diabète ou pour ses multiples tentatives de suicide qualifiées de pseudo tentatives par sa mère. En fait Jessie trouve régulièrement refuge en pédiatrie, elle s'y installe, se refait une santé, prend de la distance par rapport à sa mère, s'apaise un peu, et puis semble retourner au combat, tiraillée entre mère et grand-mère maternelle qui l'accueillent tour ç tout avec complaisance, cédant à ses caprices et ses fantaisies alimentaires.

Les parents de Jessie sont séparés ; le père est, semble t-il, le plus souvent tenu à l'écart.

Nous avons été sollicités pour cette admission par les services de l'aide sociale à l'enfance, qui avait été saisis d'un signalement pour absentéisme scolaire et par le service de pédiatrie régulièrement interpellé sur le mode de l'urgence.

Parmi les invectives, le qualificatif de voleuse avait apparemment la préférence de la mère.

Voleuse depuis qu'elle est toute petite, voleuse de bonbons, voleuse de gâteaux, voleuse d'argent. Je me risque à demander « depuis quand ? » la réponse fuse immédiatement « voleuse de naissance ». Après que j'ai saisi au vol le mot « naissance », le ton s'apaise un peu, et nous parlons de circonstances de la naissance de Jessie. Sa maman l'au eue très jeune, avant 18 ans. Jessie est décrite comme un bébé agitée, fatigant, impossible à calmer. Très vite elle deviendra un enfant pénible, qu'on doit enfermer dans sa chambre, dans un placard. Elle deviendra plus tard une petite fille diabétique. Nous imaginons que Jessie oscille très tôt entre rapprochement et éloignement d'une figure maternelle imprévisible, elle développe ainsi sans doute un attachement précoce désorganisé et insécure.

« Voleuse de naissance ! » Il y a probablement quelque chose de vrai dans la réflexion de cette maman. Sa fille lui aurait volé quelque chose dès sa naissance. Y aurait il des bébés obligés de voler leur naissance, donc des mères qui garderaient fantasmatiquement cet événement fabuleux comme leur bien propre et exclusif. On peut bien sûr penser ici aux aléas du deuil; originel conceptualisé par Paul Claude Recamier.

Fallait-il proposer une prise en charge mère bébé pour Jessie et sa mère ? Toujours est-il qu'aujourd'hui, il faut proposer des modalités d'existence qui leur permettent de trouver une bonne distance, une distance suffisante pour continuer à vivre en se supportant et qui permettent de se séparer et de se retrouver sans trop s'étriper.

Jessie sera admise à l'UMEA, elle y sera accompagnée pendant près de 2 ans. Nous soutiendrons une reprise assez régulière de sa scolarité. La prise de distance par rapport au lieu habituel de vie apaisera sensiblement les relations, permettant des alternances séparation - retrouvailles plus tempérées. Nous avons mis ainsi un tempo aux débordements de Jessie, à son intolérance à supporter la dépendance relationnelle à la frustration. Nous avons accompagné sa grande difficulté à supporter la dépendance relationnelle et la souffrance dans la quête de l'autonomie. Nous nous sommes efforcés de contenir Jessie, nous l'avons aidé à se contenir, composant avec ses angoisses d'enfermement mais aussi d'abandon, avec sa difficulté à créer des liens stables. Comme dans beaucoup d'accompagnements d'adolescents accueillis à l'UMEA, notre travail a été gouverné par 2 grands axes :

- assurer une continuité éducative et soignante,
- assurer une fonction tierce ici, dans une relation mère fille constamment menacée par des effets d'emprise mutuelle.

Le soin du diabète a été un fil directeur précieux dont Jessie a su se saisir, passant au cours de son séjour à l'UMEA d'un suivi type pédiatrique à un suivi plus adulte.

Ce bébé voleur de naissance a peut être dès les premiers mois de sa vie, réclamé ce qu'il pensait être son dû : la permanence du soin, la permanence de la mère. La compulsion de comportement qui vise à obtenir la permanence de la mère comme un dû a été repérée par Winnicot comme prémisses de la tendance anti-sociale.

Au début de la vie, la permanence de soins maternels soutient la continuité du sentiment d'existence ; l'éducation soutiendra plutôt l'encouragement à la séparation.

Soin et éducation apparaissent donc comme des besoins complémentaires, conjointement assurés par un environnement familial ordinaire suffisamment bon, c'est-à-dire suffisamment soutenant mais aussi suffisamment initiateur de séparation.

L'environnement suffisamment bon, répons avec à propos, intelligence, amour, sans pour autant avoir conscience de l'intrication étroite de ces 2 gammes de réponses : habituellement 2 parents sexuellement différenciés et identifiés sont nécessaires et suffisants pour garantir cela.

Progressivement, la part du soin, le holding selon Winnicot, paraît s'estomper derrière le registre éducatif, qui lui paraît s'imposer progressivement, sans jamais rompre complètement son lien avec le premier registre, celui du soin.

C'est sans doute en cas de discontinuité trop longue, trop répétée, de relâchement trop important du registre du soin, masqué notamment par un souci éducatif excessif, que très tôt l'enfant va devoir battre la rappel du soin par ses interpellations de l'environnement. [Dans ce cas pour reprendre une expression de Winnicot, il y a déprivation, l'enfant se sent privé, dépossédé de quelque chose dont il croyait être assuré de la permanence, quelque chose qui lui appartiendrait, puisque comme le propose Winnicot, il pense l'avoir créer].

Selon nous, un bon nombre d'adolescents qui nous sont confiés à l'UMEA battent parfois rageusement, eux aussi le rappel du soin, à l'image de ce que faisaient ces petits enfants, tout en étant repérés du fait de leur trouble du comportement comme des adolescents en difficulté avec le cadre éducatif.

En fait les troubles du comportement qu'ils présentent, semblent presque malgré eux, pousser ces adolescents vers le soin, ils incitent donc soignant et éducateurs à imaginer un dispositif médico-éducatif, qui intègre soin et mesures éducatives dans un même projet, sur un temps défini et dans le même endroit. C'est ainsi que s'est dessiné le projet de l'UMEA.

Je vais maintenant reprendre les grandes étapes de l'histoire de l'UMEA ; cette histoire débute il y a environ 10 ans. En 1997, à la suite de la conférence régionale de santé qui avait choisi pour thème en Franche-Comté, la dépression et le suicide chez les jeunes, le groupe de programmation des actions de santé avait suggéré la création à Besançon d'une institution médico-éducative expérimentale pour adolescents en grande souffrance psychique.

A cette époque était souligné l'insuffisance notoire dans notre région de moyens de prise en charge pour adolescents présentant des troubles du comportement, et notamment des tentatives de suicide. Ceci dans un contexte de souffrance psychique évidente sans être toutefois inscrits dans des pathologies psychiatriques plus spécifiques, telles que dépression, délire, troubles des conduites alimentaires ; pour ceux-ci ; existaient des moyens de prise en charge adaptés. Il existait déjà à l'époque 17 lits d'hospitalisation temps plein dans le service de pédopsychiatrie auxquels viendront s'ajouter ultérieurement 8 lits d'hospitalisation dans l'unité espace adolescent, plutôt réservés à des situations de crises. Ce dispositif paraît insuffisant dès lors que les séjours doivent se prolonger au-delà de 3 ou 4 mois, ce ci du fait de l'implantation dans un hôpital général, dont les locaux à visée essentiellement médicale ne sont pas adaptés à des séjours prolongés et du fait d'un manque d'une prise en charge éducative qui viendrait soutenir le projet de réinsertion professionnelle ou scolaire. Par ailleurs, des structures éducatives existaient dans la ville mais elles ne se proposent pas habituellement en dehors de quelques vacances hebdomadaires de psychiatrie, de réelles possibilités de soin.

Ces insuffisances constatées de part et d'autre, aboutissent généralement à des allers et retours d'une structure soignante à une structure éducative, ou du domicile à l'hôpital, ce qui renforce chez certains jeunes la problématique des ruptures, épreuve qu'ils ont eu souvent du mal à surmonter au cours de leur enfance. Certains d'entre eux paraissent progressivement ne pouvoir fonctionner que dans la répétition des ruptures institutionnelles.

Ce constat nous a amenées à réfléchir à la création, à titre expérimental, d'une petite structure, 8 places d'hébergement, 5 places d'accueil à temps partiel (que nous appelons accueil séquentiel). Cette unité intègre soin et éducation dans un même projet ; elle a une implantation extra hospitalière.

Sur la plan administratif ce projet a pu être réalisé dans le cadre d'un partenariat entre le CHU de Besançon, la Protection Judiciaire de la Jeunesse, le Conseil général du Doubs, la Caisse régionale d'assurance maladie, la sauvegarde de l'enfance, le tout sous l'égide de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation qui demandait que le projet soit expérimental et pilote, c'est à dire qu'il ait fonction d'évaluation pour la région des besoins et des moyens à mettre à mettre en œuvre pour prendre en charge ces adolescents par cette structure dans un premier temps, et dans un second temps, dans d'autres structures du même type, s'inspirant du même fonctionnement, à développer dans les autres départements de Franche-Comté.

Les adolescents accueillis à l'UEMA le sont dans le cadre administratif d'un accueil provisoire. Ils sont donc confiés administrativement par, l'aide sociale à l'enfance ou juridiquement par le Juge des enfants, même si les indications d'admission sont souvent médicales proposées au cours d'hospitalisation dans une des unités de pédopsychiatrie de la région ; un adolescent sur deux intègre l'UEMA à la suite d'une telle indication médicale.

Ces adolescents ne sont donc pas hospitalisés ; leur famille a le devoir solliciter les services compétents qui confieront l'enfant au centre éducatif dont dépend l'UEMA. Ce passage nécessaire par l'accueil provisoire, est inévitablement interrogé par un bon nombre de familles. Un temps de négociation avec la famille est nécessaire, il est pour nous extrêmement important, il est l'occasion de mettre en parole, avec un certain nombre de familles, la question du cadre éducatif, de la nécessité d'un recadrage éducatif. Il s'agit pour la famille de « placer » son enfant. Ne peut-on pas dire que le placement devient nécessaire au moment où à la place qu'il occupe l'enfant est débordé de toute part, par sa vie pulsionnelle, mais aussi par les éventuels traumatismes dont il serait victime, et ceci par un espace de vie, où les règles deviennent incertaines et aléatoires, où les partenaires/adversaires ne savent plus tenir leur place. Le placement de l'enfant devient nécessaire au moment où le place de l'adulte ne va plus de soi, au moment où celui qui a en charge de mettre en place ou à sa place ne sait plus bien où il est, au moment où les territoires d'intimité sont empiétés à l'excès et où les espaces psychiques pour penser sont collabés ; il devient alors nécessaire de prendre une décision qui permettra à chacun de se replacer. Le psychiatre de l'institution aura le souci de contribuer à ce que le placement proposé soit un « suffisamment bon placement », un placement fructueux qui rapporte plus de richesse et de fluidité psychique, un placement plus judicieux aussi dans l'aire de jeu fantasmatique et traditionnelle (une place où le Moi est moins débordé, moins figé), une place suffisamment « insuffisante » pour que l'enfant qui se l'est vu attribuer ait envie de la quitter.

Pour la réalisation de ce projet, l'Association Sauvegarde de l'enfance fournit les locaux, soit une unité de vie individualisée dans une maison située dans le centre de Besançon, située à proximité de l'hôpital, fournit également, le secrétariat ainsi qu'une équipe éducative constituée de 5 éducateurs spécialisés, d'une chef de service éducatif à temps partiel et également d'une maîtresse de maison, une mère de famille qui assure les milles et un travaux bien connus (entretien du linge, repas, courses, ménage...) : à l'UEMA on fait sa cuisine t on lave son linge... sale en famille.

Le Chu fournit quant à lui une équipe médicale composée de 3 infirmiers, un psychologue à temps partiel, un praticien hospitalier à temps partiel, un cadre de santé infirmier détaché du service espace accueil adolescent, ainsi qu'une infirmière art thérapeute à temps partiel détachée également de l'institution hospitalière.

La population accueillie, soit à temps plein sur le mode de l'internat, soit à temps partiel dans le cadre de ce que nous nommons suivi séquentiel, est une population d'adolescents, garçons et filles, de 13 à 18 ans avec possibilité de prolongation de séjour pour les jeunes majeurs.

Ces adolescents ont généralement des difficultés de comportement, auto ou hétéro agressivité, fugue, absentéisme scolaire, manifestation d'une souffrance psychique plus ou moins évidente (dépression, vécu abandonnique, parfois associé à des organisations défensives phobiques ou obsessionnelles) justifiant une prise en charge extra hospitalière, à distance de la famille, ceci du fait d'une défaillance du milieu familial, ou d'une nécessité de mise à distance pour qu'un travail thérapeutique sur la séparation (notamment) puisse être entrepris.

L'objectif soignant est essentiellement la reprise d'un processus, d'un travail d'adolescence, un moment en souffrance ; la prise en charge de ces adolescents va impliquer des soins, psychothérapeutiques, individuels ou groupaux, éventuellement des soins médicaux, chimiothérapiques, mais aussi des mesures éducatives, le tout s'intégrant et s'associant dans un projet global.

L'admission va nécessiter un temps suffisant de réflexion ; elle est prononcée en commun par le directeur du centre éducatif et par le médecin psychiatre de l'unité.

La prise en charge de chaque adolescent fera l'objet d'une réévaluation régulière (actuellement tous les 4 mois). L'institution reste en rapport et en partenariat avec la famille qui est reçue au moment de l'admission puis régulièrement par la suite.

De même des relations étroites sont établies avec les services demandeurs : hôpital, aide sociale à l'enfance, juge des enfants.

L'adolescent pourra retourner régulièrement dans sa famille ; ces retours et leurs modalités seront également discutés et déterminés en fonction des besoins et de l'évolution de l'adolescent.

L'ensemble du projet de soin est dirigé par le praticien du CHU ; ce praticien rencontre régulièrement chaque adolescent. Il détermine avec l'équipe soignante et éducative l'ensemble du cadre de la prise en charge, en particulier, le cadre du soin.

Le cadre éducatif constitue un étayage nécessaire, une sorte de préalable, il assure une fonction contenante pour des adolescents présentant les troubles (du comportement) dont nous avons parlé.

Ces adolescents mettent souvent le cadre en défaut ; les inévitables imperfections du cadre sont autant des brèches dans lesquelles ils essaient de s'engouffrer montrant par là même leur difficulté à être contenus, mais aussi leur difficulté à garder quelque chose en eux, leur difficulté à penser, leur difficulté à prendre appui sur le langage.

Ces difficultés sont réactivées par l'émergence des mouvements pulsionnels adolescents pubertaires, ou des mouvements pulsionnels plus archaïques dont la mentalisation n'a pas eu lieu ; cette réactivation se produit par le passage à l'acte, le déni ou la projection.

Dans la vie quotidienne du foyer, il sera proposé à l'adolescent de participer à des activités diverses, ces activités sont représentées par les activités de la vie quotidienne dans leur banalité et leur simplicité, mais aussi par des activités plus spécifiques, médiatisées, soutenues par un éducateur ou un infirmier, et formalisées dans le cadre d'un atelier : théâtre, peinture, musique, conte.

Notre objectif est ici tout en maintenant un cadre de référence, de fournir aux jeunes l'occasion d'expériences nouvelles où l'échange par la parole, la créativité sont respectés et encouragés.

A l'intérieur de l'équipe, un infirmier et un éducateur occupent pour chaque jeune un rôle d'adulte référent. Ces adultes seront tout au long de la prise en charge les accompagnateurs du jeune tant au plan éducatif que du soin.

Un certain nombre de rôles et fonctions seront plus spécifiquement assurés par l'un ou l'autre des intervenants :

Les infirmiers veilleront plus particulièrement dans des temps précis et définis à l'exécution des soins médicaux prévus soit dans l'immédiat, soit dans la continuité, ou imposés par l'urgence. L'infirmier va également assurer le lien avec les équipes hospitalières : urgences psychiatriques, unités d'hospitalisation, mais aussi les infirmières scolaires et les médecins généralistes.

Par contre, les éducateurs, du fait de leur fonction, vont assurer de jour et de nuit la permanence d'un référent adulte auprès du groupe d'adolescents (les infirmier et infirmières n'assurent pas de nuit). L'éducateur aura plus spécifiquement en charge le travail de réintégration scolaire, de réadaptation scolaire, d'insertion professionnelle.

Toutefois comme il est facile d'imaginer, le cloisonnement des fonctions et rôles n'est pas tout à fait étanche, le soin venant parfois fournir l'étayage nécessaire au déploiement du soin.

Des rencontres régulières, bihebdomadaires sont prévues entre tous ces intervenants pour réfléchir en commun sur le projet thérapeutique de chacun des jeunes, et parallèlement sur le projet thérapeutique global de l'institution en référence à la théorie tant au niveau du fonctionnement individuel que groupal.

Le travail médico-éducatif apparaît donc autant comme constituant un cadre, que constituant une enveloppe au sens de Paul Claude Récamier donnait à l'enveloppe de soin, le soin étant défini ici comme l'ensemble organique et cohérent des méthodes et attentions destinées à préserver le potentiel de santé psychique et de survivance des patients et des familles.

Pour Récamier une évidence s'impose : le soin est une activité groupale. Il se distingue ainsi des soins. Ce soin a une fonction spécifique, soutenir, entourer, agir en synergie des activités qu'il contient. Ce soin se développera en fonction d'un certain nombre d'étapes, il pourra être un appui ou bien constituer l'essentiel du travail.

Depuis un peu plus de 7 ans nous avons accueillis 97 adolescents soit en moyenne 12 admissions par an, un peu plus de 20 jeunes sont suivis annuellement ; actuellement, nous accueillons 13 adolescents, 8 en hébergement, 5 en suivi séquentiel.

La durée moyenne du séjour est de 13 mois.

La plupart des adolescents vont se voir proposer 3 ou 4 séquences de travail d'accompagnement.

Un jeune sur deux est proposé à l'admission par un service hospitalier de la région. Les autres admissions sont sollicitées par un service social ou par l'autorité judiciaire.

Au fil des années nous avons constaté que nous avons tendance à proposer des prises en charges progressivement plus longues en référence au projet initial. Il apparaît que le dispositif médico-éducatif proposé draine, par le biais du symptôme d'appel qui nous avait fait réfléchir (la tentative de suicide, le passage à l'acte dans sa répétition), une population souffrant fréquemment d'abandonisme précoce ; il s'agit souvent d'adolescents borderline ou états limites.

Dans ce cas le type de prise en charge proposé sera d'autant plus pertinent qu'il peut se déployer sur un temps suffisamment long ; de manière un peu schématique, nous avons pu repérer trois périodes nécessaires :

- une première période de découverte, d'acceptation du cadre, période délicate où peuvent se multiplier les attaques du cadre, les fugues, les agressions.
- -au-delà de cette première période, l'adolescent semble pouvoir s'installer, profiter plus tranquillement du dispositif ; il va réaménager les rapports à son propre corps, ses relations avec sa famille, avec l'école, avec le groupe social.
- Enfin une dernière période délicate, elle aussi, sera la période de fin de prise en charge ; c'est une période de séparation, le dispositif peut alors être aménagé soit sous la forme d'un accueil séquentiel, soit du passage en studio, parfois et de manière sans doute nécessaire le départ se fera de manière plus brutale sur le mode d'une rupture, d'une coupure de ce qui a été engagé par et avec l'adolescent.

Depuis un an l'UMEA a administrativement un statut pérenne. L'expérience a été validée en ce qui concerne l'unité de besançon.

A l'heure actuelle pour des raisons techniques et probablement financières, aucune expérience du même type n'a été reproduite dans la région de Franche Comté. Nous garderons donc en dépit de notre fonctionnement pérenne un recrutement régional ; ceci a un certain nombre d'incidences, en particulier sur les délais d'admission ; par ailleurs nous pouvons penser qu'un recrutement de plus grande proximité favoriserait davantage le travail avec les familles.

Si notre unité a justifié les attentes initiales, elle répond à un vrai besoin, je pense néanmoins que son repérage reste encore flou, comme toute nouvelle unité proposée à l'avidité du secteur médico-social, elle reste repérée comme ultime solution pour l'adolescent en grande difficulté ou pour adolescents dit « incasables ». Cependant nous travaillons pour que les admissions restent soigneusement étudiées, fassent l'objet d'un vrai travail préparatoire avec l'adolescent, sa famille et les services demandeurs.

Au cours des dernières années nous avons eu à admettre plusieurs jeunes pour lesquels ce travail initial a été quelque peu escamoté, pour des motifs d'urgence (des détresses familiales, troubles psychiques graves des parents, décès parental par exemple).

Il s'avère qu'un jeune insuffisamment préparé intégrant l'UMEA essentiellement faute d'autre solution éducative aura de plus grandes difficultés à intégrer le dispositif proposé et celui tout particulièrement pour certains jeunes adolescents dont le fonctionnement psychique prévalent et soit très proche de la psychose, soit très proche d'une organisation perverse psychopathique.

Il y a donc nécessairement des limites à ce mode de prise en charge, tant en terme d'admission qu'en terme de poursuite de certains suivis. Certaines prises en charge ont dû être interrompues avec un retour dans la famille, une orientation vers un dispositif soignant plus spécifique ou vers une orientation éducative plus contenante.

Un bon indicateur des limites à notre travail nous est fourni par la capacité de l'adolescent à utiliser le dispositif médico-éducatif comme aire de jeu, comme espace pour penser et pour travailler psychiquement, scolairement, ou dans l'engagement dans un apprentissage professionnel. Certains adolescents semblent ne pouvoir intégrer la proposition qui leur est faite. Ils paraissent ne pouvoir aller au-delà de la première phase de la prise en charge évoquée tout à l'heure, celle où nécessairement l'adolescent provoque, attaque, détruit ; ces adolescents s'enferment dans la répétition de leurs transgressions et de leurs destructions ; ils détruisent les lieux, les objets et les liens dès qu'ils s'organisent un peu.

La cohabitation de ces adolescents avec les autres adolescents, eux aussi en difficulté, peut devenir impossible. Les effets de groupe avec identifications au plus souffrant peuvent devenir difficiles à contenir.

A l'inverse, certains adolescents qui paraissent initialement en grande difficulté, multipliant les fugues, les attaques du cadre, les attaques de leur propre corps, ceci probablement par crainte de liens qui pourraient s'établir parviennent petit à petit à se poser plus tranquillement et plus durablement.

On peut penser qu'ici l'intrication de l'effet de cadre (éducatif) et de l'effet d'enveloppe (soin) permet progressivement à l'adolescent d'éprouver un réel « bien être » à être contenu.

Je pense à ces adolescents qui peuvent réapparaître de manière quasi prévisible, pour les temps d'atelier théâtre, d'atelier peinture, ou de groupe de parole. Ces adolescents au-delà et en dépit de leur incohérence, de leur trouble du comportement, montrent petit à petit une capacité à s'appuyer sur, et à intégrer le cadre proposé, peut être même à l'intérioriser ; ils nous montrent là leur capacité à être contenus et à contenir et leur capacité à attendre ; progressivement, ils se familiarisent avec l'intérieur du foyer, mais sans doute se familiarisent-ils avec ce qu'ils ressentent comme étant leur intérieur psychique (leur for intérieur).

Pour terminer je voudrais vous faire la confidence d'une représentation plus personnelle que j'ai de l'UMEA. J'y ai pensé récemment à l'occasion de la lecture d'un texte déjà ancien de Michel Soulé qu'on peut retrouver dans l'ouvrage récent, sorte de best of de l'auteur intitulé histoires de psychiatries infantile. Le texte est intitulé Oedipe au cirque, M. Soulé nous invite au spectacle du cirque, présenté comme un contenant pour la vie psychique et sa représentation, et aussi comme équivalent de l'aire transitionnelle. Ce texte rend compte de la difficulté à contenir et à représenter les mouvements pulsionnels au cours de la période de latence préfigurant les remaniements de la toute proche adolescence.

Le cirque s'organise en centres concentriques, les roulottes encerclant le chapiteau, les gradins, la piste, la cage, le cercle lumineux où évoluent les clowns, Auguste et le cœur triste.

Le cirque s'adresse à un public qui rassemble toutes les générations venues assister à un spectacle ascensif selon M. Soulé, néologisme (emprunté à Winnicott) qu'il oppose à dépressif.

Au cirque, on saute en l'air, on grimpe, on escalade, on envoi des ballons, on s'envole. Au centre du cercle lumineux, les clowns. Auguste et le clown triste profèrent des énormités. Le clown triste dispense des principes éducatifs raisonnables, dérisoires, presque ridicules à un Auguste hilare qui n'en a cure. Tout cela sur un fond musical triste ou tonitruant.

L'UMEA, cirque à une organisation concentrique : le cadre ou le cercle de référence administrative, est fixé par les institutions mères, les roulottes de la sauvegarde de l'enfance, du CHU, de l'aide sociale à l'enfance, de la protection judiciaire de la jeunesse. Le chapiteau serait une vieille maison installée au centre de ce que les bisontins appellent la boucle. Le soir de la fête de Noël, l'espace théâtre s'est organisé au centre de la salle de séjour. Le groupe des adolescents et des adultes fait cercle autour de Maud et e Philippe l'infirmier. Certains adolescents ont vêtu leurs plus beaux habits. Maud est réapparue ce soir là après plusieurs jours de fugue. Maud et Philippe se donnent la réplique comme de vieux complices autour d'un texte de Prévert appris à la hâte et joué avec beaucoup de conviction. Le groupe est fasciné, silencieux, rêveur et nostalgique. Le lendemain matin, Maud sera repartie et comme le dit M. Soulé, un cirque vu de jour en dehors des instants magiques qui nous font rêver cela peut être telle triste. Peut être sommes nous conviés malgré nous à jouer les clowns tristes avec nos Auguste adolescents qui font les clowns pitres, qui font le cirque, qui font les cons, ils nous appartient de leur proposer des espaces cadrés, fussent dans le terrain vague, lieu où s'installe traditionnellement le cirque, leur proposer donc ces espaces cadrés quand ils sont dans l'errance, la dérive ou la déviance. Des espaces non pas pour être dressés ou redressés mais des espaces pour jouer, rejouer, pour relancer sur la scène psychique, intime et interne une capacité de penser, une capacité de rêver, un espace et un temps pour réaliser, pour éprouver que lui aussi adolescent, il peut être cercle de lumière pour lui-même et pour l'autre.

Le temps passé par l'adolescent à l'UMEA :

- va lui permettre dans un dispositif cadré et cadrant de trouver une scène pour jouer, pour de « faux ou pour de vrai? » nous ne savons pas toujours. Nous retrouvons dans cette indécision toute l'ambiguïté de l'espace transitionnel.
- Constituera aussi un point de repère, une balise pour un adolescent trop fasciné parfois et même gouverné par les risques de ses conduites, de son funambulisme.
- Pourra être aussi un moment contenant pour un adolescent qui éprouve les plus grandes difficultés à dompter la sauvagerie de ses pulsions.

Alors de lui ou de nous, qui est le dompteur, qui est le jongleur, qui est le clown, funambule, acrobate ou même spectateur ?

Je sais aujourd'hui après 7 ans de travail qu'il était pertinent d'engager ce mode un peu décalé de travail. Nos institutions mères, CHU et sauvegarde de l'enfance soutiennent et garantissent la continuité d'un projet qui oscille et tangué à la recherche constante d'un équilibre à l'image des adolescents accueillis ; équilibre recherché entre l'excès du fantasque et de l'imprévu qui bouscule, déborde et parfois désorganise, et l'excès de sérieux qui normalise, organise, ordonne, endort et parfois même peut laisser mourir.

« On dirait » que je vous ai choisi aujourd'hui pour être spectateurs de ce cirque ; ce qui s'y passe est normalement secret, je vous demanderais donc la plus grande discrétion, vous garderez pour vous ce que vous avez entendu puisque selon Winnicott on ne devrait rien dire de ce qui se passe dans l'espace transitionnel, et puis, n'allez pas colporter que l'UMEA c'est du cirque, nous pourrions avoir des ennuis.

Dr J-M Kern, Besançon, le 08/02/2007