**Université Lille 2**

**Université Paris 13**

**APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille**

**CCOMS, EPSM Lille Métropole**

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire

« Santé mentale dans la communauté »

Année 2017

**Le dépistage et l'orientation adaptée de certaines maladies mentales suite à un travail d'équipe et pluridisciplinaire concernant les mesures judiciaires d'investigation éducative**

Claudia NANEA - ALEXA

Tutorat : Jean-Luc ROELANDT

Je remercie mon tuteur, Jean-Luc ROELANDT pour les conseils et les pistes de réflexion données.

Je remercie le Directeur de SIE ARSEA Mulhouse, Jean DUMEL et la chef de service Caroline HAEGELIN pour la documentation mise à disposition.

Je remercie mon compagnon Patrick JEAN DIT PANNEL pour sa présence et son aide précieuse.

**Sommaire**

Introduction …........................................................................................................................4

Questions soulevées par cette thématique...............................................................................5

Présentation de l'association dans laquelle j'interviens...........................................................6

La mission et les objectifs généraux du service.....................................................................10

Profil des personnes accueillies: problématiques et évolution..............................................13

La nature de l’offre................................................................................................................15

L’organisation interne............................................................................................................19 La rencontre avec les parents.................................................................................................24

Discussion..............................................................................................................................33

Conclusions............................................................................................................................35

Bibliographie.........................................................................................................................36

**Introduction**

La psychiatrie communautaire a pris son essor dans le contexte du processus de désinstitutionalisation à la fin du siècle dernier. Depuis, avec une réduction drastique du nombre de lits psychiatriques dans la plupart des pays industrialisés (Szmuckler et Holloway, 2001), les hôpitaux ont réorienté leurs missions sur les soins aigus.

Pourquoi s'intéresser à ce thème ?

L'existence de ce dispositif social peut permettre l'accès aux soins psychiatriques grâce à un travail pluridisciplinaire avec la collaboration d'un psychiatre. La structure sociale dans laquelle j'interviens en raison d'une demi-journée par semaine est composée d'assistant sociaux, éducateurs spécialisées, et moi-même psychiatre. C'est un service d'investigation éducatif, associatif habilité par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) à effectuer des Mesures Judiciaires d'Investigation Educative (MJIE) ordonnées par le juge des enfants.

La MJIE constitue une mesure d'information et d'aide à la décision du magistrat, dont l'objectif est de procéder à une étude de la personnalité des mineurs et de leur situation familiale et sociale, de déterminer l'existence d'un danger pour la santé, la moralité des mineurs, le caractère gravement compromis de leur condition d'éducation et de leur développement physique, affectif, intellectuel et social.

La mise en œuvre et le déroulement de la mesure étant guidés par le principe de l'intérêt de l'enfant et le respect du cadre posé par la décision judiciaire. La MJIE est systématiquement exercée par un binôme composé d'un travailleur social (assistant de service social ou éducateur spécialisé) et d'un psychologue, complété si nécessaire par l'intervention d'un psychiatre ou/et d'un pédiatre. La mesure est supervisée par le chef de service.

Ce qui est novateur est qu’avec une telle équipe une structure sociale peut participer à la prévention et l'accès aux soins mentaux. Cela me semble une bonne démarche communautaire. Le psychiatre en ce cas intervient dans la communauté en dehors de l'hôpital.

Le contexte social actuel fait que le nombre de lits à l'hôpital ont diminué et continue de diminuer.

L'accompagnement en soin psychiatrique se développe plus en ambulatoire. Prévenir et accompagner les personnes ayant besoins de soins psychiatriques sans passer par un hospitalisation est l'objectif vers lequel la psychiatrie tend.

**Questions soulevées par cette thématique**

Peut-on vraiment prévenir et accéder aux soins en psychiatrie sans avoir l'aide d'un psychiatre et/ou un pédopsychiatre ?

Sinon qui pourra donner l'avis pour un accompagnement en psychiatrie ?

S'il y a une maladie mentale avérée, qui fait mieux le lien entre les différents acteurs de la santé pour savoir si la personne est bien stabilisée et qu'elle ne représente pas un risque pour l'enfant ?

L'objectif de ce thème est de montrer qu'une telle structure sociale peut participer à la prévention de maladies mentales et à l'accompagnement des personnes fragiles vers une psychiatrie communautaire.

**Présentation de l'association dans laquelle j'interviens :**

**SIE ARSEA (Système d'Investigation Educatif - Association Régionale Spécialisée d'Action Sociale, d'Education et d'Animation).**

Le service d’investigation éducative (SIE), fruit d’une réforme de l’investigation éducative dans le champ judiciaire (AE et pénal), a été habilité le 12 janvier 2012 suite à la fusion des services d’enquêtes sociales de Mulhouse et Colmar et du Service d’Investigation et d’Orientation Educative (SIOE) de Riedisheim.

Depuis 2012, il s’agit d’un service unique mettant en œuvre des mesures MJIE ordonnées par les Juges des Enfants et/ou les Juges d’Instruction.

Si l’offre de service peut être étayée en référence à l’aide à la décision des magistrats, elle tient compte des singularités des situations. Dans cette logique notre intervention vise à :

-rendre compte de possibles mises en danger d’un mineur

-observer, comprendre, analyser les dynamiques familiales

-observer, comprendre et analyser la place des mineurs dans leur lieu de vie habituel

-proposer des solutions d’orientation pour soustraire chaque fois que nécessaire l’enfant à une situation de danger.

L’association a son siège au 204, avenue de Colmar à STRASBOURG; elle est présidée par le Dr Materne ANDRES et dirigée par M. René BANDOL, Directeur Général.

Créée le 6 mars 1946 par décret ministériel, il lui a été confié une mission de service public avec mandat d’apporter une aide de technique au secteur naissant «de l’enfance inadaptée» chargée de créer et de gérer des établissements pour répondre aux besoins socio-éducatifs et pédagogiques d’une jeunesse en difficultés et à l’abandon au sortir de la guerre.

Fidèle à l’esprit des fondateurs, elle s’est constamment adaptée aux politiques publiques en matière sociale et médico-sociale. Elle a développé des actions en direction des personnes en situation de handicap (1960) et en direction des personnes en difficultés sociales (1980).

Depuis 1991 la mission de l’association est reconnue d’utilité publique.

Les valeurs qui soutiennent les engagements de l’ARSEA sont au service d’une MISSION D’INTERET GENERAL visant à la protection des personnes fragilisées, vulnérables, dépendantes qui nécessitent un accompagnement personnalisé conduisant à leur émancipation personnelle et citoyenne.

Elles s’inscrivent dans une longue tradition humaniste rhénane à l’écoute et au service de la personne, dans le respect de sa dignité et le souci de son épanouissement.

Elles s’articulent autour:

* Du respect des droits, de la singularité et de la dignité de toute personne humaine,
* De l’écoute et du dialogue pour des interventions portées par un esprit d’ouverture, et de tolérance,
* Du refus de toute ségrégation associé à la volonté d’émancipation et d’inclusion sociale.

L’ARSEA S’ENGAGE concrètement à garantir et protéger les libertés et droits fondamentaux des usagers à travers une exigence et une ambition qui la conduise à:

* Lutter contre toutes les formes de discrimination,
* Défendre une vision du monde humaniste et solidaire,
* Diffuser et mettre en œuvre une culture de la bientraitance,
* Personnaliser une offre de qualité fondée sur la diversité des expériences,
* Rester ouvert à la recherche, à l’innovation au regard de l’évolution des usagers,
* Initier des partenariats pour favoriser des logiques de parcours et des démarches d’empowerment,
* Promouvoir un management fondé sur le respect le dialogue et la responsabilité.

**Historique du service**

Dans le passé cohabitaient:

L’enquête sociale

Les services d’investigation ont deux origines distinctes. Si la notion d’investigation apparaît en ces termes au début des années 1990, c’est à la sortie de la 2ème guerre mondiale que l’ARSEA est sollicitée pour mettre en œuvre des enquêtes sociales auprès des Tribunaux pour Enfants.

Dans cette logique se développent alors à Strasbourg, Colmar et Mulhouse les premiers services d’enquêtes sociales. Ces services seront largement sollicités jusqu’à l’abrogation de l’enquête sociale survenue en 2012. Sur le territoire du Haut-Rhin, les deux Tribunaux de Grandes Instances bénéficieront des compétences des enquêtrices sociales (assistantes sociales) de l’ARSEA pour servir l’aide à la décision des magistrats dans le champ de l’Assistance Educative. Ces services dédiés ont été financés par la Protection Judiciaire de la Jeunesse. L’activité enquête sociale était extrêmement forte jusqu’au milieu des années 80. La mission de ces services était centrée sur l’exploration des conditions de vie des enfants au sein de leur famille. La dimension familiale constituait l’angle prioritaire des observations menées.

L’IOE

Progressivement, des mesures prioritairement centrées sur les mineurs ont été sollicitées par les Juges des Enfants. Cette évolution fut progressive entre les années 70 et 90. En 1991, la Protection Judiciaire de la Jeunesse a formalisé la mesure d’Investigation et d’Orientation Educative (IOE) qui est venue suppléer les mesures d’observation en milieu ouvert (OMO). A cette époque, nous avons pu observer l’émergence de la notion de pluridisciplinarité. Cet aspect a conduit les services à construire des méthodologies d’intervention associant systématiquement un travailleur social (très souvent un éducateur) et un psychologue pour mener les investigations demandées par les magistrats et mettre en œuvre les orientations les plus adaptées au regard des profils des mineurs confiés.

**2012 - Une année charnière**

L’ARSEA n’a pas ménagé ses efforts pour consolider ses services d’investigation dans des contextes de tension économique de plus en plus évidents. Pour ce faire, les services d’enquêtes ont fusionné avec les SIOE en 2012 pour ne former plus qu’une entité par Département via les Services d’Investigation Educative (SIE).

Le SIE 68 est depuis habilité pour mener des mesures d’investigation judiciaires sur une base annuelle de 440 mesures, correspondant à 660 mineurs par année.

L’habilitation du SIE en 2012 a aussi pour conséquence la séparation définitive d’avec le service d’investigation administrative (MIP) qui évolue depuis de façon autonome même si des points de convergence, de réflexions et de recherches demeurent partagés.

**La mission et les objectifs généraux du service**

**1. Les valeurs du Service**

Dans le droit fil des valeurs associatives de l’ARSEA, le SIE développe ses missions à travers une démarche respectueuse du droit et de la dignité de la personne.

Dans le cadre de nos interventions, il importe de:

* Considérer l’enfant comme sujet à part entière
* Fonder notre travail en s’attachant au respect et à la promotion de la personne
* Attacher une importance majeure au lien familial et à l’apaisement des conflits et tensions
* Promouvoir une interdisciplinarité active des interventions des professionnels
* Valoriser le partenariat par la prise en compte du travail déjà engagé en amont par d’autres professionnels.

Au-delà de l’intervention proprement dite, le Service tend à apporter sa contribution dans les débats sur les problématiques de l’enfance, souvent mises en exergue par nos travaux d’investigation.

**2. Les repères juridiques**

Le Service d’Investigation Educative intervient sur mission du Juge des Enfants dans le but :

* D’étudier la personnalité du mineur, en liaison avec son environnement familial élargi,
* D’élaborer des programmes d’action possible,
* De vérifier la notion de danger et la capacité des parents à porter attention aux difficultés de leurs enfants,
* De vérifier l’opportunité d’organiser une mesure de protection judiciaire.

Il s’agit de la mise en travail au sein de l’équipe et avec les intéressés, de la question posée à l’occasion de la saisine.

* dans le cadre de l’Assistance Educative:

L’article 375 du Code Civil, modifié par la loi n° 2013-403 du 17 mai 2013, conformément aux dispositions respectives des articles 1183 et 1185 du nouveau code de procédure civile, modifié par le décret 2002-361 du 15 mars 2002.

* dans le cadre de l’enfance délinquante:

Les articles 8 et 9 de l’ordonnance n° 45-176 du 02 février 1945, modifiés par la loi du 1er juillet 1996 et celle du 09 septembre 2002.

**3. Création de la MJIE**

Arrêté du Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et des Libertés portant création de la mesure judiciaire d’investigation éducative en date du 02.02.2011.

**4. Création du Service**

Arrêté préfectoral portant régularisation et autorisation de création en date du 11.01.2012.

Des objectifs concrets:

En référence au cadre civil, la mesure est mise en œuvre dans une phase d’information et se caractérise par une évaluation approfondie du danger avec pour principe, l’intérêt supérieur de l’enfant et le respect du cadre posé par la décision judiciaire. Au pénal, elle s’inscrit dans la phase d’instruction.

Dans tous les cas, il s’agit pour les professionnels de recueillir, vérifier et analyser les éléments d’informations concernant les situations des mineurs et leurs familles, que la mesure soit ordonnée en Assistance Educative ou au pénal.

La mesure a pour objectif une aide à la décision du magistrat avec au terme de l’intervention, des préconisations d’orientation éducative.

**5. Des repères théoriques**

La diversité des références théoriques et approches conceptuelles est recherchée afin de multiplier les lectures des problématiques rencontrées et d’imaginer des réponses adaptées en fonction des situations. Dans les faits, les enseignements et méthodes développés dans le champ des sciences de l’observation constituent une base de travail intangible pour construire nos démarches d’investigation.

La culture professionnelle au sein du Service permet le développement réflexif de la mission à partir de différents courants de pensées complémentaires autour de (liste non exhaustive):

* La relation d’aide (même sous contrainte)
* La théorie psychanalytique
* L’approche systémique
* L’observation du développement de l’enfant
* Les dimensions interculturelles spécifiques à l’œuvre dans bon nombre de familles.

L’articulation de ces références permet d’asseoir une clinique de l’investigation qui soit interdisciplinaire avec des fondements éthiques qui augurent d’un respect attentif des personnes.

**Profil des personnes accueillies: problématiques et évolution**

Les mineurs bénéficiaires d’une mesure MJIE:

L’ensemble des mineurs (0-18 ans) peut être concerné par une MJIE. Ce n’est ni l’âge ni le sexe qui est déterminant mais bien l’hypothèse d’être face à un enfant en situation de danger.

Il n’y a pas, par définition, de profil type mais bien des contextes de développement et des conditions de vie qui justifient qu’un magistrat ordonne une MJIE.

Ceci dit, sur les années 2013-2014 et 2015 nous constatons une stabilité entre garçons et filles. Les garçons représentent 54 % des mineurs et les filles 46 %.

Plus intéressant est le mouvement constaté en référence aux âges. A ce niveau, si nous notons une stabilité en ce qui concerne les enfants entre 4 et 12 ans représentant 51 % des mineurs adressés au Service, nous constatons au niveau des entrées des adolescents, un fléchissement qui passe de 36 % en 2013 à 23 % en 2015. Inversement les enfants de - de 3 ans augmentent considérablement passant de 16 % à 26 %.

Ces constats entraînent un lot de répercussions qui se traduit par l’évolution des modalités d’intervention afin de les adapter en fonction des âges des mineurs. Dans cette logique, l’observation du développement de l’enfant devient un axe fort du projet, tout comme est devenu dans cette même logique indispensable l’apport et l’intervention même ponctuelle d’un pédiatre.

**Contextes familiaux et/ou environnementaux**

La diversité des situations rencontrées nous amène à évoquer la notion de contexte familial et environnemental au pluriel. En effet, si la MJIE peut être mise en œuvre auprès de tous mineurs, force est de constater que fort nombreux sont les contextes de vie marqués par la précarité. De fait, un nombre important des détenteurs de l’autorité parentale vit avec des revenus proches des minima sociaux. La fragilité économique est ainsi un paramètre souvent observé dans les familles. A l’inverse, les milieux privilégiés sont moins fréquemment concernés par nos interventions dans la mesure où notre mission a souvent pour origine des démarches initiées par la PMI ou l’Espace Solidarité.

Par rapport à la population accueillie, il n’est pas rare d’être confronté, tant avec les mineurs que leurs parents, à un décalage de conception qui vient freiner l’accès aux codes de socialisation, à la représentation de la justice, à la notion de développement de l’enfant. A ce titre, l’absence de références en lien à l’obligation scolaire peut être citée comme un exemple concret maintes fois rencontré.

Quel que soit le niveau d’appropriation de ces données par les détenteurs de l’autorité parentale, elles sont systématiquement mises en perspective et constituent bien souvent le cœur de l’investigation déployée dans l’intérêt du mineur.

Mener à bien notre mission consiste à prendre en compte l’ensemble des éléments pouvant entraîner une déstabilisation d’un milieu familial. A ce niveau, la nécessité de croiser de plus en plus fréquemment notre approche socio-éducative avec le champ de la psychiatrie est devenue indispensable. De fait, l’importance des problématiques psychologiques voire psychiatriques que nous observons, soit au niveau des parents, soit dans le développement des enfants, nécessite une attention particulière. Il s’avère dès lors indispensable de consolider le rôle du médecin psychiatre dans le Service pour lui conférer une mission d’articulation fine avec les milieux psychiatriques (hôpitaux - CMP- services ambulatoires - CATTP).

Dernier point, le profil des enfants qui nous sont adressés reflète la diversité des populations rencontrées sur le Département. A ce titre, l’environnement mulhousien, souvent assimilé à un laboratoire social, est exemplaire avec les 130 nationalités représentées sur son territoire. Ces particularités se doivent d’être prises en compte dans la démarche d’investigation et ce au plus près des réalités socio-linguistiques et interculturelles qui constituent à la fois une richesse pour bon nombre de ces enfants mais aussi leur fragilité.

L’observation de ces mineurs et de leur famille rend parfois incontournable le développement d’une approche éthnoclinique dans l’investigation. Il s’agit là d’un exemple de module d’approfondissement qui peut être mis en œuvre.

**La nature de l’offre**

* En assistance éducative:

La nature de l’offre découle des attendus du Juge des Enfants ou d’un Juge d’Instruction qui selon l’article 375 du Code Civil, «peut prendre des mesures d’Assistance Educative si la santé, la sécurité, la moralité d’un mineur sont en danger ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel ou social sont gravement compromises.

Qu’une mesure judiciaire d’investigation éducative apparaît nécessaire pour rechercher si les conditions de vie du des mineur(s) ou(et) les conditions d’exercice de l’autorité parentale l’(les) expose(nt) à une situation de danger physique ou psychologique et, dans ce cas, faire toutes propositions utiles pour y remédier».

En ce qui concerne le code de procédure civil, l’article 1183 prévoit qu’en Assistance Educative le Juge peut soit d’office, soit à la requête des parties ou du ministère public, ordonner toutes mesures d’information concernant la personnalité et les conditions de vie du mineur et de ses parents.

Dans cette logique, le SIE met en œuvre une mesure judiciaire d’investigation éducative sur une durée maximale de 6 mois avec pour spécificité son caractère interdisciplinaire afin de :

* Recueillir des informations quant à la personnalité et les conditions de prise en charge du (des) mineur(s)
* Décrire la situation familiale et sociale dans laquelle évolue(nt) le (les) mineur(s)
* Approfondir, si nécessaire, par une approche spécifique les particularités d’une problématique immédiatement repérable
* Proposer à l’échéance les modalités d’accompagnement les plus adaptées permettant de mettre un terme à la situation de danger.
* Au pénal:

«L’Article 8 de l’Ordonnance du 02 février 1945 prévoit que le Juge des Enfants effectue toutes diligences et investigations utiles pour parvenir à la connaissance de la personnalité du mineur ainsi que des moyens appropriés à sa rééducation (situation matérielle et morale de la famille et conditions d’éducation, personnalité et antécédents du mineur, fréquentation scolaire et attitude à l’école, santé, développement psychologique)».

Tant au civil qu’au pénal, la MJIE constitue une aide à la décision pour le magistrat instructeur et son déroulement doit être guidé par le principe de l’intérêt supérieur de l’enfant.

**Les contours de la MJIE**

L’investigation permet de recueillir les éléments du parcours antérieur du mineur et les éventuelles réponses sociales, administratives et judiciaires apportées par le passé dans l’objectif de construire des propositions en se fondant sur ce qui a déjà permis ou pas des évolutions de la situation.

Les professionnels analysent ces éléments et élaborent des hypothèses de réponses éducatives et de protection.

Dans les deux domaines, civil et pénal, à partir du recueil de ces informations, les professionnels du SIE tendent d’une part à l’objectivation de la situation en croisant leurs analyses à l’appui d’un travail interdisciplinaire, d’autre part à rendre compte de la complexité des problématiques.

La récente modification (16.03.2016) de la loi de Protection de l’Enfant amène à prendre en compte prioritairement les besoins de l’enfant à partir de l’observation de son développement. Ainsi, la démarche d’investigation se doit d’être centrée sur le mineur, mais considéré dans son environnement. De fait, dans le déroulé de l’intervention le mineur et sa famille bénéficient d’une observation ciblée.

Dans le cadre des MJIE, les intervenants du SIE prennent en considération de façon prioritaire:

**L’identité du mineur, à partir de l’état civil, et les postures des détenteurs de l’autorité parentale**

Cet aspect est développé dès le démarrage de l’intervention et s’appuie sur:

* Les éléments du dossier du Tribunal pour Enfants avec prise en compte de l’extrait de l’acte de naissance.
* La consultation du livret de famille
* Le recueil des éléments sociaux, document du Service
* Le repérage des places des père et mère et leur représentation au niveau du mineur
* Le positionnement des autres adultes pouvant servir de support d’identification parentale.
* **La santé**
* Reprise des éléments contenus dans le signalement en lien à la santé
* Prise en compte du parcours santé du mineur à partir du carnet de santé
* Si repérage d’aspect particulier en lien à la santé, prise de contact avec le médecin traitant ou le (les) spécialiste(s) ayant connaissance de la situation
* Possibilité de solliciter le médecin psychiatre du Service pour assurer et faciliter l’interface avec le corps médical.
* **La sécurité**
* Reprise des éléments du signalement et prise en compte des avis tant des partenaires que du mineur et de ses parents
* Visites à domicile
* Historique des antécédents (ex.: violence, laxisme, enfant laissé pour compte)
* Repérage du climat d’ensemble dans lequel évolue le mineur
* Evaluer l’impact des problèmes de santé des parents sur leurs fonctions éducatives
* Prise en compte de la dynamique inter-relationnelle au sein de la structure familiale.
* **La moralité**

A travers les entretiens avec les mineurs et/ou les parents:

* Interroger le rapport aux normes et le restituer dans sa dimension culturelle pour repérer des éléments de compréhension tangibles et des leviers d’évolution
* Prendre en compte l’environnement social autour de la famille et les répercussions possibles par rapport à l’enfant
* Intégrer à la démarche d’investigation, les repérages effectués éventuellement par des tiers (ex.: établissements scolaires… secteur, Brigade des Mineurs…).
* **Les conditions de son éducation**

Cet item est étroitement associé aux deux précédents et trouve son prolongement par:

* La prise en compte des modèles familiaux proposés ou imposés au mineur
* La place dévolue à l’enfant et la nature des liens : proximité, absence de distance, rejet, parentalisation, mécanisme conduisant à repérer ou un risque d’aliénation parentale ou une logique de double contrainte.
* **Les conditions de son développement physique**

Ces aspects font l’objet d’un croisement avec les informations en lien à la santé du mineur par:

* Reprise des éléments du carnet de santé
* Prise en compte des besoins fondamentaux
* Repérage des capacités parentales quant à la prise en charge de l’enfant (alimentation, soins quotidiens)
* Prise en compte des retards éventuels de développement et des positions parentales (déni – rejet – indifférence – implication).
* **Les conditions de son développement affectif**

Elles sont appréhendées tant sur le versant socio-éducatif que psychologique.

A travers une double lecture sont repérées pour être mises en exergue:

* Les carences éducatives
* La dynamique des liens et des attaches entre le mineur et ses parents
* **Les conditions de son développement intellectuel**

Ce type de repérage passe prioritairement par la prise en compte de l’adaptation scolaire et de l’évolution du mineur à l’école afin de mettre en exergue le cas échéant:

* Une hyper-activité
* Une déficience intellectuelle
* Des problèmes de comportement en lien ou non à des capacités cognitives peut-être limitées.

Ces aspects, une fois repérés, sont systématiquement enrichis par la phase «éléments cognitifs» en lien au bilan de personnalité assuré par le psychologue du Service.

Selon les situations, des orientations vers la MDPH peuvent être proposées en apportant une contribution à la réalisation d’un dossier handicap.

* **Les conditions de son développement social**

Elles sont appréhendées par croisement des informations (secteur, scolaire, partenaires) et repérages des modalités de modélisation des détenteurs de l’autorité parentale.

Elles font l’objet d’un travail de fond avec les intéressés tant dans le cadre des visites à domicile assurées par le travailleur social que par le psychologue à travers les entretiens avec le mineur et ses parents.

**L’organisation interne**

**Admission et accueil**

La Mesure Judiciaire d’Investigation Educative, prononcée par ordonnance, n’est pas susceptible d’appel, fort de cet incontournable pour les mineurs et les détenteurs de l’autorité parentale, le Service se doit de tout mettre en œuvre pour faciliter l’adhésion des intéressés.

Cette perspective d’adhésion passe par une démarche d’accueil basée sur les fondements associatifs articulant RESPECT, ECOUTE et DIALOGUE à travers une culture inconditionnelle de la bien-traitance.

Dans la pratique, la notion d’accueil ne constitue pas uniquement le temps dédié au démarrage de l’intervention (présentation du service – présentation de la mission – communication du livret d’accueil et de l’ensemble des documents qui le constitue) dans la mesure où chaque rencontre avec un mineur ou ses parents est l’occasion de renouveler un processus d’accueil à même de favoriser les échanges. Il y a bien une forme de ritualisation d’un accueil que la démarche soit entreprise dans le cadre d’une visite à domicile ou d’un entretien au bureau. La ligne de conduite est la même qu’il s’agisse d’une secrétaire, d’un travailleur social, d’un psychologue, d’un psychiatre ou d’un cadre.

**L’organisation du Service basée sur l’interdisciplinarité**

La durée maximale, fixée à six mois, amène à développer une organisation soutenue. Les éléments clés de l’intervention sont très marqués par la dimension du temps. Le schéma du déroulement d’une MJIE peut être diversement impacté par l’évolution d’une situation et/ou les attentes du magistrat. Ceci dit, nous ciblons systématiquement les incontournables suivants :

* Une attribution du dossier du mineur à un binôme travailleur social + psychologue dans un délai de 15 jours (sauf période de congé) après réception de l’ordonnance.
* Un premier contact avec le mineur et/ou les détenteurs de l’autorité parentale, effectué par le travailleur social
* Une première analyse interdisciplinaire (PAI) regroupant le binôme + un cadre (en moyenne six semaines après l’attribution).
* Un choix d’intervention ciblé pour et par le travailleur social et le psychologue en fonction des décisions arrêtées dans le cadre de la PAI.
* Des échanges interprofessionnels réguliers entre travailleur social et psychologue.
* Des interventions du travailleur social à domicile avec une prise d’informations auprès des acteurs socio-éducatifs connaissant le mineur et son environnement.
* Des rencontres organisées, si nécessaire, en dehors du contexte familial pour recueillir la parole de l’enfant et vérifier son adaptation et ses aptitudes.
* Une synthèse interdisciplinaire à l’issue de cinq mois d’intervention pluridisciplinaire afin de dégager une analyse de la situation et des problématiques observées, préfigurant les éléments conclusifs du rapport d’investigation.
* Une restitution proposée aux détendeurs de l’autorité parentale introduisant la proposition qui sera finalisée dans le rapport final destiné au magistrat.
* La rédaction du rapport et de ses trois parties :

\* Socio-éducative, rédigée par le travailleur social

\*Psychologique, rédigée par le psychologue

\*La conclusion, rédigée par le Directeur ou le Chef de Service.

* Une présence du Service dans le cadre de l’audience de fin de mesure mise en œuvre par le Juge.

**La confrontation avec des parents rencontrant des difficultés psychiques**

De nombreux enfants confrontés à des parents en difficulté personnelle sur le plan psychique nécessitent d’une investigation qui prenne en compte cet aspect. Le repérage des relais et mode de soutien dont bénéficient les parents s’avère indispensable pour apprécier leur capacité à protéger l’enfant et à le soustraire, le cas échéant, à une situation de danger. Pour parvenir à prendre en compte au mieux de telles singularités, le SIE se rapproche systématiquement des établissements de soins spécialisés (psychiatrie- alcoologie- service de post-cure…) dans la mesure où la qualité des interactions parents / enfants détermine largement l’évolution des uns et des autres. Pour mener à bien ces investigations, nous nous appuyons largement sur les compétences des spécialistes et en priorité les médecins psychiatres du Service.

Par rapport aux fonctions parentales, sans entrer dans la logique de l’expertise il s’avère nécessaire de ne pas écarter un risque de pathologie (référence DSM – manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) qui viendrait impacter les capacités parentales et le développement de l’enfant. Ce regard amène, par contre, parfois à des préconisations de soins spécialisés ou à la préconisation d’un avis médical à visée judiciaire (demande d’expertise).

**L’investigation et l’approche inter-culturelle**

Les enfants fragilisés par un parcours migratoire personnel, ou par les aléas d’une immigration parentale, apparaissent souvent comme évoluant à la lisière des critères de danger. Ils sont nombreux à être concernés par l’ouverture de dossiers d’Assistante Educative et souvent adressés au SIE à des fins d’investigation.

Ces mineurs apparaissent en souffrance mais l’origine de leurs difficultés, souvent passées sous silence, demeure comme inaccessible pour eux-mêmes et leurs parents. Ne reste alors que la dimension symptomatique (troubles du comportement, désinvestissement scolaire, passages à l’acte…), à laquelle la société répond parfois sous forme de sanctions, qui aggravent le symptôme, car la réponse n’est pas reliée à la façon de penser le monde qui prédomine dans la famille.

Parents et enfant se trouvent confrontés à un « impossible » à penser, le lignage, la filiation, la dimension linguistique et la logique même d’immigration. Ils se trouvent les uns et les autres en difficultés pour dresser des passerelles rendant accessibles, dans le respect, le passage d’une culture à une autre. De fait, parents et mineurs ne parviennent pas à associer dans un même modèle éducatif, les fondements de deux cultures, l’une et l’autre s’estompant laissant maintes fois les détenteurs de l’autorité parentale démunis.

Pour mieux prendre en compte ces situations, le Service propose d’introduire, chaque fois que cette approche parait accessible, une réflexion avec les familles pour leur permettre de repenser la question de leur origine dans une culture donnée et de leur devenir dans une société autre. Les démarches d’acculturation mises en œuvre peuvent aussi être signe de fragilité d’autant que les assises identitaires premières se trouvent fréquemment escamotées à la deuxième génération.

Pour ce faire, le Service, de façon pragmatique, peut proposer de mettre l’accent, pendant la période d’investigation, sur la dimension de médiation ethnoclinique par des professionnels formés. Cet aspect peut venir compléter les observations concernant l’enfant, et l’analyse de la dynamique familiale qui sont systématisées. Cette approche peut également être déployée en priorité chaque fois qu’un risque de dérive radicale est repéré auprès d’adolescent.

La démarche ethnoclinique visée se réfère à la recherche en anthropologie sociale et en ethnopsychiatrie (prioritairement aux travaux de G. DEVEREUX). A notre niveau, elle passe par les apports des témoins de proximité des cultures de l’autre. C’est en effet par le biais de ces témoins qu’une «traduction» peut se faire entre la culture de la famille et le pays d’accueil et permettre à la famille et au mineur de comprendre ce qui se joue pour eux dans la rencontre des deux cultures.

A ce stade, il s’agit de finaliser un maillage de témoins que nous repérons dans les mouvements associatifs sur le territoire.

**Volet technique et finalité de la mission**

Ce volet technique serait incomplet sans le référer à la finalité de la mission. Il s’avère plus qu’essentiel de repérer la place de nos écrits et de l’ensemble des démarches de réflexion qui les sous-tendent. Le compte rendu de l’investigation s’ébauche à partir d’un travail réflexif incontournable et partagé par tous les membres de l’équipe interdisciplinaire. Qu’il s’agisse des temps dédiés aux premières analyses pluridisciplinaires, aux synthèses ou aux démarches mises en oeuvre dans le cadre des groupes d’analyse de la pratique, ils n’ont d’autre objectif que de servir le plus finement possible notre analyse des situations de danger. Ces différents aspects ne peuvent être désolidarisés car ils constituent la charnière de l’interdisciplinarité mais aussi nos éléments ressources, favorisant la prise de distance et l’objectivation de nos observations. Il n’est là pas non plus envisageable de tout décrire en la matière mais la focale peut être mise à minima sur trois aspects de dynamique convergente qui permettent de rendre compte des investigations entreprises et des résultats obtenus.

**Rendre compte des investigations**

* La restitution: il s’agit de renvoyer aux détenteurs de l’autorité parentale les éléments de nos observations pour en favoriser une appropriation. La restitution est systématiquement proposée et constitue une phase clé de la MJIE. Elle peut être mise en œuvre par le travailleur social et/ou le psychologue mais aussi chaque fois que nécessaire par un cadre.

Le but est d’apprécier avec les intéressés les éléments parcourus, via la saisine judiciaire, depuis le signalement jusqu’aux conclusions de l’investigation.

Il s’agit d’une phase essentielle, qui permet aussi de vérifier l’adhésion des parents et du(des) mineur(s) aux orientations proposées. Elle correspond à un «rendu compte» de l’ensemble de nos démarches à destination des familles et s’inscrit dans la logique d’un droit de savoir.

Le groupe d’analyse des pratiques: il s’agit de promouvoir des temps de réflexions interdisciplinaires pour aller plus loin que les aspects factuels de l’investigation, et interroger nos représentations et nos modes d’investissement dans les relations. Cet aspect est fondamental et correspond de façon intrinsèque à une phase de sécurisation des positionnements professionnels.

* Les écrits: ils constituent notre «marque de fabrique» et correspondent aux pièces judiciaires qui viennent servir le débat contradictoire et étayer la décision du magistrat.

Si les écrits sont essentiels, ils se doivent d’être une traduction la plus fidèle possible des propos des mineurs et de leurs parents.

Ils intègrent une dimension d’analyse qui est à même de servir utilement la compréhension des difficultés, et introduire les logiques d’accompagnement qui ont pour but d’éviter à l’enfant d’être confronté durablement à une situation de danger.

Le rapport prend sa source dans une reprise et une analyse documentaire des éléments clés du dossier ouvert au Tribunal pour Enfants pour restituer les dynamiques et évolutions du mineur au sein de sa configuration familiale.

**La rencontre avec les parents**

Chaque nouvelle mesure est discutée en réunion, à ce moment-là ou par la suite nous envisageons (si nécessaire) un entretien psychiatrique.

Je ne cherche pas seulement à mettre un diagnostic psychiatrique, ou à voir s'il y en a un déjà posé surtout si le parent peut présenter un danger pour l'enfant.

D'après Maurice Berger dans son livre «L'échec de la protection de l'enfance» l'évaluation est un concept très important qui intervient à deux niveaux: Le premier consiste à apprécier si l’on se trouve dans une situation de difficulté éducative parentale telle qu’elle nécessite une séparation. Celle-ci, nous l’avons constaté, devrait alors être suivie de mesures d’accompagnement relationnel de l’enfant et d’une évaluation précise des modalités de contact à maintenir avec ses parents.

Le second niveau concerne l’évaluation du développement de l’enfant, qu’il soit séparé ou non, afin d’apprécier son évolution: suivant le contexte, une aggravation ou une stagnation peut indiquer qu’une séparation devient inéluctable, ou que des visites médiatisées sont trop rapprochées, ou que l’institution qui accueille l’enfant ne lui offre pas une attention personnalisée suffisante. Une amélioration peut signifier que les parents ont progressé dans leurs capacités éducatives, ou si l’enfant est placé, que le nouveau cadre de vie lui convient bien.

Maurice Berger propose dans son livres plusieurs jalons, présentés ci-dessous, qui sont très utiles dans notre travail.

**«JALONS» POUR EVALUER LA NECESSITE D’UNE SEPARATION**

Afin de diminuer l’influence des facteurs émotionnels présents chez les intervenants, nous proposons depuis 1999 des jalons d’évaluation clinique des situations de défaillance parentale, élaborés à partir de l’analyse de centre soixante-dix situations. Le terme de «jalons» est emprunté directement à Steinhauer (1996), psychiatre canadien qui a accumulé une expérience considérable dans le domaine de la prise en charge et de l’évaluation des situations d’inadéquation parentale. Ce mot signifie qu’aucune évaluation chiffrée ne sera effectuée, et que la particularité de chaque situation doit être prise en compte. Il s’agit donc d’un guide précis mais qui fait en même temps appel à l’expérience clinique de son utilisateur.

Ces jalons doivent permettre de répondre aux questions suivantes (Steinhauer):

* Est-il possible d’éviter le placement sans pour autant compromettre la sécurité de l’enfant ?
* L’incapacité des parents à tenir leur rôle est-elle si grande qu’ils ne peuvent assurer le minimum de parentalité compatible avec le développement normal de l’enfant ?
* Qu’elles sont les chances qu’une intervention amène une amélioration significative des capacités parentales, et dans quel délai peut-on arriver à la décision de planifier un retour dans la famille naturelle ou de préparer un placement au long cours ?

Ces jalons recoupent, comme on pouvait s’y attendre, ceux utilisés par les autres pays qui emploient ce genre d’outil, tels l’Italie, le pays Basque Espagnol, l’Angleterre, le Canada.

Les indicateurs à repérer peuvent concerner:

- A: la structuration psychique des parents,

- B: la manière dont la pathologie parentale se manifeste dans l’interaction parents-enfants;

- C: la manière dont l’enfant réagit, fait face à la pathologie parentale.

En A, les signes sont assez facilement repérables.

En B, ils mettent en jeu la subjectivité de l’intervenant et nécessitent donc une certaine expérience.

En C, les signes décrits ne sont pas forcément liés à une défaillance parentale grave, ils doivent donc être interprétés par rapport au contexte décrit en A et B.

Il faut d’abord préciser que, comme l’indique Rottman (2001), ce qui compte n’est pas seulement le diagnostic de la maladie mentale du parent, mais aussi la manière dont elle affecte la parentalité et s’exprime par rapport à l’enfant. Certes, dans certains cas de troubles psychotiques ou mélancoliques massifs, il n’y a d’autre alternative qu’une séparation la plus rapide possible. Mais en dehors de ce contexte, l’analyse doit être plus nuancée. Ainsi, Bourdier (1972) a montré comment certains enfants ont pu être laissés avec leurs parents dont un seul était malade mental.

**Jalon 1** – La présence de troubles mentaux importants et chroniques avec des éléments délirants de type persécution, syndrome d’influence, hallucinations auditives, dépression de type mélancolique, et cela d’autant plus que l’enfant est impliqué dans le processus délirant et l’objet de projections massives. Souvent le parent ne peut se représenter son enfant comme différent de soi (Rottman), avec une déformation systématique des signaux émis par ce dernier. Il faut rappeler ici à quel point la naissance d’un bébé et les soins à lui donner peuvent être ressentis comme un danger extrême par les mères psychotiques, qui sont alors renvoyées à des angoisses archaïques de dévoration, de destruction, de fusion totale, et dont le délire peut alors augmenter (David 1989), contrairement à l’idée parfois entendue selon laquelle la naissance d’un bébé pourrait aider sa mère schizophrène à aller mieux.

Cela ne signifie pas qu’on doive retirer le bébé de toute mère malade mentale. En effet, un maintien du nourrisson au domicile peut être tenté si sont réunies certaines conditions:

* La pathologie maternelle, en particulier les thèmes délirants, n’est que centrée sur l’enfant, ce qui permet à ce dernier d’investir et d’utiliser d’autres personnes relais;
* Le reste de la famille a un fonctionnement psychologique et éducatif cohérent. Un élément important est le fait qu’un père soit très présent, en bonne santé psychique, et capable de faire contrepoids à la pathologie de son épouse auprès de son enfant;
* Une équipe spécialisée est capable de repérer rapidement l’apparition de processus de défense fixés ou un arrêt de développement chez le bébé.

**Jalon 2** – la présence de comportements psychopathiques, avec une errance sous toutes ses formes (multiplication des partenaires, des déménagements, des emplois tenus peu de temps, interruption de la relation avec les professionnels pouvant fournir de l’aide), incapacité de manifester une attention continue (à chiffrer en minutes, heures, demi-journée) à son enfant. Ces comportements peuvent s’accompagner de l’utilisation répétée de drogues ou d’alcool, et de l’implication de l’enfant dans des scènes violentes ou sexuelles entre adultes dont il est le témoin.

**Jalon 3** – En plus des jalons A1 et A2, parents ne contrôlant pas leurs impulsions, ayant une très faible capacité de contenir une tension en eux, avec des passages à l’acte répétitifs, des variations brusques, explosives, des mouvements d’humeur pouvant aller jusqu’aux coups ou à l’interruption de la relation. Cette imprévisibilité de l’humeur parentale a des effets particulièrement nocifs sur le psychisme de l’enfant. Elle peut prendre l’aspect de retournements soudains de l’amour en haine, un désir fusionnel alternant avec le rejet. Ceci peut amener le parent à une demande de placement en urgence, l’enfant étant désigné comme fondamentalement mauvais, puis de reprise sans que la situation ait réellement évolué. Il n’est pas rare que dans ce contexte, l’enfant soit soumis au terrorisme de la souffrance.

**Jalon 4** – impossibilité d’accepter la moindre part de responsabilité dans la situation actuelle. Or aucun parent n’est capable d’élever un enfant sans rencontrer de difficultés éducatives, sans se mettre en cause dans sa manière d’être ou mère. Les parents dont il est question ici trouvent une justification à toutes les difficultés de leur enfant, les attribuent exclusivement à des facteurs extérieurs à la famille ou les nient. Certes, les parents peuvent craindre que s’ils reconnaissent leurs difficultés, ceci ne se retourne contre eux, mais les processus de déni en jeu sont tellement massifs qu’on est devant une réelle incapacité parentale de comprendre que leur enfant est en difficulté.

**Jalon 5** – les prises en charge tentées précédemment se sont soldées par des échecs:

* Soit les parents ont refusé les aides proposées, parce qu’ils éprouvent une grande méfiance par rapport à toute personne extérieure au groupe familial, soumis qu’ils sont à un sentiment de persécution sous-jacent (qui peut être à l’origine d’un isolement social s’accompagnant de conflits répétés avec le voisinage). Cet «indice de paranoïa» est élément important à évoluer;
* Soit ils ont accepté une intervention socio-éducative parce qu’ils ont perçu qu’un refus immédiat risquerait d’entraîner un retrait de leur enfant par le juge des enfants, mais ils ont été rapidement très conflictuels avec les intervenants, leur ont parfois opposés une porte close. Ils peuvent aussi s’être montré très passifs, ne mettant rien à profit derrière un accord de surface.
* Soit ils ont accepté d’entreprendre une psychothérapie pour les mêmes raisons que celles décrites ci-dessus mais ils ne sont allés qu’à un ou deux rendez-vous chez le psychothérapeute, disant que cela ne leur apportait rien, affirmation exacte en ce sens qu’elle traduit une impossibilité de leur part à réaliser un véritable travail psychique;
* Soit ils ont utilisé l’aide proposée, quelle que soit sa forme, pour se plaindre de leur passé, ou pour tenter de nouer une relation de « copinage » avec l’intervenant, ou pour s’étayer de manière massive sur lui, mais en oubliant totalement leur enfant pendant l’entretien même s’il est présent physiquement, et sans qu’aucun changement interne ne soit observable. Ceci amène à évoquer le problème du délai.

**Jalon 6** – *L’aide a été acceptée, mais après un délai raisonnable d’intervention, aucun changement important n’est apparu dans l’attitude éducative et affective des parents.* Un tel essai de prise en charge ne peut être tenté que s’il n’existe pas de dangerosité parentale immédiate (sévices, abus sexuels), et que si l’état de l’enfant n’est pas « totalement » inquiétant, c’est à dire avec un QI déjà bas, des troubles psychotiques, etc. la durée du délai est déterminée par l’intensité de la souffrance de l’enfant et par le risque de passage à des troubles fixés. En général, pour un enfant petit, ce délai ne devrait pas excéder six mois, au bout desquels un changement dans les attitudes parentales devrait être observé, ainsi qu’une amélioration de l’état de l’enfant. Rappelons-le, on sous-estime très souvent la rapidité avec laquelle la pathologie d’en enfant devient irréversible.

Dans son livre « Comment survivre à sa propre famille » (page 15), Mony Elkaïm dit :

«  Chacun joue un rôle bien spécifique dans un scénario familial, et la distribution de ces rôles s'est faite le plus souvent à l'insu des uns et des autres. Le piège se referme alors, un système rigide s'installe et chacun se sent prisonnier. Certains membres de la famille souffrent, des symptômes apparaissent...

Jalons concernant la relation parents-enfants (B) d'après Maurice Berger

Les difficultés parentales peuvent être évaluées dans la relation parent-enfant. Certaines mêmes ne se manifestent que dans cette relation, au sens où les parents mènent par ailleurs une vie professionnelle et sociale normale. Quelle que soit la « maladie mentale » du parent, on est dans une situation à risque maximum lorsqu’on se trouve devant une relation qui a une des caractéristiques suivantes.

Dans la relation parent-petit enfant (0-3 ans) : les jalons B1 à B4

**Jalon B1** *– Le parent ne peut maintenir que brièvement une identification aux besoins physiques de son enfant.*

***Jalon B2*** *– Le parent présente une inaffectivité et une incapacité d’avoir des échanges émotionnels avec son enfant,* par le regard, la parole, parfois le toucher, même si telle mère peut nourrir et changer son bébé à heures régulières. L’enfant est alors soumis à une relation vide de la part d’une mère proche de la mélancolie ou luttant contre son envie de le rejeter.

**Jalon B3** – *Les situations dans lesquelles les parents présentent une «psychose blanche»* posent des problèmes particuliers. Il s’agit de parents qui ont un comportement social parfaitement adapté, et qui exercent même souvent des fonctions professionnelles à un niveau élevé. Mais ils présentent une pathologie psychotique qui ne s’exprime que dans la relation avec leur enfant. Cette pathologie a parfois commencé à se manifester à l’occasion de la grossesse, mais les médecins généralistes et les obstétriciens perçoivent rarement l’intensité de l’angoisse qu’éprouvent alors les futures mères.

Dans la relation parent-enfant plus âgé: les jalons B4 à B6

**Jalon B4** – L’enfant est pris dans les thèmes délirants des parents qui lui demandent d’adhérer à leurs croyances folles.

**Jalon B5** – Le parent établit une relation sans limite avec l’enfant, sous deux formes parfois présentes simultanément:

* Il peut s’agit d’une absence totale de limites éducatives, l’enfant pouvant avoir des comportements violents et/ou sexuels avec sa fratrie sans aucune intervention contenante du parent, qui peut lui-même induire cette excitation;
* Il peut s’agit d’une relation fusionnelle mère-enfant fortement érotisée qui amène l’enfant à en demander toujours un peu plus, comme l’ont souligné Lamour et Barraco (1998, 199).

**Jalon B6** – *L’enfant est soumis à une violence verbale importante ou au spectacle de la violence des adultes.*

*La place du père*

Dans nombre de situations décrites ci-dessus, la mère est seule, le père étant parti ou ayant été quitté. Lorsqu’il est présent, l’indication de séparation va déprendre de son attitude éducative. Certains pères sont dans le déni de la pathologie mentale de leur compagne et dans une totale fascination devant le fonctionnement fusionnel entre une mère psychotique et son bébé (Lamour, Barraco, 1998). D’autres, s’ils parviennent à être cohérents dans leur travail, son cependant incapables de limiter la pathologie de leur épouse, d’affronter cette dernière sur le terrain éducatif, d’y faire contrepoids, d’autant plus qu’ils ne sont pas au domicile lorsqu’ils travaillent. On peut simplement penser que la situation serait encore pire s’ils étaient totalement absents.

Mais surtout, comme on peut s’y attendre, les hommes qui choisissent des compagnes ayant de telles difficultés relationnelles présentent le plus souvent eux-mêmes des troubles de la personnalité équivalents, si ce n’est plus importants. Alcoolisme, violence, délire, paranoïaque, dépression chronique, attouchements sexuels sur un enfant, etc., sont donc aussi leur lot et les rendent incompétents ou nocifs sur le plan éducatif. *On constate que cette nocivité est souvent très fortement sous-estimée* (sauf lorsqu’il s’agit de sévices importants), comme si la pathologie maternelle attirait plus l’attention des intervenants du fait de l’importance primordiale accordée à la relation mère-enfant. On raisonne donc comme si les pères ne pouvaient avoir qu’une influence limitée sur le développement affectif et intellectuel précoce de leur enfant. C’est dans les situations de divorce, lorsque le père a obtenu des week-ends de garde, qu’on constate alors de manière quasiment expérimentale l’ampleur des dégâts psychiques liés à la seule relation père-enfant.

**Jalons d’évaluation concernant l’enfant (C)**

Comme nous l’avons indiqué, tous les signes qui suivent peuvent se rencontrer dans d’autres contextes. La déficience intellectuelle a de nombreuses causes. Les troubles autistiques peuvent avoir une origine neurologique. Dans une recherche récente, nous avons distingué plusieurs contextes relationnels pouvant entraîner l’apparition d’une instabilité psychomotrice, les défaillances parentales précoces n’étant qu’un de ceux-là. Les troubles psychosomatiques correspondent souvent à des difficultés de relation traitables simplement dans le cadre d’une thérapie mère-bébé, etc. deux risques existent donc. Le premier consisterait à penser qu’un symptôme en soi doit faire évoquer l’éventualité d’une séparation. Le deuxième serait de banaliser les troubles présentés ici parce qu’ils existent dans d’autres contextes, alors que ces signes ont par expérience, une grande valeur pronostique et doivent inciter à explorer l’ensemble des autres signes décrits (A,B et C)

**Les jalons qui ont une valeur absolue**

Certains jalons décrits ci-dessus nous paraissent avoir une valeur absolue et indiquer la nécessité d’une séparation rapide.

**Jalons A**

Un délire maternel ou une dépression mélancolique (jalon A1) nécessitent un retrait de l’enfant, même si la mère accepte des visites à domicile et présente un certain degré de collaboration. On entend souvent des intervenants dire qu’un bébé est trop petit pour qu’une mesure de séparation soit prononcée à ce moment, même lorsqu’ils constatent des interactions mère-enfant totalement aberrantes. C’est une erreur, car on sait avec certitude que lorsque les dégâts psychiques apparaitront chez l’enfant, ils seront particulièrement graves, et son développement sera fortement compromis. Il nous arrive de devoir soigner pendant des années des enfants qui ont été retirés à leur mère psychotique dès l’âge de trois mois. Seule la réunion des trois conditions décrites précédemment (enfant non impliqué dans le délire maternel, présence d’un père en très bonne santé psychique et d’une équipe spécialisée bien formée) permet de suspendre la nécessité d’un placement. La présence d’un jalon absolu A et B est donc suffisante lorsque l’enfant concerné est un bébé. Il ne faut pas attendre l’apparition d’un jalon C pour mettre en place la séparation.

Le jalon A2 a aussi une valeur absolue.

**Jalons B**

La « clinique du réel » (jalon B1) est un indicateur absolu (l’aspect « carence, absence de stimulation » n’étant alors que la partie visible de l’iceberg). Il en est de même des jalons B2 (mère totalement inaffective avec son bébé), B6 (relation parent-enfant érotisée impliquant les organes génitaux), B7 (parent d’une violence extrême, même sans coups).

**Jalons C**

La baise du QD ou du QI est un indicateur absolu (C1) ainsi que l’apparition de troubles autistiques ou psychotiques et la présence de processus de contamination (C3, C5).

Les autres jalons signifient que l’on est face à une situation très inquiétante.

**LES JALONS D’EVALUATION DE L’EVOLUTION DE L’ENFANT**

La pratique d’un dispositif de protection de l’enfance devrait être sous-tendue par une question permanente et essentielle: *de quelles capacités (intellectuelles, affectives, relationnelles)* un enfant doit-il être pourvu pour mener une existence à peu près normale, ni plus heureuse, ni plus malheureuse que la moyenne ? cet axe directeur centré sur l’enfant, tranche avec celui pris par beaucoup d’autres intervenants qui se situent d’office du côté des parents, en particulier des mères.

Quatre critères: cognitif, social, affectif et familial

Réaliser cet objectif essentiel, celui d’un enfant pouvant mener une existence à peu près normale, nécessite que soient envisagés les objectifs suivants.

**Au niveau cognitif**

Que l’enfant soit capable de lire, écrire, compter. Il s’agit là d’une des conditions premières pour avoir un minimum d’autonomie dans la vie. Ceci nécessite que l’enfant se se débilise pas ou récupère une partie de la déficience intellectuelle acquise avant de bénéficier d’une prise en charge individuelle et/ou familiale. Ceci nécessite aussi qu’il ait envie d’apprendre, ce qui est en partie indépendant de son niveau intellectuel: un sujet ne pourra avoir ce désir que s’il est capable d’accepter une certaine dépendance par rapport à autrui, un enseignement en l’occurrence, et que si son esprit n’est pas envahi en permanence par des pensées angoissantes.

**Au niveau social**

Que l’enfant soit capable de vivre en groupe. Il est important qu’il parvienne à s’insérer dans un groupe scolaire et plus tard dans un groupe professionnel. Le niveau de réalisation de cet objectif est évaluable par la gradation suivante:

* Capacité de ne pas détruire le groupe;
* Capacité de supporter d’être en groupe;
* Capacité de participer à une activité dans le groupe;
* Capacité d’impulser du dynamisme dans le groupe sans l’envahir.

**Au niveau affectif**

Que l’enfant soit capable de ne pas détruire autrui et de ne pas se laisser détruire par autrui. Le niveau de réalisation de cet objectif peut être évalué par la gradation suivante:

* Nécessité de surveiller l’enfant en permanence;
* Fréquence des actes violents commis ou subis.

**Au niveau familial**

Que l’enfant soit capable de profiter des aspects sains de ses parents même s’ils sont limités, sans être envahi par leurs aspects pathologiques dont il aura pris conscience. C’est ce qui lui évitera d’être désorganisé par les contacts avec ses parents et d’être pris pendant toute son existence dans une relation d’attachement pathologique d’attraction-rejet avec les fortes déceptions inévitables qui s’ensuivent. Le niveau de réalisation de cet objectif peut être évalué par « l’indice de contamination »: quels symptômes apparaissent après le contact avec les parents, quelles sont leur durée et leur intensité, en observant le comportement et l’état de l’enfant, avant, pendant, et après les rencontres avec ses parents.

**Remarques générales**

Le maintien de l’enfant dans sa famille, ou son retour si une séparation a dù être mise en place, n’est pas un objectif en soi. Pourtant il est cité dans certains travaux comme un indicateur de réussite, *bien que l’évaluation concomitante de l’état de l’enfant ne soit pas précisée.* Un tel retour nécessite d’apprécier préalablement si les changements survenus chez les parents sont suffisants et stables, s’il existe un risque affectif important pour l’enfant à couper les liens qu’il a tissés avec d’autres adultes au cours de son placement, par exemple avec sa famille d’accueil et s’il est devenue capable de ne plus être envahi par les images angoissantes du passé lorsqu’il est en présence de son père et de sa mère.

Ces repères sont d’autant plus significatifs qu’ils sont évalués dès le début de la prise en charge et réévalués régulièrement. Chaque fois que les quatre buts décrits ci-dessus ne sont pas atteints, il est important de chercher ce qui a empêché qu’ils soient réalisés, et ce qui peut être tenté pour y parvenir, car les intervenants portent une responsabilité concernant l’avenir de leur enfant.

**Discussions**

La capacité annuelle du service est fixée à 440 mesures d'investigation éducatives pour 660 mineurs en référence à l'habilitation justice conformément au décret 88-949 du six octobre 1988.

Je suis présente une seule demi-journée par semaine dans la structure. A ce moment là nous avons l'occasion de débattre certains situations, clarifier des informations existants, faire le lien avec les médecins traitants, ou d'autres partenaires où recevoir en RDV soit une famille soit un membre de la famille. Les personnes que je dois voir reçoivent une invitation de notre part. Malgré nos efforts il y a des désistements, car la demande vient de notre part. Je vois en moyenne trois personnes par demi-journée et une personne sur trois a besoin d'un accompagnement en psychiatrie.

**Personnes accompagnées en psychiatrie**

L'accompagnement en psychiatrie peut se faire de différentes façons :

* après un entretien psychiatrique préalable nous lui indiquons la structure adaptée en fonction du territoire et de sa pathologie : CMP (Centre Médico Psychologique), CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel), CSAPA (Centre de Soin d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie), HDJ (Hôpital de Jour), Hôpital, Maison des adolescents...
* nous prenons contact avec une équipe mobile psychiatrique pour lui rendre visite si nécessaire
* nous l'encourageons de reprendre rendez-vous dans la structure où elle a été précédemment suivi si nécessaire

Pour l'équipe, le psychiatre peut apporter des éclaircissements sur des informations médicales qu'ils ont déjà. Ce qui reste très compliqué, même pour le psychiatre, est la difficulté à obtenir certains informations notamment sur le plan médical car il y a le secret médical. On parle de secret médical partagé dans l'intérêt de la personne suivi mais cela n'empêche que certains confrères sont réticents à donner des informations sur les patients. Dans ce cas, nous ne savons pas si les patients se présentent à leur rendez-vous, s'ils suivent leur traitement et donc on ne peut pas évaluer à la juste valeur leur état vis à vis de leur enfant.

**Difficultés rencontrées dans notre structure de point de vue médical**:

-avoir les informations sur l'évolution (de point de vue médical) de l'enfant et/ou du parent quand il y a déjà une prise en charge psychiatrique, pour pouvoir envisager la meilleur mesure de protection, ou adapté une mesure déjà existante

-absence dans la structure d'un pédopsychiatre

**Conclusion**

Le dispositif social, non-psychiatrique peut permettre l'accès aux soins grâce à la présence des psychiatres dans la structure qui peuvent faire le lien avec les structures de soins adaptés.

Le rôle du psychiatre ici est plus de dépistage et d'orientation. Le dépistage peut être tant d'une maladie psychiatrique mais aussi d'une rechute. Il peut apporter un éclaircissement sur l'impact de la maladie sur l'équilibre familial, le développement de l'enfant.

La bonne santé mentale des parents joue un rôle important sur le développement de l'enfant. Aussi une bonne santé mentale de l'enfant joue en rôle sur la qualité de vie des parents.

Grace a un dépistage précoce, suite à la mise en place d'une mesure d'investigation l'accompagnement aux soins peut se faire dans la communauté dans la structure adapté.

**Bibliographie**

Maurice BERGER. Année 2003 – L'échec de la protection de l'enfance. Edition Dunod

Valérie DESGROSEILLIERS, Nicolas VORNAX, Anne GUICHARD, Bernard ROY. Année 2016 - La santé communautaire en 4 actes; Repères, acteurs, démarches et défis. Edition Chronique Sociale

Mony Elkaïm. Année 2006 – Comment survivre à sa propre famille. Editions du Seuil

Articles et textes de lois – [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr/)

**Résumé**

La MJIE constitue une mesure d'information et d'aide à la décision du magistrat, dont l'objectif est de procéder à une étude de la personnalité des mineurs et de leur situation familiale et sociale, de déterminer l'existence d'un danger pour la santé, la moralité des mineurs, le caractère gravement compromis de leur condition d'éducation et de leur développement physique, affectif, intellectuel et social. La mise en œuvre et le déroulement de la mesure étant guidés par le principe de l'intérêt de l'enfant et le respect du cadre posé par la décision judiciaire.

Le dispositif social, non-psychiatrique peut permettre l'accès aux soins grâce à la présence des psychiatres dans la structure qui peuvent faire le lien avec les structures de soins adaptés.

Le rôle du psychiatre ici est plus de dépistage et d'orientation. Le dépistage peut être tant d'une maladie psychiatrique mais aussi d'une rechute. Il peut apporter un éclaircissement sur l'impact de la maladie sur l'équilibre familial, le développement de l'enfant.

Grace a un dépistage précoce, suite à la mise en place d'une mesure d'investigation l'accompagnement aux soins peut se faire dans la communauté dans la structure adapté.

**Mots clés**: protection de l'enfant, famille, mesure d'investigation, psychiatrie communautaire, structure sociale