

JUSTICE DES MINEURS ET THÉRAPIE FAMILIALE

Philip Nielsen, Psychologue-psychothérapeute FSP, superviseur MDFT, responsable adjoint de la Consultation Adolescents, Fondation Phénix, **Philippe Beytrison**, Psychologue-psychothérapeute FSP, thérapeute systémique et de famille ASTHEFIS, Fondation Phénix et **Marina Croquette Krokhar**, Psychiatre psychothérapeute FMH, médecin responsable de la Consultation Adolescents et directrice médicale de la Fondation Phénix¹.

Cet article illustre la pertinence de renforcer le travail en réseau et le partenariat entre acteurs judiciaires, thérapeutes, parents et jeunes en situation de vulnérabilité importante. Il représente le compte rendu d'une expérience de collaboration fructueuse pour les adolescents surconsommateurs de substances psychoactives.

La thérapie dans sa compréhension classique est souvent perçue comme un espace confidentiel et de libre adhésion. A Genève, comme ailleurs en Suisse – et probablement en Europe occidentale – le suivi psychothérapeutique des adolescents est souvent configuré autour d'un setting individuel dans lequel le jeune fait une démarche volontaire. La participation parentale, si présente, est souvent périphérique, prenant la forme de séances d'information, de bilan et de soutien psychoéducatif.

Or, le constat des cliniciens œuvrant dans le domaine des addictions à l'adolescence semble largement partagé: premièrement, plus certains jeunes vont mal, moins ils demandent de l'aide et plus ils s'éloignent des institutions sociales et de santé. Deuxièmement – et peut-être non sans lien – dans la quasi-totalité de ces situations, c'est un adulte qui fait la demande de soins pour le jeune. Si le thérapeute souhaite accéder à la population qui en a le plus besoin, il se doit donc de sortir de sa zone de confort définie par une clientèle se profilant dans une démarche d'aide librement consentie et volontaire. La contrainte devient une donnée incontournable (Coenen et al. 2010).

QUELQUES RÉFLEXIONS À PROPOS DE L'AIDE SOUS CONTRAINTE ET L'EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE

La source de référence ne donne pas nécessairement d'indication sur le degré de contrainte: Si le mandat judiciaire constitue clairement un élément de contrainte – visible et officiel – il en existe d'autres moins objectivables, parfois subtilement induits par l'école ou les parents. Aussi, une contrainte endogène peut également jouer son rôle: un jeune qui souffre de sa consommation excessive de drogues et n'arrivant pas à s'en défaire seul. Les sources de contraintes sont donc multiples et proviennent tant de l'extérieur que de l'intérieur du sujet.

Certaines recherches montrent que *le statut du traitement – imposé ou non – n'a aucune influence sur l'issue de celui-ci en termes d'efficacité* (Schaub et al., 2010, Wild, Cunningham et Ryan, 2006): il n'est ni frein, ni moteur et constitue donc une variable non significative. Par contre, un mandat de traitement judiciaire est un puissant facteur d'accès à une frange de population en difficulté qui ne consulterait probablement pas sans la contrainte de soin.

Les approches familiales/systémiques montrent une efficacité comparative particulière dans le traitement des jeunes à problèmes d'addictions et/ou de délinquance (Bischoff et al., 2009). A ce jour, la systémique a 27 études contrôlées randomisées à son actif dans le domaine des jeunes avec problèmes d'addictions et/ou de délinquance (Von Sydow et al., 2007), dont 25 mettent en évidence une efficacité accrue de l'approche systémique à baisser les symptômes principaux et les problèmes concomitants comme les mauvais résultats scolaires, les conflits familiaux ou encore les activités antisociales.

Un des facteurs liés au traitement le plus influent sur son efficacité semble être la qualité de l'alliance entre thérapeute et patient (Lambert, Barley, 2002). En effet, «les recherches montrent de façon constante qu'une alliance positive est le prédicteur de succès le plus fiable en psychothérapie.» Kuenzli (2010) et Pauzé (2010) suggèrent en outre que «la qualité de la relation thérapeutique (...) ne dépend que très partiellement des techniques et des théories du thérapeute. Elle dépend plutôt de son habileté à s'allier avec chacun des membres de la famille.» Le défi du thérapeute est donc d'établir une solide alliance avec le jeune contraint par le juge, mais également avec les parents – système encadrant naturel du jeune (Beytrison, 2010), l'école ou toute autre personne significative.



¹ Cet article est le condensé d'un autre à paraître aux Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et Pratiques de Réseaux (Bruxelles) en 2011 sous le titre: «Les thérapies ordonnées par la justice pour les adolescents surconsommateurs de substances psychoactives: réflexions et expériences dans un débat d'actualité»

QUELQUES ÉLÉMENTS SUR LA POSITION SPÉCIFIQUE DU THÉRAPEUTE DANS LES TRAITEMENTS ORDONNÉS

Plusieurs auteurs (Liddle, 2009; Hardy, 2001; Segond, 2008; Seron et Wittezaele, 2009) ont traité de ce thème central, nous amenant à repenser notre posture face à cette sous-population de jeunes que Gaillard (2009) nomme – non sans humour – les «mutants radicaux». Nous entrons en scène dans une relation définie a priori comme «non engagée» selon la déclinaison de Cabié et Isebeart (1997).

Le thérapeute prend appui sur le juge sans s'y substituer. Nous rejoignons les auteurs précités qui soulignent l'importance de ne pas confondre mandant (le juge) et mandataire (le système thérapeutique). Il s'agit d'organiser le système de sorte que les finalités entre non seulement l'autorité judiciaire et l'équipe soignante (Hardy, 2001) mais aussi le jeune et sa famille – donc au total 4 entités – convergent à minima. Ces finalités sont définies par quatre thématiques récurrentes:

- Les consommations de substances psychoactives
- Les actes délictueux et la récidive
- L'atmosphère et l'entente familiale
- L'insertion socio-professionnelle du jeune

Le défi de l'engagement en thérapie:

A l'instar de Liddle et Rowe (2006), nous partons du principe que a) le jeune n'est pas motivé pour entrer en thérapie, et b) les parents sont découragés par leur jeune. Sa première tâche est donc de prendre l'initiative d'appeler les membres de la famille dès réception du mandat, sans attendre qu'ils ne le fassent. Autrement dit, la réussite de l'engagement en thérapie dépend aussi de l'engagement du thérapeute.

Le thérapeute est l'allié du jeune mais non son complice. La position complémentaire haute adoptée par le thérapeute contribue à en faire le bras exécutif du juge aux yeux du jeune. Au contraire, nous nous présentons comme un porte-parole du jeune à l'égard des adultes encadrants. La motivation initiale du jeune étant souvent la clôture de son dossier judiciaire, nous utilisons cette piste pour lui dire que nous pouvons l'y aider et explorons avec lui les attentes que le juge peut avoir à son égard. Ainsi, le jeune se met à raconter lui-même le menu de la thérapie et à en énumérer les objectifs. Le thérapeute doit évidemment se garder de faire de fausses promesses. Cela étant, depuis la mise en route du protocole de collaboration dont il sera question plus loin, la parole du thérapeute dans l'espace judiciaire a pris une place significativement plus importante et contribue donc dans bien des cas à ce que le juge classe effectivement le dossier du jeune.

Le thérapeute s'affilie à la détresse des parents afin qu'ils prennent ensemble les commandes du système thérapeutique: Le thérapeute se positionne en partenaire horizontal à l'égard des parents tout en ajoutant que sans leur aide il ne pourra avancer que très difficilement dans la thérapie de leur jeune. Leur engagement et position nouvelle à l'égard du jeune aura un impact déterminant sur le processus thérapeutique (Nielsen, Samaniego et Simond, 2003), et, plus loin sur l'avenir de leur enfant. Si un tel accent est mis sur les éléments relationnels intrafamiliaux, c'est qu'en termes d'impact protecteur face aux effets délétères de la consommation massive de drogues, la proximité émotionnelle entre membres de la famille compte probablement parmi les facteurs de protection les plus influents (Aschery, Robertson et Kumpfer, 1998; Burkhart, 2009).

LE PROTOCOLE TRIBUNAL DES MINEURS DE GENÈVE ET FONDATION PHÉNIX: ÉTAPES VERS UNE COLLABORATION INTENSIVE²

2007: constats initiaux.

Côté juges:

- Jusqu'à fin 2007, les juges «encouragent» les jeunes à entrer dans une démarche thérapeutique lorsqu'ils font état d'une surconsommation de drogues. Ils ont une certaine réticence à utiliser les articles de lois existants et n'ordonnent que très peu de traitements ambulatoires. Interpellée à ce propos, une ancienne présidente du Tribunal rétorque que selon une croyance encore bien vivante dans le réseau genevois, l'ordonnance d'un traitement aurait une influence négative sur celui-ci. Dans les faits, en 2007, sur les centaines de situations instruites par le Tribunal, seuls trois jeunes prennent effectivement contact avec la Consultation Adolescents de la Fondation Phénix.
- Les juges se trouvent en porte-à-faux face au peu d'informations livrées par les thérapeutes lorsqu'un jeune est entré en thérapie par voie judiciaire. En particulier, le manque d'information concernant l'évolution de la consommation – comportement pour lequel le jeune est entre autres condamné – empêche le juge de suivre correctement la situation. Le secret médical et professionnel est ici invoqué par les soignants.
- Les juges s'étonnent d'une certaine «passivité» des thérapeutes à engager les jeunes en traitement; ce qui fait qu'à l'approche des échéances d'évaluation judiciaires (tous les 6 mois en Suisse) les juges apprennent que les mesures censées être évaluées – la thérapie en l'occurrence – ont à peine débuté.

² Remerciement à Sylvie Wegelin, juge et ancienne présidente du Tribunal des Mineurs de Genève, architecte et partenaire dudit protocole, pour sa lecture attentive de cet article et en particulier ce passage.

Côté thérapeutes:

- Peu de jeunes arrivent en thérapie et la moyenne d'âge est très élevée (17,2 ans). Souvent, il s'agit de jeunes dont la consommation dure depuis plusieurs années et qui ont échoué lors de divers placements éducatifs. Les thérapeutes ont l'impression que le juge envoie le jeune en thérapie ambulatoire dans une tentative de dernière minute à l'aube de la majorité et à un âge où les foyers rechignent à les accepter.
- La rétention en traitement est difficile et le pourcentage d'abandon de thérapie élevé. De plus, les raisons justifiant l'ordonnance de traitement sont peu spécifiées.
- Enfin, les thérapeutes se vivent comme tenus à l'écart des décisions judiciaires. Ils ont l'impression que les juges leur sont peu accessibles.

2008: Mise en action du protocole de collaboration

Plusieurs séances de travail entre les juges du Tribunal des Mineurs et les responsables de la Consultation Adolescents ont lieu jusqu'à fin 2007. La version définitive du protocole est signée en février 2008. Ses objectifs sont principalement: l'optimisation de l'engagement des jeunes en thérapie; l'augmentation de la rétention en traitement et la clarification et intensification de la collaboration Tribunal – Centre de traitement. Dès lors que le juge ordonne un traitement (article 14 Code Pénal Suisse des Mineurs), le jeune et ses parents sont informés des éléments que le thérapeute lui rapportera:

- Compliance du jeune à suivre le traitement dans sa durée et sa fréquence
- Résultats des analyses d'urine à la recherche de substances psychoactives
- Appréciation générale de l'évolution du jeune

Ces informations sont communiquées tous les six mois. En dehors de ces échéances, le juge s'appuie sur le principe «pas de nouvelles, bonnes nouvelles». De son côté, le soignant informe le juge si la thérapie n'a pas pu débuter, si la fréquence des absences la met en péril ou si le traitement n'est pas adapté au jeune.

Le thérapeute peut si nécessaire solliciter une table ronde au tribunal, participer aux jugements et autres audiences et préavis des options médico-légales à prendre en fonction de l'évolution de la situation.

2011: bilan intermédiaire après 36 mois de collaboration

Depuis l'entrée en vigueur du protocole en février 2008, 159 jeunes ont été envoyés par ordonnance à la Consultation Adolescents; 96% ont démarré le traitement.

Une analyse plus poussée est en cours pour le sous-groupe randomisé dans le cadre de la recherche INCANT (International Cannabis Need for Treatment, Nielsen et Croquette Krokhar, 2006; Nielsen et Croquette Krokhar, 2010). Il s'agira de voir s'il y a une différence statistiquement significative entre le groupe de jeunes «volontaires» et celui «ordonnés» sur toutes les mesures effectuées avant, pendant et 12 mois après le début de traitement. Ce qui est possible d'affirmer pour l'ensemble des jeunes suivis depuis l'entrée en vigueur du protocole est qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes en termes de rétention en traitement. L'optimisation de l'engagement en traitement est flagrante puisque la quasi-totalité des jeunes orientés par la justice démarrent le traitement à Phénix. Enfin, la disponibilité des juges est accrue et nous avons pu instaurer un réel partenariat de concertation. Nous en voulons pour preuve leur grande disponibilité: il est actuellement possible d'organiser une table ronde au Tribunal dans un espace de 10 jours; parfois moins en cas d'urgence.

EN GUISE DE CONCLUSION

Reste l'épineuse question de l'adéquation du traitement, notamment pour certains jeunes à comportements antisociaux, de prise de risque et de rupture de tout genre. Le cadre ambulatoire a de la peine à les contenir, malgré un rythme intense de sessions thérapeutiques et une grande sollicitation des parents et de la famille. Il serait intéressant d'affiner la procédure de décision et d'indication dès la première audience au Tribunal.

L'accès à ces jeunes avec des problématiques à cheval entre les addictions et les délinquances pose la question de l'infrastructure institutionnelle et l'organisation de l'équipe de soins. En effet, une prise en charge ambulatoire à haute intensité semble s'imposer pour bon nombre de situations. Cela nécessite du coup un travail d'équipe tout aussi intense et la présence d'un superviseur, membre aussi de l'équipe; à l'image de certains centres de soins aux Etats-Unis. Nous avons recours aux structures résidentielles – foyers, hospitalisations ou maisons de détention pour mineurs – dans ces cas. L'harmonisation de la prise en charge est nécessaire, en particulier en ce qui concerne le travail familial, trop souvent laissé en suspens du moment que le jeune est éloigné des siens.

La libre adhésion demeure au cœur de notre démarche. Au-delà des questions de techniques thérapeutiques les enjeux éthiques restent actuels. Mais la libre adhésion nous semble avoir un statut bien précaire dans les problématiques des addictions et il nous semble aujourd'hui qu'elle constitue en quelque sorte la fin du voyage thérapeutique que nous entreprenons avec les personnes qui nous consultent; le début du voyage étant souvent défini par la dépendance, la nécessité et donc la contrainte à visages multiples.

Références:

- ASHERY R., ROBERTSON E., KUMPFER K. (1998): Drug Abuse Prevention Through Family Interventions. NIDA Research Monograph 177, NIH Pub. No. 97-4135, Rockville MD.
- BEYTRISON P. (2010): L'encadrement parental: un concept méconnu plus que jamais actuel. *Thérapie familiale*, vol 31, n°4, pp 451-463.
- BISCHOFF M., BESSERO S., REVERDIN B., GERVASONI N., NIELSEN P., FAVEZ N. (2009): Argumentaire: Thérapies de famille et de couple/thérapies systémiques. (téléchargeable sur www.agtf.ch)
- BURKHART G. (2009): Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents. EMCDDA thematic papers. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lison
- CABIE M-C., ISEBEART (1997): Pour une thérapie brève. Erès, Ramonville Saint-Agne.
- COENEN R., GAILLARD J.-P., FRIEH-BUNGERT F., HARDY G. (2010): Les symptômes interdits. Manifeste pour le changement. *Journal du droit des jeunes*, n° 293, pp 1-7.
- GAILLARD J-P. (2009): Enfants et adolescents en mutation. ESF, Issy-les-Moulineaux.
- HARDY G. (2001): S'il te plaît, ne m'aide pas ! Erès, Ramonville Saint-Agne.
- KUENZLI F. (2010): Comment diriger son attention sur ce qui marche en psychothérapie ? (voir sur www.reflexive-practices.com)
- LAMBERT M., BARLEY D. (2002): Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. In NORCROSS J.: *Psychotherapy relationships that work*. Oxford University Press, New York.
- LIDDLE H. (2009): Adolescent drug abuse. A family-based multidimensional approach. Hazelden, Center City, MN.
- LIDDLE H., ROWE C. (2006): Adolescent substance abuse, Cambridge University Press, Cambridge.
- NIELSEN P., CROQUETTE KROKAR M. (2006): Etude de l'efficacité de la thérapie MDFT dans le traitement de l'abus et de la dépendance au cannabis chez l'adolescent. Etude randomisée et standardisée. Protocole de recherche. Genève. Voir www.incant.eu
- NIELSEN P., CROQUETTE KROKAR M. (2010): Phénix-l'prise en charge d'adolescents surconsommateurs de cannabis: la thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT). In AL KURDI C., CARRASCO K., SAVARY J-F.: *Intervention précoce*. GREA, Yverdon-les-Bains.
- NIELSEN P., SAMANIEGO M., SIMOND F. (2003): Thérapie systémique et prise de cannabis. La fragile pertinence du travail avec le sous-système parental. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. No 30, pp 139-151, Bruxelles.
- PAUZE R. (2009), in DURIEZ N. (2009): *Changer en famille*. Erès, Toulouse.
- SCHAUB M. et al (2010): Comparing Outcomes of "Voluntary" and "Quasi-Compulsory" Treatment of Substance Dependence in Europe. *European Addiction Research*. 16: 53-60
- SEGOND P. (2008): *Travail social et soin psychologique*. Erès, Ramonville Saint-Agne.

- SERON C., WITTEZAELE J-J. (2009): *Aide ou contrôle. L'intervention thérapeutique sous contrainte*. De Boeck, Bruxelles.
- SPAPEN P., ANGELIDIS T., ANTOLIALI V., VAN GERWEN K., PELC I., VERBANCK P. (2010): La thérapie familiale multidimensionnelle des adolescent(e)s dépendants du cannabis. *Thérapie familiale*. Vol. 31, no 2, pp 117-132, Genève.
- VON SYDOW K., BEHER S., RETZLAFF R., SCHWEITZER J. (2007): *Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie/Familientherapie*. Hogrefe Verlag, Göttingen.
- WILD T., CUNNINGHAM J., RYAN R. (2006): Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: a self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors*, 31, pp 1858-72.
- WILD T., NEWTON-TAYLOR B., ALLETTA R. (1998): Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: structural and psychological determinants. *Addictive Behaviors*, 23, pp 81-95.

Courriel:

philip.nielsen@phenix.ch



Formations interprofessionnelles en addictions

Cursus 2011-2013



fordd
Fédération romande
des organismes de formation
dans le domaine des dépendances

EDUQUA



CAS interprofessionnel en addictions

Certificate of Advanced Studies HES-SO
15 ECTS - 1 an
25 jours d'enseignement

DAS en addictions

Diploma of Advanced Studies HES-SO
33 ECTS - 2 ans
49 jours d'enseignement

- Formations eurocompatibles, certifiées HES-SO
- Recommandées par l'OFSP et le réseau professionnel suisse
- Acquisition des dernières connaissances du domaine

Information et inscription: www.fordd.ch - 024 420 22 60

Soutenu par l'OFSP et les cantons en partenariat avec:  école d'études sociales et pédagogiques - Lausanne  Haute école de travail social et de la santé - Yverdon

  