

Les symptômes interdits

Manifeste pour le changement

Roland Coenen, Jean-Paul Gaillard, Francine Frieh-Bungert, Guy Hardy
et plusieurs co-signataires

Résumé : sexe, drogue, vol, violence, sont aujourd'hui des symptômes interdits, soit : des symptômes pour lesquels enfants, adolescents ou adultes, se retrouvent exclus des hébergements spécialisés, des centres de traitements, ou des consultations. Ces symptômes se trouvent aujourd'hui portés par de nombreux usagers sans demande d'aide. Cette absence de demande est une complexité nouvelle, engendrée par la mutation sociale du XXI^{ème} siècle. Or, les théories du siècle passé désormais semblent trop courtes pour nous aider à comprendre et encadrer ces phénomènes. Les auteurs plaident pour des grilles de compréhension qui intègrent les acquis de la révolution neuroscientifique, fondant une neuro-systémique, montrant ce que ces nouvelles grilles aident à comprendre et mettre en place. Le manifeste a été proposé à la signature d'autres professionnels, pour suggérer la mise en place en France, en Belgique et Suisse, d'expériences pilotes qui permettraient de valider des outils et des pratiques sur le long terme, afin de trouver des solutions globales à ces problèmes de plus en plus répandus par l'urbanisation.

Mots clés : Symptômes interdits; neuro-systémique; le besoin de nouvelles recherches; expériences nouvelles.

1. Nos théories sont-elles dépassées ?

Toutes les théories psychologiques du XX^{ème} siècle se sont fondées sur l'observation et l'expérience de patients qui portaient une demande d'aide. Le plus souvent, ces patients étaient observés dans le cadre de la consultation privée où, l'accès au langage, à la pensée symbolique, au temps qui transforme, et à l'argent qui le paie, étaient les normes la plus répandues. Désormais, force nous est de constater que ce qui fonctionnait avec ces publics volontaires, disposés à partir à la recherche du « sens » et de « l'inconscient » ne fonctionne pas avec les publics sans demande d'aide.

Or, précisément, ces publics sans demande sont aujourd'hui les plus nombreux : de l'ITEP à l'hôpital psychiatrique, en passant par le CEF, la MECS et l'AEMO ⁽¹⁾, les modèles enseignés, généralement fondés sur la demande ou l'acceptation de l'aide, laissent les professionnels démunis face à la violence, la maltraitance, la délinquance, l'addiction, la fugue, l'irrespect des biens et des personnes, les répétitions de carences affectives, ou la transmission de terrains psychobiologiques sensibles.

Cheminaut désormais vers l'énorme, le fossé creusé entre anciens modèles et nouveaux publics sans demande, conduit les univers éducatifs et psychothérapeutiques vers de dangereuses et coûteuses contre productivités. La jeunesse à risque coûte cher et, comme nous le savons à présent, ne pas y être efficace conduit à démultiplier les coûts médicaux et sociaux sur le long terme.

Qu'on le veuille ou non, l'aide sans la demande est devenue une nouvelle norme : il n'est désormais plus rare d'avoir à remplacer la demande d'aide par le mandat d'aide; de suivre des adolescents qui refusent tout dialogue; de rencontrer des familles placées de génération en génération; d'avoir à visiter des gens qui nous redoutent; de partir à la rencontre des bandes sur leur territoire; sans toujours savoir ce que nous faisons et pourquoi nous le faisons.

De toute part, le malaise s'exprime aujourd'hui avec violence, et celui-ci révèle, qu'hors du colloque singulier, de la consultation de

fauteuil, ou de la conception d'hôpital, le 20^{ème} siècle n'a plus grand chose à proposer pour nos réalités.

2. Sexe, drogue, vol, violence : les symptômes interdits

Sex, drugs, and Rock and Roll : dans les années 1960 le groupe rock anglais Led Zepplin dénonçait les interdits culturels - et en conseillait la pratique sur un air de provocation digne de la contre culture montante. Cinquante ans se sont écoulés, il ne s'agit plus désormais de contre culture, mais d'une transition sociale dans laquelle vol et violence s'ajoutent à la liste ces *symptômes interdits* - si bien, que l'explosion presque généralisée du cocktail « sexe, drogue, vol, violence » dans le corps de l'adolescence à risque - comme dans le corps des familles qui la fabrique - ne trouve aujourd'hui que des réponses juridiques, en lieu et place de réponses pédagogiques et thérapeutiques qui leur seraient nécessaires.

George est un grand africain musclé, et un grand consommateur de cannabis. Issu d'une famille hautement dysfonctionnelle, il se retrouve dans le circuit des hébergements pédagogiques avec, pour toute demande affichée, l'envie qu'on lui fiche la paix. Il fume quinze joints par jour et fait peu mystère de sa consommation. La première équipe qu'il rencontre le soumet au test d'urine qui, s'avérant positif, lui vaut sa première et rapide exclusion ! La seconde et la troisième équipe ne font pas autrement, sauf que l'une d'elles lui propose toutefois une invention : il a trois mois pour arrêter sa consommation, un test sera fait à ce terme, et s'il est positif, il sera exclu. Trois mois plus tard, George est forcément exclu. Soupçonné de revente, d'incitation à la consommation, il aura quelques démêlés avec son juge - on ne fume pas quinze joints journaliers sans argent, où le trouve-t-il ? - puis il cheminera de service en service pour atterrir dans l'une de nos institutions sans que sa consommation n'ait baissée d'un iota. Après avoir subi divers placements soldés d'exclusions, après avoir expérimenté la répression pour mineurs consommateurs, George fume toujours 15 joints par jour. À quoi diantre ont pu servir les menaces, les diverses exclusions, les sanctions, les rappels à la loi ?

A 18 ans, Lucille a des difficultés liées à l'impulsivité; elle a des désordres violents, joue du couteau lorsqu'elle ne peut supporter le harcèlement sexuel de son compagnon, affiche des conduites à haut risque dans des moments de forte perturbation et refuse périodiquement de prendre la médication qui pourrait la protéger et l'apaiser. Alarmée par le danger croissant, l'équipe en charge se présente à l'unité de pédopsychiatrie locale, avec la demande d'une mise au point médicamenteuse et d'une protection temporaire. Après deux minutes d'entretien, Lucille se lève et claque la porte d'une conversation résolument trop dure pour elle. Son admission est aussitôt refusée au motif qu'elle ne peut rester assise dans un fauteuil pour écouter ce qu'on lui dit. Ne pouvant rester longtemps immobile, elle ne peut intégrer un cadre d'entretiens thérapeutiques et se voit dès lors jugée inapte à l'hospitalisation. Pourtant, cette instabilité grave n'est-elle pas la raison pour laquelle elle devrait être encadrée et protégée ? Sa réaction impulsive ne devrait-elle pas être

(1) ITEP : institut thérapeutique, éducatif, et pédagogique; CEF : centre éducatif fermé; MECS : maison d'éducation à caractère social; AEMO : Aide éducative en milieu ouvert.

critère d'acceptation plutôt que d'exclusion ? Pourquoi n'est-ce pas le cas ?

A 17 ans, Danielle est alcoolique, elle ne peut arrêter sa consommation et se retrouve périodiquement en danger dans des endroits où l'on risque de profiter de son état. L'alcool et la dépression l'empêchent de formuler tout projet valide et l'entraînent vers une dérive nocturne de plus en plus inquiétante. L'équipe en charge la met à distance, et lui impose une alternative : soit elle fait un sevrage et réintègre le groupe, soit elle est exclue. Hélas, si l'addiction est bien le signe d'une intense souffrance psychique, elle n'est résolument pas la preuve d'une mauvaise volonté persistante. Aller mieux, ce n'est donc pas une simple question de volonté ! Inutile de dire que le sevrage ne supprimera pas l'alcoolisme, l'alternative pédagogique consistera donc à choisir entre l'exclusion immédiate ou l'exclusion différée. Quel intérêt cela sert-il ?

Mais si, pour ahurissant qu'il soit, *l'interdit de porter symptôme* stigmatise à l'extrême notre impuissance et le retard pris sur la société réelle par les universités, les écoles sociales et les structures politiques, devons-nous cependant tous refuser de voir cette émergence comme des inadaptations et des douleurs qui nécessitent d'être comprises, plutôt qu'étouffées ?

3. Être guéri avant d'être soigné

Voilà déjà dix ans que l'un d'entre nous relevait ce paradoxe inhérent aux prises en charge à risques : *il faut être guéri avant d'être soigné; il faut être convenable avant d'être éduqué*. Et force nous est de constater qu'en dix ans les choses ont peu changé, puisqu'il convient *encore et toujours* de laisser ses problèmes sur le trottoir avant d'intégrer les murs de la prise en charge. Or, si l'on est capable de troquer ses symptômes pour le fauteuil qui guérit, a-t-on vraiment besoin d'une aide spécialisée ? C'est toute la question.

Somme toute, en dix ans, la difficulté n'a pas vraiment changé de forme mais s'est élargie à un plus grand nombre : bien que plus répandus, les « adolescents difficiles » restent, d'abord et avant tout, des adolescents *difficiles à aider*; lesquels ne sont pas devenus plus fondamentalement de mauvaise volonté, mais sont plus certainement restés dans l'incapacité de se laisser aider. Du côté des adultes, il faut reconnaître que les équipes médico-psychopédagogiques manquent bien moins souvent de bonne volonté que d'outils pertinents; il faut aussi observer que de nombreux professionnels savent la mécanique usée, mais ne voient pas comment la renouveler. La discipline est morte, par quoi diable devons-nous la remplacer ?

4. L'absence de demande comme outil de sélection sociale

Sous le coup de la pénurie des moyens, les territoires de l'aide spécialisée ont clairement dû se démarquer pour éviter la violence de situations qui sortaient de leurs cadres; tout cela a brutalement forcé le traçage d'une règle non écrite, d'une ligne blanche entre le monde de la demande d'aide et celui de la non demande. Aujourd'hui, lorsque le patient porte une demande d'aide, on appelle ça « de la thérapie », lorsqu'il n'en a pas, on appelle ça « du social ». La plus élégante trouvaille en ce domaine reste sans nul doute la création du néologisme « sociopathie » qui, à lui seul, exclut sexe, addiction rebelle, vol, et violence, produisant le miracle de les relier en un obscur catalogue de « maladies sociales », posant une frontière pseudo scientifique entre les genres « psychologiques » et « sociaux »; c'est-à-dire : entre les volontaires et les autres.

5. La relation pour toute seringue, menotte, isolement, ou contention !

Dans un partage où les structures médicales ont plus de facilités à définir leurs critères de travail, l'éducation spécialisée fait, du même coup, la plus mauvaise affaire de sa carrière en voyant son public se colorer d'une majorité de personnalités sans demande d'aide qui, dans une proportion croissante, portent les « symptômes interdits » que personne ne veut voir. Les MECS et les ITEP se voient aujourd'hui peuplés de situations familiales très lourdes, de personnalités limites, de symptômes tels que décrits, pour lesquels ils ne sont ni formés, ni équipés. Au reste, la solution semble vraiment complexe à produire de façon généralisée. Toutefois, cela n'empêche pas de penser.

Mathilde est directrice d'une MECS, un soir elle reçoit le coup de fil d'un juge qui lui annonce que la police amène un jeune en urgence. Lorsqu'elle ouvre la porte, elle découvre trois policiers armés qui encadrent un jeune garçon. Les trois cerbères, sont entraînés, armés jusqu'aux dents et dotés du droit de contention. Mathilde, elle, est seule, elle n'a ni matraque, ni seringue, ni infirmier, ni policier, ni salle d'isolement, ni « ceinture noire » de quoi que ce soit à disposition. Les policiers saluent, et puis s'en vont, laissant Mathilde avec la relation affective pour seule arme, et seul outil de contenance. Allez, éduquez !

Si, douée d'expérience et de patience, Mathilde réussira ce soir-là à apaiser son visiteur de minuit, la situation pose correctement les termes du challenge, fut-ce par l'incroyable disproportion des moyens en présence : les structures sociales sont les seules dans le paysage à ne disposer d'aucun moyen de contenance physique ! Voilà, très probablement, la raison d'une désespérance croissante chez nombre de travailleurs sociaux : là où la discipline avait pour fonction de contenir, là où menaces et punitions permettaient d'inhiber les comportements dérangeants, là où le contexte offrait, sinon d'éduquer, d'au moins masquer les troubles, il n'y a plus rien. La plupart de ces professionnels se sentent perdus, désorientés, impuissants et amers, face à la montée de symptômes portés par un public sous contrainte et sans demande.

Or, le grand avantage de la situation actuelle est, sans nul doute, qu'elle nous colle au mur et force un inventaire aussi douloureux que salutaire. Nous ne changerons pas le monde, nous n'inverse-rons pas le cours actuel, nous n'aurons pas de nouveaux biceps et notre métier restera encore et toujours de chercher du neuf pour aider les plus fragiles à s'adapter à l'époque, laquelle s'annonce socialement plus sélective et, sans aucun doute, plus eugéniste que prévu. Car, il y a désormais urgence à chercher des solutions qui soient rentables pour tous. Voyons ci-dessous !

6. Rien, cela coûte très cher !

Pour qui s'en rappelle, le Landerneau de la psychologie française fut, il y a peu, secoué par un projet issu de la cellule 666 de l'INSERM⁽²⁾, lequel projet avait pour ambition d'étudier comment déceler, diagnostiquer, puis remédier, à un ensemble de dysfonctionnements précoces regroupés sous l'appellation floue de « trouble des conduites ». Si l'on excepte le débat quant au postulat même de l'étude, lequel croit pouvoir trouver dans la petite enfance les germes des comportements anti sociaux, un autre fait doit cependant nous alarmer car, en effet, sur le site de l'INSERM, au registre du « trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent », on peut lire ceci :

« Cet ouvrage présente les travaux du groupe d'experts réunis par l'Inserm dans le cadre de la procédure d'expertise collective, pour

(2) Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM).

répondre aux questions posées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs indépendants (Canam) sur le dépistage, la prise en charge et la prévention et du trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. »

En somme, ceci montre que la question la plus sensible n'est résolument pas celle d'un hypothétique trouble à déceler, elle est de savoir *quand et pourquoi une caisse d'assurance demande-t-elle à des scientifiques de forger des outils de dépistage, prise en charge, et prévention, d'un trouble comportemental ?* Car, en effet, telle est la troublante question ! Est-ce pour donner plus d'argent aux porteurs de risques ou est-ce pour hausser les primes de ces mêmes porteurs ? Est-ce pour les nanter d'une meilleure assurabilité ou est-ce pour les exclure plus facilement de l'assurance sur base d'une tendance aux mauvais comportements ?

Or, en provoquant cet inquiétant bouleversement, la Canam produit un signal aigu : « *la santé sociale cela coûte trop cher* » et, en situation générale de pénurie des moyens, il faudra peut-être bientôt exclure ceux dont les troubles répétés apparaissent trop onéreux. Parallèlement, la participation de l'INSERM à cette réflexion révèle que des scientifiques de renom se montreront toujours prêts à affiner les critères de la sélection. Le constat est certes brutal, mais il a l'avantage de réveiller.

Car, oui, ce constat est également le nôtre, et il convient de l'apercevoir en sa pleine lumière : dans toutes les institutions d'hébergement pédagogique ou thérapeutique, de trop nombreux dossiers montrent que le phénomène de placement est déjà présent à la génération précédente. Tous ces dossiers révèlent que de nombreux troubles ont passé les générations sans *rien céder* aux prises en charge encourues. Et *rien, cela coûte aujourd'hui trop cher !* Voilà donc le sens brut et alarmant du message de la Canam.

Il faut donc conclure, dans cette affaire, à un triple constat salutaire :

- 1-Les caisses d'assurances attestent, de façon certes brutale, que mal investir le travail social, cela coûte désormais trop cher !
- 2-Les scientifiques de l'INSERM attestent dans leur style que les outils psycho éducatifs utilisés jusqu'ici ne sont pas pertinents, et qu'il faut en trouver d'autres !
- 3-En posant ses questions aux scientifiques du monde médical, la Canam dénonce qu'il n'existe aucun interlocuteur, aucune structure de recherche, pour lui répondre dans le monde psycho social.

Or, nous sommes totalement en accord avec ces trois constats.

Solutions et propositions

1. De la nécessité d'autres approches

Si les *symptômes interdits* que sont le sexe, les drogues, le vol et la violence, nous posent aujourd'hui tant de problèmes c'est, pour leur meilleure part, parce que nous ne les comprenons pas, et qu'ils ne cèdent rien à la recherche de sens symbolique, à la prise de conscience, au rappel à la loi, à la fonction du symptôme ou aux secrets des familles. Il faut donc faire œuvre d'humilité, et se résoudre à conclure que nos théories et nos pratiques sont aujourd'hui trop courtes en ces domaines. Or, il semble que des raisonnements *logiques et positifs*, issus d'une pensée qui allie la force des interactions familiales à la force des logiques de survie psychiques, sociales et biologiques, puisse rêver d'ouvrir quelques pistes.

A. L'exemple des addictions

Les addictions sont, sans doute, l'une des meilleures preuves de la nécessité de prendre à bras le corps la révolution neuroscientifique,

afin de l'intégrer dans l'approche de l'individu et des systèmes qui l'entourent.

Une des plus intéressantes découvertes de ces 15 dernières années réside en la compréhension du rôle capital qu'occupe « le circuit de récompense », petite aire située dans le haut du tronc cérébral, presque au centre du cerveau, dans l'aire tegmentale ventrale. Ce petit périmètre cérébral et quelques uns de ses proches voisins sont le siège d'une forte concentration de neurones à dopamine qui envoient leurs terminaisons dans différentes zones du cerveau, afin de faciliter la motricité, mais aussi l'attention, la concentration, la motivation et le plaisir. La découverte la plus importante en matière de toxicomanie fut sans doute celle du circuit opioïde interne, lequel fonctionne avec le circuit de récompense et fournit des éléments chimiques relaxants, plaisants, telles les célèbres endorphines, qui ne sont autre chose qu'une sorte de morphine naturelle secrétée par le corps pour donner les sensations de confort interne, de paix, de détente et d'analgésie. Or, on sait aujourd'hui que l'aire tegmentale ventrale est la cible de *toutes les drogues hédoniques connues pour donner plaisir ou apaisement*. De la cigarette à l'alcool, en passant par le cannabis, la cocaïne, l'héroïne, la morphine, les benzodiazépines, toutes les drogues stimulent le circuit de récompense, entre autres cibles biologiques. Pourquoi ?

a. Deux axes émotionnels opposés et complémentaires

On suppose la présence de deux axes émotionnels dans le cerveau, le premier est dit *nociceptif*, c'est-à-dire : qu'il procure de la douleur en s'exprimant, c'est le cas de toutes les émotions qui ont pour fonction de *répondre à la menace*, comme : la peur, l'aversion, la colère, la détresse, notamment. Pendant des millions d'années, sous le coup de la sélection naturelle, cet axe émotionnel protecteur a acquis sa redoutable efficacité en produisant des émotions qui sauvent la vie ! Et en effet, dans la nature, ce n'est ni la copulation, ni le bain de soleil, ni le repos, ni la détente qui sauvent du prédateur, mais : la fuite, l'évitement, la peur, l'aversion ou l'agressivité défensive, c'est-à-dire : des émotions de survie qui ont pour caractéristique d'être douloureuses. C'est, en somme, *parce qu'elles sont douloureuses* qu'elles nous forcent à fuir les menaces qui les éveillent. Par la logique de survie, éteindre la douleur est devenu l'une de nos principales nécessités.

Face à cet axe protecteur, il existerait un contrefort d'émotions plaisantes et exaltantes, un axe *hédogène*, un axe de motivation qui possède des émotions, telles : la joie, la dominance, la possession, le confort, la paix, l'attachement. Ces émotions positives, sont essentielles pour nous *motiver*, aider l'optimisme, donner l'envie de se lever, d'affronter la vie et ses difficultés ; et tout comme les émotions protectrices, elles sont essentielles à la santé mentale.

Pour faire simple, on peut dire que les émotions protectrices ont pour mission de provoquer des douleurs qui forcent à *répondre à la menace* ; tandis que les émotions motivantes répondent avec plaisir à *l'appel des besoins*.

b. L'addiction naît d'une suprématie de l'axe de protection

Lorsque les réseaux neuronaux - notamment les représentations du monde et les réseaux de mémoires - sont trop fortement codés par les émotions douloureuses, comme c'est le cas dans la dépression, le syndrome post traumatique, l'obsession, la paranoïa, etc. , les émotions positives s'effondrent et perdent la capacité de réguler la douleur provoquée par l'axe opposé, « l'axe protecteur ». A ce moment, le psychisme se voit conquis par une douleur noire, intense, et omniprésente. Ne pouvant longtemps supporter la douleur, le cerveau opte alors pour un comportement « prioritaire », *une stratégie de survie*, qui lui fait chercher dans l'environnement des substances aptes à réanimer le circuit de récompense, tels un produit chimique, une drogue, un verre de vin, un orgasme : n'importe quoi

qui fournisse rapidement des *sensations plaisantes* pour combattre la douleur imposée par les trop fortes émotions protectrices, *peur, colère, aversion, détresse*. Or, tout le problème est là : l'activation artificielle du circuit *hédogène* ne donne que des *sensations à court terme*; et plus cette activation se reproduira, plus elle cassera le fonctionnement naturel de ce circuit, elle en diminuera l'efficacité et poussera à reprendre les produits hédoniques à des doses sans cesse plus importantes.

L'addiction serait donc bien, en premier lieu, *l'expression d'un déséquilibre biologique* entre l'axe de la douleur protectrice, et l'axe du plaisir motivant ou apaisant.

2. Là où une neuro-systémique vient à naître

Par voie de conséquence, l'addiction serait aussi *le symptôme d'une tendance psychique* à « mieux employer l'axe de la douleur » que l'axe du plaisir dans le fonctionnement quotidien. On peut comprendre le phénomène en réalisant que *toutes* les mémoires sont codées par les émotions; si les mémoires sont trop codées par les émotions négatives, celles-ci auront une très forte tendance à nourrir la pensée d'associations douloureuses dans la gestion journalière, et forcer une émotion globale de pessimisme. Or, nous voilà bien à la racine d'une neuro-systémique :

Premièrement, la tendance aux émotions douloureuses a de bonnes chances d'être fournie par un terrain biologique hérité. Il n'est en effet pas rare de trouver dans les familles de toxicomanes un ou deux parents aux caractéristiques anxieuses, dépressives, ayant une tendance à la souffrance psychique. Ensuite, se fondant sur ces proximités biologiques, les interactions familiales alimenteront le *terrain sensible* de l'enfant de deux façons possibles :

i. *Par le codage des mémoires traumatiques* : la grande fragilité des parents engendre des événements violents, douloureux, traumatisants, ou trop stimulants. Les mémoires de l'enfant se codent majoritairement d'émotions douloureuses - principalement la peur et l'autodépréciation - lesquelles ont des chances de dominer le psychisme adolescent et adulte dans les associations, et le traitement mental des informations.

ii. *Par effet de synchronisation émotionnelle* : les émotions partagées en famille seront plus souvent négatives que positives, elles généreront un effet « d'accordage des pensées », des façons communes de voir les choses, et seront dans l'incapacité d'enseigner des façons naturelles de résister à la peur, ou au découragement. Une mère dépressive aura plus de chances de stimuler les émotions négatives d'un enfant qui possède un terrain biologique proche du sien, et moins de chances d'aguiser en lui une tendance positive.

En somme, l'addiction serait bien le fruit d'une rencontre particulière : celle qui se noue entre un terrain sensible hérité biologiquement et les interactions familiales qui le spécialisent, lesquelles le fondent en un virtuose de la douleur, désormais avide de sensations apaisantes. Le terrain biologique sensible « facilite » l'apprentissage des émotions douloureuses, et celles-ci « facilitent » en retour la spécialisation du fonctionnement biologique vers une tendance pessimiste. Par ailleurs, les réponses à la douleur auraient, elles aussi, une propension à être héritées familialement, telles : la tendance à l'évitement, à la colère, à l'opposition, ou toute autre chose qui puisse nous aider à éviter les contextes physiquement ou psychologiquement douloureux.

Or, dans tout cela, une chose reste immanente : les communications familiales, les émotions partagées entre personnalités génétiquement proches, seront toujours plus « efficaces » que celles partagées, par exemple, avec un thérapeute ou un éducateur. Ceci veut dire qu'aider un parent à comprendre son histoire, celle de ses propres douleurs, de ses propres stratégies de survie, de ses violences, de ses comportements éducatifs, *permet aux intervenants d'aider le parent à aider son enfant*. Ce qui est visé dans le

travail c'est, en effet, une remobilisation des émotions positives ou apaisantes chez le parent, afin que celles-ci puissent à nouveau nourrir l'enfant, et démarrer une progression. L'expérience clinique montre que la compréhension des histoires « biologiques et interactives » par les protagonistes soulage et dédramatise le vécu, et qu'elle agit comme un recadrage positif; par ailleurs, de nouvelles alliances naissent souvent entre parents et enfants du fait de se comprendre *enfin*, et de partager la recherche d'améliorations communes. Une partie non négligeable du travail consiste à fournir aux acteurs les « modes d'emploi émotionnels » des uns et des autres. Voilà qui, peut-être, constitue une base encourageante pour tout ce qui concerne le travail de thérapie institutionnelle, et l'approche en équipe des symptômes interdits.

c. Faut-il prescrire ou proscrire ?

Toutefois, un problème reste entier : on pense de plus en plus que sous l'utilisation répétée de drogues, les neurones du circuit de récompense modifient leur ADN cellulaire, ce qui veut dire, en clair, que le circuit de récompense se dote d'une mémoire des produits, et d'une mémoire d'intensité de prise. La conséquence de cette découverte est logique : le traitement de l'addiction passe *toujours* par une diminution très progressive du produit, - qu'on appelle utilisation dégressive -, soutenue par une remobilisation, un recadrage, un renforcement des émotions positives dans le cadre d'un *lien* thérapeutique. Cette progression est *souvent* accompagnée de rechutes, et les émotions positives transmises tant par les parents, que par les canaux du lien thérapeutique ou sociothérapeutique, sont essentielles pour le soutien et l'amélioration. De façon empirique, on pense qu'il faut plus ou moins deux ans avant que le circuit *hédogène* d'un alcoolique soit à nouveau en état de bon fonctionnement. Voilà peut-être pourquoi le sevrage rapide est si souvent décevant.

En clair, tout ceci veut aussi dire qu'un adolescent grand consommateur de cannabis doit pouvoir trouver un lieu *qui tolère sa consommation*, qui l'encadre dans des liens thérapeutiques, individuels et systémiques, lesquels auraient pour fonction de l'aider à mieux se doter d'émotions positives pour, progressivement, diminuer son addiction. Or, puisqu'il n'existe aucun produit de substitution pour des drogues comme le cannabis et l'alcool, *il n'y donc pas d'autre solution que tolérer la consommation, dans un cadre protégé par un contrat thérapeutique non punitif*. Il ne s'agit certes pas, dans notre propos, de militer ici pour une quelconque libération des drogues, il s'agit de chercher à autoriser des pratiques éducatives et thérapeutiques dans un cadre qui favorise l'apprentissage de *la confiance*, de *la modération* et de *la résilience*. Les buts premiers sont, évidemment, la santé et l'avenir ! À défaut de cela, nous serons hélas encore réduits à *devoir interdire des symptômes* - ce qui, de l'éducateur au psychiatre, en passant par la conciergerie et le café du commerce, a réputation d'être une impossibilité parfaite, voire même : la meilleure façon de renforcer les expériences douloureuses - et, en clair : *la meilleure façon d'augmenter le besoin de drogues !*

B. L'exemple de la délinquance

Lorsqu'un jeune délinquant agresse une vieille dame, qu'il la fait tomber et lui écrase les phalanges pour arracher son sac, ne faut-il pas considérer que certaines *émotions sociales*, telles l'empathie, le respect d'autrui, la peur, la culpabilité, sont peu ou pas fonctionnelles ?

Explications :

Dans les neurosciences affectives, on fait une différence entre les émotions primaires et les émotions secondaires, dites sociales; cette répartition distribue *grosso modo* les émotions primaires dans les parties basses et moyennes du cerveau, lesquelles sont partagées par tous les mammifères et servent à répondre à la *menace physi-*

que et aux *besoins physiques*. Lors de l'évolution les émotions secondaires, dites sociales, se sont très probablement développées à partir des émotions primaires, dès que les hominidés ont commencé à vivre en hordes. En l'absence de tout langage élaboré, ces émotions ont dû avoir pour fonction d'inhiber les comportements dangereux pour la survie collective, et favoriser les attitudes utiles pour la conquête et la conservation. Avec le temps et l'apparition du langage, ces émotions se sont affinées et spécialisées pour servir l'intérêt du collectif et de l'individu; elles traversent aujourd'hui les différents hémisphères cérébraux, et soutiennent les parties pensantes du cerveau. À ce jour, les émotions sociales ne sont pas encore toutes bien définies, mais il existe des faisceaux de présomptions qui nous les font deviner.

Nous pensons qu'il existe sur l'axe de protection et de la douleur, *des douleurs sociales*, telles : les peurs sociales (trac, peur de déplaire, peur des humiliations sociales, peur de l'intrusion, timidité, inhibition...); les aversions sociales (dégoût de soi, culpabilité, honte, auto dépréciation, dégoût de l'autre, mépris...); les colères sociales (colère sur soi, agressivité défensive...); les détresses sociales (tristesse, appel au secours...), tout comme il existe sur l'axe des plaisirs, *des motivations sociales*, telles les joies sociales, (excitations positives, élan positif, enthousiasme, euphorie...); les dominances sociales (leadership, domination de soi, domination des autres, amour de soi, dominances intellectuelles et sociales); les possessions sociales (possession de soi, possession des autres, jalousie, curiosité, rivalité, envie, égocentrisme...); les confort et les apaisements sociaux (bien-être, confiance, paix intérieure, sécurité affective...) et, aussi, des attachements sociaux (amour, amitié, sociabilité, empathie, sympathie...)

Lorsqu'elles sont bien développées, ces *émotions sociales* servent l'élaboration de constructions émotionnelles plus abstraites qu'on appelle les *sentiments moraux*, - tels : l'altruisme, l'humanisme, le respect, l'honnêteté, la probité, la charité, la solidarité pour certains, le patriotisme, pour d'autres. Le code moral interne est donc un outil massivement émotionnel.

Ceci veut dire, entre autres choses, que si les émotions sociales ne sont pas développées, ou qu'elles sont mal développées, les sentiments moraux auront du mal à se construire. Or, c'est précisément ce qu'on observe chez les adolescents délinquants.

L'étude clinique de jeunes adolescents transgressifs dans l'une de nos institutions a permis de poser une hypothèse de travail : on peut séparer les adolescents qui ne s'attaquent qu'aux biens, des adolescents qui s'attaquent aux personnes. Or, il semble que ce qui différencie ces deux catégories soit ceci : les adolescents qui ne s'attaquent qu'aux biens *sont capables d'attachement*, et donc capables d'intégrer des relations éducatives de substitution; tandis que les adolescents qui s'attaquent aux personnes disposent de *capacités d'attachement beaucoup plus faibles*, voire absentes. Voyons aussitôt les idées que ceci nous autorise.

i. L'agression naît d'une faiblesse des émotions sociales protectrices.

La chose est facile à comprendre, puisque les émotions sociales servent à inhiber les comportements antisociaux et, parmi celles-ci, les plus importantes sont, notamment : la culpabilité, l'auto critique, l'auto dépréciation, l'empathie, la sympathie. Or, toutes ces *émotions sociales nécessitent d'avoir connu une relation d'attachement pour se construire*, puisqu'on ne peut bâtir une image positive de l'autre, - une sensibilité à sa souffrance, à sa fragilité -, qu'à la condition d'avoir connu un *attachement gratifiant et positif* envers des personnes clés, qui ont transmis les émotions nécessaires dans le cadre d'un lien indestructible et aimant.

ii. Sans émotions sociales élaborées, le rappel à la loi est sans effet.

Ce n'est pas parce que viol et meurtre sont interdits dans le Code que nous ne les pratiquons pas, mais parce que des émotions so-

ciales élaborées nous empêchent de les mettre en pratique. Les codes juridiques, les lois, fournissent des repères égaux pour tous, ils balisent les limites, et nous donnent par la même occasion le droit de réprouver les comportements socialement dérangeants. Si la loi fait fonctionner les émotions sociales, si elle les sollicite, les maintient actives, *la loi ne pourrait en aucun cas se substituer à elles*. Lorsque les émotions sociales sont faibles ou absentes, le rappel à la loi est totalement inefficace ! Or, en raison des progressions inégales encourues dans la maturation du cerveau pendant la croissance, la faiblesse des émotions sociales peut être, soit *un fait transitoire*, soit *un fait en voie d'acquisition définitive*. En d'autres termes, le rappel à loi peut se montrer inefficace pendant plusieurs années, - le temps que le cerveau mûrisse, ou se révéler définitivement sans effet, dans le cas d'une insuffisance acquise. Mais, quelque soit le cas, le rappel à la loi reste un outil de faible puissance et de faible pertinence qui, en aucun cas, ne sert la construction d'une personnalité plus humaniste et résiliente.

iii. Les enfants et les adolescents sont les adultes et les parents de demain.

Or, nous revoici chevauchant en compagnie des scientifiques de l'INSERM et des comptables de la caisse d'assurance Canam, puisque ces adolescents qu'on enferme, toujours plus jeunes, toujours plus longtemps sont, de toute évidence, les adultes et les parents de demain.

Arrêtons-nous un instant, pour vaguement imaginer combien de jeunes placés aujourd'hui dans les centres spécialisés replaceront leurs enfants demain ?! Car, c'est ici, très précisément, - et bien avant la naissance de la génération future -, que les choses prennent racine, que les progénitures sont déjà abandonnées ou carencées, rendant possible le prochain « trouble des conduites » que les scientifiques voudront nous faire apercevoir. Les adolescents d'aujourd'hui sont les parents de demain, - et cela veut dire aussi : *les parents des enfants que nous traiterons demain*, il convient certainement de mieux s'en souvenir, lorsque nous nous occupons d'eux !

Si ce qui précède a du sens, alors le traitement de la délinquance nécessite une évolution des émotions sociales, organisée *dans le cadre d'un lien thérapeutique, où la confiance et l'attachement peuvent renaître*. Ce traitement doit probablement investir à la fois une institution fermée, et une institution non punitive laquelle travaille étroitement avec le centre fermé. Or, il n'y a aucune autre solution, *puisque la confiance, et la récréation d'un lien nourrissant - conditions nécessaires au développement des émotions sociales - ne peut se faire dans un cadre punitif ou culpabilisant*.

Ici encore, une technique familiale est nécessaire, elle tente de bâtir *un lien* avec des parents probablement carencés en attachement ou en protection, souvent très en besoin de réparation personnelle. Le développement de ces techniques de travail nécessite que les intervenants médico-psycho-sociaux sortent de la conception d'hôpital, qu'ils descendent sur le terrain, qu'ils aillent à l'endroit où se trouvent les parents, souvent blessés, souvent en souffrance et en perte de confiance vis-à-vis de l'aide. C'est un travail d'ampleur auquel il faut pouvoir donner des moyens parce que, simplement, la mutation du travail vers les publics sans demande dessine aujourd'hui cette nouvelle donne. Car, comme pour la toxicomanie, aider les protagonistes à se comprendre de manière plus émotive, plus véritable, plus réparatrice, aide à fortement développer la transmission des émotions positives. C'est certes un exercice compliqué, mais il offre aux intervenants de véritables outils d'action, de véritables raisons d'espérer; c'est donc une raison majeure d'élaborer des moyens, qui - les caisses d'assurance et l'INSERM l'attestent à leur façon - doivent *absolument* viser l'évolution des personnalités, et leur impact sur la génération suivante.

C. De l'urgence de cadres expérimentaux

Les symptômes interdits ne peuvent être vaincus par la menace, la sanction, l'exclusion, ils doivent être confrontés, encadrés, étudiés, et compris.

Pour cette raison, les auteurs et les cosignataires de ce manifeste, attestent de la nécessité d'encourager et de faciliter la création d'expériences pilotes, en France, en Belgique, en Suisse, qui encadrent les symptômes interdits que sont : sexe, drogue, vol, violence, afin de produire des solutions efficaces. De nouveaux concepts existent, de nouvelles façons d'intervenir voient le jour, il est à ce titre nécessaire, voire vital, de donner à ces nouveaux outils les cadres nécessaires qui permettent de les étudier et de vérifier leur pertinence. Nous nous disons prêts à ne pas exclure, ne pas punir, et aider ceux qui voudraient y arriver; nous nous disons prêts à encadrer des expériences vérifiables, qui cherchent solution aux symptômes interdits.

Et cela, pour deux raisons principales :

- La première, parce qu'il est, tout simplement, *impossible* d'interdire à quiconque de porter un symptôme.
- La seconde, parce que le bon développement des émotions sociales protège mieux l'individu et la société que toutes les prisons du monde.

Co signatures : les professionnels de l'éducation et de la santé ci-dessous repris, cosignent le manifeste « Les symptômes interdits » en encourageant la création d'espaces de recherche autour des nouvelles formes d'expression symptomatiques :

1. Ackermans Anne, Enseignante, Bel;
2. Arville Maryline, éducatrice, Fr;
3. Agra Aurore, étudiante FOPA, Bel;
4. Baretta Pascal, directeur pédagogique La Sombaille, CH;
5. Berthelot Cendrine, éducatrice spécialisée, Fr;
6. Berthy-Cailleux Ariane, conseil en ressources humaines, Fr;
7. Beauchet Jean-Pierre, psychiatre, Fr;
8. Beytrison Philippe, psychologue, Fondation Phénix, Genève;
9. Bondoux Sylvie, directrice Latitudes 78 SAE Yvelinnes; Fr;
10. Cédric Bednarz, coordinateur pédagogique; Fr;
11. Cecchi Bertand, moniteur éducateur, Fr;
12. Chabat Régine, chef de service accueil urgence, Fr;
13. Coenen Jean-Pierre, président ligue des enfants, Bel;
14. Commeaux Martine, chef de service Itep Prado, Fr;
15. Confino Romain, psychologue, Fr;
16. Constantin Cédric, éducateur, Ch;
17. Corona Françoise, psychologue, Fr;
18. David Stephanie, éducatrice PJJ, Fr;
19. Decolin Dominique, directeur Ces Prado Salornay, Fr;
20. Defrance Bernard, philosophe, DEI-France, Fr;
21. Derbaise Maud, chef de service, Fr;
22. Duthoit Estelle, chef de service, Fr;
23. Egouy Dominique, Assistant socio-éducatif, Fr;
24. Erhart Josiane, directrice Prés de Brouck, Thionville, Fr;
25. Faugère Stéphanie, éducatrice, Ch;
26. Fossion Pierre, psychiatre, Bel;
27. Fumeaux Valérie, éducatrice, Ch;
28. Frisch Vincent, chef de service éducatif, Fr;
29. Felix Catherine, éducatrice, sociologue, Fr;
30. Gasparini Grégoire, éducateur, Ch;
31. Gédéon Arlette, cadre socio-éducatif, Fr;
32. Gerber Louise, éducatrice, Ch;
33. Goeury Marie Laure, cadre socio-éducatif, Fr;
34. Jaillard Yolaine, psychologue, Fr;
35. Jaillard Didier, enseignant, Fr.;
36. Jeanneret Valérie, éducatrice HES, Ch;
37. Julien Olivier, éducateur spécialisé, Fr;
38. Jones Joanna, éducatrice spécialisée, Fr;
39. Lalevé Sylvie, Assistante sociale, Fr;
40. Le Moal Yannick, directeur foyer, Fr;
41. Lovato Gislaïne, chargée mission enfance en danger, Fr;
42. Mayoud Thierry, éducateur spécialisé, Fr;
43. Mayasi Christine, éducatrice, Ch;
44. Mazas, Sylvie, éducatrice spécialisée, Fr;
45. Meunier Gaëlle, éducatrice spécialisée, Fr;
46. Minetti Brigitte, infirmière, Centre Addictologie à Metz, Fr;
47. Morabih Abdelhaq, éducateur, Fr;
48. Noury Isabelle, assistante sociale, Fr;
49. Pax Jean, ESTES Strasbourg, Fr;
50. Paez Evelyne, éducatrice sociale, CH;
51. Péris Edouardo, éducateur, Ch;
52. Picard Eric, pédo-psychiatre, Bel;
53. Pirovani Sabine, directrice, Fr;
54. Raoult Catherine, éducatrice spécialisée, Fr;
55. Roethlisberger Jean-Marc, directeur Foyer des jeunes; CH;
56. Roethlisberger Nathalie, chef de service ITEP, Fr;
57. Roche Mi-

chel, direction protection de l'enfance Rhône, Fr; 58. Roussel Martine, chef de service, Fr; 59. Rosensfeld Boris, master médecine, Bel; 60. Sancen Sylvie, psychologue, Fr; 61. Sename Martine, éducatrice spécialisée, Fr; 62. Schmets Joëlle, sociologue, AAJ, Bel; 63. Schmitt Myriam, éducatrice spécialisée, Fr; 64. Shahvar Corrine, assistante sociale, Fr; 65. Sidjilani Sophie, chef de service, Fr; 66. Theurillat Raphaël, éducateur, Ch; 67. Vanderlieb Christine, directrice de FAE, Fr; 68. Vanwindekens Monique, psychologue addictologue, Bel; 69. Vassaux Catherine, permanente d'accueil, Fr; 70. Villat Jean-Marie, Directeur Fondation Borel, Dombresson, CH; 71. Viguet Pierre, directeur Berallaz, CH; 72. Viguet Jannick, directrice Berrallaz, CH; 73. Wickenburg Frédéric, directeur Itep Valloires, Fr;

Bibliographie :

1. Ausloos Guy, *la compétence des familles*, Erès, France, 1997.
2. Andreasen; *Brave new world*, De boeck, Bruxelles, 2004.
3. Ahstari et al, *Cannabis and Schizophrenia*, Annual meeting of the radiol. soc. Of North America. 2005-11-30.
4. Barabasi A.L; Bonabeau Eric; *Réseaux invariants d'échelle; Pour la Science*, N°314, décembre 2003, pp 58-63.
5. Besson Marie-Jo, *Des adaptations néfastes*, Sciences et vie hors série, 217, décembre 2001, pp 46-51.
6. Borrelli E, Colin L, Welter M; *La dopamine dans tous ses états*, Sciences et vie hors série, 217, décembre 2001, pp 12 -17.
7. Briggs J; Peat F.D; *Un miroir turbulent*, Interéditions, Paris, 1991.
8. Cahill, L; Mc Gaugh. *Mechanisms of emotional arousal and lasting declarative memory*, Trends in Neurosciences, 21 : 294-299, 1998.
9. Chapuisat M; Keller L, *les fourmis en froid avec Darwin? In Les dossiers de la recherche*, n°27, Mai 2007, pp 56-63.
10. Chairopoulos P, Kieffer B, *Les entrées privées des opiacés*, Sciences et vie hors série, 217, Décembre 2001, pp 18-23.
11. Coenen R., *Les familles périodiques, théorie du chaos, complexité, systémique*, Thérapie familiale, Genève, 2004, Vol 25, N°2, pp 215-238.
12. Coenen R., *Éduquer sans punir, une anthropologie de l'adolescence à risques - Editions Erès - Ramonville Saint-Agne, 2004.*
13. Cerf Roger, *Le chaos cérébral, dossier Pour la Science*, janvier 1995, P 112-113.
14. Changeux, Jean-Pierre, *L'homme neuronal*, Fayard, 1983, Paris.
15. Changeux, Jean-Pierre, *Plasticité cérébrale et apprentissage*, Pour la Science décembre 1998, p 86.
16. Cyrulnik, Boris, *Mémoire de singe et paroles d'homme*, Hachette, Paris, 1983.
17. Cyrulnik, Boris, *De chair et d'Ame*, Odile Jacob, Paris, 2006.
18. Damasio A, *L'erreur de Descartes*, Odile Jacob, Paris, 1995.
19. Damasio A, *Le sentiment même de soi*, Odile Jacob, Paris 2000.
20. Damasio A. *La conscience du temps*, Pour la science, N°302, décembre 2002, pp 110 à 113.
21. Darwin Charles, *L'Origine des espèces*, Flammarion, Paris 1992.
22. Davis, M. *Neurobiology of fear responses : the role of the amygdala*. Journal of Neuropsychiatry and Clinical neurosciences, 9 : 382-402, 1997.
23. Debat Vincent, *Comment le milieu sculpte les gènes*, Les dossiers de la recherche, n°27, mai 2007, pp 28-33.
24. Debroise Anne, *Alcoolisme : la part cachée de l'héritage*, Sciences et vie hors série, 217, décembre 2001, pp 30-35.
25. Delahaye Jean-Paul, *La complexité mesurée; Pour la Science*, N°314, décembre 2003, pp 34-38.
26. Denis Hervé, *Dans les filets de l'ecstasy*; in Sciences et vie Hors Série 217, décembre 2001, pp 54-59.
27. Dennet, D.C., *Darwin est-il dangereux*. Odile Jacob, Paris, 2000.
28. Devillaine Valérie, *Des gènes sous l'emprise de la cocaïne*, in Sciences et vie Hors série, 217, décembre 2001, pp 36-39.
29. Dubois, Atten, Bergé, *L'ordre chaotique*, La recherche, N°185, février 1987, p 191 et svtes.
30. Dulac, Catherine, *Un câblage mâle et femelle dans chaque cerveau*, in, La Recherche, octobre 2007, n°412. p. 14

31. *Dutrillaux Bernard, Une autre manière de créer des espèces*, in *Les dossiers de la recherche*, n°27, mai 2007 pp 46-52.
32. *Edelman Martin, Biologie de la conscience*, Odile Jacob, 2000.
33. *Faroux JP; Renault J; Thermodynamique*, Dunod, Paris 1997.
34. *Froment Alain, L'altitude s'inscrit dans les veines*, in *Les dossiers de la recherche*, n°27, mai 2007, p 70.
35. *Gleick James, Chaos*, Vintage, London, 1998.
36. *Giros Bruno, Des transporteurs à ne pas bloquer*, *Sciences et vie hors série*, 217, décembre 2001, pp 40-45.
37. *Godberger, Rigney, West, Chaos et fractales en physiologie*, *Dossier Pour la Science, Le Chaos*, janvier 1995, pp 122 et svtes.
38. *Gould Stephen Jay, Darwin, les grandes énigmes de la vie*, Points, Fayard Paris, 1997.
39. *Gould Stephen Jay, Quand les poules auront des dents*, Points, Fayard Paris 1984.
40. *Gouyon Pierre Henri, Pourra-t-on un jour prédire le passé ? Les dossiers de la recherche*, n°27, mai 2007, pp 6-8.
41. *Haken, Wunderlin, Le chaos déterministe*, *La recherche* 225, octobre 1990, pp 1248 et svtes.
42. *Hayez, Jean-Yves, La destructivité chez l'enfant et l'adolescent*, Dunod, Paris, 2001.
43. *Hayez, Jean-Yves, la sexualité des enfants*, Odile Jacob, Paris, 2004.
44. *Houdé Olivier, Intelligence et inhibition*, in *Sciences Humaines* N°65, Octobre 1996, pp 24- 27.
45. *Jablunka Eva, Le darwinisme évolue aussi* in *Les dossiers de la recherche*, n°27, Mai 2007, pp 40-45.
46. *Journet, Nicolas, Un interdit universel*, *Sciences humaines* n°79, janvier 1998, pp 42-44.
47. *Karli, Pierre, L'homme agressif*, Odile Jacob, 1987.
48. *Laborit Henri, L'inhibition de l'action*, *presses de l'université de Montréal*, Masson, Paris, 1986.
49. *Laborit Henri, Dieu ne joue pas aux dés*, Grasset, 1987, Paris.
50. *Laborit Henri, La nouvelle grille*, Laffont, 1974, Paris.
51. *Laborit Henri, L'agressivité détournée*, Coll 10-18, 1970, Paris.
52. *Laroche, Les mécanismes de la mémoire*, *Pour la Science*, décembre 1998, p 94 et svtes.
53. *Lecourt Dominique, Une sorte de scientisme théologique*, interview, *Le Nouvel Observateur hors série*, décembre 2005, pp 4 et 5.
54. *LeDoux Joseph, Peur et mémoire inconsciente*, in *dossier Pour la Science*, Avril 2001, pp 104-109.
55. *Lennon JF, Les rythmes biologiques*, in *Dossier pour la Science* janvier 1995, page III et svtes.
56. *Lorenz Konrad, trois essais sur le comportement animal et humain*, *Le Seuil*, Paris, 1970.
57. *Mandelbrot Benoît, Les objets fractals*, Champs Flammarion, Paris, 1995.
58. *Montagner Hubert, l'attachement*, Odile Jacob, Paris, 1999.
59. *Monod Jacques, Le hasard et la nécessité*, *Le seuil*, Paris, 1970.
60. *Ohman Arne, Mémoire et phobie*, *dossier Pour la Science*, Avril-juin 2001, pp 110-115.
61. *Ortony and Turner What's basic about basic emotions ?* in *Psychological Review*, 97, 1990, pp315-331.
62. *Postel-Vinay Olivier, Le cerveau et l'amour*, in *La Recherche* n° 380, novembre 2004, pp 32 à 39.
63. *Prigogine Ilya, La fin des certitudes*. Odile Jacob, Paris 1996.
64. *Prigogine Ilya, Les lois du Chaos*, Champs Flammarion, Paris, 1994.
65. *Prigogine Ilya, (Sous la direction de), L'homme devant l'incertain*, Odile Jacob, Paris, 2001
66. *Prigogine, Ilya, Stengers Isabelle, La nouvelle alliance*.
67. *Prigogine Ilya, Stengers Isabelle, Entre le temps et l'éternité*, Champs Flammarion, Paris, 1992.
68. *Purves; Augustine; Fitzpatrick; Katz; LaMantia; MacNamara; Neurosciences*, De Boeck Université, Bruxelles, 1999.
69. *Quintana Lluís, Les maladies qui nous protègent*, in *Les dossiers de la recherche*, n°27, mai 2007 p 78.
70. *Renck J-I; Servais V; L'éthologie, le Seuil*, Points, Paris 2002.
71. *Renault B; Garnero L; L'exploration du cortex par son activité électromagnétique*, in *Pour la science*, n°302, décembre 2002, pp 34 à 41.
72. *Revel, Jean-François, La connaissance inutile*, Hachette, Paris, 1990.
73. *Ruelle David, Hasard et Chaos*, Odile Jacob, Points, Paris, 1991.
74. *Ricard Jacques, La complexité biologique*, in *Pour la Science*, n°314, décembre 2003, pp 30-33.
75. *Ridley Matt, Génome*, Laffont, 1999, Paris.
76. *Rimé Bernard, Le partage social des émotions*, PUF, Paris 2005.
77. *Roques Bernard, Vers un modèle unique*, in *Sciences et vie hors série*, 217, décembre 2001, pp 4-8.
78. *Rosenzweig; Leeman; Breedlove; Psychobiologie*, De Boeck Université, Bruxelles, 1998.
79. *Sagan Carl, Les dragons de l'Eden, Le seuil*, Paris 1980.
80. *Singer Wolf, Synchronisation neuronales et représentations mentales*, in *Pour la science*, n° 302 décembre 2002, pp 74- 79.
81. *Solomon Z, Weisenberg M, Scharzwald J, Mikulincer M, Pausttraumatic stress disorder among frontline soldiers combat stress reaction – the Israeli experience*, in *American journal of psychiatry* 144 :4, April 1987, pp 448-454.
82. *Stauffer. D; Stanley H.E.; Lesne A; Cours de physique*, De Newton à Mandelbrot, Springer; Paris, 1999.
83. *Staner L, Mendelewicz J, l'anxiété généralisée*, in *Acta Psychiatrica belgica*, n°103/2, 2003, pp 79-91.
84. *Stewart Ian, Dieu joue-t-il aux dés ? Champs Flammarion*, Paris 1992.
85. *Squire L, Kandel E; La mémoire*, De Boeck, Bruxelles, 2002.
86. *Tassin Jean-Pol : la neuropharmacologie de la conscience*, in *Pour la science*, n°302; décembre 2002, pp146 à 150.
87. *Trenton.W.Holliday, Les derniers homidés se sont-ils croisés ?* in *Les dossiers de la recherche*, n°27, mai 2007, pp 65-70
88. *Vanherweghem Jean-Louis, Dissertations épistémologiques*, Presse universitaires, Bruxelles, 1999.
89. *Von Bertalanffy Ludwing, Théorie générale des systèmes*, Dumod, Paris, 1993.
90. *Vosters O, Malonne H, Le système sérotoninergique central et les antidépresseurs de nouvelle génération*, *Médiasphère* 74, février 1998, pp 18-21.
91. *Zwirn Hervé; La complexité, science du XXI^{ème} siècle ? Pour la Science*, n°314, décembre 2003, pp 28, 29.

Auteurs :

Roland Coenen : roland.coenen1@telenet.be

Jean-Paul Gaillard : JPGAILLARD@aol.com

Guy Hardy : Guy.hardy@swing.be

Francine Frieh-Bungert : francine@frieh-bungert.fr

Summary : Sex, drugs, stealing, violence, are today to be considered like prohibited symptoms, this is to say : symptoms which are doomed to exclude children, adolescents, or adults, from specialized aid or care. Theses symptoms are now carried by no-help-soliciting-people. This undemanding position is to be seen as a new complexity emergence into care and educational fields, which is born with the social mutation of this new century. Actually, past century theories seem now too short to generate understanding and clever action that could frame this phenomenon. The Authors are pleading for new understandings grids which are to integrate neurosciences' revolution assets, by founding a neuro-systemic, and by taking on the challenge to show what these new grids may be useful for. This "proclaiming paper" has been given to be signed to some others professionals, and we altogether suggest that new educational or therapeutic experiences should be now supported in order to validate new efficient tools and experiments on the long run, seeking for global solutions to apply to these more and more currents urban issues.

Key words : Prohibited symptoms; neuro-systemic; the need of new surveys; new experimentations.

Journal du droit des jeunes

La revue de l'action juridique et sociale

www.droitdesjeunes.com



Le Journal du droit des jeunes analyse, informe de toutes les questions qui guident l'activité des travailleurs sociaux, des éducateurs, des magistrats, des avocats, des enseignants.

L'enfant est au centre des questions du droit de la famille (autorité parentale, aliments, adoption, etc.), de la sécurité sociale (revenu minimum, logement, santé, etc.), de la protection de l'enfance, de la lutte et/ou la prévention de la délinquance, de l'éducation et bien entendu de la justice des mineurs.

Les nombreuses réformes dont ces matières ont été l'objet imposent aux praticiens de se tenir informés des règles nouvelles, des débats en cours, de ce qui va se modifier dans l'exercice de leur profession.

Dix fois par an, le Journal du droit des jeunes en rend compte en publiant les articles de fond, la jurisprudence, les documents parlementaires et la législation. Un outil d'études et d'actualité sociale que son impertinence n'empêche pas de mettre entre toutes les mains.



B U L L E T I N D E S O U S C R I P T I O N

A renvoyer au Journal du droit des jeunes, 16 Passage Gatbois, 75012 Paris, accompagné de votre règlement par chèque bancaire ou postal à l'ordre de l'association "Jeunesse et droit" (fax 01.40.37.41.25)
Souscription également possible sur www.droitdesjeunes.com

Je soussigné(e),

Nom, prénom :

Organisme :

Adresse :

Code postal : Ville : Tél :

souscris un abonnement d'un an (10 numéros) et

joins un chèque d'un montant de **80 euros** à l'ordre de l'association "Jeunesse et droit" ou

réglerai par mandat administratif dès réception de la facture (biffer la mention inutile)

Date :

Signature :