

# « Un réseau pluridisciplinaire pour prendre en charge les jeunes en rupture »

**Entretien avec Francis Saint-Dizier,** médecin et anthropologue, membre de l'équipe de coordination du Réseau adolescence et partenariat de Haute-Garonne (RAP 31).

## La Santé en action : Pourquoi avez-vous créé ce réseau ?

Francis Saint-Dizier : L'idée de départ était de décloisonner le travail des professionnels en charge de l'accompagnement des adolescents difficiles. Les différentes institutions – aide sociale à l'enfance (ASE), protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), service santé de l'Éducation nationale – ont un fonctionnement pyramidal et vertical, qui ne facilite pas la communication transversale. Nous avons commencé par faire des réunions mensuelles, au cours desquelles les professionnels venaient exposer le cas clinique d'un jeune avec lequel ils ne savaient plus comment avancer. Puis, en 2006, nous avons donné corps à ce réseau informel avec la création d'une association, qui reçoit un financement de l'agence régionale de santé Occitanie depuis 2008. Nous avons petit à petit construit l'équipe de coordination, qui compte désormais huit personnes pour quatre Équivalents temps plein (ETP) : une secrétaire, une assistante, un coordinateur, une éducatrice détachée de la PJJ, un éducateur ethnoclinicien, deux psychiatres et moi-même. Toutes ces personnes ont une longue expérience dans leur domaine.

## S. A. : Quelle est la mission du RAP 31 ?

F. S.-D. : C'est un réseau pluridisciplinaire pour prendre en charge les jeunes en rupture. En d'autres termes,

l'objectif du réseau est d'apporter un soutien aux acteurs médico-sociaux qui ont épuisé toutes leurs ressources face à des adolescents en grande difficulté, grâce à une clinique indirecte. C'est-à-dire que nous ne recevons pas les jeunes ni leur famille. Leur dossier doit être porté par un professionnel – généraliste, pédopsychiatre, éducateur de quartier, personnel de la PJJ, de l'ASE, de l'Éducation nationale, etc. La position de tiers externe que joue le Réseau adolescence et partenariat (RAP) est souvent indispensable pour aboutir à des coopérations efficaces permettant une continuité et une cohérence des soins. Souvent, les différents acteurs se renvoient la balle, cherchant le meilleur lieu pour la prise en charge. Or, il n'y a pas de bonnes « cases » pour les adolescents en rupture. C'est la collaboration entre les différents professionnels concernés qui va permettre l'efficacité d'un accompagnement.

## S. A. : Comment se déroule votre recherche de solutions pour le bien du jeune ?

F. S.-D. : Lorsque nous sommes saisis par un professionnel, l'équipe de coordination discute l'acceptation ou non ce dossier. Nous intervenons sur les cas les plus compliqués, car nous ne pouvons suivre tous les adolescents difficiles du département. Ensuite, l'éducateur de l'équipe effectue un travail de recherche approfondie sur le parcours du jeune, de sa petite enfance jusqu'à la situation de blocage actuelle. Il entre en contact avec ses anciens instituteurs, le généraliste, le pédiatre de la protection maternelle infantile (PMI)... tous les acteurs qui l'ont pris en charge à un moment donné. Cette reconstitution

## L'ESSENTIEL

► En Haute-Garonne, un réseau pluridisciplinaire de professionnels (éducateurs, dont un ethnoclinicien, médecin anthropologue, psychiatres...) apporte un soutien aux acteurs médico-sociaux qui ont épuisé toutes leurs ressources face à des adolescents en grande difficulté.

► L'éducateur retrace de façon approfondie l'ensemble du parcours du jeune en rupture, y compris en allant voir les personnes qui l'ont encadré de sa petite enfance jusqu'à la situation de blocage actuelle. Puis, en lien avec les acteurs qui assurent la prise en charge, cette équipe élabore des solutions dont l'adolescent est le centre. Le jeune est soutenu et suivi autant que nécessaire, dans la durée.

► Le réseau suit 250 jeunes dont une soixantaine de nouveaux cas par an.

biographique sert de base à la réunion de concertation partenariale d'une durée de trois heures, à laquelle sont invités les intervenants, y compris ceux qui ne sont plus en charge de l'adolescent. Nous formulons une synthèse clinique à partir de l'histoire familiale, éducative, médicale qui place l'adolescent au centre, comme sujet. Cette lecture clinique, élaborée avec toutes les personnes présentes, donne à chacun la possibilité d'envisager sa place dans le partenariat à construire ensemble et d'organiser ainsi une synchronie dans la future prise en charge. Comment intégrer un suivi psychiatrique s'il s'avère nécessaire ? Comment aider le jeune dans son lieu de vie, qu'il habite chez



© Gilles Coulon/Finlande France

ses parents ou dans un foyer ? Quelles solutions peut-on envisager du côté des apprentissages et de l'école, selon que le jeune a plus ou moins de 16 ans ? Quel projet d'autonomie peut-on mettre sur pied ? Ensuite, nous faisons le point six mois plus tard, puis un an plus tard. Si les effets escomptés ne sont pas au rendez-vous, nous formulons des propositions alternatives.

**S. A. : Quel est le profil des adolescents que vous accompagnez ?**

F. S.-D. : La majorité ont entre 14 et 17 ans, même si nous pouvons les suivre jusqu'à l'âge de 21 ans. Ce sont pour 60 % d'entre eux des garçons. Ils connaissent pour la plupart des difficultés dès la petite enfance, au sein de familles séparées, recomposées, en errance sociale ou en déshérence culturelle. L'entrée au collège sert souvent de détonateur, alors que l'école primaire demeure un cadre contenant. C'est à ce moment, qui se conjugue avec le début de l'adolescence, que cela explose. Les garçons qui vont mal trouvent un exutoire dans les conduites délinquantes ; pour 90 % d'entre eux, nous sommes sollicités par la PJJ. Les filles – pour qui le juge a souvent pris une mesure éducative de placement en foyer – fuguent ou ont des conduites sexuelles débridées, ce qui les expose à la violence. Nous prenons en charge

une soixantaine de nouveaux cas par an ; c'est peu, mais l'enquête de terrain pour écrire le récit de vie de l'adolescent représente cinquante heures de travail. Nous suivons actuellement une cohorte de 250 jeunes.

**S. A. : Qu'apportent l'anthropologie ou l'ethnologie dans ce contexte particulier ?**

F. S.-D. : Ces sciences humaines permettent de changer de cadre d'analyse et d'apporter un autre éclairage. Seules, elles ne serviraient cependant pas à grand-chose. C'est parce que nous les combinons aux savoirs médical, psychologique, psychiatrique que nous parvenons à une compréhension plus juste des problèmes vécus par l'adolescent. Le regard croisé des disciplines doit permettre d'appréhender des situations très complexes de la façon la plus fine possible.

**S. A. : Quel bilan avez-vous dressé de votre action ?**

F. S.-D. : En 2015, nous nous sommes posé la question du devenir des adolescents inclus dans le réseau. Nous avons alors repris les dossiers de 175 jeunes sortis de l'accompagnement depuis deux ans. Grâce à nos partenaires éducateurs et aux assistantes sociales des différentes institutions, en passant des appels téléphoniques selon une grille déterminée, nous avons retrouvé la trace de 90 % d'entre eux. Les résultats ont été plus probants que nous pouvions l'espérer. Pour les garçons, il y eut peu de suites sur le plan judiciaire, et peu d'incarcérations ; ils se sont globalement « rangés ». Seuls quelques rares jeunes sont entrés

dans une pathologie mentale lourde, nécessitant des hospitalisations récurrentes ou prolongées. Pour les filles, le bilan est plus mitigé : 42 % sont devenues mère à l'âge de 19-20 ans, alors que la moyenne française est de 29 ans pour le premier enfant. Pour celles-ci, la maternité a été la porte de sortie d'une adolescence chaotique, un moyen d'autonomisation grâce à l'aide financière accordée pendant cinq ans aux parents isolés. On peut y voir là une forme de reproduction des inégalités sociales.

Un des objectifs du RAP 31, c'est aussi de lutter contre le sentiment d'épuisement et d'échec vécu par les professionnels devant des trajectoires sur lesquelles ils ne semblent avoir aucune action positive. Nous leur avons donc demandé d'évaluer leur satisfaction sur une échelle de 1 à 10. Avec une moyenne de 8,21, les réponses confirment ce que nous pensions : le travail en réseau diminue le burn out des équipes.

**S. A. : En quoi ces résultats favorables conditionnent-ils votre futur ?**

F. S.-D. : Ces résultats sont importants, car l'association fonctionne sans convention d'objectifs et de moyens avec l'ARS, ce qui fait que notre financement est discuté et reconduit d'année en année. C'est une difficulté pour la pérennité de la structure et aussi un avantage, car nous sommes en permanence motivés pour prouver notre efficacité. Le statut associatif est important pour préserver notre indépendance par rapport aux grandes institutions. Cette indépendance est nécessaire à notre liberté de réflexion et d'action. Elle est indispensable pour nous préserver des défauts de ces institutions : la routine, les solutions toutes faites, les protocoles de l'administration. Les adolescents en grande difficulté ne « rentrent » justement pas dans ces protocoles... ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

**Pour en savoir plus**

- <http://www.resomip.com/rap-31-reseau-adolescence-et-parteneriat-31>
- [rap31@orange.fr](mailto:rap31@orange.fr)

**LES JEUNES EN RUPTURE CONNAISSENT POUR LA PLUPART « DES DIFFICULTÉS DÈS LA PETITE ENFANCE, AU SEIN DE FAMILLES SÉPARÉES, RECOMPOSÉES, EN ERRANCE SOCIALE OU DÉSHÉRENCE CULTURELLE ».**

# Des adolescents « difficiles » ?

## Bertrand Ravon,

professeur de sociologie, université Lumière-Lyon 2, centre Max-Weber,

## Halima Zeroug-Vial,

psychiatre, directrice de l'Orspere Samdarra, centre hospitalier Le Vinatier (Lyon).

Ce que nous qualifions de jeunes en « grande difficulté » recouvre une grande diversité de situations et de dénominations : « jeunes vulnérables », « en errance », « en danger », « précaires », « déviants », « incassables », « jeunes en rupture » et/ou « en souffrance », « en risque de marginalisation » ou, plus récemment, « radicalisés ». Toutes sont traversées par une même préoccupation : comment prendre en charge des adolescents « sans solution de prise en charge » ? Comment les accompagner dans la durée, alors qu'ils sont « trimballés » entre les institutions scolaires, du travail social, de l'insertion et du médico-social, de la justice pour mineurs ou de la pédopsychiatrie ?

Historiquement, la notion d'adolescent « difficile » apparaît dans les années 1960. Ces adolescents difficiles engendrent dans un premier temps chez les équipes soignantes, pédagogiques et judiciaires un hyperinvestissement, suivi de rejets et de ruptures. Déscolarisés, rejetés de leur famille, en voie de marginalisation, ils mettent à mal les services de protection de l'enfance et de pédopsychiatrie par l'intensité et la répétition de leurs troubles du comportement, mettant ainsi en échec toute forme de projet de vie.

## Insécurité du lien primaire

La psychopathologie appréhende l'adolescent « difficile » de la manière suivante : les troubles, bien qu'empruntant une symptomatologie comportementale

très bruyante, se caractérisent par une mentalisation très pauvre. Ces manifestations émotionnelles font écho à l'enfance de ces sujets, heurtés dès leur plus jeune âge à un chaos affectif, marqué par la carence, la violence et la maltraitance, à l'origine de placements itératifs en familles d'accueil et en institutions. Cette insécurité du lien primaire met à mal leur construction identitaire et produit des sujets en quête de destructivité. Cette instabilité émotionnelle première condamne soit à la dépendance, soit au sentiment d'abandon. Les liens sont ressentis trop forts ou trop distants, à l'image des hyperinvestissements et des rejets qu'ils suscitent.

De la même façon qu'on ne sait trop quelles sont les institutions les plus à même de recueillir ces adolescents « patate chaude », on ne sait pas non plus les nommer et les classer de manière cohérente et uniforme. Les acteurs de la psychiatrie n'ont cessé d'éprouver des difficultés pour dénommer et circonscrire ces troubles. Les « classifications psy » sont insatisfaisantes en ce sens qu'elles tendent en même temps à inclure ces jeunes dans le champ professionnel (le « psychiste » peut être amené à parler de ces jeunes, à les rencontrer dans le cadre d'une expertise, à les prendre en charge sur le plan psychothérapeutique) et à les exclure, dans la mesure où ils ne s'inscrivent pas au centre clinique de la psychiatrie, à savoir la psychose.

## Dynamiques individuelles de construction de soi

Les adolescents « difficiles » rendent compte d'une expérience publique et collective problématique, caractérisée par l'enchevêtrement de trois types d'épreuves, indissociables les unes des autres : la *mésinscription* adolescente ; l'ébranlement des identités

## L'ESSENTIEL

► L'Observatoire Santé mentale, vulnérabilités et sociétés Orspere Samdarra et le centre Max-Weber, en lien avec le centre hospitalier Le Vinatier (Lyon) et l'université Lumière – Lyon 2, ont mené une enquête sur la prise en charge des adolescents en grande difficulté. Ils plaident pour une prise en charge territorialisée et pluridisciplinaire.

professionnelles ; la difficile coordination interinstitutionnelle. Le terme de « mésinscription adolescente », forgé par le psychanalyste Alain-Noël Henri, rend compte de la difficulté pour un individu à identifier sa « place » dans une famille, un foyer, un réseau d'aide, un espace public, une communauté. Elle renvoie à une impossibilité d'entrer dans une trajectoire de perfectibilité, d'autonomie, de réussite. L'expérience de la mésinscription adolescente transforme les manières de mettre en œuvre l'action publique en direction des jeunes en grande difficulté. On s'attache dorénavant moins à définir la notion – et l'âge de début et de fin, la durée – d'adolescence, qu'à insister sur les multiples épreuves d'une phase de la vie caractérisée par un parcours semé d'embûches. Les prises en charge et leurs spécificités sont ainsi définies au nom des problèmes (sanitaires, sociaux, éducatifs, judiciaires) rencontrés à l'âge adolescent : toxicomanie, conduites à risque, délinquance, troubles du comportement, rupture scolaire, insertion professionnelle impossible, etc. Parler d'« adolescents en difficulté » plutôt que d'« adolescence difficile », c'est déjà une façon de centrer le regard sur les dynamiques



© Denis Bourges/Fondance Flaine

individuelles de construction de soi plutôt que de penser le phénomène à partir des caractéristiques propres à une classe d'âge.

### Des professionnels en difficulté

Face à l'impossibilité de trouver un hébergement adapté, devant la difficulté de faire face à la violence de certains passages à l'acte, à des situations inextricables où l'incertitude sur ce qu'il s'agit de faire est communément partagée, le malaise des accompagnants est transversal à tous les corps professionnels concernés, qu'il s'agisse de travailleurs sociaux de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), de responsables de structures d'hébergement, de chefs de service éducatifs, d'enseignants, de psychiatres, de psychologues, de juges pour enfants, d'infirmiers, d'animateurs, et aussi, en seconde ligne, des cadres administratifs des associations, des hôpitaux ou de l'agence régionale de santé.

Si tous les acteurs sont affectés, ils traversent ces épreuves avec des issues plus ou moins favorables. L'expérience, les statuts professionnels et les légitimités associées, la définition plus ou moins large des missions données, les marges de manœuvre vis-à-vis des autorités institutionnelles ou managériales, les ressources mobilisables dans le territoire d'intervention, l'existence

d'étayage collectif, les inscriptions dans des réseaux plus ou moins ouverts, plus ou moins formalisés : ces différents contextes et supports se combinent pour constituer des environnements de travail plus ou moins propices à l'exercice du métier.

Cette incertitude des « agir » professionnels nous paraît d'abord structurelle. D'une part, le contexte général de précarité des sociétés hypermodernes rend la tâche d'intégration des adolescents en grande difficulté plus illusoire aujourd'hui qu'hier. D'autre part, le mouvement socio-historique profond de singularisation des prises en charge de la vulnérabilité à tous les âges de la vie et dans tous les compartiments des travaux judiciaire, sanitaire, social et éducatif fait du parcours de vie le cœur de l'action publique. Dorénavant situés au plus près du cheminement biographique des personnes en difficulté, les acteurs sont en permanence confrontés, dans la définition de l'intervention qui convient, aux ruptures, aux bifurcations, aux aléas de parcours. Le contrôle continu des trajectoires fait que les intervenants sont devenus plus que jamais perplexes pour définir convenablement les situations : l'adolescent est-il en danger ou dangereux ? Faut-il exclure ce jeune des dispositifs de l'action publique du fait de son statut d'étranger en situation irrégulière, ou bien l'inclure du fait de sa minorité présumée ?

### Prise en charge territorialisée et pluridisciplinaire

La réponse à ces questions n'est plus inscrite dans le marbre des missions de l'institution d'où provient le professionnel, mais elle se construit dans l'attention qui est donnée à la trajectoire de la personne qui traverse plusieurs institutions, à l'encontre des découpages sectoriels antérieurs, mais toujours existants. L'extension des dispositifs de prise en charge territorialisés, pluridisciplinaires et interinstitutionnels mettant en réseau les différents professionnels concernés est le pendant d'une prise en charge singularisée, centrée sur l'attention clinique envers les parcours individuels et leur risque de rupture. C'est donc la trajectoire que prend le parcours de tel adolescent qui met en réseau les professionnels de diverses disciplines. Ces réseaux ne sont pas sans poser de nouveaux problèmes : qui pilote l'action commune ? Où les décisions se prennent-elles ? Qui assure la coordination entre les institutions concernées et dans quelle temporalité ?

Afin d'aider, de manière constructive, à la reconfiguration des professionnalités et des institutions et d'aller dans le sens d'une réinvention des structures de prise en charge en phase avec les enjeux du temps présent, il devient indispensable de multiplier et de renforcer des espaces réflexifs et d'expérimentation pour les acteurs en prise avec les adolescents en grande difficulté, afin de fonder de nouveaux rapports sans hiérarchie entre les divers secteurs (sanitaire, Éducation nationale, médico-social, aide sociale à l'enfance...), et aussi entre les acteurs de première et de deuxième ligne. ■

#### Pour en savoir plus

● Cet article reprend la contribution de Bertrand Ravon et d'Halima Zeroug-Vial, intitulée « Introduction générale », dans le rapport final de recherche *La professionnalité à l'épreuve des adolescents en grande difficulté. Enquête sur les pratiques de soutien aux professionnels.*, décembre 2016. Les intertitres sont de la rédaction.

● Voir aussi : Laval C. Les adolescents (et ce qu'ils ont de) difficiles. *Les Cahiers de Rhizome*, avril 2016, n° 59 : p. 5-85.