

Observatoire Départemental
de la Protection de l'Enfance et de l'Adolescence

L'accueil des adolescents en grande difficulté

Travail partenarial en réseau

Patrick GRÉGOIRE

direction d'étude

Eliane CORBET

collaboration

Ecole de Psychologues Praticiens / Lyon

CREAI Rhône-Alpes

Décembre 2004

D'un point de vue phénoménologique, ces incasables renvoient à des images mouvantes et labiles de l'errance, de l'instabilité, de l'imprévu. Ils sont insaisissables et soulèvent une problématique de l'existence qui évoque un manque de place dans l'humain, de position dans un réseau social, de défaillance des fondements d'identité avec, chez certains, une filiation mal médiatisée : images multiples, selon les lieux de prises en charge, de personnages, de passages qui circulent des centres aux foyers, des structures socio-éducatives aux lieux de vie, de l'hôpital à la prison. C'est le plus souvent dans l'au-delà du permis et du toléré qu'ils se meuvent en dehors des limites et des règles, comme s'ils étaient tout à la fois en quête d'une mère suffisamment bonne pour fonder une identité et d'un père suffisamment reconnu pour imposer la loi, celle de la filiation, et suffisamment structurant pour qu'il n'y ait pas de place à l'arbitraire.

SELOSSE (J.)

Adolescence, violences et déviations

Vigneux, Matrice, 1997. p.430

Merci aux adolescents, à leurs parents,
aux professionnels rencontrés.
Ils nous ont permis de cheminer sur le sentier
qui marque la frontière de l'exclusion
et nous l'espérons d'en modifier partiellement le tracé,
d'éloigner de quelques pas les balises.

Merci à Christel BLAIN et Aurélie SARTOR,
étudiantes de l'Ecole de Psychologues Praticiens / Lyon.

- 7 Le contexte de la recherche
- 9 Le projet d'étude du CREAI Rhône-Alpes
 - *objectifs de l'étude*
 - *champ et objet de l'étude*
 - *méthodologie*
 - *les difficultés rencontrées*
- 14 Qu'est-ce qu'un adolescent en grande difficulté ?

Sens et non sens des parcours « chaotiques »

- 19 Les outils d'analyse
 - *situation A / frise chronologique et monographie*
 - *situation B / frise chronologique et monographie*
 - *situation C / frise chronologique et monographie*
 - *situation D / frise chronologique et monographie*
 - *situation E / frise chronologique et monographie*
- 42 Analyse des systèmes
 - *le système familial*
 - *le système scolaire et de formation professionnalisant*
 - *le système des lieux de vie et d'hébergement institutionnel*
 - *le système des mesures éducatives et judiciaires*
 - *le système « hygiène mentale »*
 - *la santé physique*
- 51 La perception par les adolescents
- 54 État des lieux des réseaux
 - *le Comité des Mineurs*
 - *le réseau dans les projets*

Préconisations

- 61 Prévenir, anticiper les effets de seuil
- 63 Contenir en réseau
- 64 Articuler
- 67 Evaluer
- 69 **Conclusion...** (*à suivre*)
- 71 *Ouvrages cités*

Le contexte de la recherche

Les institutions et les partenaires associés à la réalisation de *l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance et de l'adolescence du Rhône* constatent la nécessité de mener des études sur la prise en charge des adolescents en grande difficulté permettant de mieux :

- connaître l'existant et mieux l'analyser,
- cerner les problématiques liées au travail en réseau.

Le travail partenarial en réseau est en effet un des outils mis en avant pour trouver des solutions.

L'accueil des adolescents en grande difficulté pose en effet de nombreuses questions sur :

- le suivi médical et psychologique,
- le constat de parcours « *chaotiques* »,
- les problèmes de comportements et de discipline avec un dépassement quasi constant de certaines limites,
- l'accroissement des mesures pénales,
- la typologie même des adolescents en grande difficulté,
- l'« *impuissance* » des institutions à répondre à certaines situations.

Dans le Rhône, plusieurs actions inter-institutionnelles ont vu le jour.

Il apparaît souhaitable à tous de les développer en évitant les travers possibles d'un développement trop hâtif.

L'Observatoire a souhaité qu'une étude permette de traiter les questions suivantes :

- quelles sont les conditions d'un travail en réseau ?
- peut-on mettre en place des projets partagés ?

La problématique est définie comme suit :

Dans le cadre de l'accueil des adolescents en grande difficulté, le travail partenarial en réseaux est préconisé pour rapprocher diverses compétences.

Leurs représentations sont-elles suffisamment explicitées et connues ?

S'agit-il véritablement de compétences « partagées » ou bien d'une accumulation ?

Quelle en est la valeur « ajoutée » dans la prise en charge ?

Les objectifs sont :

- d'améliorer la connaissance du public « adolescents en grande difficulté »,
- de démystifier les représentations des institutions concernées,
- de repérer en quoi le partenariat fonctionne bien et en quoi il fait problème,
- de construire des outils permettant aux institutions d'évaluer en permanence les actions entreprises.

Travail partenarial en réseau

OBSERVATOIRE DEPARTEMENTAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE

L'étude portera sur l'analyse des pratiques d'institutions dans lesquelles le travail partenarial en réseaux apparaît de manière construite ou en filigrane, comme une référence.

Cinq dispositifs ont été retenus :

- un Dispositif de Socialisation et d'Apprentissage (DSA) du Rhône (inspection académique du Rhône,
- le Comité des mineurs en grande difficulté (Service de l'Enfance et de la Famille, DDPJJ),
- l'Unité Educative d'Activité de Jour (UEAJ) des Charpennes (DDPJJ),
- l'institut spécialisé Les Tilleuls à Vénissieux (association ADAEAR),
- l'Unité de soins de Flavigny, (Centre Hospitalier du Vinatier).

Dans le cadre de l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance et de l'adolescence du Rhône, le Conseil Général charge le CREAI Rhône-Alpes de mener une étude sur l'accueil des adolescents en grande difficulté sous l'angle particulier du travail partenarial en réseau.

Le projet d'étude du CREAMI Rhône Alpes

La question posée par le projet d'étude est celle d'une intuition, existant de longue date, qui pose l'hypothèse que pour répondre à ces situations difficiles, il faut, à la fois, permettre des mouvances qui évitent les face à face exaspérants, et assurer une contenance stabilisante et structurante : les réponses en réseaux seraient dotées de ces qualités.

Objectifs de l'étude

Définir les caractéristiques non seulement d'organisation et de fonctionnement, mais également l'intentionnalité, les bases conceptuelles, la conception d'équipe, l'articulation des références soignantes et éducatives, des réseaux formant le corpus d'étude ;

A l'épreuve des « *manières de s'en servir* » des adolescents difficiles qui en sont - dans les différents sens du terme - les utilisateurs, l'étude a travaillé tout particulièrement les parcours et trajectoires d'un échantillon d'adolescents pris en charge par ces dispositifs.

L'étude doit également permettre l'élaboration d'outils d'évaluation continue des actions entreprises, communs aux différentes institutions constituant le réseau.

Champ et objet de l'étude

A partir des dispositifs supposés intervenir en réseau et retenus par le commanditaire comme champ de l'étude, il s'agit de décrire et d'analyser :

- le fonctionnement de chacun de ces dispositifs participant à la protection des mineurs,
- la cohérence et l'articulation de l'ensemble produites par leur fonctionnement en se centrant tout particulièrement sur :
 - les déterminants du fonctionnement que sont les articulations entre les différents dispositifs,
 - les éléments fondant l'originalité et la spécificité de chacun d'eux,
 - la nature de leurs prestations,
 - la répartition des compétences, des responsabilités et des légitimités d'intervention entre eux.

Pour chacun de ces dispositifs, cerner les limites de ce qu'il est possible et légitime de faire apparaît pertinent pour comprendre les logiques guidant les actions. En effet, la capacité de prise de risque est très dépendante de la nature des cadres de travail définis et de l'espace d'autonomie et de responsabilité que ceux-ci garantissent.

Les regards croisés sur les situations partagées ont été recherchés en s'attachant à repérer les représentations respectives des différents acteurs engagés, sur leurs propres actions et sur celles des autres acteurs (intervenant comme partenaires ou non), sur les situations problématiques vécues par les adolescents concernés, sur ce qui constitue les difficultés qualifiées de majeures.

Afin de déduire les conditions de la continuité et de la complémentarité des actions, ont été plus particulièrement observés :

- les ponts ou les discontinuités entre les structures du réseau,
- les éléments conduisant à une dissociation des compétences en présence,
- les passages de relais entre dispositifs,
- la territorialité des compétences.

Les représentations des jeunes eux-mêmes sont également un objet de l'étude, représentations à l'égard de leur propre situation, des actions conduites en leur faveur, de leur propre stratégie face aux actions conduites dans leur direction.

Méthodologie

Le travail de recherche est conduit sur **cinq situations** donnant lieu à une analyse approfondie, une démarche clinique centrée sur le sens, le non-sens, les passages, les représentations, les liens.

Cette analyse porte sur deux axes complémentaires :

- d'une part, celui des pratiques institutionnelles : la nature des actions conduites, leurs fondements, leurs finalités, leurs limites, les interactions à l'œuvre, les objets de tension,
- et d'autre part, celui de la mise à l'épreuve par leurs utilisateurs des dispositifs étudiés, les adolescents en grande difficulté, en décrivant leur parcours, leur trajectoire au sein des dispositifs, en analysant les représentations de leur situation que se font chacun des acteurs, et tout particulièrement ce qui est décrit comme difficulté majeure dans ces situations.

Lors d'échanges avec l'Observatoire, il a été convenu de constituer le panel de cinq jeunes à partir de la file active de chacun des dispositifs retenus entre le 1^{er} janvier 2002 et le 30 juin 2003, avec le critère qu'ils soient concernés par au moins deux des dispositifs. Cette méthode n'a pas permis de repérer suffisamment de situations impliquant des parcours complexes. L'analyse des files actives n'a pas montré de fréquentation simultanée ou successive au cours de cette période.

Nous avons élargi le recrutement en intégrant la fréquentation d'autres dispositifs, ce qui nous a permis d'identifier cinq situations présentant une diversité d'interventions.

L'étude se décompose en deux phases, l'une relative à l'analyse des situations, elle-même constituée de deux phases, l'autre relative à une synthèse centrée sur les conditions de fonctionnement du réseau.

■ PHASE 1 : analyse des situations

• **Recueil du matériau d'étude et première analyse à partir :**

- des dossiers écrits détenus par chacun des dispositifs concernés,
- d'un entretien avec les responsables ou référents de l'action conduite en faveur du jeune appartenant à chacun des organismes concernés,
- d'un entretien avec le jeune,
- d'un entretien avec un de ses parents.

Cette analyse est consignée dans la rédaction d'une monographie pour chacune des situations retenue pour l'étude.

En outre, une frise chronologique permet d'avoir une représentation synthétique du parcours et des (in)articulations entre les différents systèmes.

• **Confrontation des positions des professionnels**

La rédaction de chacune des monographies et la réalisation des frises sont suivies d'une réunion des acteurs des différents dispositifs concernés par la situation étudiée. Les éléments d'analyse consignés dans ces documents sont présentés à cette réunion dans l'objectif de faire apparaître les proximités ou les écarts dans les représentations et de formuler ou de reformuler les objectifs explicités des actions menées, leurs effets.

Les éléments d'information et d'analyse produits par cette confrontation complètent chacune des monographies.

■ PHASE 2 - Synthèse et élaboration de support d'évaluation

Une synthèse sur l'ensemble des monographies est effectuée en recherchant à modéliser les conditions du fonctionnement du réseau de dispositifs participant à la protection des mineurs.

Il sera proposé dans le courant du mois de janvier 2005 à un groupe de travail composé de professionnels représentant les différents dispositifs soumis à l'étude de construire le référentiel de critères pour l'évaluation.

L'élaboration du référentiel de critères s'appuiera sur la formulation de questions évaluatives intégrant des critères de jugement issus de l'analyse des écarts produite en phase 2 et définissant les différents niveaux d'évaluation souhaitable :

- justification de l'action au regard des besoins analysés (pertinence),
- réflexion sur les conséquences attendues ou inattendues des actions menées (impact),
- recherche d'amélioration par la modification de la mise en œuvre des actions (efficacité),
- recherche d'amélioration à ressources constantes (efficience),
- recherche de meilleures complémentarités (cohérence).

La frise chronologique que nous avons construite et utilisée pour représenter les parcours des adolescents au regard de systèmes bien identifiés pourrait être une base pour ce travail. Elle permet la mise en évidence des (dis)continuités, des « trous » dans le parcours, les articulations et leur absence.

Les difficultés rencontrées

Les difficultés que nous avons rencontrées pour mettre en œuvre la méthodologie prévue et le retard par rapport aux prévisions sont fortement liés à l'objet même de l'étude.

- La première d'entre elles a concerné **la constitution du panel des jeunes**. De nombreuses situations proposées par les dispositifs partenaires se sont révélées impossibles à exploiter :
 - soit les jeunes étaient perdus de vue,
 - soit ils étaient trop en difficulté pour proposer une réflexion à propos de leur parcours,
 - soit eux-mêmes ou leurs parents n'ont pas accordé les autorisations pour accéder aux dossiers ou pour les rencontrer.
- **La rencontre avec un parent** n'a pas été possible dans deux situations malgré l'accord donné.
- Dans deux situations, **la réunion des acteurs des différents dispositifs** concernés par la situation étudiée n'a pas semblé pertinente, leur nombre étant restreint à 2 ou 3 rencontrés par ailleurs.
- **L'exploitation des dossiers écrits** et ce malgré l'élaboration d'un guide de recueil des données s'est avérée moins pertinente que souhaité et prévu, dans la mesure où les éléments qui s'y trouvent sont souvent ceux qui sont indispensables au fonctionnement basique d'une institution : ordonnances de placement, synthèse avant audience, bilans des divers professionnels.

Ils rendent peu - voire pas - compte de l'articulation avec les autres acteurs ou systèmes sinon en termes d'indication ou d'orientation.

Citons à ce propos GABEL M. ¹ : « *C'est pourquoi, le passage de l'évaluation des enfants en danger au moment initial du signalement jusqu'à l'évaluation des réponses apportées ne pourra se réaliser qu'à certaines conditions :*

- *produire des écrits organisés afin de comprendre ce qui a été fait, pour quelles raisons et avec quels résultats ;*
- *utiliser un vocabulaire commun, afin de mettre derrière les mêmes mots des significations identiques ;*
- *constituer des dossiers permettant d'avoir une vision globale et synthétique du parcours de l'enfant, avec un mode de classement clair des écrits relatifs aux moments forts de la trajectoire de l'enfant et des décisions retenues ;*
- *s'imposer un bilan terminal au terme d'une prise en charge, c'est-à-dire reconstituer au moins chronologiquement l'histoire de l'enfant et de sa famille à partir de l'évaluation initiale ».*

¹ GABEL (M.), « Pratiques institutionnelles d'évaluation » in *Evaluation des maltraitances*, Paris, 2002.

Comme prémices à la construction du référentiel de critères d'évaluation, nous nous référons aux productions de l'ANAES.

CRITERES D'EVALUATION DU TRAVAIL EN RESEAU

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a conçu un guide d'évaluation des réseaux de santé qui est pertinent pour des dispositifs qui ont pour objectif d'articuler le secteur sanitaire à d'autres secteurs (médico-social, judiciaire...). Les quatre chapitres retenus dans le guide d'évaluation et leurs objectifs respectifs sont les suivants :

- **L'évaluation de l'intégration des usagers et des professionnels dans le réseau**

Objectifs : il s'agit d'évaluer la participation et la satisfaction des usagers et des professionnels du réseau. Ce chapitre recouvre par conséquent des items sur les critères d'inclusion dans le réseau, les modalités d'adhésion au réseau, la mesure de la satisfaction et les mesures correctrices éventuellement mises en place pour l'améliorer.

Les critères de satisfaction doivent être en cohérence avec la finalité du réseau et ses objectifs plus opérationnels.

- **L'évaluation du fonctionnement du réseau**

Objectifs : il s'agit de s'assurer de l'existence d'un réel pilotage du réseau, avec une formalisation des décisions permettant de disposer d'une trace de l'évolution et de rendre compte de la dynamique de l'organisation.

- **L'évaluation de la qualité de la prise en charge**

Objectifs : l'appréciation de la qualité de la prise en charge est un élément essentiel de l'évaluation des réseaux. L'enjeu est de mesurer l'apport de ce type d'organisation par rapport aux modalités traditionnelles de prise en charge, quand elles existent, ou par rapport à la situation hors réseau.

L'analyse de l'apport du réseau ne relève pas exclusivement du promoteur, mais l'un des objectifs fondamentaux des réseaux étant d'améliorer la qualité de la prise en charge, il est essentiel que le réseau lui-même s'interroge sur ses pratiques et son impact, sur l'état de santé des personnes incluses et sur l'environnement socio-sanitaire dans lequel il s'est constitué.

- **L'évaluation économique**

Objectifs : il s'agit de déterminer des éléments d'évaluation économique des réseaux, rapprochant leurs coûts et l'atteinte des objectifs opérationnels. Le coût de la prise en charge en réseau devrait, pour des pathologies similaires, pouvoir être rapproché du coût de la prise en charge conventionnelle ou hors réseau.

Cet outil, conçu dans le cadre du système sanitaire peut être adapté à de nombreuses formes de travail partenarial.

[Extrait du Guide d'évaluation des réseaux de santé, ANAES, Septembre 2004]

Qu'est-ce qu'un adolescent en grande difficulté ?

En gardant à l'esprit les précautions d'usage quant aux généralisations abusives, on peut dégager quelques caractéristiques.

1) La principale d'entre elles, formulée de façons très diverses, concerne **la capacité de penser**, d'intérioriser, de mentaliser, en particulier les émotions.

- Elle fait défaut.
- Elle est très liée à des troubles des processus de construction de l'identité et de la différenciation.
- Les identifications et repères qui se mettent en place au sein de la famille manquent ou sont inadéquats.
- La permanence et la stabilité de l'environnement constitué des parents et de la mère en particulier est nécessaire à la construction de l'espace psychique – contenant de pensée - qui permet au bébé d'identifier (au sens de connaître) et de s'identifier à une capacité de penser les émotions (de plaisir et/ou de déplaisir).

2) La violence ou les troubles du comportement sont la deuxième caractéristique majeure de ces adolescents.

- Elle les concerne autant qu'elle concerne leur entourage.
- Ils se font mal et font mal comme si c'était un moyen essentiel de vérifier leur existence et celle du monde.
- Ils passent à l'acte, dans « *le déni, le défi et le délit* ». ²
- La frustration en ce qu'elle condense et rappelle les vécus associés aux carences réelles et imaginaires (haine, culpabilité massive, dépression...) est la source la mieux identifiée de ces violences.
- Les professionnels sont déstabilisés par une autre violence qui correspond à des moments plus ou moins prolongés de déréalisation, d'hallucination proches de la psychose sans qu'on puisse parler de sujet psychotique.
- Ce sont des moments d'angoisses majeures associés à des vécus paranoïdes ou persécutatoires qui engendrent des passages à l'acte irrésistibles auto et hétéro agressifs.

3) Une troisième caractéristique concerne **les troubles de la personnalité** et une histoire traumatique, douloureuse.

- Ils entraînent l'indication de soins psychiques et/ou psychiatriques considérée comme une condition à une évolution ou une amélioration de leur adaptation.
- Sauf exception, les adolescents dont nous parlons ne s'engagent dans des soins que sous la contrainte et dans un cadre institutionnel. En effet leur symptomatologie est largement contradictoire avec une démarche introspective.

² CHARTRIER, J-P., *Les adolescents difficiles*, Privat, Toulouse, 1991.

4) Nous ajouterions volontiers une quatrième caractéristique, c'est ***leur capacité à mettre les adultes et les institutions en difficulté.***

- Ils sont aussi en grande difficulté parce qu'ils parviennent à disloquer ce qui devrait les contenir et assurer une continuité.
- Ils incarnent une forme d'interrogation sur la pertinence de ce qui fait habituellement lien et sens.
- On invoque souvent à leur propos la conception analytique qui pose comme fondement à l'intégration des lois et des règles l'intégration de deux interdits fondamentaux : l'interdit de l'inceste et l'interdit du meurtre du père. Cette intégration permet l'inscription personnelle et relationnelle dans une culture et une société. Les jeunes dont nous parlons sont en deçà de cette intégration et ces interdits ne les structurent pas.

Ce sont ces caractéristiques qui sont apparues les plus pertinentes pour et au cours de notre travail.

Par ailleurs, une littérature assez dense propose des descriptions approfondies, des interprétations et explications théoriques variées.

Dans les systèmes identifiés pour analyser les parcours des adolescents, ***le système familial*** permettra de proposer un éclairage supplémentaire des caractéristiques des adolescents en grande difficulté.

**Sens et non sens
de parcours « *chaotiques* »**

Les outils d'analyse

A des fins d'analyse, nous avons procédé à une organisation du parcours des adolescents inclus dans l'étude.

Nous avons identifié différents systèmes.

- le système familial,
- le système scolarité/programme professionnalisant,
- le système des lieux de vie et d'hébergement institutionnels,
- le système des mesures judiciaires et/ou éducatives,
- le système « *hygiène mentale* »,
- le système « *santé physique* »,

Ce découpage rend compte de l'essentiel des pratiques générées à travers les différents parcours.

La frise chronologique

Nous avons créé un outil particulier pour ce travail : ***une frise chronologique***, moyen de lire, de recueillir et d'analyser des parcours.

Elle est organisée selon les systèmes identifiés et selon la chronologie, le déroulement des évènements

Elle permet de visualiser les liens entre les principaux évènements, les continuités ou les trous, les vides, les ruptures dans les prises en charge à l'intérieur de chaque système. Elle permet aussi de visualiser les articulations ou absences d'articulation entre les différents systèmes. Elle facilite la lecture du retentissement d'un évènement dans un système sur les autres. Elle facilite également la compréhension après coup de logiques à l'œuvre dans l'enchaînement des évènements.

Les monographies

Pour chacun d'entre eux, nous avons rédigé une ***monographie*** rendant compte synthétiquement des parcours incluant les logiques des décisions, mesures, orientations et indiquant les stratégies mises en œuvre par l'adolescent lui-même.

Ces outils, frises chronologiques et monographies, ont été utilisés et adaptés à partir des matériaux des dossiers, des rencontres avec les professionnels, avec les adolescents et un de leurs parents.

Ils sont la source des constats que nous faisons et des réflexions que nous proposons.

C'est pourquoi nous les introduisons ici.

Frise chronologique / Situation A

FAMILLE EVENEMENTS-CLES	LIEUX DE VIE LIEUX D'HEBERGEMENT	MESURES JUDICIAIRES ET/OU EDUCATIVES
<p>NAISSANCE 27 juillet 1988</p> <p>1998 Départ de la mère.</p> <p>1999 Divorce des parents. La garde est confiée au père chez lequel il vit. Double autorité parentale Départ des sœurs.</p> <p>2000 Agitation, problèmes de comportement.</p> <p>15 octobre 2002 Vol avec violence.</p> <p>Note <i>Les relations entre les parents sont conflictuelles. Ils ont en particulier en désaccord sur le projet concernant leurs fils. La mère est favorable à une prise en charge plus spécialisée. Le père souhaite une réintégration rapide dans un cursus ordinaire.</i></p>	<p>Il n'y a pas eu d'hébergement institutionnel dans le parcours de A.</p>	<p>Avril 2002 Mesure d'aide UDAF.</p> <p>15 novembre 2002 Mesure IOE.</p> <p>Décembre 2002 Mise en examen. Liberté provisoire.</p> <p>Mai 2003 Ordonnance de prise en charge à l'UEAJ. Fin de l'IOE Mesure AEMO</p> <p>Juillet 2003 Prolongation UEJA (trois mois).</p> <p>Novembre 2003 Prolongation mesure AEMO.</p>

SCOLARITE PROGRAMME PROFESSIONNALISANT	HYGIENE MENTALE	SANTÉ PHYSIQUE
<p>1999 Collège 1</p> <p>2000-2002 Collège 2</p> <p>Printemps 2002 Exclusion du collège 2</p> <p>Septembre 2002 Collège 3</p> <p>Février 2003 Exclusion du collège 3 par conseil de discipline.</p> <p>Mars 2003 Collège 4 et exclusion du collège 4 suite à un feu de poubelles (19.03.2003) Déscolarisation</p> <p>Avril 2003 Orientation CDES vers IR Arc en Ciel qui n'aboutit pas faute de place. Rapport d'admission UEAJ.</p> <p>Mai 2003 Intégration UEAJ</p> <p>Octobre 2003 Intégration au DSA en alternance avec l'UEAJ.</p> <p>Décembre 2003 DSA avec intégration progressive au collège 5</p> <p>Pâques 2004 Collège 5</p>	<p>1999-2001 Suivi CMP.</p> <p>Printemps 2002 Diagnostic d'hyperactivité et prescription de Ritaline.</p> <p>Juillet 2002 Hospitalisation en neurologie suite à un traumatisme. Arrêt Ritaline.</p> <p>Septembre 2002 Suivi par psychiatre privé. Travail thérapeutique associé à prescription de neuroleptiques.</p>	

- La scolarité de A a été problématique dès l'école primaire avec une instabilité et des troubles du comportement.
- RASED et/ou CMP sont interpellés.
- De 1999 à 2001-2002 un suivi par le CMP de VILLEURBANNE est mentionné par le père.
- A. aurait été suivi pendant trois ans de façon assez régulière.
- A. ne souhaitant plus s'y rendre, la prise en charge s'arrête.
- A n'en a qu'un souvenir vague.
- L'entrée au collège (Molière) indique des difficultés sur le plan des résultats, du comportement et de la discipline.
- Ses parents se séparent en 1998. La mère quitte le foyer.
- L'autorité parentale est partagée. La garde est confiée au père.
- Pour A, il s'agit d'un traumatisme.
- Il en veut beaucoup à sa mère de ce qu'il vit comme un abandon.
- Le divorce est prononcé en 1999.
- Les sœurs quittent le domicile.
- Les difficultés scolaires s'accroissent et A intègre une cinquième dans un collège privé.
- La situation se dégrade néanmoins et A est exclu du fait de ses troubles du comportement et du non-respect de la discipline.
- Une mesure d'aide UDAF est mise en place à la demande de la mère mais ne semble pas avoir réellement été suivie d'effets. (04.02)
- Un diagnostic d'hyperactivité entraîne une prescription de Ritaline par un psychiatre privé.
- En septembre 2002, il recommence une quatrième au collège J Jaurès de Villeurbanne.
- Le protocole de prise de ce traitement impliquait que la Principale du collège l'administre en personne tous les midis.
- A se soumet difficilement à cette contrainte.
- Il va arrêter de fréquenter la cantine et se mettre ainsi en porte à faux avec le système scolaire.
- Il n'y a pas eu d'épisodes d'absentéisme scolaire mais il lui arrivait fréquemment de quitter l'établissement en pleine journée.
- La période de déscolarisation de deux mois est liée à une exclusion.
- Suite à un traumatisme crânien, une hospitalisation pour bilan neurologique conclut à la nécessité d'arrêter la Ritaline. (EEG perturbé).
- A est suivi par un autre psychiatre qui met en place un travail thérapeutique et introduit un traitement neuroleptique.
- C'est dans cette période que A commet un vol avec violence. (12.02).
- Il est mis en examen et laissé en liberté provisoire.
- A reconnaît les faits et adresse une lettre d'excuse à la victime.
- Parallèlement à la mesure pénale, le juge pour enfants prononce une mesure d'investigation pour orientation éducative (IOE).
- D'après le père, A aurait été racketté, ce qui explique le délit.
- A ce moment, A est souvent seul au domicile paternel.
- Il collabore à la mesure de justice (IOE).

- De son côté, la mère se déprime et se trouve dans une situation sociale précaire.
- Suite à ces événements et aux troubles du comportement, une exclusion définitive est prononcée par le conseil de discipline du collège (02.03).
- L'orientation vers un DSA est préconisée dans le cadre de l'IOE mais s'avère impossible du fait de l'exclusion.
- A est intégré dans un nouveau collège (03.03) dont il est exclu peu après parce qu'il aurait mis le feu à une poubelle. Il conteste sa responsabilité.
- Une orientation CDES est prononcée vers l'IR Arc en Ciel (IOE et AS scolaire)
- La famille de A ainsi que A sont d'accord avec ce projet qui implique un retour vers un collège ordinaire.
- Faute de place, la démarche n'aboutit pas.
- Une orientation vers le FAE n'aboutit pas faute de place.
- Une décision de placement à l'UEAJ est prononcée par le juge.
- L'objectif (IOE) est de réapprendre à A à vivre avec les autres
- La famille a visité et donné son accord. Une PEC individualisée est proposée et en particulier un atelier informatique qui correspond aux intérêts de A.
- La mesure d'IOE se termine le 15 mai veille de l'intégration à l'UEJA.
- Une mesure AEMO est mise en place.
- Pour la responsable de l'UEAJ, il faut permettre à A de retrouver un rythme normal et d'être réintégré par la suite dans un dispositif de droit commun.
- A son arrivée, il était provocateur, désorganisé et installé dans une relation en miroir avec son père.
- Il s'est progressivement investi dans les activités et les ateliers grâce à un cadre soutenant.
- Ces progrès ont permis d'envisager un passage de relais vers un DSA (droit commun) et de mesurer sa capacité à se maintenir dans un cadre plus classique. Une PEC alternée est mise en place.
- La mesure UEAJ est prolongée trois mois pour assurer le passage.
- La famille est systématiquement associée aux décisions. Le père souhaite l'intégration rapide vers un collège ordinaire.
- Des stages ont été proposés au cours desquels il a révélé de bonnes capacités.
- Si le père accepte le DSA c'est parce qu'assez rapidement une intégration dans un collège ordinaire se profile avec intégration progressive au collège des Iris.
- Au printemps 2004, A réintègre le collège à temps complet en classe de troisième

Analyse rapide de la frise chronologique

Une inadaptation et un processus d'exclusion d'une scolarité ordinaire est repérée dès l'école primaire.

Des troubles du comportement qui vont croissant jusqu'à un acte délinquant grave.

Une orientation vers des dispositifs spécialisés qui permettent un retour dans un collège.

Frise chronologique / Situation B

FAMILLE EVENEMENTS-CLES	LIEUX DE VIE LIEUX D'HEBERGEMENT	MESURES JUDICIAIRES ET/OU EDUCATIVES
<p>NAISSANCE 21 juin 1988</p> <p>1998 Victime d'une agression sexuelle de la part d'un voisin mineur (incarcéré et libéré depuis). L'agression est taboue pour les parents, très choqués.</p> <p>Janvier 2001 Tentative de suicide</p> <p>2001 B s'occupe de la fratrie.</p> <p>Juin 2002 Séparation parentale. Mère enceinte. Chacun des parents crée un nouveau couple. B vit chez sa mère.</p> <p>Juin 2003 Visite de la MFR d'Eyzin-Pinet B refuse de quitter le domicile</p>	<p>1998 Vit chez ses parents</p>	<p>Janvier 2002 Mesure AEMO pour l'ensemble des enfants.</p> <p>Février 2003 Ordonnance du juge pour intégrer l'UEAJ des Charpennes pour période de 6 mois</p> <p>Juillet 2003 Prolongement du placement UEAJ pour 3 mois renouvelables</p> <p>Octobre 2003 Renouvellement de l'ordonnance de placement UEAJ avec convention alternée DSA</p> <p>Janvier 2004 Ordonnance de placement DSA</p> <p>Février 2004 Convocation tribunal pour étudier évolution mesure DSA</p>

SCOLARITE PROGRAMME PROFESSIONNALISANT	HYGIENE MENTALE	SANTE PHYSIQUE
<p>1998 Ecole et collège d'Irigny. B est suivie par l'AS du collège.</p> <p>Octobre 2001 Interruption de la scolarité. B veut étudier par le CNED et faire une formation de fleuriste. B est radiée du collège, qui considère son inscription au CNED engagée. S'ensuit une année de déscolarisation.</p> <p>Février 2003 Intégration de l'UEAJ en demi pension</p> <p>Août 2003 B trouve elle-même un stage fleuriste</p> <p>Décembre 2003 Mise en place de la prise en charge séquentielle UEAJ/DSA</p> <p>Janvier 2004 Intégration DSA avec convention spéciale (suivi des stages uniquement).</p> <p>Mai 2004 Objectif CAP fleuriste par correspondance pour septembre.</p>	<p>Janvier 2001 Hospitalisation à Ste Eugénie à la suite de la tentative de suicide. Proposition de consultation et de suivi en UJ pour adolescents. B refuse.</p> <p>Octobre 2001 Grande peur des jeunes de son âge et refus de se retrouver en classe. Diagnostiquée phobique scolaire par la psychiatrie</p> <p>Février 2003 Entame un suivi avec psychiatre CMP Pierre Bénite</p> <p>Mai 2003 Une semaine de dépression liée à angoisses corporelles. Refuse de sortir de chez elle</p> <p>Octobre 2003 Suivi thérapeutique à Lyon Sud avec psychologue femme</p>	<p>Avril 2003 Problème physiologique (somatisation liée à dépression)</p> <p>Décembre 2003 Janvier 2004 Infection physiologique douloureuse, hospitalisation un mois à Debrousse</p>

- Née le 21 juin 1988.
- B présente une phobie scolaire dès le début de sa scolarité. Elle parvient néanmoins à terminer l'école primaire.
- C'est au collège que la situation s'aggrave au point que B interrompt toute scolarité en octobre 2001 (début de cinquième) malgré le soutien actif du CPE et de l'AS scolaire.
- Elle souhaite poursuivre sa scolarité par l'intermédiaire du CNED et a pour projet de devenir fleuriste.
- Elle est radiée du collège qui la considère admise au CNED.
- Des difficultés administratives compliquent son inscription au CNED et B reste un an sans être scolarisée.
- Elle est en contact avec la PMI et les services de la Mairie de Vernaison.
- Les relations entre ses parents sont tendues.
- B seconde sa mère dans les tâches ménagères et la prise en charge de ses 4 frères et sœurs.
- Au cours de cette période les troubles relationnels avec les autres jeunes et avec les hommes s'accroissent.
- Signalons qu'en 1998, elle a été victime d'une agression sexuelle par un voisin mineur. La famille choquée fait de cet événement un tabou.
- En janvier 2001, elle est hospitalisée suite à une TS. Elle refuse les consultations et le suivi en UJ qui lui est proposé dans le décours.
- En janvier 2002 une mesure AEMO est mise en place par le secteur concernant l'ensemble de la fratrie.
- En juin 2002, les parents de B se séparent. Ils restent en relation et B maintient un lien avec son père.
- La garde est confiée à la mère.
- La mère a formé un nouveau couple et est enceinte.
- L'éducateur AEMO rappelle l'obligation scolaire et propose une prise en charge à l'UEJA de Charpennes.
- En février 2003, une ordonnance du juge prononce l'intégration à l'UEJA de Charpennes que B intègre pour une prise en charge de jour.
- Parallèlement, un suivi par un psychiatre au CMP Pierre Bénite est entamé mais assez vite interrompu par B, le psychiatre étant un homme.
- Le projet est aménagé pour prendre en compte la phobie de B.
- De petits groupes, des liens étroits avec les éducateurs (en particulier, l'éducatrice référente) et les animateurs, les activités d'ateliers lui permettent de contenir son angoisse.
- La relation au corps reste très conflictuelle.
- Elle reprend un suivi thérapeutique avec **une** psychologue qu'elle rencontre encore aujourd'hui.
- B se dit très satisfaite de la prise en charge à l'UEJA et est très reconnaissante à son éducateur AEMO de cette orientation. Elle le considère comme une personne ressource.
- En mai 2003, elle fait une dépression en lien avec le programme de la semaine à l'UEJA qui comprenait du sport et un rendez-vous avec l'infirmière. Elle reste enfermée chez elle et refuse de sortir.

- En juin, une proposition d'intégrer une MFR y compris l'internat n'aboutit pas, B refusant un éloignement de sa famille.
- Le passage vers un DSA est alors préconisé, B ayant atteint les objectifs fixés dans le cadre de l'UEJA.
- Le placement est néanmoins prolongé à deux reprises pour trois mois face aux résistances de B vis-à-vis du DSA. (juillet et octobre 2003).
- En août 2003, elle effectue un stage chez un fleuriste
- En janvier 2004, une ordonnance de placement au DSA est prononcée compte tenu entre autre de l'obligation scolaire.
- Le souhait de B reste l'apprentissage du métier de fleuriste et une scolarité par l'intermédiaire du CNED.
- La transition entre les deux dispositifs se fait de façon progressive et aménagée. Les liens entre les deux structures sont nombreux.
- Le programme du DSA est aménagé en fonction des difficultés de B : stages en entreprises, quelques cours avec les autres élèves ainsi que des travaux scolaires à domicile.
- B ne parvient pas à maîtriser son angoisse et à assister aux cours du DSA.
- Dans cette période, une infection physiologique entraîne une hospitalisation d'un mois.
- Cet épisode est interprété comme une réaction psychosomatique liée aux tensions psychiques vécues par B.
- La prise en charge DSA est réaménagée : arrêt des cours et stages avec convention DSA trouvés par B.
- En février 2004, une évaluation de la mesure a lieu chez le juge.
- Deux stages positifs ont lieu. B s'y montre sérieuse, motivée et fait preuve de beaucoup de bon sens.
- Une éducatrice de la Sauvegarde qui collabore au DSA rencontre les responsables des stages.
- B refuse toute formation CAP ou CFA ne voulant pas être en classe une semaine par mois.
- A la rentrée 2004, l'objectif est de suivre les cours du CNED tout en effectuant une formation professionnalisante dans une entreprise.

Analyse rapide de la frise chronologique

B organise son parcours de formation en évitant les situations de rencontre avec un groupe et en particulier une classe et en s'appuyant sur l'UEAJ et le DSA.

Elle reste dans une grande proximité et fidélité à sa famille.

Les troubles psychiques expliquent un parcours parallèle mais pertinent.

SCOLARITE PROGRAMME PROFESSIONNALISANT	HYGIENE MENTALE	SANTE PHYSIQUE
<p>1989 Maternelle Ecole Collège</p> <p>2000 Collège les Bâtières</p> <p>2002 Projet IFFRA au CER Atelier de préformation et d'aide à l'orientation scolaire ou professionnelle</p> <p>2003 / 2004 Collège Elsa Triolet pour remise à niveau scolaire CPI Saint Genis les Ollières préparation BAFA</p>	<p>Novembre 2001 Entretiens bilan et évaluation psychologique</p> <p>2002 Au CER, consultations avec le psychologue du Centre</p> <p>2003 / 2004 Refus de tous soins d'ordre psychologique malgré une tristesse apparente</p>	<p>2002 C. souffre d'otites à répétition</p> <p>2003 Il est notifié que C. souffre toujours d'otites</p>

- C est né le 23.12.1986.
- Il est le quatrième enfant d'une fratrie qui comporte six frères et sœurs.
- Les enfants sont nés de trois unions successives.
- A trois ans, il intègre un internat (placement ASE) et est suivi par un éducateur dans le cadre d'une mesure d'AEMO.
- Cette mesure a vraisemblablement été prise pour protéger C des violences intrafamiliales.
- Le père de C décède en 1997 des suites d'un accident de la circulation.
- Peu avant sa mort, il a reconnu C et un de ses frères.
- C change en conséquence de nom de famille, prenant celui de son père et abandonnant celui de sa mère.
- Il poursuit une scolarité normale pendant toute la période où il est à l'internat Balmont..
- En septembre 2000, à l'âge de 13 ans, il réintègre le domicile familial.
- Il est inscrit au collège de secteur.
- Il semble que les violences familiales perdurent au point que C demande à retourner au foyer et être mis à distance de sa famille.
- Une orientation vers l'IDEF est décidée (15.11.2001) avec le souci de trouver un lieu contenant et sécurisant et de prévenir les troubles du comportement qui se sont développés.
- Il est rapidement dirigé vers le Foyer Bergame (27.11.2001).
- Cette prise en charge s'avère difficile. Des confrontations violentes et quotidiennes se développent avec l'équipe éducative et les adolescents. C ne parvient pas à investir la vie en collectivité et les actions proposées.
- Suite à un vol et une agression contre un adolescent, il est condamné à 23 jours de prison avec sursis, d'une mise à l'épreuve de 18 mois et d'une obligation de soins.
- Après son jugement, il est placé dans un CER (27.07.2002) et est suivi par un éducateur PJJ.
- Ce placement est motivé, entre autre, par la volonté de l'éloigner de sa famille et de ses fréquentations de quartier.
- C semble s'impliquer plus volontairement dans cette prise en charge et respecter le cadre éducatif proposé.
- Dans le cadre du CER il participe à un projet IFFRA, atelier de préformation et d'aide à l'orientation scolaire ou professionnelle.
- Une tentative de soins psychologiques ne se poursuit au-delà du séjour au CER, malgré l'obligation et la nécessité de tels soins.
- A sa sortie du CER, il est orienté vers le lieu Ressources des Tilleuls. Il y suit un programme éducatif et pédagogique.
- Il est hébergé dans sa famille.
- Dès sa première audience, C demande à pouvoir bénéficier d'un lieu à lui où il puisse investir son projet personnel.
- En juin 2003, il intègre donc l'internat des Tilleuls.

- Il continue à entretenir des contacts réguliers avec sa famille.
- Il a débuté un programme de formation au BAFA et suit une remise à niveau scolaire dans un collège (avec CPI/CAE).
- Il reste suivi par l'éducateur PJJ mais dans le cadre d'une mesure civile.
- Sur le plan médical, on note en 2002 et 2003 que C souffre de problèmes somatiques fréquents et en particulier d'otites à répétition.
- Il refuse tous soins d'ordre psychologique.
- Les débordements restent importants et mettent en cause le placement.
- Les attaques contre toute forme d'autorité sont constantes.

Analyse rapide de la frise chronologique

Un environnement familial très inadéquat entraîne un placement en foyer à l'âge de trois ans.

A treize ans, un retour à domicile précipite des troubles du comportement et de la délinquance.

C est orienté vers l'IDEF, est ensuite admis au foyer Bergame et fait un séjour dans un CER.

Il est ensuite accueilli aux Tilleuls où il trouve un cadre pour développer un projet de formation professionnelle.

Frise chronologique / Situation D

FAMILLE EVENEMENTS-CLES	LIEUX DE VIE LIEUX D'HEBERGEMENT	MESURES JUDICIAIRES ET/OU EDUCATIVES
<p>NAISSANCE 8 juin 1989 Porte le nom de la mère. Père « exclu ».</p> <p>1989-1997 Vit au domicile maternel.</p> <p>Frère puîné placé très tôt en famille d'accueil.</p> <p>Violences et troubles du comportement</p> <p>Séjourne le week-end au domicile maternel selon un rythme déterminé par le travailleur social en fonction de l'adéquation de la mère.</p> <p>La mère est décrite comme très intrusive vis-à-vis de ses enfants.</p> <p>Elle a conscience de ses difficultés à assurer leur éducation.</p> <p>D n'a jamais rencontré son père.</p> <p>Septembre 2003 Retour au domicile maternel.</p>	<p>27 juillet 1997 Accueil à la Maison d'Enfants Clair Printemps.</p> <p>Octobre 2003 Intègre le foyer Les Tilleuls</p> <p>Septembre 2004 Exclusion des Tilleuls.</p>	<p>Août 1997 RTP à la demande de la mère</p> <p>Décembre 2000 Mesure de protection pour les deux fils. Placement judiciaire à Clair Printemps.</p> <p>Octobre 2003 Ordonnance de placement au foyer Les Tilleuls.</p>

SCOLARITE PROGRAMME PROFESSIONNALISANT	HYGIENE MENTALE	SANTÉ PHYSIQUE
<p>La scolarité primaire se déroule très bien.</p> <p>2000 Entrée au collège. Résultats et comportements se dégradent.</p> <p>2001 Echoue en cinquième.</p> <p>2001 / 2002 Recommence une cinquième.</p> <p>Septembre 2003 Entre en troisième. Le bilan est positif.</p>	<p>2000 Suivi psychologique au CMPP de Givors D n'adhère pas au travail psychothérapeutique.</p> <p>2002 Suivi par un psychiatre en libéral. Prescription de neuroleptiques.</p>	<p>Asthme traité.</p>

- D est né le 8 juin 1989.
- Il est l'aîné d'une famille de deux enfants.
- Il ne connaît pas son père.
- Il vit chez sa mère jusqu'en août 1997, moment où il intègre la Maison d'Enfant Clair Printemps.
- Le placement est demandé par la mère qui est débordée par la violence de son fils.
- Il bénéficie d'une RTP.
- En décembre 2000, une mesure de protection judiciaire est mise en place pour les deux enfants et la RTP se transforme en placement.
- D séjourne en famille certains week-end. Le rythme des retours est déterminé par le travailleur social en fonction de l'adéquation de la mère à le recevoir.
- La mère semble très intrusive. D serait son objet chargé de la combler.
- Le demi-frère a été placé très tôt en famille d'accueil et intègre également la Maison d'enfants Clair printemps.
- Une tentative de travail psychothérapeutique dans le cadre du CMPP de Givors n'aboutit pas.
- D n'adhère pas à cette proposition.
- Il a en général de grandes difficultés à verbaliser.
- Un suivi psychiatrique est mis en place en 2002 associé à une prescription de neuroleptiques.
- Celle-ci permet de réduire l'anxiété et de réduire les explosions de violence.
- La scolarité primaire de D se déroule bien.
- L'entrée en sixième concomitante avec la puberté sera plus difficile avec le développement de troubles du comportement.
- Ceux-ci s'accroissent au cours de la cinquième qu'il redouble. Une exclusion de deux semaines sera prononcée.
- Il semble que D atteigne les limites de la prise en charge à Clair Printemps compte tenu de son âge et de ses troubles.
- Une orientation est prévue et organisée au début de l'année 2003 pour la fin de celle-ci.
- Au cours de l'été, des séjours de rupture s'avèrent nécessaires.
- En octobre 2003, D intègre le foyer Les Tilleuls.
- Les troubles du comportement de D amènent l'équipe éducative à s'interroger sur la pertinence de ce placement.
- Son comportement au collège est également inquiétant. Les résultats restent corrects.
- D demande à ne plus rentrer au domicile maternel.
- En septembre 2004, suite à un nouveau passage à l'acte, D est exclu du foyer Les Tilleuls.

Analyse rapide de la frise chronologique

A l'âge de huit ans, D intègre une Maison d'Enfant à la demande de sa mère (recueil temporaire provisoire).

A onze ans, une ordonnance de placement est prononcée pour réduire les interventions maternelles.

L'entrée dans l'adolescence est marquée par un accroissement des troubles.

Une orientation vers un foyer accueillant des adolescents est organisée, des soins psychiatriques mis en place.

Un rapprochement de fait avec la mère se produit.

D ne parvient pas à faire face à ce qu'il vit. Les troubles s'exacerbent. Les soins psychiatriques sont abandonnés. Il est exclu du foyer qui l'accueille.

Frise chronologique / Situation E

FAMILLE EVENEMENTS-CLES	LIEUX DE VIE LIEUX D'HEBERGEMENT	MESURES JUDICIAIRES ET/OU EDUCATIVES
<p>NAISSANCE 13 octobre 1988</p> <p>1988 Domicile maternel</p> <p>1999 Signalement d'une agression sexuelle perpétrée par son oncle maternel, qui donnera suite à un placement de E.</p> <p>2000 Incarcération de l'oncle maternel.</p> <p>Mars 2000 Retour au domicile maternel.</p> <p>Novembre 2000 Retour au domicile maternel.</p> <p>Mai 2001 Crises et tentatives de suicide</p> <p>Septembre 2001 Retour au domicile maternel</p> <p>Décembre 2001 Retour au domicile maternel.</p>	<p>19 Octobre 1999 E. est placée en famille d'accueil à Quincieux.</p> <p>Octobre 2000 Centre Educatif Notre-Dame</p> <p>Mars 2001 Placement à l'IDEF</p> <p>Juillet 2001 Après plusieurs épisodes d'hospitalisations à l'UMA et à la clinique de l'Union.</p> <p>Novembre 2001 Accueil au foyer du Port dans le cadre d'un accueil familial à Condrieu.</p>	<p>6 août 1990 AEMO gérée par la Sauvegarde de l'Enfance.</p> <p>10 Septembre 1999 Ordonnance confiant E. au service SLEA, pour un placement en famille d'accueil</p> <p>6 Mars 2000 E est confiée au service de l'Enfance du Rhône (IDEF). Mainlevée du placement SLEA.</p> <p>31 Août 2000 Mainlevée du placement à l'ASE du Rhône</p> <p>20 octobre 2000 Mise en place d'une AEA</p> <p>9 Mars 2001 OPP du procureur. E. est confiée au service de l'IDEF.</p> <p>15 mars 2001 Jugement en assistance éducative. E. est confiée au service de l'IDEF jusqu'en mars 2002.</p> <p>6 juillet 2001 Orientation vers les Glycines qui n'aboutit pas</p> <p>Du 26 septembre 2001 au 12 octobre 2001 E est prise en charge par le dispositif MARSH.</p>

SCOLARITE PROGRAMME PROFESSIONNALISANT	HYGIENE MENTALE	SANTE PHYSIQUE
<p data-bbox="124 1055 352 1126">30 Août 2000 Orientation CDES à l'internat Notre-Dame.</p> <p data-bbox="124 1783 464 1872">Octobre 2001 E reprend sa scolarité à Notre Dame avec un emploi du temps aménagé au vu de ses difficultés.</p>	<p data-bbox="547 1032 951 1149">Août 2000 Quelques consultations psychothérapeutiques se sont mises en place avec la psychologue du CEND et le médecin psychiatre, mais sans régularité.</p> <p data-bbox="547 1397 759 1509">De mars 2001 à mai 2001 Trois hospitalisations à la Clinique de l'Union et à l'UMA du Vinatier.</p>	

(suite) / Situation E

FAMILLE EVENEMENTS-CLES	LIEUX DE VIE LIEUX D'HEBERGEMENT	MESURES JUDICIAIRES ET/OU EDUCATIVES
<p>Février 2002 Première sollicitation du Comité des Mineurs.</p> <p>Décembre 2002 E. est victime d'un viol commis par son frère. L'état de E. se dégrade.</p> <p>Septembre 2003 Deuxième sollicitation du Comité des Mineurs. E n'est pas autorisée à retourner au domicile maternel. Les visites de la mère sont momentanément interrompues.</p>	<p>1^{er} septembre 2003 E. est accueillie à la Villa Lamy.</p> <p>Octobre 2003 E sera hospitalisée en séquentiel à Flavigny (1 week-end sur trois). Le reste du temps, elle est accueillie au foyer Montauban à Saint Cergues les Voiron.</p>	<p>Mars 2002 Jugement en assistance éducative. Mainlevée du placement et mise en place d'une mesure d'AEMO pour un an.</p> <p>Juin 2002 Accueil en urgence à l'IDEF, Villa Lamy, sur réquisition du substitut de permanence. (1)</p> <p>13 Septembre 2002 Jugement en assistance éducative. Mainlevée du placement et de l'AEMO.</p> <p>Janvier 2003 Jugement de sursis à statuer compte tenu de l'hospitalisation d'office d'E jusqu'en octobre 2003.</p> <p>Septembre 2003 Changement de juge chargé du dossier. OPP du nouveau juge.</p> <p>Octobre 2003 Placement de E. au foyer de Montauban avec un suivi SLEA.</p>

SCOLARITE PROGRAMME PROFESSIONNALISANT	HYGIENE MENTALE	SANTÉ PHYSIQUE
<p>Juin 2002 Arrêt de la prise en charge par le CE Notre-Dame</p>	<p>De janvier 2002 à juillet 2002 Durant cette période, elle sera accueillie un temps à Bergame, dans une situation d'urgence et d'errance. De plus, jusqu'à juillet 2002, elle passera 40 jours à l'UMA. Elle multiplie les accueils en services de police, pompier et d'urgences médicales.</p> <p>Novembre 2002 Hospitalisation d'office au CHS Le Vinatier / service Flavigny.</p> <p>18 Juillet 2003 E. quitte le Vinatier mais y reste accueillie pour des soins en séquentiel. Retour au domicile maternel (1/2 semaine). On est dans le cadre d'une hospitalisation libre.</p> <p>Septembre 2003 E. continue sa prise en charge en séquentiel au Vinatier à raison d'un week-end sur trois</p>	<p>Note générale :</p> <p><i>pour retracer le parcours extrêmement complexe de E, nous nous sommes appuyés sur la chronologie des décisions de justice. C'est le parcours judiciaire qui est le plus lisible.</i></p>

- E est née en octobre 1988.
- Elle est la troisième de cinq enfants du premier mariage de sa mère, et seule fille. Deux frères puînés sont décédés en bas âge. Un frère est né, d'une autre relation, de père inconnu.
- Depuis, sa mère est remariée.
- Très tôt, E est victime de violences. En août 1990, une ordonnance d'action éducative en milieu ouvert est mise en œuvre par la Sauvegarde de l'Enfance.
- Elle fut abusée sexuellement par un oncle maternel incarcéré en 2000.
- En septembre 1999, suite aux révélations d'E, celle-ci est confiée au SLEA, pour un placement en famille d'accueil.
- E ne supporte pas être séparée de sa mère. Celle-ci s'oppose fermement au placement qui est mis en échec suite à une fugue de E.
- En mars 2000, E est confiée au service de l'enfance du Rhône (IDEF).
- En août 2000, elle est orientée par la CDES vers l'internat Notre Dame. Elle est intégrée à cette structure n'ayant pas un niveau compatible avec une 6^{ème} générale et ayant des difficultés relationnelles importantes.
- Quelques consultations psychothérapeutiques ont lieu avec une psychologue du centre éducatif Notre Dame et le psychiatre mais sans régularité.
- Les troubles du comportement deviennent ingérables et E réintègre sa famille où elle fait face à de nouvelles violences qui entraînent des interventions policières régulières.
- En février 2001, sur OPP du procureur, E. est confiée au service de l'Enfance et placée à l'IDEF.
- Suite à un jugement en assistance éducative, E est confiée au service de l'Enfance du Rhône.
- Les troubles du comportement s'accroissent.
- De mars à mai 2001, elle est hospitalisée à trois reprises (clinique de l'Union et à l'UMA du Vinatier.)
- En juillet 2001, E est orientée vers les Glycines.
- L'orientation n'aboutit pas.
- En septembre 2001, elle est prise en charge par le dispositif MARSH jusqu'en octobre 2001.(26.09 au 12.10)
- Un retour à domicile est préconisé et a lieu. Un rapport indique l'urgence d'un travail éducatif avec la mère.
- En octobre 2001, E reprend sa scolarité au centre éducatif Notre Dame avec un emploi du temps adapté. Des fugues, des agressions empêchent sa scolarité.
- En novembre 2001, elle est placée au foyer du Port dans le cadre d'un accueil familial à Condrieu.
- Elle n'adhère pas au placement et retourne au domicile familial.
- A partir de ce moment jusqu'en juin 2002, E vit une situation d'errance et d'urgences. Elle multiplie les accueils dans les services de police, de pompiers et d'urgences médicales.

- Elle sera entre autre accueillie un temps à Bergame.
- En février 2002, le Comité des Mineurs est sollicité.
- En mars 2002, la mainlevée du placement est prononcée et une mesure AEMO est instaurée pour un an.
- En juin 2002, un accueil en urgence à l'IDEF, Villa Lamy, a lieu sur réquisition du substitut de permanence.
- Ce même mois, la prise en charge au centre éducatif Notre Dame s'arrête.
- Le 13 septembre 2003, un jugement en assistance éducative décide la mainlevée du placement et de l'AEMO.
- Le juge chargé du dossier a changé.
- En novembre 2002, elle est admise en hospitalisation d'office à l'unité de soins Flavigny du CHS Le Vinatier. Elle arrive dans ce lieu dans un état de dégradation physique et psychologique important. Elle y retrouve difficilement un début d'équilibre.
- En décembre 2002, elle est victime d'un viol par son frère.
- En juillet 2003, une prise en charge séquentielle est assurée par l'unité de soins Flavigny. (hospitalisation libre)
- Sans solution d'accueil par ailleurs elle retourne au domicile familial.
- En septembre 2003, la situation se dégradant à nouveau (services d'urgence et interventions policières fréquentes) elle est à nouveau accueillie en urgence à la Villa Lamy suite à une OPP.
- Le Comité des Mineurs est à nouveau sollicité.
- En octobre 2003, E est placée au foyer de Montauban avec un suivi SLEA.
- L'hospitalisation en séquentiel se poursuit.
- E n'est pas autorisée à retourner au domicile maternel. Les visites de la mère sont momentanément interrompues.

Analyse rapide de la frise chronologique

Un parcours marqué par :

- une alternance constante entre les dispositifs médico-sociaux et sanitaires dans lesquels elle ne peut s'engager d'une part et sa famille de l'autre;
- un environnement familial particulièrement pathogène ;
- des périodes d'errance et de marginalisation durant lesquelles E se met en danger ;
- une séparation avec la mère, associée à des soins psychiatriques et un placement hors de Lyon permet l'arrêt au moins temporaire d'une dérive.

Analyse des systèmes

Pour chacun des systèmes nous procédons à une analyse de la cohérence interne et des liens qu'ils entretiennent entre eux.

Le système familial

Les parents de **A** se séparent quelques temps avant une aggravation majeure de ses troubles. Son parcours est en partie déterminé par les conflits entre père et mère qui s'opposent sur les projets.

Pour **B**, la séparation des parents a lieu quand elle est âgée de 14 ans. Elle maintient des liens avec ses deux parents qui ont chacun noué une nouvelle relation. L'attachement de **B**, la dépendance et la fonction parentale qu'elle occupe l'empêchent peut-être de développer son autonomie.

C est placé à l'âge de trois ans. Il ne portera le nom de son père que peu avant le décès de celui-ci. Il a alors 11 ans. La famille comporte six frères et sœurs nés de trois unions successives. A l'âge de 13 ans, il réintègre le domicile familial. Ce retour est contemporain du développement des troubles du comportement. **C** demande lui-même à être mis à l'abri de sa famille.

Pour **D**, on pourrait parler d'enfant sans père. Il ne le connaît pas. Les différents services et institutions non plus. La mère ne fait pas de place à son existence. Elle est décrite comme intrusive. Elle a demandé un recueil temporaire et provisoire quand il avait huit ans. Les liens semblent marqués par une alternance de proximité excessive et de mise à distance.

E est la troisième de cinq enfants du premier mariage de sa mère. Les deux frères puînés sont décédés en bas âge. Un frère est né, d'une autre relation, de père inconnu. Depuis la mère est remariée. On trouve peu de traces du père lors du parcours institutionnel de **E**. Il semble ne pas être véritablement concerné et est difficilement interpellé. L'alternance entre le domicile familial et les institutions et services marque son parcours. Une lecture du parcours met en évidence une aggravation des troubles associée aux retours à domicile. On peut faire l'hypothèse que sa situation s'améliore quand une décision de séparation avec la famille (placement associé à une hospitalisation séquentielle) est décidée par un juge avec interdiction temporaire des visites.

Les travaux concernant les adolescents en grande difficulté, déscolarisés, délinquants... mettent pour la plupart en évidence des situations familiales qui ont pour caractéristique une prégnance maternelle exagérée associée à une absence paternelle.

Ces travaux mettent aussi en évidence des relations intrafamiliales marquées par la violence et une absence de continuité, de cohérence éducative et/ou affective. Nous en faisons également le constat.

Au plus les parents sont inadéquats et eux-mêmes en difficulté, au moins leurs enfants s'adaptent aux situations, développent leur autonomie et maîtrisent leurs pulsions.

La reconnaissance de la primauté de ce qui se passe et s'est passé dans la famille fait partie des postulats des professionnels qui rencontrent des adolescents.

Mais en a-t-on pris toute la mesure concrète et l'a-t-on intégré dans les stratégies ?

Dans le cas de **D**, l'enfant sans père, aurait-il été possible et pertinent, serait-il possible et pertinent de l'accompagner (sous réserve de son adhésion) dans une construction de représentation paternelle ? Cette construction pourrait-elle impliquer une recherche du père biologique ?

Décision complexe, projet incertain qui ne peut être élaboré et mis en œuvre que par un collectif associant au moins le dispositif qui le prend en charge, le soin psychique et un juge. Chacun s'accordant par ailleurs pour situer dans cette absence de père le drame intime de **D**.

Aurait-on pu épargner à **E** quelques uns des épisodes d'errances et d'autodestructions si la décision avait été prise plus tôt de la séparer radicalement d'une mère toxique ? La décision là aussi devrait être prise après une évaluation serrée et par une instance collective.

L'observation du fonctionnement du groupe familial a mis en évidence les mécanismes de répétition transgénérationnelle des comportements transgressifs et violents, en particulier la maltraitance et l'inceste.

A aussi été mise en évidence la place que prend un enfant en fonction des enjeux de rivalité traversant le couple parental. Ces enjeux peuvent contraindre l'enfant à des comportements incompréhensibles, paradoxaux, s'il cherche par exemple à rester fidèle aux deux parents.

La question de la qualité et de l'intensité des liens avec la famille d'origine et donc de l'utilité de les maintenir, à quel rythme, avec quels objectifs et dans quelles conditions est complexe. Elle devrait faire l'objet d'évaluations pluridisciplinaires régulières utilisant des outils objectifs validés aidant à la décision. Elle devrait ensuite, dans chaque situation être partagée par les différents acteurs.

Le système scolaire et de formation professionnalisant

L'appartenance au système scolaire est un enjeu majeur de l'identité et de l'intégration des adolescents.

En faire partie, y expérimenter des formes de réussite, des formes de confrontation et d'autonomie est constitutif d'un mouvement vers la citoyenneté.

S'en trouver exclu ou fréquenter les dispositifs destinés aux élèves en difficulté a des conséquences sur le narcissisme, l'estime de soi et la confiance en soi.

Il est également et logiquement un champ où s'expriment les troubles dans la mesure où il est le lieu principal de rencontre avec la socialisation et ses impératifs.

Les compétences relationnelles, l'intégration sociale, le respect des règles explicites et implicites d'une institution, la mise en œuvre des compétences cognitives comprises au sens large (y compris la capacité attentionnelle, la disponibilité psychique...) sont partiellement ou totalement altérées dans les cinq situations étudiées.

Elles le sont soit d'emblée, soit de façon évolutive.

La dégradation de l'intégration dans un dispositif ordinaire ou son impossibilité sont toujours des signaux indiquant des troubles liés à l'élève ou à sa famille.

A fréquente cinq collègues en un an et demi. Il a fait l'objet de trois exclusions et d'un changement accepté. Il a été déscolarisé pendant deux mois. Le passage par un Dispositif de Socialisation et d'Apprentissage (DSA) a été une étape importante de sa réintégration dans un cursus ordinaire.

Pour **B**, la pathologie psychique est incompatible avec la fréquentation d'un groupe, une classe. Elle a été déscolarisée pendant un an. Pour elle aussi, un DSA permet la poursuite d'un cursus complexe mais cohérent.

Pour **C**, lors de l'entrée dans l'adolescence, de faibles capacités de mentalisation transforment tout conflit ou frustration en passage à l'acte violent. S'ensuit une sortie du dispositif ordinaire. Un projet de formation professionnalisant continue d'exister.

Pour **D**, il semble que la capacité à poursuivre une scolarité sereine soit directement proportionnelle à l'éloignement familial.

Pour **E**, les troubles des processus de pensée empêchent tout apprentissage élaboré.

Dans les situations de sortie du cursus ordinaire, les établissements scolaires sont mis en difficulté, ne tolèrent plus certains comportements et ne trouvent pas d'autres solutions que l'exclusion, l'orientation vers les dispositifs spécialisés dont l'Education Nationale est partenaire ou les dispositifs des autres secteurs (judiciaire, sanitaire, médico-social...).

Les personnels tels que les infirmières, les assistantes sociales, les conseillers principaux d'éducation, les directions se mobilisent pour créer des liens et orienter vers les lieux de prise en charge adéquats.

Nous voulons attirer l'attention sur le fait que le système scolaire identifie assez rapidement les jeunes qu'il aura du mal à intégrer.

Il favorise et met en place des orientations vers les CMP, les psychologues scolaires ou d'autres dispositifs tels que les RASED.

Il interpelle les parents cherchant à les responsabiliser.

Il propose des orientations et saisit en conséquence les CCPE, CCSD et la CDES

Il pourrait avoir une fonction préventive et/ou d'alerte systématique vis-à-vis de ces jeunes en « décrochage » ou en marge et faire appel à des compétences externes quand les compétences internes ne sont plus mobilisables ou ne paraissent pas adéquates.

Le système des lieux de vie et lieux d'hébergement.

Dans trois situations (**C, D, E**), des séparations plus ou moins prolongées ont jalonné le parcours.

C intègre un foyer dès l'âge de trois ans pour le protéger des violences intrafamiliales.

D intègre un foyer quand il a 8 ans et le quitte à 13 ans pour un autre.

Pour **E**, les allers retour familles/lieux d'accueil, d'urgence et d'errance sont constants jusqu'à son intégration au foyer Montauban en alternance avec les séjours séquentiels à l'Unité Flavigny.

Dans les deux autres situations (**A, B**), la question de l'éloignement vis-à-vis de la famille considérée comme un obstacle à la mise en oeuvre des projets et à l'autonomisation des jeunes a été posée par certains acteurs.

Il est frappant de constater que chaque rapprochement de **E** de sa famille est contemporain d'une aggravation des troubles, de passages à l'acte plus ou moins importants et rend nécessaire une mise à distance qui peut impliquer un nouvel acteur institutionnel.

On sait que : « *les parcours sont souvent profondément mortifères opérés sous le signe constant de la déliaison. Cette pathologie du lien s'origine dans des troubles de l'inscription et de la transmission qui émaillent les cursus de vie, de discontinuités, de vides, de blancs* ». ³

C'est donc la capacité de l'institution ou du service à résister, à maintenir une pensée, à mettre en oeuvre un projet que l'adolescent en grande difficulté va mettre à mal.

Ce en quoi l'adolescent échappe à l'institution, c'est sans doute ce qui échappe à celle-ci dans la compréhension de son fonctionnement et dans les enjeux identitaires, de rivalité, de clivages...qui la traverse.

Il semble par exemple que pour **E**, ce soit au moment où la justice décide d'une séparation radicale et une interdiction des visites maternelles, que la situation s'améliore ou en tout cas cesse d'avoir un caractère dramatique.

On peut faire l'hypothèse que le retour de **D** à son domicile entraîne une exacerbation des tensions et des passages à l'acte. Il demande lui-même à être protégé et « *mis à l'abri* ».

Pour ce qui concerne les articulations, les passages entre institutions, ils sont d'autant plus anticipés, organisés, concertés et pertinents que le jeune va bien.

Pour **A** et **B**, les dispositifs successifs et les acteurs des mesures ont coordonné leurs actions, se sont adaptés aux situations des adolescents et sont restés globalement cohérents. Pour ce qui les concerne, le lieu de vie reste le domicile familial.

3 « *Les jeunes en très grande difficulté* », URIOPPS Rhône Alpes, 1996.

Par contre, quand les adolescents développent des comportements tels qu'ils atteignent le seuil d'exclusion, les articulations et les passages sont insuffisamment pensés et la capacité de contenance est mise à mal.

C'est ce qui se passe sans doute pour **C** et **D** lors de leur passage de l'établissement qui les a accueillis *enfant* vers celui qui les accueille *adolescent*.

Des signaux d'alerte sont pourtant identifiables à l'approche des seuils de tolérance des établissements et des services.

Des formes d'analyse institutionnelle devraient permettre d'anticiper lorsqu'un adolescent les approche.

Cela permettrait d'éviter des décisions prises dans l'urgence et qui s'apparentent à des passages à l'acte institutionnels.

Mesures éducatives et judiciaires

■ **Les mesures civiles ou judiciaires**

Les cinq adolescents en ont bénéficié.

A, B, C et **E** ont été à un moment l'objet d'une AEMO (**E** à deux reprises).

D bénéficie d'un suivi éducatif qui concerne l'ensemble de la famille mis en place lors du recueil temporaire provisoire.

A a été l'objet d'une mesure d'investigation au pénal (IOE).

E a également bénéficié d'une AEA.

■ **Les ordonnances de placement**

A est l'objet d'une ordonnance de prise en charge à l'UEAJ renouvelée une fois

B bénéficie d'une ordonnance de placement vers l'UEJA renouvelée suivie d'une autre vers un DSA.

C est placé dans une Maison d'Enfant à l'âge de trois ans avec suivi éducatif. Il est placé dans un CER en 2002 et dans un foyer en 2003.

Pour **D**, après un recueil temporaire et provisoire (RTP) dans une Maison d'Enfant une mesure de placement judiciaire est prononcée en 2000 dans cette même maison. Une ordonnance de placement en foyer est prononcée en 2003.

Le parcours de **E** comprend six placements judiciaires.

L'éducateur AEMO semble être la figure la plus stable, le fil rouge concernant **A** et **B**.

Dans le domaine des mesures éducatives et judiciaires, la continuité des décisions et des liens est interrogée.

Il n'est sans doute pas possible que la logique des décisions administratives et judiciaires prenne en compte comme déterminant essentiel le maintien des liens et la continuité des prises en charge. Tout adolescent connaît des ruptures et des changements (déménagements, changements d'établissement scolaire, séparations...). Elles touchent rarement tous les secteurs de la vie sociale. La plupart sont psychologiquement équipés pour y faire face et trouvent dans leur entourage les soutiens nécessaires.

Les adolescents en difficulté ont moins de moyens personnels et ne bénéficient pas d'un environnement relationnel porteur. Ce sont néanmoins eux qui sont confrontés aux ruptures et aux bouleversements les plus radicaux et ce malgré les aménagements et les liens qui peuvent être créés entre les institutions et toutes les précautions qui peuvent être prises. Ces changements peuvent toucher simultanément le lieu de vie, l'école, les loisirs, la famille.

Pour rappel, une caractéristique propre aux adolescents en grande difficulté est une quasi impossibilité à avoir pu se construire au long cours dans des mouvements d'identification stables, rassurants et contenant.

Force est de constater que dans les situations les plus difficiles, on leur propose de nouvelles ruptures, de nouvelles failles dans l'élaboration de liens.

De surcroît, les contraintes et les découpages administratifs et géographiques ne facilitent pas toujours la cohérence des trajectoires...

Le parcours de **E** est particulièrement significatif. Ce ne sont bien sûr pas les multiples changements, ruptures et trous dans son parcours institutionnel qui produisent l'incohérence de celui-ci.

Mais comment s'empêcher de penser qu'il est une image, un reflet des troubles de cette jeune fille, de son extrême difficulté à avoir confiance, à investir, à s'autonomiser.

De nouvelles ruptures et bouleversements ne pourraient-ils pas être évités si était pris en compte la stabilité des liens avec l'environnement (école, éducateurs, ami(e)s...) lors de certaines décisions administratives et judiciaires.

Le système « hygiène mentale »

Dans les cinq situations, l'indication de soins psychologiques et ou psychiatriques est posée par les professionnels.

Une condition classiquement requise pour la mise en place de tels soins est l'adhésion du sujet.

De tels soins nécessitent également une certaine capacité d'introspection et de pensée propre qui fait souvent défaut, l'agir prédominant.

Dans quatre situations, des soins ont été mis en place et ont eu une influence majeure.

Pour **A**, la prescription de neuroleptiques a permis une réduction des troubles du comportement, condition à la participation aux activités de l'UEJA et au retour progressif dans un collège ordinaire.

Pour **B** les troubles sont identifiés par les professionnels comme étant d'origine psychogène (phobie scolaire, agoraphobie). Une prise en charge psychothérapeutique est en place.

Pour **C**, l'indication est posée mais il s'y refuse.

Pour **D**, un suivi psychiatrique avec neuroleptiques semble avoir été décisif pour contenir les débordements et assurer la transition d'une Maison d'Enfant vers un dispositif accueillant des adolescents.

Pour **E**, les troubles de la personnalité sont majeurs et l'hospitalisation de longue durée suivie d'un accueil séquentiel à l'unité Flavigny avec prescription de neuroleptiques est considérée comme indispensable.

L'articulation avec le sanitaire est présentée par de nombreux professionnels comme très problématique. La disponibilité serait insuffisante.

Ce qui est plus particulièrement interrogé, c'est la logique de fonctionnement du système hospitalier en inclusion ou exclusion.

Si le sujet n'est pas une indication d'hospitalisation, il n'est pas pris en compte et est renvoyé au système libéral quand l'alternative est envisageable.

Les partenariats sont complexes et leur continuité n'est pas assurée.

La surcharge et les délais d'attente en CMP et CATTP est souvent soulignée et regrettée.

Faisons l'hypothèse que la relation au sanitaire est pour le moins ambivalente.

Le système éducatif et judiciaire y a recours quand il en a besoin mais s'en éloigne et n'associe pas les représentants du soin psychique à l'élaboration et au suivi des trajectoires tout en le regrettant.

De leur côté, les représentants du soin psychique sont classiquement réticents à participer aux aménagements nécessaires de la réalité.

Une situation caricaturale s'est répétée pour E. Un établissement l'adresse aux urgences psychiatriques.

Le psychiatre considérant qu'il s'agit d'un problème éducatif ou pénal et non d'une indication de soins ou d'hospitalisation ne propose pas de prise en charge immédiate.

L'établissement va se trouver contraint de contenir physiquement l'adolescent dont la violence a éventuellement des caractéristiques « *psychotiques* » telles que nous les avons définies dans la description de ce qu'est un adolescent en grande difficulté.

Les troubles peuvent devenir tels que les urgences médicales ou les forces de l'ordre sont amenées à intervenir.

Il semble, et encore une fois méfions nous des généralisations, que ce soit dans ce cadre que les écarts culturels, les tensions partenariales soient en pratique les plus flagrants.

Chacun a à l'esprit la réduction de l'offre de soins psychiatriques ces dernières années.

Notons néanmoins que chacun des adolescents a bénéficié de soins à un moment ou un autre et qu'il ne faut pas sous estimer les résistances propres au sujet à entamer et poursuivre une telle démarche.

Les adolescents n'ont pas une conscience claire des effets et des apports que constituent ces soins. Ils ont tendance à les minimiser.

En terme de réseau, assurer la pérennité d'une articulation avec le sanitaire psychique demanderait des moyens spécifiques attribués à cette fonction et des formes de convention fixant les engagements des partenaires.

La santé physique

*Plusieurs travaux ont montré un taux de prévalence des problèmes de santé plus élevé chez les adolescents inadaptés. Par exemple, Gibbens a observé que 43 % de jeunes délinquants étaient atteints de problèmes de santé significatifs pour 18.3 % chez les jeunes tout venants. Ce taux plus élevé est également observé dans les antécédents des adolescents difficiles. LEWIS D.O. et SHANOK S.S. ont constaté que les enfants délinquants ont fait appel aux services hospitaliers de façon significativement plus élevée que les non délinquants. En particulier, 61 % ont été victimes d'accidents ou de blessures contre 41.7 % de non délinquants.*⁴

Les adolescents ont-ils un corps ?

Alors qu'il se transforme, qu'il permet la réalisation de la sexualité, qu'il échappe à la maîtrise de l'adulte, il devient dans le même temps intouchable. Comme si l'adulte venait confirmer les éventuels dangers qu'il représente.

B exprime de façon radicale cette tension qui met aussi en jeu l'autonomie, la sortie de la famille d'origine.

Nous n'avons pas beaucoup d'indication sur les actions de prévention ou d'information des adolescents quant aux aspects de santé physique, de qualité de l'alimentation, de l'hygiène, de prévention des MST, de l'usage des psychotropes y compris le tabac et l'alcool, du suivi dentaire...

La santé physique dans ses nombreux aspects est un des champs de l'éducation et les acteurs la prennent en compte à ce titre.

⁴ Cité par ZEILLER (B.), «Besoins de santé des adolescents en milieu institutionnel» in *Les adolescents et leur santé*, CTNERHI, Mars 1990.

Travail partenarial en réseau

OBSERVATOIRE DEPARTEMENTAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE

Mais ce champ n'est-il pas considéré comme secondaire par rapport aux autres préoccupations, aux urgences, aux troubles du comportement ?

Donner au corps réel de l'adolescent une place réelle ne semble pas être une préoccupation prioritaire dans les actions proposées

Ce serait une indication de l'intérêt qu'on porte réellement à sa santé, à son devenir.

C'est indiquer la possibilité de l'investir et qu'en prendre soin, c'est prendre soin de soi.

On peut imaginer un effet même modeste sur les conduites à risque et les situations d'accidents, première cause de décès dans la tranche d'âge 16/25 ans.

Garantir une continuité dans ce domaine et à un âge où se mettent en place de nombreuses habitudes et des comportements plus ou moins mortifères nécessite une dose importante de volontarisme.

Quel acteur se considère responsable de cette prise en charge conflictualisée ?

La perception des adolescents

Nous nous sommes intéressés à la perception par les adolescents impliqués dans notre étude des mesures, des interventions, des orientations qui ont marqué leurs parcours.

Pour chacun d'entre eux, nous nous sommes intéressés aux indicateurs suivants :

- bonne perception de la chronologie,
- participation aux décisions,
- identification des principaux acteurs,
- niveau de conscience des troubles,
- connaissance des motifs des mesures, placements, orientations...

A a une bonne perception de la chronologie et identifie les principaux acteurs et leurs fonctions respectives.

Il n'a néanmoins qu'un souvenir flou de la prise en charge en CMP.

Il se montre sensible aux changements de personnes.

L'IOE (six mois maximum) se termine et un relais est pris par une AEMO.

L'éducatrice référente, à son arrivée à l'UEJA, part en congé de maternité et est remplacée.

Il y a également un changement de juge.

A chacun de ces changements de personnes va correspondre un désinvestissement, une quasi impossibilité de réinvestir le ou la remplaçante.

Il est peu acteur des décisions, les considérant comme une sorte d'obligation, de passage forcé pour atteindre son objectif qui est aussi celui de son père : reprendre un cursus scolaire ordinaire.

La conscience qu'il a de ses difficultés scolaires et relationnelles est faible.

Il paraît extérieur à l'ensemble du parcours. Il le subit en ne se saisissant que partiellement de ce qui lui est proposé.

B a une bonne perception de la chronologie et identifie bien les acteurs qui sont d'ailleurs peu nombreux et stables.

Elle a investi et fait confiance aux personnes référentes dans son parcours.

Elle participe aux décisions en ce sens qu'elle met en place une stratégie dictée par ses troubles psychologiques pour contourner l'orientation vers un DSA ou vers une MFR.

Elle « *contraint* » les acteurs à adapter leurs fonctionnements habituels à ses difficultés.

Elle parvient à rester une année sans scolarité, alors qu'elle est soumise à l'obligation scolaire, s'occupant de ses frères et sœurs, protégée ainsi de la nécessité de se retrouver dans un groupe hors de sa famille.

Elle poursuit un objectif de formation professionnelle.

Elle a conscience de ses troubles et est engagée dans un processus thérapeutique.

Travail partenarial en réseau

OBSERVATOIRE DEPARTEMENTAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE

C a une bonne perception de la chronologie et identifie les acteurs.

Il fait peu confiance à ceux-ci et n'indique pas de personne avec laquelle il aurait noué des liens importants ;

Il a du mal à verbaliser et à donner du sens à son parcours.

Il n'a qu'une vision floue des raisons du premier placement lorsqu'il a trois ans.

Il a par contre une conscience intuitive de la toxicité de sa famille et a exprimé chaque fois qu'il y est retourné son désir d'en être protégé et éloigné.

Il se rend compte qu'il a « *fait des conneries* » et que celles-ci sont la cause des ruptures et des placements.

Il sait qu'il ne peut pas s'exprimer quand il va mal et qu'alors il agit, provoque et est violent

Il dit ne pas avoir compris ce qu'était un CER et qu'il y a été orienté parce qu'on voulait simplement lui éviter la prison.

Il se présente comme objet des placements décidés par un juge et des travailleurs sociaux qui ne l'écoutent pas.

A partir du moment où il pense avoir pris des décisions et fait des choix par lui-même (formation en particulier) ses relations avec lui-même et son entourage éducatif s'apaisent.

D a une bonne perception de la chronologie.

S'il identifie globalement les acteurs, il n'a pas établi de relations avec eux et ne les considère pas comme d'éventuels alliés ou soutiens.

Il a compris que son arrivée à Clair Printemps était voulue par sa mère qui ne pouvait pas bien s'occuper de lui.

La décision d'orientation vers Les Tilleuls lui semble assez étrangère même s'il avait conscience de l'inadéquation de Clair Printemps eu égard à son âge.

Il verbalise très peu et n'a pas adhéré à une amorce de soins dans le cadre d'un CMP.

Il se présente comme n'ayant pas ou peu de prise sur les événements.

Il n'évoque pas les troubles du comportement, ni une éventuelle souffrance.

Il n'a pas conscience des difficultés relationnelles et de mentalisation qui sont mises en avant par les professionnels.

E évoque son parcours de façon confuse, brouillée et non sans douleur.

Elle n'y voit pas de cohérence sinon une volonté des acteurs de l'éloigner du milieu familial et de la séparer de sa mère alors qu'elle met tout en œuvre pour la rejoindre.

Elle perçoit en effet les institutions comme des lieux où elle a trouvé refuge mais qui l'ont mise à distance de la mère.

Les acteurs et leurs fonctions sont mal identifiés.

La chronologie et les repères temporels sont imprécis.

Elle ne comprend pas la nécessité de poursuivre les soins psychiatriques. Elle apprécie par contre les entretiens avec la psychologue du lieu de vie.

Les relations qu'elle a pu nouer sont clivées. Soit elle se sent très proche de gens bons soit très loin de gens qui ne la comprennent pas.

Elle n'évoque pas spontanément les différents lieux de prise en charge et c'est sur incitation qu'elle donne un point de vue.

Elle a une conscience fugace du caractère pathologique de la situation familiale.

Elle ne se vit pas comme actrice d'un parcours particulièrement chaotique dont la logique et la dimension répétitive lui échappent.

Le recul vis à vis du parcours varie considérablement d'un adolescent à l'autre et le lien entre l'ampleur ou la nature des troubles et l'impression d'être acteur du parcours est évident.

Reste que la reconnaissance que chaque adolescent met en œuvre une stratégie relativement efficace est intéressante.

Dans toutes les situations, ils sont beaucoup plus acteurs qu'ils n'en ont conscience.

Cette stratégie est mise en œuvre pour maintenir le lien particulier avec le groupe familial et le rôle attribué à chacun dans celui-ci.

Ainsi **A** est acteur de ce qui est au service du retour au collège, projet paternel.

B reste radicalement fidèle à sa famille, incapable de nouer des liens en dehors de celle-ci.

C ne dit rien de sa douleur d'enfant abandonné et surtout il ne dit rien à celle qui l'a «*abandonné*».

D, enfant sans père, peut-il occuper une place autre que celle qu'on lui assigne ?

E répète les comportements que sa mère a eus adolescente et jeune adulte dans une identification radicale.

Ces interprétations sont bien sûr des hypothèses mais elles ont pour but d'illustrer l'utilité d'essayer de décoder la logique des comportements, de proposer un sens au parcours qui d'une façon ou d'une autre s'impose aux acteurs.

Etat des lieux des réseaux

Les professionnels disposent de réseaux informels, de partenariats établis entre institutions, de conventions les liant.

Ces formes de réseaux sont utiles et souvent efficaces. On le voit bien dans la situation de **A** et de **B**.

La collaboration entre l'UEJA, le DSA, le responsable de l'IOE et/ou de l'AEMO en articulation avec le jeune et sa famille permet de maintenir un cap et un projet.

Les soins psychiatriques sont partie prenante de ce partenariat.

La prise en charge reste contenante et les manifestations des troubles sont tolérées par les dispositifs.

Gardons néanmoins à l'esprit ce que nous avons noté à propos de ces deux situations à propos du système scolaire dont ils sont tout deux sortis dans des conditions conduisant de fait à une déscolarisation pendant une durée déterminée.

Notons également que le retour de **A** dans un collège se fait sans véritable concertation. Le psychiatre et le responsable de l'AEMO pensent qu'il est trop rapide.

Par ailleurs, le manque de réactivité ou la longueur des procédures d'admission associée au manque de places en établissements spécialisés n'ont pas toujours permis les orientations prônées comme les plus adéquates par les acteurs.

Pour ce qui concerne **C** et **D**, on peut s'interroger sur ce qui s'est passé du point de vue des institutions et de leurs liens entre elles au moment du passage vers l'adolescence.

Dans ces deux situations, une aggravation sensible des troubles liée à la puberté avec ce qu'elle implique de changements corporels et psychiques contraignent les lieux d'accueil à trouver des relais.

Dans ces deux situations, le changement d'orientation s'accompagne d'une plus grande proximité avec la famille. Celle-ci n'est pas spécialement souhaitée par les acteurs. Nous en faisons le constat. Si ces deux jeunes ont été placés quand ils étaient enfants, on est en droit de penser que ce rapprochement au début de l'adolescence peut être source d'exacerbation des conflits et des tensions.

D fait en sorte d'être rapidement exclu du foyer vers lequel il a été orienté.

C devra « *expérimenter* » un passage en foyer d'urgence et un CER (qui semble avoir été profitable) avant de trouver aux Tilleuls le soutien et le cadre nécessaires pour investir un projet de formation.

C'est le parcours de **E** qui met particulièrement en évidence la nécessité du travail en réseau.

Il suffit d'examiner la frise chronologique pour constater que chaque institution ou système, à lui seul, ne peut résister aux attaques et aux clivages.

C'est l'articulation concertée de la justice, du soin psychiatrique, de l'éducatif qui permet de prendre des décisions et d'en garantir le respect et la continuité.

C'est le Comité des Mineurs qui sollicité à deux reprises a permis une élaboration collective prenant en compte l'histoire de **E**.

Le Comité des Mineurs

Le projet initial du Comité des Mineurs piloté par la DDPJJ et le Conseil Général du Rhône créé en 1999 et rassemblant des professionnels de divers secteurs (tribunal pour enfants, PJJ, IDEF, service de l'enfance, CHS divers, Inspection Académique, DDASS, diverses associations) était de constituer un réseau composé de ces partenaires.

Il se fixe pour objectifs et méthode de travail :

- réinterroger l'histoire du jeune pour évaluer sa situation et proposer un parcours éducatif personnalisé ;
- mieux associer la santé et les autres secteurs, constituer un réseau entre les différents établissements afin de permettre des échanges entre eux et instaurer une prise en charge dans la durée ;
- créer un « *fil rouge* » : un service qui garantisse la continuité du suivi du jeune et la cohérence de son parcours (placements, changements d'institution...) ;
- définir une personne comme « *confident* » du jeune, qui serait alors chargée, en association avec le fil rouge, de faire le lien entre les institutions ;
- voir les valeurs communes partagées par les partenaires de ce comité pour constituer un référentiel commun dans le travail.

L'intérêt principal qu'y trouvent la plupart des professionnels qui y participent ou qui l'ont sollicité réside dans la qualité des échanges et des élaborations à propos des situations.

Le suivi de la situation et du programme socio-éducatif (réévaluation régulière et fonction du référent par exemple) paraît insuffisant aux yeux de ceux-ci.

La connaissance mutuelle des acteurs des différents « *systèmes* » est un acquis considérable de cette structure. Il est une des formes que peut prendre un réseau partenarial.

Le réseau dans les projets

Il nous a paru intéressant en outre de repérer dans les projets d'établissement ou autres documents de présentation des cinq dispositifs retenus par le commanditaire les références au travail en réseau et partenarial qui y sont inscrites.

Ces textes ne sont que des indicateurs ne rendant pas compte de la réalité des pratiques.

C'est ***l'unité de soins Flavigny*** qui dans le cadre d'un projet de création d'une deuxième unité d'hospitalisation est la plus explicite concernant le travail partenarial.

Ce document contient aussi des éléments d'explication quant à ce qui fonde la non prise en charge de sujets que d'autres acteurs considèrent comme des indications de soins psychiatriques.

« L'hôpital doit représenter un des maillons dans la chaîne des soins. Nous tenons à dire combien les structures d'amont et d'aval sont nécessaires à un fonctionnement fiable et performant de l'hospitalisation.

Le secteur reste le lieu privilégié pour le soin aux adolescents, avec une importance toute particulière donnée aux centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

Un bon nombre de demandes d'hospitalisation proviennent d'autres institutions, qu'elles soient éducatives, judiciaires ou médico sociales.

C'est le reflet d'un travail entrepris pour une meilleure articulation. Nous avons l'impression que progressivement, les difficultés des adolescents sont mieux repérées, et que les prises en charge peuvent se faire plus précocement. Cela témoigne aussi de l'importance et de la nécessité d'un travail « en réseau ».

A propos des sujets avec des problématiques purement sociales et/ou délinquantes, la demande est très forte. Cependant, le risque est à la fois de ne plus se situer dans le champ psychiatrique et d'apparaître dans la toute puissance dans le sens où ce type de service pourrait tout contenir, tout solutionner, sans limite là où toutes les autres institutions seraient en échec.

Seul un travail de complémentarité et de confiance mutuelle entre diverses institutions peut amener quelques issues pour ces sujets.

L'ensemble de ce dispositif se doit de travailler en réseau. Il s'agit de permettre une meilleure connaissance entre les différents intervenants auprès des adolescents. Il est vite apparu évident dans notre expérience que les difficultés entre les institutions au sujet d'un adolescent, souvent résultant du clivage effectué par l'adolescent lui-même, s'assouplissent, voire s'estompent, dès lors qu'on se connaît et qu'on se parle. Les échanges entre institutions (justice, services sociaux, éducation nationale...) ont souvent été très fructueux ».

L'UEAJ des Charpennes

Participer à un travail de restauration du lien de notre public avec l'environnement suppose un travail partenarial pour faire évoluer les mentalités sur la prise en charge de ce public et favoriser leur réintégration dans un cursus adapté qui est l'un des objectifs de notre travail. Un travail de collaboration avec l'Education Nationale et tous les dispositifs de droit commun et spécialisés sont les maillons essentiels et incontournables pour la resocialisation des jeunes.

Une grande place est donnée au référent extérieur.

Il doit être le garant et le témoin de l'histoire du jeune « le fil rouge » tout au long de son parcours. Il est présent avant, pendant et après.

Les Tilleuls

Projet éducatif du lieu d'accueil

« Le départ est préparé tout au long de la prise en charge, en collaboration avec les services de la vie sociale, le juge, la famille et le jeune dans le respect des lois et règlements en vigueur.

Nous devons collaborer étroitement avec les travailleurs sociaux qui ont la responsabilité du jeune. Nous les informons au même titre que les parents de tous les agissements du jeune ».

Un partenariat est mis en place en fonction du projet particulier d'un jeune avec les ressources nécessaires.

Le Dispositif de Socialisation et d'Apprentissage.

« Un même et seul référent suit l'élève tout au long de la prise en charge en lien étroit avec l'équipe éducative du collège élargie ou non : AS, COP, équipe médico-scolaire, parents, éducateurs,...

Les partenaires identifiés sont la DDPJJ, le Service Enfance du Conseil Général, les CIO, les éducateurs missionnés mesure administrative ou judiciaire, les AS de secteur, les éducateurs de prévention, les établissements d'accueil (EN ou privé, spécialisé ou non, PJJ...), MGI ».

Nous avons rendu compte plus haut de ce qu'il en est pour le **Comité des Mineurs** dont le partenariat est la mission première.

Prévenir, anticiper les effets de seuil

Contenir en réseau

Articuler

Evaluer

Préconisations

Prévenir, anticiper les effets de seuil

Les analyses et les enseignements que nous proposons sont issus des nombreuses rencontres avec les professionnels, les adolescents, leurs parents nécessitées par l'élaboration des parcours.

Ils étaient centrés sur la cohérence et l'articulation des actions menées pour ces adolescents.

A quelques reprises, lors de l'analyse des systèmes, nous avons constaté l'existence d'un **effet de seuil** qu'il nous paraît pertinent de reprendre et d'illustrer.

Chacun des systèmes semble être doté d'un effet de seuil qui fonctionne pour inclure et/ou pour exclure.

Un exemple d'effet de seuil d'inclusion concerne le secteur de la psychiatrie.

Il faut être suffisamment malade ou présenter des troubles ayant certaines caractéristiques (ampleur, durée, origine psychique) pour avoir accès aux soins psychiatriques hospitaliers.

Un effet de seuil d'exclusion concerne les établissements scolaires en ce sens qu'une fois dépassé par un élève, les procédures mises en œuvre deviennent difficilement réversibles.

Tant qu'il reste en deçà de l'effet de seuil, l'élève peut bénéficier des efforts considérables mis en œuvre par les personnels.

A a pu rester dans ou à proximité et ensuite réintégrer un dispositif ordinaire d'enseignement. On pourrait dire qu'il a flirté avec le seuil d'exclusion mais est resté en deçà.

B est exclue du fait de ses troubles psychiques face auxquels le collège se trouve sans moyen.

L'effet de seuil existe également dans les établissements spécialisés, dans les services, dans le système judiciaire.

Il est ce moment où les limites des capacités de résistance et de contenance vis-à-vis des comportements atypiques ou hors normes, vis-à-vis du respect des règles explicites ou implicites des institutions sont atteintes.

Nous avons décrit les difficultés de la réorientation de **C** et **D**.

Une caractéristique probable de ce seuil c'est qu'il échappe aux institutions, qu'elles n'en ont pas conscience.

Quand ses effets se manifestent, c'est parfois à la surprise des acteurs et des jeunes. Il a un effet traumatique au sens où il n'a pas été anticipé. C'est parfois un équivalent de passage à l'acte.

Travail partenarial en réseau

OBSERVATOIRE DEPARTEMENTAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE

Ce sont ces effets de seuil qu'il importe de travailler pour éviter les ruptures non signifiantes, les décisions incompréhensibles, les actions peu ou pas réfléchies prises dans l'urgence, incohérentes, non articulées.

Il importe que les institutions disposent et donc mettent en place des systèmes d'évaluation préventive et d'alerte quand un adolescent s'approche de ce qui risque de provoquer des actions radicales.

Les situations des adolescents ayant participé à l'étude illustrent que les signes avant-coureurs ne manquent pas.

Par ailleurs des indicateurs existent qui devraient permettre d'anticiper et éventuellement :

- de mobiliser les ressources en interne
- de faire appel aux moyens externes appartenant à l'environnement habituel de l'institution
- de faire appel aux autres relais possibles

Les institutions utilisent cette troisième possibilité mais trop souvent dans l'improvisation et sans prendre ou avoir le temps d'assurer un passage satisfaisant.

La situation de **E** illustre avec force la quasi impossibilité dans laquelle se sont trouvés les professionnels pour l'inclure et ou la garder dans leurs dispositifs.

C'est sans doute à partir du moment où une institution décide de contraindre au respect de ses critères d'inclusion (explicites ou implicites) qu'une trajectoire pensée se met en place.

La sollicitation du comité des mineurs n'y est sans doute pas étrangère.

Il apparaît qu'un travail en réseau tel qu'il se développe et est encouragé par les autorités sanitaires et sociales depuis quelques années soit un cadre adéquat pour que résonne l'appel aux autres relais possibles.

Contenir en réseau

Outre le concept d'**effet de seuil**, le mot-clé est le mot **contenant**.

Par contenant, nous entendons contenant **psychique**, c'est à dire le lieu où il va pouvoir être possible de déployer progressivement la capacité de penser, de comprendre, de mettre en perspective des événements et des comportements dont le sens échappe.

Lui sont associées des qualités essentielles : la permanence, la stabilité et les limites qu'il donne.

Il est incarné par des êtres humains engagés qui supportent d'être, de devenir des objets d'identification.

Il permet dans un second temps l'élaboration, l'opportunité de l'émergence de la construction d'un sujet capable de se penser et de médiatiser sa relation aux autres et au monde.

C'est ce que projettent de faire les établissements spécialisés et les services. Le plus souvent elles y parviennent.

Il arrive que non et en particulier avec certains adolescents qui jusque là pouvaient être contenus psychiquement et physiquement et qui de façon très rapide mettent radicalement à mal ce qui jusque là tenait.

L'effet de seuil d'exclusion donne toute sa mesure.

Il faut passer le relais, faire intervenir la loi, exclure temporairement ou définitivement, mettre en place des soins psychiatriques et/ou psychothérapeutiques, interpellier les parents... avec un sentiment d'urgence.

Les choses risquent alors fort de se répéter et le **contenant**, indispensable pour penser et permettre de penser, d'être systématiquement mis à mal.

C'est le temps des ruptures pour l'adolescent mais aussi pour les institutions qui deviennent rivales et parviennent peu à créer le lien, le **contenant** qui serait indispensable.

*« Pour les jeunes en très grande difficulté, la cohérence et l'unicité dans les interventions sont essentielles tant ces jeunes sont capables de se jouer de la multiplicité d'acteurs qui gravitent autour d'eux ».*⁵

C'est de coordinations, de collaborations, d'échanges dont les professionnels ont besoin. Ce qu'ils craignent peut-être c'est de partager certaines de leurs prérogatives avec le risque imaginaire de les perdre.

Cette constatation, que ce soit en prévention ou en gestion de crise a déjà été faite à de nombreuses reprises.

⁵ « Les jeunes en très grande difficulté », URIOPPS Rhône Alpes, 1996.

Articuler

L'objectif majeur des réseaux, c'est de favoriser la cohérence des interventions et la continuité des parcours. Les formes qu'ils peuvent prendre sont diverses.

Le réseau cherche à articuler les interventions à travers la connaissance et l'élaboration d'une trajectoire qui aurait un sens et du sens.

Deux orientations sont dominantes :

- Un type de réseaux est constitué d'une équipe stable qui fait le lien entre les différents acteurs, qui oriente les « *usagers* », qui diagnostique, qui assure la coordination du suivi et est garante de la continuité.
- Un autre type de réseau consiste à créer pour chaque situation un réseau comprenant les acteurs concernés par ladite situation et pour le temps nécessaire à la résolution de ce qui a amené sa création.

Une coordination est assurée qui a pour fonction essentielle la réception des demandes et l'organisation des différents réseaux.

Pour chacun d'entre eux est désigné un responsable individuel ou institutionnel appelé « *tête de réseau* » ou appellation mieux contrôlée « *référent* ».

Les règles de fonctionnement sont inhérentes aux situations.

Lorsque ce type de travail est mis en place, on constate assez rapidement :

- une modification des relations entre les différents acteurs
- une facilitation de la mise en commun et de l'échange des compétences
- une meilleure compréhension des cultures de travail entre les secteurs
- une meilleure circulation des informations

La continuité et la cohérence d'un parcours en sont donc notablement améliorées. Les effets de seuil d'inclusion et d'exclusion peuvent devenir plus explicites. Ils peuvent se négocier. Ils peuvent s'assouplir si quelques garanties sont données par des partenaires identifiés.

Des conventions peuvent être mises en place entre deux institutions dans lesquelles les engagements respectifs sont formalisés. Nous pensons en particulier à un engagement entre une structure hospitalière et un établissement quant à l'accueil réciproque.

L'évaluation pluridisciplinaire et la prise en compte de l'histoire assurée par la présence de ses témoins professionnels doivent permettre de repérer les répétitions stériles.

C'est donc bien de liens, de contenance, de partages, d'élaborations collectives qu'il s'agit dans un cadre garanti mais souple.

Le réseau ne se substitue à personne et n'entame les prérogatives de personne.

Les institutions gardent la maîtrise de leurs admissions, les travailleurs sociaux restent maîtres de leurs préconisations, les juges de leurs décisions, les médecins de leurs traitements...

Sa construction est affaire de temps et de volonté. Elle doit prendre en compte ce qui existe déjà et fonctionne, les réalités de terrain, l'histoire.

Outre les résistances propres aux acteurs, la délimitation et la défense des territoires, les légitimités octroyées et revendiquées, les difficultés administratives et les tensions Etat-Régions-Départements, la difficulté de mise en place tient aussi à un préalable : la volonté et les moyens.

Un repère utile nous est donné par la définition élaborée par l'ANAES (cf. *guide déjà cité*) avec la réserve qu'il concerne des réseaux de soins et des réseaux de santé.

« Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants; la notion de réseau de santé inclut celle de réseau de soins.

Il est composé d'acteurs : professionnels des champs sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé, association d'usagers ou de quartier, institutions locales ou décentralisées. La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs.

L'activité d'un réseau de santé comprend non seulement la prise en charge de personnes malades ou susceptibles de l'être mais aussi des activités de prévention collective et d'éducation pour la santé ».

Un fonctionnement en réseau soulève quelques questions et interroge le fonctionnement des institutions.

Citons quelques uns de ces problèmes qui sont loin d'être insolubles.

- Dans quelle mesure le dispositif de coordination doit-il être indépendant des institutions de tutelle ?
- Quel système d'alerte mettre en place, dans quelles situations, selon quels critères ?
- Les personnels qui sont mis à disposition ont-ils un temps repéré et financé pour cette mission spécifique ? Sur quel budget ?
- Qu'en est-il de la permanence du fil rouge dès lors que l'adolescent quitte le dispositif auquel le professionnel appartient : disponibilité, responsabilité, compétence ?
- Quels liens instituer entre les partenaires qui garantisse l'indépendance et le partage : conventions, charte, association ?
- Autrement formulé : dans quelle mesure les préconisations s'imposeraient-elles aux acteurs ?
- Comment faire en sorte que le réseau favorise la recherche de compléments plutôt que la recherche de relais, qu'il ne manque pas l'objectif de rester contenant et qu'il permette de prendre en compte le temps psychique nécessaire aux changements ?

Travail partenarial en réseau

OBSERVATOIRE DEPARTEMENTAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE

Un réseau partenarial est conçu comme un dispositif d'appui qui permet à l'établissement ou au service de mobiliser des compétences externes qu'une situation nécessite : compétences médicales, intégration séquentielle dans un établissement scolaire ou une classe relais, utilisation d'un service de proximité.

Il devrait permettre des séjours de rupture ou des accueils temporaires dans une autre structure.

Si un passage de relais plus radical s'impose, il pourra être anticipé sur base d'un projet cohérent en évitant l'urgence, en respectant les rythmes et en favorisant la mentalisation du changement chez l'adolescent.

Evaluer

Quelques destins auraient peut-être été différents si une démarche d'évaluation rigoureuse utilisant, parmi d'autres moyens, des outils validés (il en existe) avait été utilisée.

Elle aurait permis de guider, d'anticiper les décisions alors que c'est souvent l'urgence et l'improvisation qui se sont imposées aux professionnels.

Les mécanismes déjà évoqués de répétition transgénérationnelle et de fidélité à des prescriptions familiales sont difficiles à repérer.

Nous connaissons l'importance des premiers temps de la vie sur la capacité à créer des liens, sur la curiosité pour le monde et les moyens de l'expérimenter, sur l'individuation et l'autonomisation, sur la construction de la personnalité.

Nous disposons de peu d'informations sur la prime enfance des adolescents de l'étude, sur la façon dont se sont noués ou non les premiers attachements essentiels à la confiance en soi et à la socialisation.

Il manque aussi, dans les dossiers auxquels nous avons eu accès, des avis étayés à propos des compétences actuelles des parents, c'est-à-dire au moment des prises de décision.

Quand il y a une évaluation ou un point de vue sur les compétences familiales au début d'un parcours, il le traverse souvent sans qu'il soit questionné, sauf incident majeur.

Ainsi en va-t-il de la place des pères déclarés absents, insignifiants, hors service.

Chacun entérine dans sa pratique ce point de vue initial qui est aussi celui qui organise pour une part les relations intrafamiliales.

Il ne s'agit pas de sous estimer la complexité d'agir sur ce plan mais de constater l'absence d'élaboration de stratégies au long cours dans ce domaine alors que chacun, par ailleurs, est convaincu de leurs nécessités.

En outre, les difficultés sociales éventuelles, la nature et la qualité des ressources présentes dans l'environnement, les conditions de vie à la maison, etc., sont autant d'éléments qui sont peu documentés en dehors des services sociaux et éducatifs dont c'est la mission.

GABEL M. et DURNING P. dans l'introduction générale présentent ainsi leur livre sur l'évaluation des maltraitances : « *Il s'oppose à l'idée répandue, notamment parmi les professionnels français, que les instruments tels que les échelles et les tests sont inutiles et qu'il faut s'en remettre exclusivement au sens clinique des intervenants où à la pluridisciplinarité. Mais dans le même temps, il s'inscrit en faux contre la fascination d'autres professionnels, anxieux de ne pas s'en remettre à leur seul jugement ou à leur seule intuition, pour des outils construits, traduits ou adaptés avec ou sans validation sérieuse* ». ⁶

⁶ GABEL (M.), DURNING (P.), *Evaluation(s) des maltraitances*, Fleurus, Paris, 2002.

Nous sommes enclins à partager ce point de vue.

Le rapport de l'IGAS préparé par MM. NAVES et CATHALA à propos des placements d'enfant préconise l'évaluation pluridisciplinaire.

Il propose entre autre de :

- *prévoir explicitement dans les missions des responsables et des acteurs de terrain, des temps pour le rassemblement d'informations et la concertation ;*
- *rappeler l'importance d'une approche pluridisciplinaire des situations d'enfants en danger, même en cas de faits graves, avant toute prise de décision.*

Citons enfin sur cette question BERGER M.⁷ qui fait des propositions d'outils adaptés à la situation française.

« Afin de diminuer l'influence des facteurs émotionnels présents chez les intervenants, nous proposons depuis 1999 des jalons d'évaluation clinique des situations de défaillance parentale [...] »

Le mot jalon signifie qu'aucune évaluation chiffrée ne sera effectuée, et que la particularité de chaque situation doit être prise en compte. Il s'agit donc d'un guide précis mais qui fait en même temps appel à l'expérience clinique de son utilisateur. [...]

Ces jalons doivent permettre de répondre aux questions suivantes :

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

Les indicateurs à repérer peuvent concerner :

- *la structuration psychique des parents ;*
- *la manière dont la pathologie parentale se manifeste dans l'interaction parents-enfants ;*
- *la manière dont l'enfant réagit, fait face à la pathologie parentale ».*

De surcroît, une évaluation rigoureuse référée à une norme non sacralisée dans les champs des compétences cognitives, de compétences techniques, de la qualité du langage et de l'expression, de l'état de santé, de tout domaine qui semblerait pertinent pour telle situation singulière est de nature à étayer et améliorer la qualité des projets, des éventuelles orientations, des formations professionnelles proposées.

⁷ BERGER (M.), *L'échec de la protection de l'enfance*, Dunod, Paris, 2004.

Conclusion... (à suivre)

Ceux qui ont en charge d'accueillir les adolescents en rupture nous ont fait part du sentiment d'abandon, de solitude dans lequel ils se trouvaient dans les moments où la souffrance ne peut plus s'exprimer que par une violence ravageuse, de façon répétitive.

- Comment comprendre certaines formes d'inertie des acteurs sociaux, une apparente impuissance à mettre à l'épreuve les pistes clairement identifiées pour réduire les processus d'exclusion, de marginalisation ?
- Comment identifier les pratiques qui paradoxalement renforcent ces processus ?
- Comment résister à la fatalité qui imposerait son lot de déçus de la citoyenneté ?

Deux chantiers - que sont l'introduction d'outils d'évaluation et d'aide à la décision **et** la construction d'un réseau qui favoriserait la contenance psychique d'adolescents en grande difficulté - auront à être accompagnés.

Nous voudrions éviter autant que possible de participer à la désignation de ceux qui doivent être écartés au nom d'une cohésion sociale imaginaire.

OUVRAGES CITES

- BERGER (M.), *L'échec de la protection de l'enfance*, Dunod, Paris, 2004.
- SELOSSE (J.), *Adolescence, violences et déviations*, Matrice, Vigneux 1997
- GABEL (M.), DURNING (P.), *Evaluation(s) des maltraitances*, Fleurus, Paris, 2002.
- CHARTRIER (J.P.), *Les adolescents difficiles*, Privat, Toulouse, 1991.
- « *Les jeunes en très grande difficulté* », URIOPPS Rhône Alpes, 1996.
- ZEILER (B.), « Besoins de santé des adolescents en milieu institutionnel »
in *Les adolescents et leur santé*, CTNERHI, Mars 1990.
- *Guide d'évaluation des réseaux de santé*, ANAES, Septembre 2004.