

« Adolescents en difficulté : quel accompagnement sur les territoires ? »

(à propos des mineurs dits « incasables »)



RESTITUTION DE L'ACTION PRIORITAIRE NATIONALE
En territoires aquitains :

Communauté Urbaine de Bordeaux (Gironde)

et

Pau-Béarn (Pyrénées-Atlantiques)

Sommaire

INTRODUCTION	5
Chapitre 1 : Contexte, objectifs, méthodologie	7
Contexte et finalités	7
Les Principes de l'action	8
Le public visé par la formation	8
Les objectifs pédagogiques de cette formation-action	9
Le déroulé de l'action en régions	9
Les participants à la formation-action en Aquitaine	9
Le déroulement de la formation-action	10
Chapitre 2 : La problématique du thème, les enjeux	13
Chapitre 3 : Le Diagnostic territorial partagé	19
Synthèse des Autodiagnostic	19
Définition partagée du jeune en difficulté	21
Accompagnement institutionnel : les instances	22
Accompagnement partagé entre structures	23
La scolarisation et la formation	25
Passages à l'acte – manifestations	26
Difficultés sociales – familiales	27
Besoin de soins dont psychiatriques	28
Du constat à l'analyse	29
Chapitre 4 : Les préconisations	31
Introduction	31
1. Assurer la continuité de l'accompagnement	33
2. Accueillir le jeune en situation critique	35
3. Accompagner les équipes et prévenir les ruptures	36
4. Accompagner les parents	36
5. Unifier les diverses instances mobilisées par ces adolescents	36
6. Gérer les situations critiques en interne	37
7. Penser l'institution et « faire équipe »	38
8. Prévenir « l'incapacité », ou tenter de le faire	39
9. Mieux connaître la population de jeunes concernés	40
10. Construire un réseau de ressources territoriales sociales et médico-sociales	40
CONCLUSION	43
BIBLIOGRAPHIE	45
ANNEXES	51
Outil d'autodiagnostic	52
Fiche de recueil biographique	56
Glossaire	57

INTRODUCTION

Rapporter les travaux réalisés sur le thème par les nombreux professionnels qui en furent les acteurs sur le territoire Aquitain ne saurait être un simple compte-rendu. Si ce document se doit d'être une restitution des apports d'expériences mobilisés dans le cadre d'une formation-action dont il tire sa légitimité, il s'avère tout autant nécessaire de donner du sens à ces engagements techniques.

En premier lieu, il convient de rappeler que, pour chaque professionnel de l'action sociale et médico-sociale, le sujet des « adolescents en difficulté » (expression ici utilisée à propos des mineurs dits « incasables ») est un thème récurrent, qui fait l'objet de débats fréquents, aux propos redondants, aux solutions aléatoires et le plus souvent inscrites dans la marginalité, l'innovation voire la prise de risques. Et cela, parce que ce sujet n'est pas d'aujourd'hui¹ et qu'il a déjà fait couler beaucoup d'encre. Fallait-il une contribution de plus ? Notre réponse est oui, et pour trois motifs essentiels. D'une part, en raison de la forme donnée à cette nouvelle réflexion sur le thème (formation-action de dimension nationale) qui pose le sujet d'une manière originale : « quel accompagnement sur les territoires ? » en se dégageant de l'approche uni-disciplinaire classique ; d'autre part, et en conséquence, en permettant de réfléchir le sujet à partir de sources théoriques diverses dont on verra qu'on ne saurait le comprendre sans elles et, enfin, parce que cette forme, grâce au questionnement qu'elle contient, implique de proposer des réponses. Et celles-ci ne relèvent pas que du champ technique ou professionnel.

Aussi, rendre compte de ce travail suppose de proposer quelques bases pour dresser une analyse problématique du thème afin d'en saisir les divers enjeux. Cette analyse dégagera les sources et références susceptibles d'éclairer tant les pratiques en vigueur que les suggestions de réponses appropriées.

Faire rapport de cette action c'est également valoriser les recherches dont les plus récentes apportent un regard nouveau sur le sujet et mettre, en regard des pratiques et expériences partagées par les acteurs de l'action, des références bibliographiques utiles.

Ainsi, et bien qu'étayé sur des pratiques quotidiennes dont les acteurs connaissent la complexité depuis des années, ce rapport propose un regard quelque peu renouvelé sur le sujet grâce à l'association des références qui l'organisent : un questionnement original, une mise en perspective problématique, enrichie et discutée par la recherche, et soutenue par des sources théoriques multi-référencées.

En second lieu, pour étayer notre démarche, nous pouvons utilement nous référer au bilan réalisé par UNIFAF/DRED en juin 2014. Ce point d'étape, réalisé alors que 20 sessions de l'Action Collective Nationale « Adolescents en difficulté » sont terminées, nous renseigne sur la perception de la formation-action par les stagiaires. Nous en citons ci-dessous quelques extraits.

« Le grand intérêt de la thématique abordée est confirmé, et la satisfaction des participants est générale (...). Malgré **des incertitudes sur la poursuite des coopérations** amorcées et **le besoin d'accompagnement** dans ce déploiement, la volonté d'aller plus loin est clairement affirmée par les adhérents (...) Paradoxalement, une meilleure connaissance des partenaires **met en lumière les décalages entre acteurs qu'il faudra surmonter pour construire en partenariat des accompagnements cohérents** (...). Le sujet de la formation-action est ambitieux, et toutes les attentes n'ont pas été satisfaites. (...) on sent **une certaine frustration liée à l'atteinte partielle des objectifs**, pas seulement liés à la mise en place d'un réseau, mais aussi à **celle de réponses communes et complémentaires pour favoriser la continuité de l'accompagnement** : « la réponse à

¹ Notre bibliographie « indicative » cite JP. CHARTIER (1988), mais il n'y a là qu'un repère parmi un recueil de contributions beaucoup plus récentes.

la question de la prise en charge des ados n'a pas été trouvée ». (...) L'impression qui s'en dégage est que l'on en est resté aux constats partagés, aux dysfonctionnements identifiés, et que l'action se termine sans qu'ils se sentent en mesure de bouger les lignes, mais en espérant toutefois qu'une dynamique est amorcée et qu'il appartient désormais aux institutions et partenaires de trouver des solutions (...) **La démarche a soulevé plus de questions qu'elle n'a apporté de réponses ou de solutions...** Si l'intérêt de l'action ne fait pas de doute, **la poursuite d'un travail en réseau reste incertaine »...**

Que cette action soit perçue très positivement par les acteurs en raison des espaces d'échanges, de rencontres et de coopérations, souvent inédits ou rares, qu'elle a suscités n'étonnera personne. En revanche, les incertitudes sur les suites à donner à cette action, sur l'engagement des acteurs pertinents, sur les solutions ou réponses susceptibles d'améliorer les constats posent néanmoins la question essentielle de l'atteinte des objectifs fixés par l'action.

Nous pouvons poser quelques hypothèses pour comprendre ces incertitudes. D'une part, il est vraisemblable que, selon les départements ou les régions, la participation d'acteurs considérés comme essentiels ait fait défaut ; d'autre part, ici ou là, il se peut également que les méthodologies utilisées n'aient pas été suffisantes pour produire des résultats « opérationnels », enfin il se peut également que l'analyse du sujet ait fait l'objet d'approches diverses, en elles-mêmes peut-être insuffisantes, ou bien même encore, que les objectifs ne furent pas si clairs que cela...

Puisqu'il est attendu *une suite* à cette mobilisation et *un accompagnement à cette suite*, cela conforte l'ambition d'un rapport qui permette de restituer à l'ensemble des acteurs l'analyse renouvelée de cette problématique adolescente que nous évoquions plus haut.

Chapitre 1

Contexte, objectifs, méthodologie

Cette formation-action doit être située dans son contexte et ses finalités ; sa stratégie méthodologique répond à quelques principes et vise un public de professionnels donné ; elle s'est fixé des objectifs.

CONTEXTE ET FINALITÉS

Une formation-action originale qui s'inscrit dans le cadre d'une démarche nationale.

Le cadre de la protection de l'enfance en France a été profondément rénové par la loi du 5 mars 2007. Trois grands objectifs sont affirmés par cette loi :

- Renforcer la prévention,
- Réorganiser les procédures de signalement,
- Diversifier les modes de prise en charge des enfants.

Une des finalités de cette loi visait notamment à prévenir les ruptures de parcours.

L'entrée dans la huitième année de l'application de la Loi du 5 mars 2007 met aujourd'hui en relief plusieurs points de vigilance, qui sont explorés dans la plupart des schémas départementaux :

- Le besoin d'une meilleure articulation des missions des institutions et des structures dans le champ de la protection de l'enfance (Tribunal pour enfants, services du CG ASE, PMI, service social départemental, Éducation nationale, associations habilitées, PJJ, MDPH, structures de soins) ;
- L'évaluation de la mise en œuvre des mesures ;
- La création de réponses innovantes répondant aux besoins (pour répondre à quels besoins, comment?) ;
- L'amélioration du partenariat avec la pédopsychiatrie ;
- L'enjeu de l'adhésion des familles ;
- La montée des situations complexes ;
- La persistance du phénomène des « incasables ».

Or, le cadre de la loi appelle à davantage de fluidité entre les acteurs et institutions, envisage la création de formes innovantes et souples d'intervention et insiste sur la nécessité de soutenir la formation des professionnels, sur les plans interinstitutionnels et intersectoriels.

Dans ce contexte, les situations d'« incasabilité » sont-elles des anomalies du système, ou les premiers signes des limites d'un dispositif d'éducation et de protection de l'enfance ?

Interroger la prise en charge des adolescents en difficulté sur des territoires précis au moyen d'une Action Prioritaire Nationale.

L'**UNIFAF**, Organisme Paritaire Collecteur Agréé de la Branche sanitaire, sociale et médico-sociale, a décidé de mobiliser l'**ANCREAI** et les Centres Régionaux pour leur bonne connaissance du terrain de la Protection de l'Enfance et du champ médico-social afin d'interroger la prise en charge des adolescents en difficulté sur des territoires précis au moyen d'une **Action Prioritaire Nationale**.

A l'origine de cette APN, diverses études récentes sur ce thème (notamment celles de l'ONED en 2008²), ainsi que des témoignages d'acteurs de terrain avaient mis en évidence qu'un des écueils majeurs auxquels se heurtent les établissements et les professionnels œuvrant auprès de ces jeunes est la discontinuité de l'accueil et de l'accompagnement. En effet, les usagers fréquentent souvent successivement plusieurs établissements, qui ont, sur les territoires, peu de liens entre eux, et donc des possibilités restreintes de construction d'un projet personnalisé autour du parcours de chaque adolescent.

Aussi, ce n'est pas le moindre mérite de cette action que d'actualiser le résultat des trois Recherches initiées par l'ONED, d'une part en leur donnant une plus grande visibilité auprès des divers acteurs de terrain qui, en général, les méconnaissaient et en favorisant, d'autre part, une large confirmation de leurs constats, résultats et analyses grâce aux nombreuses données recueillies sur l'ensemble du territoire national. Ce rapport met en perspective le témoignage de l'expérience des professionnels participants à l'action avec les analyses de recherches les plus récentes.

LES PRINCIPES DE L'ACTION

Il s'agissait de constituer, sur un territoire pertinent d'action, un collectif de travail qui, en consolidant sa connaissance des adolescents en difficulté, conçoive des réponses communes et complémentaires et mette en œuvre un travail en réseau et en partenariat dans une logique de continuité de l'accompagnement médico-socio-éducatif.

A travers cette formation-action déployée dans 18 régions, UNIFAF offrait aux adhérents la possibilité de s'associer à une action innovante permettant aux stagiaires d'élargir leur champ de vision, d'améliorer leurs pratiques et de diversifier leurs modes d'intervention. L'action se voulait également être une réponse à la fragilisation des professionnels dont le positionnement s'avère de plus en plus complexe.

Un groupe projet national porté par l'ANCREAI a permis :

- d'élaborer une méthodologie partagée de cette formation/action,
- de former les équipes dans les CREAI,
- d'organiser le partage d'outils au sein du réseau,
- de suivre et de soutenir le déroulé de l'action en régions,
- de rendre-compte régulièrement à UNIFAF du déroulé de l'action au sein d'un Comité de pilotage national.

LE PUBLIC VISÉ PAR LA FORMATION

Au sein de chaque structure intéressée, le directeur (ou son représentant), un chef de service (ou encadrant) et deux salariés issus de l'équipe médico-socio-éducative ont participé à l'action.

Les établissements concernés

Maisons d'enfants à caractère social (MECS), foyers d'action éducative (FAE), centres éducatifs renforcés (CER), centres éducatifs fermés (CEF), instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), instituts médico-éducatifs (IME), services d'action éducative en milieu ouvert (AEMO).

² BARREYRE J-Y. & coll. (2008) *Une souffrance maltraitée. Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables »*, CEDIAS/ANCREAI Idf/ONED ;

GUIGUE M. & coll., (2008) *Des jeunes de 14 à 16 ans « incasables » ? Itinéraires d'élèves aux marges du collège*. Lille 3/ONED ;

LIBEAU-MOUSSET L. & coll. (2008): *Les mineurs dits "incasables". Une analyse des facteurs de risques de vulnérabilité des adolescents à travers leurs parcours de vie et les prises en charge institutionnelles* I.C.S.H. Haute-Bretagne/ONED.

LES OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES DE CETTE FORMATION-ACTION

A partir d'un diagnostic des besoins et des attentes des adhérents sur le territoire concerné et d'un engagement des directions des établissements associés à soutenir l'action de formation sur toute sa durée, il s'agissait de permettre aux participants de :

- Développer leur connaissance des publics accueillis, des activités, des missions, des projets portés par les différents types de structures présentes.
- Identifier les complémentarités possibles dans les réponses proposées / à proposer aux usagers et à leurs familles.
- Acquérir les outils indispensables au travail en réseau, à une meilleure coordination de l'action menée sur le territoire, dans une logique d'interdisciplinarité et de continuité de l'accompagnement éducatif.

LE DÉROULÉ DE L'ACTION EN RÉGIONS

Deux sessions par régions ont été organisées par chaque CREAL impliqué.

Les régions de la première vague : Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Ile de France, Nord Pas-de-Calais, Pays de la Loire.

Les premières sessions de formation-action ont été lancées à partir de décembre 2012. La dernière séance de restitution des sessions de la première vague a été réalisée le 27 mars 2014.

Les régions de la seconde vague : Alsace, Aquitaine, Auvergne, Bourgogne, Bretagne, Centre, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes, ile de la Réunion.

Ainsi à l'issue des dernières sessions prévues en décembre 2014, ce seront 38 formations-actions dans 18 régions différentes qui auront été portées par le réseau des CREAL. L'ensemble des travaux, et notamment les 38 diagnostics partagés et les recommandations produites par l'ensemble des groupes feront l'objet d'une synthèse et d'une restitution nationale.

LES PARTICIPANTS À LA FORMATION-ACTION EN AQUITAINE

Il s'agissait de constituer pour chaque territoire concerné un groupe d'établissements ou de services présentant deux caractéristiques :

- une bonne hétérogénéité entre types de structures dans le domaine de la protection de l'enfance et du médico-social afin de représenter un maximum de solutions d'accompagnement de jeunes,
- une bonne homogénéité de territoire, afin que les liens qui se créent entre les participants puissent être utiles et pérennes.

Ce sont au total onze structures qui se sont investies pour les territoires de la Communauté Urbaine de Bordeaux (Gironde) et de Pau-Béarn (Pyrénées-Atlantiques) : 3 MECS, 4 ITEP dont 2 SESSAD, 1 IME, 1 IMP, 1 AEMO, 1 service d'accueil familial³.

³ Nous remercions les onze associations qui ont accepté de s'engager dans cette action par la participation de tel ou tel de leurs établissements ou services: ADAPEI 64, Association Béarnaise de Sauvegarde (ABS, 64), Association de Gestion des Services d'Intérêt Familial (AFSA, 64), Association pour la Réadaptation et l'Intégration (ARI, 33), Association Les Events (64), Association Le Gardera (33), Association des Oeuvres Girondines de Protection de l'Enfance (AOGPE, 33), Association Oeuvre de l'Abbé Denis (OAD, 64), Association Pupilles de l'Enseignement Public (PEP, 64), Association Renovation (33), Association Saint François Xavier Don Bosco (33), ainsi que leurs directions qui ont facilité sa mise en œuvre.

Les professionnels de chaque structure étaient sollicités à plusieurs niveaux de la hiérarchie :

- les directeurs des structures ont participé à une demi-journée de présentation de l'action et des outils associés ainsi qu'au diagnostic des besoins. Ils ont également souhaité participer à la rencontre interinstitutionnelle en fin d'action.
- les encadrants (chefs de service ou directeur) ont participé au diagnostic des besoins ainsi qu'à trois journées de formation.
- les salariés des équipes médico-socio-éducatives ont également participé au diagnostic des besoins, ainsi qu'à huit journées de formation et à une semaine de stage, réparties entre le mois de juin 2013 et le mois de mars 2014.
- **Au total, 36 stagiaires furent impliqués** (22 éducateurs, psychologues, infirmiers ; 14 directeurs, directeurs adjoints, chefs de service éducatif).

LE DÉROULEMENT DE LA FORMATION-ACTION

Les regroupements se sont déroulés dans les différents établissements participant.

En amont de la formation, il a été demandé aux structures participantes de réaliser un autodiagnostic des forces et des faiblesses de la structure, notamment pour assurer l'accompagnement des adolescents en difficultés. C'est à partir de ces autodiagnostic que les encadrants ont travaillé lors des deux premières journées afin de réaliser un diagnostic territorial partagé. Au cours de la formation, les encadrants ont été sollicités sur le choix des intervenants, le contenu des interventions, l'organisation des stages croisés et ils ont été informés de la réalisation de ces journées avec les socio-éducatifs.

Les journées de formation avec les professionnels socio-éducatifs ont porté sur une alternance entre apports théoriques et analyses croisées de situations exemples. En milieu de formation, les participants ont effectué des stages de 35 heures croisés entre les structures (ou vers des services partenaires : hôpital de jour, centre de crise, Brigade des mineurs, AEMO renforcée à Bayonne). Ces stages ont été très appréciés car ils ont permis de faire tomber des représentations, de mieux connaître le fonctionnement de l'établissement d'accueil et sa complémentarité possible avec son établissement d'origine.

Des éléments théoriques ont été abordés par des intervenants institutionnels. Ainsi, selon les territoires :

- Des médecins psychiatres responsables de la cellule adolescents en crise du Centre Hospitalier de Bordeaux et de Pau ont précisé les modifications dans ces services et présenté l'actualité des connaissances sur le renouvellement de la clinique ;
- Des inspecteurs ASH de l'éducation nationale ont détaillé les réponses possibles de l'éducation nationale pour ces adolescents en difficultés ;
- Un Juge des enfants au Tribunal de Grande Instance de Bordeaux a exposé les différentes facettes de la responsabilité des travailleurs sociaux, en utilisant de nombreuses illustrations de terrain ;
- Un avocat a exposé les différents aspects de la responsabilité des travailleurs sociaux en utilisant également de nombreux exemples pratiques ;
- La Directrice du dispositif d'AEMO renforcée de l'Association AGEP⁴ (33) a présenté son service : le Service d'AEMO Renforcé pour Adolescents (SARA) ;
- La directrice de l'Estancade (Association Rénovation, 40 et 64) a présenté le futur service d'Orthez ;
- Une psychologue clinicienne est intervenue sur l'approche de la médiation familiale au travers de l'analyse systémique.

⁴ Service d'AEMO Renforcée pour Adolescents- Association Girondine Education spécialisée Prévention (AGEP).

Par ailleurs, Patricia Fiacre et Jean-Yves Barreyre du CEDIAS – CREA I de France ont présenté les conclusions de la recherche conduite pour l'ONED (2008) sur les mineurs dits « Incasables ».

Sur chaque territoire, une réunion entre les établissements participant à l'action et les institutions MDPH, ARS, ASE, PJJ et Hôpital psychiatrique a permis de les interroger sur leur façon d'aborder la prise en charge des adolescents difficiles, et sur les projets en cours.

Deux journées finales de bilan et de restitution ont eu pour objectif une mise en commun du diagnostic, des échanges qui ont eu lieu lors de ces temps de formation et des pistes de collaboration qui ont émergé (le 10 avril 2014 à Bordeaux, le 5 juin à Pau).

Chapitre 2

La problématique du thème, les enjeux

L'énoncé de la problématique d'un sujet revient à dégager les questions qui se trouvent associées dans son thème et qu'il convient de prendre en compte pour envisager de le traiter. Pour ce faire, le plus souvent – et si le titre est rédigé de manière pertinente – il s'agit de procéder à une « déconstruction » de celui-ci afin d'en repérer les entrées ou, plus exactement, les enjeux.

Mots-clés : acteur, changement, compétence, diagnostic, évaluation, « incasable », innovation, parcours, pratiques, préconisation, réseau, rupture, stratégie, territoire, trajectoire.

Nous retenons cinq entrées pour explorer ces enjeux.

1. « ADOLESCENTS EN DIFFICULTÉ »

Un des enjeux essentiels de cette action de formation est bien de s'accorder sur une définition de ce public. Or, actuellement celle-ci fait défaut. Chacun réagit selon les difficultés qu'il éprouve face aux jeunes qui lui posent problème et cela ne constitue évidemment pas en soi une définition. *En effet, les problèmes rencontrés par les acteurs tiennent autant à des caractéristiques personnelles de ces jeunes qu'à des facteurs de nature institutionnelle (structures, pratiques, formations, organisation des moyens et choix de cette organisation par les acteurs eux-mêmes, etc).*

Soit une définition *improbable*, tout-juste une définition de « consensus-flou » entre les acteurs, définition qu'il serait plus juste de dire *qu'elle se déduit davantage des difficultés que ces jeunes posent aux institutions qu'elle ne prétend à dire qui sont ces jeunes.*

L'action se propose donc d'apprécier les caractéristiques de ces adolescents à partir de l'expérience des acteurs locaux. A cet égard, les résultats des trois recherches conduites à l'initiative de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) serviront de référence pour cette appréciation⁵.

Discussion : y aurait-il des adolescents faisant l'objet d'une prise en charge dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux qui ne présenteraient pas de difficultés ? Cette action concernerait-elle donc tous ces adolescents ? Par ailleurs, dans le langage usuel la qualification de familles, d'enfants ou d'adolescents « en difficulté » désigne le plus souvent les usagers de l'action sociale (de la Protection de l'Enfance notamment), alors que les usagers du champ médico-social sont quant à eux qualifiés de « personnes handicapées ». Or, il se trouve que le public-cible de cette action relève très fréquemment de ces deux champs. Le choix de ce titre ne semble donc pas très approprié pour définir et limiter le champ de l'action de formation. Comme cela a été rappelé précédemment, l'origine de celle-ci est à rechercher dans l'appel d'offres à recherches publié par l'ONED en 2006 et le titre choisi par l'ONED était : *les Mineurs dits « incasables »*, lequel titre évoque une population de jeunes bien particulière que les professionnels pensent pouvoir identifier même si, comme nous le disions plus haut, sa définition reste problématique. Le choix de ce titre de la part de l'ONED est par ailleurs

⁵ Appel à projet : *Les mineurs dits « incasables »*, ONED, 2006

fructueux puisqu'il permet aux chercheurs de s'intéresser au sens de cette qualification d'« incasable » et il s'avère que ce mot est bien plus signifiant qu'on ne le croit.

Le plus souvent, l'usage de ce mot est suivi immédiatement par l'expression « je n'aime pas employer ce mot » parce qu'il serait péjoratif ou stigmatisant⁶ vis-à-vis de ces jeunes et bien qu'il soit le seul le plus explicite pour désigner ce type de situation. *Situation*, tel est bien le mot. Les équipes de recherche se sont penchées sur le sens de ce mot « incasable » (notamment BARREYRE J-Y et LIBEAU-MOUSSET L.) et ce que leurs travaux soulignent c'est qu'il ne désignerait pas tant un individu *qu'une situation* dans laquelle il se trouve lié. Cette situation impliquerait quatre éléments associés : *le jeune, sa famille, les professionnels, les institutions*. L'analyse d'une telle situation ne saurait donc se mener en interrogeant uniquement le « profil » de ces adolescents mais en discutant de l'interaction des ces quatre facteurs. Nous y reviendrons plus loin (chapitre 4). De plus, J-Y BARREYRE souligne la polysémie du mot « incasable » et il en dégage 7 définitions différentes en fonction de différentes sources et points de vue (BARREYRE, CEDIAS/ONED, 2008, 9-12).

On ne saurait donc admettre sans discussion le rejet de l'emploi de ce qualificatif, sous prétexte de sa désignation stigmatisante, car cela se ferait au risque de perdre de vue le champ de ses signifiés. Outre le fait que son emploi s'avère pertinent pour rendre compte de la situation complexe de ces jeunes autant que du modèle de notre actuelle organisation des services et établissements sociaux et médico-sociaux, les chercheurs nous ouvrent des perspectives de compréhension et d'analyse pour de telles situations. Ne peut-on pas imaginer en déduire également de nouvelles pistes de traitement ? La question se poserait aussi de chercher à comprendre ce qui se trouverait éventuellement « stigmatisé » dans ces situations, ce qui n'est peut-être pas celui, ou celle que l'on croit...Ce que les chercheurs abordent aussi (comme nous le verrons au chapitre 4).

Enfin, se pose donc la question qui rend le discutant perplexe et qui est de savoir pourquoi, dans le titre de cette action de formation le choix fut celui de cette expression banale « d'adolescents en difficulté » ; maladresse, pudeur ou déni ?

A l'issue de cette discussion nous formulerons deux hypothèses : la première est de proposer que l'embarras, ou la gêne, ou le « cas de conscience » des acteurs concernant la désignation de ces jeunes constitue un des éléments de leur identification et de leur repérage autant qu'il affecte, en le retardant, le processus du traitement de leur situation ; la seconde hypothèse est de dire que cet embarras, cette gêne ou ce « cas de conscience » est à comprendre en cherchant le, ou les signifiés qui se trouveraient évacués avec ce prétexte de stigmatisation.

Outre cela, l'analyse proposée notamment par J.Y. BARREYRE de l'incasabilité comme *situation* méritait d'être développée. En effet, nous ne pouvons pas déplorer le manque de clarté dans la désignation de ce public et passer à côté d'hypothèses de recherche qui renseignent le sujet. La *situation* évoquée par J.Y. BARREYRE renvoie aux références : *écologie*⁷, *système*, *éco-système* (dans leur approche sociologique). Il résulte de cela que « le cas » du jeune ne saurait être examiné avec sérieux sans prendre en compte ses différentes composantes et leurs interactions (le jeune, ses parents, les professionnels, les institutions). Il en résulte encore, d'un point de vue technique, que le contenu des analyses de situations ou réunions dites de synthèse consacrées à ces jeunes devraient, en toute logique, s'efforcer de prendre en compte l'ensemble de ces quatre facteurs pour tenter d'en comprendre quelque chose (= recommandation de bonne pratique). Enfin, l'apport du chercheur invite à interroger la pertinence, pour ces situations, des analyses de pratiques en vigueur (nous y reviendrons plus loin).

⁶ Sur ce point voir : LIBEAU-MOUSSET, CSH/ONED, Op. c. (83).

⁷ Dans ses développements sociologiques. L'écologie étudie les transactions qui font système.

2. « DIAGNOSTIC »

(NB : bien que ce mot ne figure pas dans le titre, il est implicite dans la démarche)

2.1- Il semble que la notion de « *diagnostic* » concerne ici deux éléments :

- La connaissance de la situation de ces jeunes dans le département (effectif, sexe, âge) ;
- L'appréciation de l'efficacité, de la pertinence et de l'état des relations et des coopérations entre les acteurs sur un « territoire » donné. **C'est donc le deuxième enjeu majeur de la formation.** Qu'entendre par « diagnostic » et sur quoi porte-il ?

2.2- Cette notion de diagnostic renvoie elle-même à d'autres mots-clés :

- *Evaluation* : ce qui est, fonctionne ou ne fonctionne pas (ce qui implique une description détaillée des pratiques). Les questions qui seraient à se poser alors seraient donc celles-ci : quelles sont donc ces modalités d'évaluation ? Lesquelles conviendrait-il de construire pour garantir la permanence d'un dispositif de veille pertinent ? (voir « territoire »). La notion d'*évaluation* mérite donc d'être développée (son objet, ses outils, ses méthodes, ses références). Une évaluation de l'adéquation/inadéquation des dispositifs en place au profit de ces jeunes tendrait à mettre en évidence l'impensable contradiction et le « tiers exclu » que nous évoquons plus loin (chapitre 4, introduction) autant que la nécessité de dépasser la logique binaire du tout ou rien. Mais il s'avère aussi que le traitement de cet aspect « diagnostic » est extrêmement dépendant du point suivant (territoire). En tout état de cause, la notion de « diagnostic » va donc bien au-delà d'un simple constat ou état des lieux.
- *Prescription, décision, préconisation, plan d'action*, etc. Les questions qui seraient à se poser ici seraient donc celles des modalités de décisions, de la légitimité des recommandations émises, du suivi de l'efficacité des plans d'actions.

2.3- « Diagnostic partagé » : l'objectif de l'action est de parvenir à un *diagnostic partagé* entre les différents partenaires concernés. Voir ci-après : « territoire/acteurs ».

3. « TERRITOIRES »

Cette notion est des plus vagues ; elle oblige une précision localement actée et **c'est le troisième enjeu de l'action de formation.** Et ceci parce qu'elle s'appuie sur (et dépend de) deux autres mots-clés :

3.1 Les différents acteurs en jeu sur ces « territoires »

Deux questions sont à se poser à propos de cette notion d'*acteurs*⁸ :

- a) *Savoir qui sont les acteurs concernés* : les administrations (y compris les niveaux de décideurs politiques), les institutions (et les divers niveaux d'agents en cause), les usagers (jeunes et familles).
- b) *Connaître et comprendre les logiques et stratégies respectives de chacun* de ces acteurs (et les motivations de ceux-ci peuvent-être très variables en fonction de facteurs multiples : missions, formations, choix personnels, moyens, etc.), et ces aspects ne sont pas toujours énoncés, souvent bien au contraire...

Le développement de la notion d'*acteurs* s'impose ; il renvoie également à un approfondissement de la notion de *système* (approche sociologique) où se nouent les questions qui touchent à la fois aux *compétences* (celles qui sont définies par le législatif et la réglementation, celles qui sont auto-proclamées localement) et aux *stratégies* individuelles (répondre aux attentes et cependant conserver une marge d'incertitude, c.a.d de liberté). Sur cet aspect la connaissance des dispositifs réglementaires du champ

⁸ Notamment dans la perspective des travaux de CROZIER M. & FRIEDBERG E. (SEUIL 1971/1981), et ceux de BRONFENBRENNER U. (Harvard University Press, 1979).

social et médico-social mériterait d'être rappelée (principes, présupposés, objectifs, finalités et limites) ne serait-ce que pour en permettre l'analyse de ses intérêts et de ses freins pour les cas qui nous occupent (approche politique sociale et, encore, sociologique).

3.2 Les compétences (ou champ de compétences) des acteurs dudit « territoire »

C'est souvent cet aspect qui « définit » un territoire : le sien. Le problème c'est qu'il est souvent différent d'un acteur à un autre (ASE, MDPH, ARS, TE, PJJ, secteur de Pédopsychiatries, secteur de Psychiatrie adulte, Education Nationale notamment pour les institutionnels ; MECS, IMP, ITEP notamment pour les ESMS...).

La notion de *compétence* renvoie elle-même à celles de : *limites, ressources/réglementation, complémentarité/isolement, ouverture/fermeture, exclusivité/monopole* (leadership local versus stratégies associatives par exemple), *coopération-partenariat-réseau*, etc., autant de dynamiques, de tensions ou de conflits qu'il convient d'interroger.

3.3 Dès-lors que l'objectif de l'action se propose de réaliser un « diagnostic partagé » de la question sur un territoire donné, se pose naturellement la question de *la mise en commun, voir de la confrontation des analyses de chacun des acteurs* et donc de l'énoncé et la mise en débat de leurs divergences, de leurs contradictions éventuellement. Il est en effet dans l'ordre des choses que chaque acteur, selon sa place, soutienne un point de vue qui lui est propre. Après seulement que chacun se soit expliqué, et après le débat sur les différentes analyses proposées, on peut espérer construire les bases d'un diagnostic partagé par tous (ou au moins par la majorité), mais on ne peut faire l'économie de cette étape indispensable car l'analyse de la question par chacun est évidemment nécessaire au diagnostic.

4. « ACCOMPAGNEMENT »

La notion d'accompagnement, nouvelle expression pour ne plus dire « prise en charge », évoque les *pratiques professionnelles* ; en fait, elle n'en dit rien. Quelles sont donc ces pratiques mises en œuvre auprès de ces adolescents ?

Cet enjeu souligne l'importance de la question du statut de ce qu'on appelle « analyse des pratiques ». Sous ce terme, quelles pratiques d'analyse (des pratiques) ? Et avec quelles références ? Celles-ci peuvent-elles se concevoir à l'intérieur même du système dans lequel les pratiques s'exercent ? Les pratiques exposées et discutées peuvent-elles échapper aux présupposés institutionnels qui les fondent (projet, indications, idéologies...) et décider de leur adéquation ou de l'inadéquation du système ? Comme nous le savons, l'évaluation de la pertinence d'un système ne peut en aucun cas tirer sa légitimité de lui-même⁹.

Dans notre contexte la notion d'accompagnement renvoie également à celle de « *parcours* » ou de « *trajectoire* ». Et celles-là obligent à les considérer au moins sous trois aspects :

- a) Parcours (ou trajectoire) « *institutionnel* » : qui renvoie lui-même à « *projet(s)* » ;
- b) Parcours (ou trajectoire) « *familial* » : *la biographie* ;
- c) Les notions de *continuité/discontinuité* (changement/orientation/ruptures) : pourquoi ? comment ? (voire « *logique des acteurs* »).

Le quatrième enjeu de l'action est donc de parvenir à identifier les différentes modalités d'accompagnement des jeunes, y compris à partir des éléments de leur biographie qui permettent de les étayer ou, au contraire peut-être, ceux qui échappent à l'intelligence des parcours institutionnels.

⁹ Sur ce thème notamment : BALINT M. (PUF 1960, PAYOT 2003) ; BLANCHARD-LAVILLE C. (PUF 2012,2013) ; FABLET D. (L'HARMATTANT 2000,2003, 2012) ; KARSZ S. (DUNOD 2011) ; ROUZEL J. (DUNOD 1997, 2000, 2002, 2007 ; ERES 1998) ; GAILLARD G. & PINEL J.P. (ERES, 2011, Nlle revue de psychosociologie n°11)...

5. PRÉCONISATIONS / PERSPECTIVES / NOUVELLES STRATÉGIES TERRITORIALES ADAPTÉES

Cinquième enjeu de l'action de formation : l'obligation de conclure sur des perspectives opérationnelles. Le traitement des quatre chapitres précédents et l'analyse diagnostique réalisée, il semblerait pertinent de pouvoir en dégager quelques perspectives d'amélioration de la situation de ces jeunes et du système complexe de leur accompagnement. Sinon, à quoi bon ? Cependant, nous posons l'hypothèse qu'un tel enjeu ne saurait se dénouer sans avoir en tête les exigences et difficultés d'un tel projet. En effet, le système actuel ne fonctionne pas sans raisons, même si beaucoup peuvent en dénoncer les limites et les imperfections.

Deux questions sont alors à se poser ici :

- les logiques d'acteurs et les organisations diverses concernées seront-elles prêtes à envisager un *changement*, voire des *innovations* ?
- sous l'égide de qui, à l'initiative de qui ces améliorations souhaitables s'engageront-elles ? *Un pilotage* de cette démarche s'avèrera sans doute nécessaire ; qui se sentira légitime pour l'assumer (une collégialité étant aussi envisageable) ? A l'entrée de ce travail il est difficile de le dire mais, en tout état de cause, cette question se posera.

6. LES ENJEUX : CONSÉQUENCE PRAGMATIQUE OU TECHNIQUE

Si, pour une bonne compréhension des situations concernées par notre sujet il s'avère pertinent de considérer ces différents enjeux inclus dans l'analyse problématique du thème, alors il serait recommandable (préconisable) d'encourager les professionnels à les prendre systématiquement en compte dans leurs analyses de situations, ou réunions dites de synthèse. A défaut de quoi, on peut penser qu'ils ne comprennent que peu de choses de la *complexité de la situation* qui les mobilise.

Chapitre 3

Le Diagnostic territorial partagé

La formation a commencé par la nécessité de partir d'une connaissance des réalités territoriales. A partir d'un outil identique (voir en annexe), les structures participantes ont rempli en équipe un document de pré-diagnostic. Une synthèse de ces productions a permis une trame de diagnostic territorial partagé.

SYNTHÈSE DES AUTODIAGNOSTICS

Les participants ont tout d'abord cherché à **repérer qui sont ces adolescents à difficultés multiples** dans les établissements :

- Nombre : la fourchette des estimations va de 5% jusqu'à 39% des effectifs¹⁰
- Sexe : Garçons et filles
- Age : « de 10 à 21 ans », plus particulièrement les 13-17ans

Les questions principales que se posent les professionnels au sujet de ces adolescents en difficultés sont les suivantes : « Est-ce que ce jeune est à sa place chez nous ? » et « Comment l'accompagner au mieux dans et hors de notre structure pour un parcours de vie « le moins chaotique possible » ? »

Interrogés sur **les savoir-faire spécifiques** de leur établissement, les participants ont évoqué une ou deux caractéristiques majeures¹¹, notamment : le choix d'accueillir chaque jeune, les ateliers préprofessionnels, l'accueil en structures éclatées, les modalités de scolarisation en interne, les possibilités d'internat, le partenariat spécifique avec le sanitaire, le travail avec les familles.

De même, les établissements ont évoqué **certaines de leurs limites** : manque de réponse thérapeutique, organisation du travail pas toujours adaptée pour ces jeunes difficiles et qui peut mettre en question la sécurité des personnes (dont le jeune). Il est parfois difficile de proposer un projet individualisé en partenariat avec les structures complémentaires (soin, situations de rupture scolaire).

¹⁰ Attention : ces chiffres méritent d'être commentés et relativisés. D'une part, il ne s'agit en aucun cas d'une estimation départementale : il ne s'agit que des estimations faites, individuellement et en début de formation, par chacune des structures participantes à l'action. D'autre part, la hauteur et la dispersion de ces chiffres tiennent vraisemblablement au fait que les caractéristiques retenues par chacun pour définir cette population de jeunes sont différentes, et que cette estimation a été réalisée avant une mise en commun au sein du groupe de ces critères. Enfin, ces estimations nous paraissent nettement surévaluer le phénomène. A titre de référence, la recherche CEDIAS/ONED (BARREYRE, 2008) qui est la seule à produire cette donnée, donne le chiffre de 2,19% (en référence à la population ASE), soit 0,012% de la population générale des jeunes de moins de 20 ans sur les deux départements étudiés (plus de détails : biblio).

¹¹ Il a été décidé pour ce rapport de ne pas relier ces caractéristiques au nom de la structure

Les participants ont évoqué certains de leurs partenaires pour la prise en charge des adolescents en difficultés :

Pour le territoire de la Communauté Urbaine de BORDEAUX :

- Jeunes déscolarisés : MECS avec formation intégrée, SEGPA, ULIS des Lycées pro, ACRIP¹² pour mineurs 16-17 ans déscolarisés, Ecoles « pirates », Ecoles hors contrat...
- Soutien à la parentalité : ARPE¹³, La Maison des Parents, la Maison des Adolescents, services AED et AEMO dont AEMO renforcé SARA (association AGEP), Filière adolescente de l'hôpital Charles Perrens, les MDSI¹⁴, CMPEA¹⁵, médecins de famille, points rencontre, services de placement familial, entourage familial...
- Insertion des jeunes majeurs : Missions locales, ACRIP, Association PRIMA, SAMSAH, ARI insertion, service des tutelles de l'association du Prado...
- Sanitaire / psychiatrie : CPCT¹⁶, Centre de crise de l'hôpital Charles Perrens, Centre Abadie, CMPEA, les ITEP, les SESSAD...

Pour le territoire PAU-Béarn :

- Jeunes déscolarisés : classes relais et Pôle Relais Insertion, équipe éducative ESS (Equipe de Suivi et de Scolarisation)...
- Soutien à la parentalité : Agir et Grandir Ensemble, Réseau appui parents de la CAF, CIREF de l'association OAD, et ressources internes des établissements (ABS, SESIPS¹⁷, AEMO...), groupe de parole PJJ...
- Insertion des jeunes majeurs : Missions locales, SAVI de l'association ABS, SESIPS de l'ADAPEI 64 et ressources des établissements ...
- Sanitaire / psychiatrie : Hôpital psychiatrique : SAU¹⁸, Equipe mobile de psychiatrie (18-25 ans), Unité de gestion de la crise au CHP, Clinique Capucine ; CMPEA¹⁹ ; Clinique Sarail ; Béarn Toxicomanie, CIAT²⁰...
- Réseaux : Maison des adolescents (formation / information) ; Groupe Carrère (ville de Pau) ; Groupe santé avec la PJJ, les associations ABS et OAD ...

Au cours des 11 journées de formation, des échanges entre participants ont permis :

- d'élaborer **une définition partagée** de ces jeunes en difficultés multiples (schéma 1) ;
- de mieux **connaître et comprendre le fonctionnement des instances de coordination** qui visent à améliorer l'accompagnement de ces jeunes (tableau 1) ;
- **d'identifier les difficultés** que les professionnels eux-mêmes rencontrent dans la prise en compte des multiples dimensions de la situation de ces adolescents ;
- de **repérer les solutions** qui existent, et de proposer des pistes d'amélioration.

Les deux derniers aspects sont succinctement restitués ci-après dans les tableaux 2 à 6, en déclinant les diverses vignettes de la définition partagée.

¹² Association Coordination Recherche Insertion Professionnelle

¹³ Aide à la Relation Parents Enfants

¹⁴ Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion

¹⁵ CMPEA : Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents

¹⁶ Centre Psychanalytique de Consultations et de Traitement à Bordeaux

¹⁷ Service d'Education Spécialisée pour l'Insertion Professionnelle et Sociale (SESSAD)

¹⁸ Service d'Accueil d'Urgence

¹⁹ Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents

²⁰ Centre d'Intervention en Alcoolologie et Toxicomanie

DEFINITION PARTAGEE DU JEUNE EN DIFFICULTE (SCHEMA N°1)

Accompagnement institutionnel

- ❖ Parcours institutionnel de plus en plus précoce et jalonné de ruptures
- ❖ A la marge de plusieurs compétences (ASE, psychiatrique, handicap, justice), avec la question récurrente de savoir
 - où est la place du jeune ?
- ❖ Marginalisation précoce,
- ❖ Refus de l'institution, refus du milieu protégé, d'être considéré comme handicapé / »fou «

Scolarisation et formation

- ❖ Parcours jalonné de ruptures successives, parfois précoces
- ❖ Echec scolaire et déscolarisation importante
- ❖ jeune « laissé pour compte » sur son lieu d'accueil, sans solution

Passages à l'acte/Manifestations

- ❖ Délinquance (insultes, transgressions avec ou sans condamnation)
- ❖ Agitation, violence, défiance
- ❖ Prise de toxiques et addiction
- ❖ hétéro-agressions, auto-agression, anorexie, Sexualité à risque, immaturité
- ❖ Fugue, errance

Les jeunes à difficultés multiples

Difficultés sociales/familiales

- ❖ Situations familiales complexes (monoparentalité, séparation, toxicomanie, violence, prison, grande précarité)
- ❖ Difficultés psychoaffectives et relationnelles importantes, carences affectives, « parentification »,
- ❖ Eléments de parcours de vie traumatiques (décès d'un parent, viol, IVG...)

Besoin de soins dont psychiatriques

- ❖ Difficultés cognitives et troubles psychiques importants (diagnostiqués ou fortement suspectés)
- ❖ TED et troubles de l'attention, de la confiance et estime de soi,
- ❖ Difficultés relationnelles,
- ❖ Problèmes de santé associés,
- ❖ Traitements « lourds »,
- ❖ Refus, irrégularité des soins
- ❖ Hospitalisations psychiatriques

ACCOMPAGNEMENT INSTITUTIONNEL : LES INSTANCES (Tableau n° 1)

ASE PJJ	<ol style="list-style-type: none"> 1. ASE 33 : Cellule de Suivi de l'Accueil Immédiat (CSAI) : regroupe des partenaires MS, PE, sanitaires, autour de situations individuelles, 2. et Pôle Mission Spécifique est un service de coordination pour la prise en charge des enfants à problématique complexe ; cette cellule va se renforcer et devenir « bureau des accompagnements spécifiques » 3. ASE 64 : Groupe « Jeunes en Difficultés multiples » 4. L'Estacade (64) proposera 15 places en Accueil Familial spécialisé 5. Groupe de travail PJJ « protéger pour éduquer » avec CEF, CER, santé mentale (33), Groupe santé avec ABS, OAD, hôpital en 2011-2012 (64).
MDPH	<p>Gironde :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Equipe Pluridisciplinaire d'Evaluation (EPE) spécifique (ARS, EN, MDPH, ASE, PJJ si besoin) avec la structure qui rencontre une situation lourde au regard de ses compétences et des structures susceptibles de prendre le relais 2. 6 réunions territoriales par trimestre pour créer du lien entre établissements de proximité pour ados difficiles, 3. Commission des situations critiques depuis la circulaire du 22/11/2013, animée par MDPH, avec ARS, CG, CPAM, psychiatrie et EN autour des situations individuelles critiques <p>Pyrénées Atlantiques :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. EPE Extraordinaire pour les situations complexes 5. Commission situations critiques (circulaire novembre 2013)
ARS/ DT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Traitement des situations individuelles par médecin référent (33) 2. Commission des plaintes PH (33): traite les signalements émanant des familles ou des professionnels d'établissements médico-sociaux pour trouver des solutions aux situations complexes, en lien avec MDPH et établissements. 3. L'Estacade (Orthez), en partenariat avec l'ASE (64) 4. Exceptionnellement, l'ARS peut dégager des crédits non reconductibles sur une durée limitée pour renforcer l'accompagnement de jeunes particulièrement difficiles en établissement (33 et 64)

ACCOMPAGNEMENT PARTAGÉ ENTRE STRUCTURES (Tableau n° 2)

<p>Difficultés rencontrées</p>	<p>Peu de connaissance des spécificités des structures entre elles (Projets des services ou d'établissements). Certains établissements accueillent tout le monde, d'autres sont très sélectifs lors de l'admission. Cette mauvaise connaissance des structures entre-elles nuit au partenariat.</p> <p>« A qui « appartient » le jeune à difficultés multiples ? » (CG : il est « vôtre » pour 2 ans). Qui est le référent, le coordinateur du parcours ? L'inspecteur ASE ? Il y a de graves malentendus à propos de la notion de « référence », et des paradoxes. La « référence » s'entend-elle en termes administratifs ou psychologique ? Est-elle enjeu de pouvoir au niveau institutionnel ou sur le versant de l'usager ? Qu'est-ce qu'un « référent » par ailleurs indisponible ? Pour le moins, il convient « que le référent fasse référence »...</p> <p>Projet parfois trop ambitieux de la part de l'établissement vis-à-vis de la famille, qui ne prend pas en compte le point de vue du jeune (et/ou de la famille) et risque de créer une répétition d'échecs</p> <p>Prise en charge en « tout ou rien » qui mène à l'impasse, à l'échec</p> <p>Fins de prises en charge parfois brutales, non concertées, non organisées</p> <p>Parfois également la structure a du mal à se dessaisir de la situation</p> <p>Temporalité du jeune « tout, tout de suite » différente de celle de la structure</p> <p>Les jeunes sont « chronophages » (2 ou 3 jeunes prennent plus de temps que les 20 autres dans la structure)</p> <p>« Pour ces jeunes qui nous touchent, il faut travailler sur les émotions qu'ils provoquent / qu'on leur renvoie » ; une question de compétence technique.</p>
<p>Réponses existantes Points d'appui</p>	<p>Rencontres autour des situations de jeunes /formations communes / réunions de directeurs (33)</p> <p>Annuaire ressource « Enfance en marge » (33)</p> <p>Moduler la quotité de la PEC (l'augmenter ou la diminuer)</p> <p>Expliquer au jeune où il va, travailler la fin de PEC + nouvel accueil, maintenir un « fil rouge »</p> <p>La dimension familiale est importante pour ces jeunes ; à l'adolescence, ils demandent à retourner en famille d'origine. Adultes, ils gardent un lien fort avec la famille d'accueil</p> <p>Le rôle de l'adulte est de rappeler le cadre, la limite « il faut être prêt à prendre des coups »...et tenir bon.</p> <p>Innovation et créativité des professionnels, jusqu'à la prise de risques</p>

<p>Limites</p>	<p>Multiplicité des intervenants (au CG : suivi de tel ou tel membre de la famille, des parents,...) Exemple du cas d'un jeune « hyper-casable », suivi par 32 adultes qui gravitent autour de sa situation</p> <p>L'indisponibilité notoire de certains</p> <p>Territoire éclaté (isolement des structures hors aggro paloise par ex.), peu de temps pour les échanges, coopérations, partenariats...</p> <p>Certains intervenants croient que la structure « se débarrasse » de la situation ; incompréhensions entre professionnels, jugements de valeurs...</p> <p>Dossiers laconiques/perdus ; or ils sont utiles pour éviter erreurs répétées</p>
<p>Préconisations (chapitre 4)</p>	<p>1. Assurer la continuité de l'accompagnement</p> <p>5. Unifier les diverses instances mobilisées par ces adolescents</p> <p>10. Construire un réseau de ressources territoriales sociales et médico-sociales</p>

LA SCOLARISATION ET LA FORMATION (Tableau n° 3)

Difficultés des établissements	<p>Elèves à problèmes ou n'ayant pas le « profil standard » refusés en collège (pression de certains chefs d'établissement aux résultats ?)</p> <p>Les familles veulent de l'inclusion scolaire, mais ULIS saturées ; orientations en IME tardives (13/15 ans) ; listes d'attente</p> <p>Décrochage scolaire dès 12 ans : difficile retour au milieu ordinaire. Que faire des jeunes déscolarisés, en MECS, à 13-14 ans ?</p>
Réponses existantes	<p>Scolarité croisée grâce au PPS (ex : ITEP+ SEGPA ou CLIS + IME). Conventions structures SMS / établissements scolaires pour aménager scolarité (dépend des chefs d'établissements) (64)</p> <p>Rencontre des enseignants référents. Réunions de coordination multi-services pour les « incasables » et les « décrocheurs » (33)</p> <p>Classe relais (dispositif saturé en Gironde).</p> <p>Pôle Relais Insertion, mission locale, AGEFIPH, stages entreprise, apprentissage, APP</p> <p>SEGPA : excellente pédagogie, CLIS et ULIS permettent l'inclusion</p> <p>Création d'un poste de coordonnateur en lien avec ASH (64)</p> <p>Les plus de 16 ans, peuvent être envoyés en MDP6 ou DIMA (CFA avec alternance)</p>
Limites	<p>Fermeture de classes de SEGPA (pression économique). Difficile transition après ITEP</p> <p>Usagers sans solution (exemple en gironde: 540 autistes /40 places d'IME)</p> <p>Problème de réactivité quand crise ; jeunes en attente pour notification MDPH puis rentrée scolaire (l'attente peut durer jusque 2 ans) (33)</p> <p>CLIS et ULIS : il n'y a de places que dans les grandes villes (64)</p> <p>SEGPA et ULIS-pro réservés aux jeunes avec ressources perso/entourage</p> <p>Sélection DIMA : être capable de suivre 1 jour de cours collectif + trouver employeur</p> <p>Peu de solutions pour les « DYS »²¹ (troubles cognitifs spécifiques)</p>
Préconisations (chapitre 4)	<p>3. Accompagner les équipes et prévenir les ruptures</p> <p>5. Unifier les diverses instances mobilisées par ces adolescents</p>

²¹ La nébuleuse des « Dys », revue Le cercle Psy, n°14, 2014

PASSAGES À L'ACTE – MANIFESTATIONS (Tableau n° 4)

<p>Difficultés des établissements</p>	<p>Comment gérer la crise qui s'installe à différents niveaux ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avec le jeune - Avec les autres jeunes - Avec l'équipe - Avec les parents - Avec les partenaires... <p>Ces jeunes peuvent mettre en danger les autres jeunes (qui sont là pour être protégés)</p> <p>Les pathologies abandonniques cherchent à mettre tout dispositif en échec. « Certains jeunes refusent tout » (et alors, qu'en déduire?)</p> <p>En quoi ces jeunes révèlent-ils / créent-ils une situation de crise dans l'ESMS ?</p>
<p>Réponses existantes</p>	<p>L'urgence : pompiers, gendarmerie ou hôpital</p> <p>Séjour de rupture : centre de crise, famille d'accueil, lieu de vie. Adresser le jeune en structure relais 15 jours pour « souffler » « respirer » (lui, les professionnels et les autres jeunes)</p> <p>Stage chez un artisan, en entreprise, modalités de scolarisation originales, montages de projets à plusieurs structures</p> <p>La réflexion commune et cohérente entre adultes est contenante pour lui (= soin)</p>
<p>Limites</p>	<p>Manque de lieux de vie, de structures relais / lieux d'accueil temporaire → délai d'attente</p> <p>Difficultés administratives et de financement : exemple en MECS : quand le jeune part temporairement, sa place n'est plus financée → il ne peut y revenir car elle se trouve prise par un autre (= rupture de fait)</p> <p>Parfois on « oublie » le jeune et les actes / décisions qu'il va poser, on « est agi » par lui (autre dimension de la compétence technique).</p>
<p>Préconisations (chapitre 4)</p>	<p>2. Accueillir le jeune en situation critique</p> <p>6. Gérer les situations critiques en interne</p> <p>7. Penser l'institution et faire équipe</p> <p>8. Prévenir « l'incapacité » à l'aide de la grille de recueil autobiographique</p>

DIFFICULTÉS SOCIALES – FAMILIALES (Tableau n° 5)

Difficultés des établissements	<p>« Qui est compétent pour aider les parents, le social, le médico-social ? » (Quelle question... Encore du malentendu à propos de ce thème de la compétence : parle-t-on de la compétence « administrative », celle de la mission, ou de la compétence « technique » (formation et savoir-faire) ? Ces deux dimensions s’opposeraient-elles ?).</p> <p>Le « travail avec les parents » serait différent selon les types d’établissement (MECS / ITEP/IME)</p> <p>AED / AEMO s’arrête quand le jeune entre en établissement (33)</p> <p>Maintien des liens en cas de crise : Problème du retour du jeune dans sa structure, de la garantie de sa place ; interruption du financement en son absence</p> <p>Pb spécifiques des jeunes majeurs en grande précarité / hébergement des jeunes majeurs d’IME / SESSAD (33)</p> <p>Comment prendre en compte les problèmes (psychiatriques) des familles ?</p> <p>Les parents accepteraient mieux la prise en charge psy proposée par l’hôpital que lorsqu’elle est proposée par l’ITEP</p> <p>Les établissements informent les familles, mais ne travailleraient pas assez avec elles sur leur place de parent ; cependant...</p>
Réponses existantes	<p>Les établissements mobilisent les parents : recueil d’éléments biographiques lors de l’admission, élaboration du PP, RDV spécifiques</p> <p>Les inviter à participer à des activités de loisirs avec leur enfant, les informer des dispositifs de droit commun ; des groupes de parole entre parents sont proposés dans certaines structures (ITEP)</p> <p>Rare tuilage de 6 mois AED ou AEMO en cas d’entrée en institution (33)</p> <p>Le CG 64 maintient quant à lui l’AEMO en complément du placement ARPE²² de l’AGEP pour soutien à la parentalité (33).</p> <p>L’hôpital Charles Perrens (33) et des centres experts proposent une psychoéducation des parents avec problèmes spécifiques</p> <p>Des compétences spécifiques ont été développées dans le secteur social pour travailler avec les familles</p> <p>La Maison des adolescents gère des conflits parents-enfants (64)</p>
Préconisations (chapitre 4)	<p>4. Accompagner les parents</p> <p>9. Mieux connaître la population des jeunes concernés</p>

²² Aide à la Relation Parent-Enfant

BESOIN DE SOINS DONT PSYCHIATRIQUES (Tableau n° 6)

<p>Difficultés des établissements</p>	<p>Certains établissements sont démunis face aux problématiques psychiatriques (>30 % de jeunes de MECS concernés / pas de compétences sanitaires en interne)</p> <p>Difficultés pour évaluer besoins psy et traitements</p> <p>Manque de réponses thérapeutiques en appui (éloignement de l'hôpital, services saturés ; la réponse est « pas de place » ou « il n'a pas le profil »)</p> <p>Crises « à répétition », comme l'expression d'une dépendance affective à la cellule de crise ?</p> <p>Pas de place en centre de crise lorsqu'elle survient</p> <p>Délais d'instruction et complexité ++ des dossiers MDPH</p> <p>Le CHP adresse en collectif ITEP ou MECS des jeunes avec besoin PEC individuelle</p> <p>Traitements lourds en MECS sans infirmier</p>
<p>Réponses existantes</p>	<p>Rencontres régulières entre équipe ITEP et équipe filière ado Charles Perrens pour harmoniser les projets (33)</p> <p>Cellule de crise de l'hôpital Charles Perrens (33)</p> <p>Ouverture de 20 lits en filière ados de l'hôpital Charles Perrens (33)</p> <p>Equipe mobile de psychiatrie 18-25 ans (64)</p> <p>Unité de gestion de crise ados-adultes (méconnue des structures) (64)</p> <p>Unité post-aigüe d'Aire/Adour pour l'après-crise (64)</p> <p>Le CH suggère de mobiliser plus le CMPEA</p>
<p>Limites</p>	<p>Limite d'âge de 18 ans pour les urgences pédo-psy incompatible avec la limite des urgences pédiatriques (15 ans)</p> <p>Il manque la « chaîne de soins » en aval du centre de crise : une équipe mobile psy ? un dispositif sanitaire ambulatoire avec psy + infirmier pour désengorger les CMP ?</p> <p>L'« effet filière » et ses risques de chronicisation sur le versant psychiatrique</p> <p>Continuité/maintien/rupture du lien : conséquences administratives et de financement : exemple en MECS : quand le jeune part temporairement dans situation de crise, sa place n'est plus financée → il ne peut y revenir car elle se trouve prise par un autre. Le Centre de crise se trouve sans solution de sortie...</p> <p>Le secret médical « chape de plomb » : limite les liens en amont et aval du CH</p> <p>CMPEA : 6 mois d'attente alors que les jeunes ne veulent déjà pas y aller...</p>
<p>Préconisations (chapitre 4)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Assurer la continuité de l'accompagnement 3. Accompagner les équipes et prévenir les ruptures

DU CONSTAT À L'ANALYSE²³

Une fois la dimension « état des lieux » du diagnostic présentée ci-dessus, reste à en dégager une analyse critique, celle du dispositif territorial existant.

Le tissu des services et établissements sociaux et médico-sociaux de ces départements est dense et ses ressources nombreuses.

Cependant :

- Des instances territoriales mobilisées pour l'analyse et la réflexion à propos de la situation de ces jeunes, et consacrées à l'orientation à leur proposer, existent dans chacune des grandes institutions du département mais elles ne semblent pas suffisamment coordonnées et tendent à se « faire concurrence » ;
- Les difficultés évoquées par les services et établissements sociaux et médico-sociaux tiennent essentiellement à cinq facteurs principaux :
 1. Une méconnaissance de leur part des ressources et compétences proposées par l'ensemble des ESMS du territoire départemental,
 2. La segmentation des « filières » qui s'oppose à la construction de parcours associant des services ou établissements de compétence différente, obstacle majeur à l'élaboration de réseaux de partenariat,
 3. La discontinuité des parcours, outre les remarques précédentes, est due, à la fois :
 - Aux délais nécessaires à l'entrée du jeune dans une nouvelle « filière » de prise en charge (par exemple de l'ASE vers le médico-social via la MDPH), en complément de celle dans laquelle il est déjà inscrit,
 - Et à l'interruption des financements lorsque le jeune est momentanément absent de sa structure d'origine, compromettant de ce fait tout espoir de retour après un épisode de crise ou de séjour relais temporaire.
 4. En conséquence de ces facteurs, des parcours de jeunes qui se construisent en « tout ou rien » (= succession de ruptures) puisque les passages, les relais, les complémentarités se trouvent empêchées en raison de la segmentation aujourd'hui installée.
 5. Enfin, on constate qu'il demeure des sujets essentiels (évoqués avec répétitions) à propos desquels les malentendus – ou les divergences d'analyse – contrarient l'exercice des pratiques auprès de ces situations. Notamment à propos des notions de « référence » et de « compétence ». Les notions de « diagnostic partagé » et « d'accompagnement partagé » ne partagent pas les dimensions de compétences ou d'autorité technique ni celle de la responsabilité de chaque acteur. Dès-lors que la question du partenariat est posée, se pose – toujours – celle du « chef de file », du « pilote » ; et c'est là que les confusions et les déceptions à propos des définitions (non partagées, hélas trop souvent) de la *référence* et de la *compétence* (et des enjeux qu'elles impliquent : reconnaissance, ajustement, rivalité...) peuvent contrarier l'action.

C'est à cette rapide analyse que tentent de répondre les suggestions et préconisations présentées ci-après.

²³ Le lecteur aura le souci de mettre ces résultats en perspective avec les données recueillies par les trois équipes de recherche (ONED, 2008). Et aussi : BARREYRE J-Y & FIACRE P. *Quand le projet fait fuir le sujet... Vie sociale*, 2010/4 (87-98), ERES.

Chapitre 4

Les préconisations

Au cours de cette formation-action, Action Prioritaire Nationale d'UNIFAF, les stagiaires et les intervenants sollicités sur les deux territoires d'Aquitaine ont eu l'occasion de rendre compte d'initiatives pertinentes, de formuler des suggestions, de souhaiter des réformes. C'est pourquoi, à partir de ces travaux, nous reformulons ci-après un ensemble de préconisations qui reprennent les plus importantes d'entre-elles ainsi que d'autres aspects concernant le sujet que le groupe n'a pas eu le temps d'approfondir et qui nous apparaissent essentiels.

A ces attentes nous ajoutons également, pour mémoire, quelques références et préconisations émanant des conclusions des travaux de recherche initiés par l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED, 2008) qui les mettent en perspective.

Mais avant cela il convient d'introduire ces préconisations en résumant le contexte dans lequel la question de l'accompagnement de ces jeunes se pose.

INTRODUCTION

De la complexité²⁴

Le principal enjeu posé par notre sujet paraît être aujourd'hui celui de la prise en compte du *caractère complexe qui résulte de son élaboration problématique*. A cet égard, celle que nous avons tenté de formuler s'avère insuffisante et incomplète. Des deux points de vue auxquels on se place pour examiner le thème : soit du côté de l'organisation actuelle des dispositifs sociaux et médico-sociaux ou soit du côté des professionnels des services et établissements, la logique qui prévaut à la réflexion, la logique qui organise le système²⁵ est une logique binaire sur un principe réductionniste.

Du côté de l'organisation sociale et médico-sociale actuelle, la référence qui prévaut depuis 1975 est celle de la simplification par l'identification de troubles, de déficiences, de symptômes, de handicaps (etc...) répertoriés, isolés en catégories simples et alors susceptibles – pense-t-on – de trouver leur réponse adéquate et spécialisée dans une construction de dispositifs spécialisés adaptés aux dits troubles répertoriés. C'est la logique de la simplification-réduction supposée répondre aux diagnostics logiques : à chaque trouble (ou pathologie) identifié = une place dans le dispositif.

Du côté des professionnels, services, établissements sociaux et médico-sociaux c'est la même logique qui prévaut, à la fois en raison de l'organisation existante *mais également en raison de facteurs propres à la stratégie individuelle des acteurs* qui soutiennent pour leur propre compte des intérêts particuliers. Cette logique binaire est la suivante : cet usager relève de ma compétence/ il n'en relève pas. Toute organisation institutionnelle répond à ce principe et s'identifie à lui en se dotant de divers éléments qui la confirment dans sa singularité/spécialité : compétences techniques, usages et pratiques et, bien sûr, pour justifier l'ensemble, projet de service et d'établissement. *Dès-lors le fait que l'usager puisse, par certains aspects en relever et à la fois, par d'autres aspects, n'en pas relever*

²⁴ MORIN E. & LE MOIGNE J-L., *L'intelligence de la complexité*, L'HARMATTANT 1999.

²⁵ Notamment sur ce point : BARREYRE J-Y & FIACRE P. (Op. c.2010/4) ; BARREYRE J-Y. (2011) *Pour une nouvelle économie politique de santé publique*, *Revue Vie sociale* 2011/4, ERES.

n'est pas pensable ni envisageable dans le cadre de ce système. C'est l'un ou l'autre en vertu de cette logique binaire et en dépit des faits et de la réalité des caractéristiques singulières composant la situation. La contradiction des deux éventualités est inenvisageable. C'est la dimension du « tiers exclu »²⁶.

Nous pensons que notre sujet ne peut être approfondi et ses obstacles levés sans que cette question du *tiers-exclu* soit abordée et approfondie, car la solution est dans le dépassement de cette logique excluante et son remplacement par la prise en compte d'une référence dialogique, celle qui prend en compte la complexité de la réalité de ces situations (*l'un et l'autre*).

Avertissement de précaution

En l'état actuel des choses, chaque institution concernée par la situation des adolescents aux difficultés multiples faisant au mieux dans des événements qui les laissent souvent prises au dépourvu et en bute à des organisations administratives peu compatibles entre elles sur cette question, il semble peu probable que les questions posées par ces jeunes trouvent des réponses mieux adaptées. Des changements importants seraient nécessaires, qui concernent autant les pratiques au sein des établissements (formation, organisation du travail, formalisation de réseaux de coopération, connaissance des ressources locales dans les établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires notamment), que du côté des administrations référentes de chacun d'eux dont les passerelles semblent compliquées. Il nous apparaît que les problèmes posés par ces jeunes ne puissent trouver de solutions nouvelles sans que les « lignes » sur lesquels les Projets des uns et des autres s'organisent individuellement « bougent » et s'accordent en revoyant ceux-ci avec la perspective de ces complémentarités défailtantes²⁷. Certes, il serait injuste de méconnaître l'innovation et la souplesse créative de certains mais, au regard de la généralisation de cette problématique adolescente – sur la réalité de laquelle tout le monde s'accorde – c'est bien à l'échelle du territoire (dans notre action : le département et la Région) qu'il faut concevoir la question. Autrement dit, on ne saurait raisonnablement envisager de notables améliorations dans la pertinence de l'accompagnement de ces jeunes en situant cette ambition au seul niveau technique (ou professionnel) et sans en appeler à une implication et un engagement politiques forts²⁸.

Sur la pertinence des apports du groupe

Nous avons constaté que nos constats et préconisations recouvrent nombre de débats déjà engagés sur ce thème dans la préparation des divers schémas départementaux ou régionaux en cours d'exercice. Nous y faisons également référence. Notons cependant que, à l'heure de rendre ce rapport, les actions ou orientations prévues par ces documents n'étaient pas encore mises en œuvre. De cette remarque nous tirons deux commentaires. Le premier est que le groupe de stagiaires, tout restreint qu'il soit, est à ce titre assez représentatif des préoccupations générales sur ce sujet des professionnels des deux départements concernés. Le second est que nos préconisations sont de nature à conforter et encourager les décideurs politiques dans la réalisation des objectifs justifiés qu'ils se sont fixés.

²⁶ Edgard MORIN (Op. c.). Pour l'auteur il s'agit de l'exclusion de l'éventualité tierce (l'un et l'autre) mais on perçoit la résonance de cette expression (exclusion) en action sociale...

²⁷ « C'est alors, nous semble-t-il, un déplacement qu'il faut envisager ; un déplacement des postures, des positions, du savoir produit, et du sens afin de mettre en place des aménagements du cadre », in LIBEAU-MOUSSET L et coll. « Une analyse des facteurs de risques et de vulnérabilité des adolescents, à travers leur parcours de vie et les prises en charge institutionnelles », ICSH/ONED, 2008 (92).

²⁸ BARREYRE J-Y. (2010/4) : « Les situations d'incapacité sont les « anomalies » qui annoncent une révolution paradigmatique des politiques de santé publique » (98).

10 propositions

1. Assurer la continuité de l'accompagnement
2. Accueillir le jeune en situation critique
3. Accompagner les équipes et prévenir les ruptures
4. Accompagner les parents
5. Unifier les diverses instances mobilisées par ces adolescents
6. Gérer les situations critiques en interne
7. Penser l'institution et « faire équipe »
8. Prévenir « l'incapacité », ou tenter de le faire
9. Mieux connaître la population de jeunes concernés
10. Construire un réseau de ressources territoriales sociales et médico-sociales

1. ASSURER LA CONTINUITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT²⁹.

Ce thème a donné lieu à deux types de constats et propose donc deux préconisations différentes.

1.1 Constat : l'examen du parcours institutionnel de ces jeunes témoigne d'une trajectoire peu cohérente, marquée le plus souvent par des ruptures dans les prises en charge (discontinuité) et une absence de liens entre les acteurs. Cette succession d'intervenants s'accompagne d'une perte d'informations (et parfois même de refus de les transmettre). Cette « amnésie » revient à priver le jeune des éléments significatifs de sa biographie tant familiale qu'institutionnelle, autant qu'à priver les intervenants d'informations leur permettant de comprendre cette trajectoire. Nous avons dénoncé ici le « mythe de la page blanche » et l'illusion du « nouveau départ » qui font trop souvent le lit de la répétition, de la dépersonnalisation et de la perte d'identité³⁰.

Discussion : Si la question évoquée ici est celle de la transmission d'informations entre professionnels on ne saurait omettre de considérer qu'elle se réfère en fait à trois sources :

- La question de la confidentialité, du secret, du secret partagé, lesquelles ont à voir autant avec des réflexions éthiques non évidentes qu'avec des évolutions législatives encadrant ces pratiques³¹ ;
- La question du droit des usagers (à connaître les informations le concernant et partagées entre professionnels, à participer au projet qui le concerne – ou concerne son enfant), laquelle question ne peut s'envisager sur une seule référence juridique ni sans que soit approfondie...

²⁹ Pyrénées-Atlantiques : trois orientations du **Schéma départemental Enfance-Famille 2012-2016** visent l'une (5) à prendre en compte les jeunes qui font exploser le dispositif scolaire et leur proposer des alternatives, l'autre (6) à développer les dispositifs d'accompagnement des jeunes les plus en difficulté (favoriser leur mobilité, les aider à prendre en compte leur propre santé).

Par ailleurs, le **Schéma départemental autonomie 2013-2017** du Conseil Général des Pyrénées Atlantiques dans son chapitre « Axes stratégiques », Orientation 4 (Parcours de la personne), consacre la fiche-action n° 4-4 au thème : « Coordonner le parcours d'accompagnement de l'enfant en situation de handicap ». Bien que ne concernant pas spécifiquement le groupe d'usagers centre de notre action (jeunes en difficultés), nombre de ses constats, objectifs et modalités d'actions recoupent les préconisations exposées ici.

Enfin, le **Schéma Régional de l'Offre Médico-sociale 2012-2016** évoque la situation de ces jeunes dans une fiche action (1.5/2.1, p.47) avec pour objectif : « Promouvoir de nouveaux modèles d'accompagnement médico-social ».

³⁰ « La compréhension des manifestations qui produisent l'incapacité nécessite que la mémoire soit gardée », in BARREYRE J.Y. et coll. *Une souffrance maltraitée, parcours et situations de vie des jeunes dits « incapables »*, ONED/CEDIAS, 2008 (57), et aussi : « La mauvaise circulation de l'information risque parfois de créer des zones de vide, une discontinuité dans la prise en charge des jeunes dits incapables » », in LIBEAU-MOUSSET Op. c. (86).

³¹ ANESM, *Le partage d'informations en protection de l'enfance*, Juin 2011 (et sa bibliographie) ;

- La question plus large des relations entre usagers/parents/professionnels³² dont la réflexion tiendra autant à des sources psychologiques, que sociologiques avec une insistance – une fois encore – sur l’apport de la systémie et le courant soulignant la « compétence des familles » et le développement du pouvoir d’agir (empowerment).

Préconisation 1.1 :

Afin de remédier à ce fait il est préconisé, à chaque fois que la situation de l’adolescent exige un changement dans ses modalités d’accompagnement (changement d’établissement, orientation, mise en œuvre d’un service complémentaire...) de procéder à ce qu’un éducateur a nommé « un tuilage systématique »³³. Il s’agit-là de la responsabilité pour le service d’origine d’accompagner le jeune et sa famille, pendant la procédure d’admission auprès de l’établissement ou du service sollicité pour prendre le relais, afin d’assurer à la fois leur soutien et la transmission des informations les concernant. Cette mesure est d’autant plus nécessaire en situation de crise, d’exclusion ou de rupture. Cet accompagnement gagnera à se réaliser par un intervenant de l’établissement d’origine (éducateur, psychologue, chef de service...) qui a pu nouer des liens avec ce jeune, et/ou avec ses parents³⁴.

1.2 Constat : « au niveau psychiatrique, dans le dispositif pour les adolescents, *il y a des maillons qui ont été créés, mais il n’y a pas la chaîne de soins après le centre de crise. Dans ce milieu fermé, très protégé, très chaleureux dans l’intensité des liens ado-adultes, tout est repris, parlé. On est très contenu, on vit des expériences fortes* (par exemple : on a pu parler avec ses parents pour la première fois). *« Mais quand le jeune sort de là, il y a un effet de vide »*. Et voilà comment un service appelé à accueillir et apaiser une situation de crise se retrouve réduit à un maillon supplémentaire dans la « chaîne des ruptures » ! Et aussi : « Nous avons des attentes « magiques » vis-à-vis du passage du jeune dans ce centre. *Ca n’arrête pas les comportements à risque, ils diminuent, mais ça revient ; le jeune retourne au centre, à répétition »*

Préconisation 1.2 :

Face à ce constat, il n’est pas de préconisation plus évidente que de souligner que l’orientation vers le Centre de crise ne doit en aucun cas signifier l’abandon de la situation du jeune par l’établissement ou le service qui y oriente celui-ci : il en vient, il y retournera, il y garde sa place.

Ne peut-on pas imaginer d’autres réponses à la crise que le passage dans ce centre hospitalier?

³² Voir bibliographie.

³³ Gironde : les propositions de l’Atelier 4 citées dans le **Schéma Départemental de Prévention et de Protection de l’Enfance** 2012-2016 suggèrent la création d’outils de partage d’information (fiches, extranet) entre ASE et MECS, qui pourraient être étendus aux institutions médico-sociales (en page 73).

³⁴ « Maintenir des liens, ce n’est pas seulement maintenir des fils isolés les uns des autres, c’est éviter de déchirer ce qui s’entrecroise : les liens des professionnels, non seulement avec le jeune mais aussi avec ses parents et entre eux, professionnels », GUIGUE M. et coll. « *Des jeunes de 14 à 16 ans « incasables » ? Itinéraires d’élèves au sein du collège* », Université LILLE 3/ONED, 2008 (155).

2. ACCUEILLIR LE JEUNE EN SITUATION CRITIQUE

Constat : la situation de l'adolescent « en rupture » (avec sa famille, son établissement...) pose la question de son accueil rapide et de la qualité de celui-ci. Hormis les services d'accueil d'urgence, le plus souvent saturés et sollicités pour une diversité de situations non spécifiques à cette problématique adolescente, ces lieux d'accueil font cruellement défaut, et leur délai d'attente est incompatible avec leur fonction d'accueil réactif. Plus généralement, l'accompagnement de ces adolescents nécessite souvent de lui proposer temporairement des « alternatives » dans un parcours qui s'épuise.

Discussion : Cette proposition, bien au-delà du problème structurel qu'elle pose, est la prise en compte des effets pervers de ce que nous avons évoqué plus haut « *le tiers-exclu* », en favorisant des alternatives à la logique qui prévaut dans le système actuel de l'organisation sociale et médico-sociale du tout ou rien, de l'indication pertinente, du « c'est pas pour moi ». Cette préconisation, outre que sa mise en œuvre permettrait d'ouvrir une porte, d'offrir une place au jeune, interroge le système sur sa rigidité, sa fermeture et sur sa capacité d'innovation entre les mailles – ou à la marge - de l'existant.

Préconisation :

Afin de remédier à ce fait, il est préconisé [de voir se créer des Lieux d'Accueil Temporaire pour Adolescents](#).³⁵ Ces lieux ont pour finalité de répondre à une situation critique exigeant un « dépaysement » du jeune afin d'éviter une situation de rupture³⁶.

Nous pouvons brièvement brosser le cahier des charges présidant à ce lieu :

- La fonction de ces lieux serait d'accueillir le jeune en situation critique dans un très bref délai (avec une procédure d'admission adaptée), de lui permettre de se rassurer, de « décompresser » de la situation dans laquelle il se trouve pris, de se remobiliser et de prendre le temps de l'analyse des événements et de son parcours. *Le séjour est de courte durée* : quelques jours, et deux semaines au plus ; il n'est pas question ici de créer une nouvelle institution d'accueil résidentiel pour adolescents³⁷. Le projet de cette structure devra s'inscrire dans une pédagogie active en sollicitant les médiations éducatives susceptibles de soutenir à la fois la gestion du stress (conflit, rupture, violence, traumatisme) et la remobilisation des ressources du jeune. La famille sera, autant que faire se peut, activement mobilisée pour l'analyse de la situation et l'étayage des projets ultérieurs.
- Le constat de l'embolie de nombreux services d'urgence tient au problème de l'orientation et à la difficulté de trouver une solution adaptée au jeune. Dans le cas de ce *Lieu d'Accueil Temporaire pour Adolescents*, le service ou l'établissement *d'origine restera présent, mobilisé et en charge de l'éventuelle recherche d'orientation* si celle-ci est souhaitable. *En dehors de cette éventualité, le retour du jeune y sera garanti, assuré et préparé* avec le Lieu d'Accueil Temporaire et la famille.
- Le Lieu d'Accueil Temporaire pour Adolescents est un service spécialisé, doté d'un personnel socio-éducatif et thérapeutique qualifié et formé à la spécificité de sa mission. Sa capacité d'accueil pourrait être de 5-6 jeunes.

³⁵ Suggéré également dans le **rapport de l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance** Gironde : « développer des accueils temporaires pour pallier des situations de crise » (ODPE 2012, page 169), et par l'Atelier 4 (Schéma DPPE) cité précédemment : « développer des accueils d'urgence en dehors du CEDEF ».

³⁶ L'Orientation 11 du **Schéma Départemental Enfance-Famille 64** (2012-2016) prévoit la création d'une vingtaine de places en lieux de vie ou établissements expérimentaux. En outre, l'orientation n° 13 invite à mettre en place des structures de petite taille (8-10) pour accueillir ou suivre des jeunes nécessitant une prise en charge spécifique (maison d'enfants à soins intégrés ou tout autre dispositif mixte).

³⁷ « Cette approche suppose de renoncer à une structure idéale ou un secteur idéal pour les « incasables » (l'hôpital, l'ITEP...) », in BARREYRE J.Y. et coll. Op. c. (77).

- Compte tenu de la diversité des origines des adolescents susceptibles de recourir au *Lieu d'Accueil Temporaire*, il est indispensable que cet établissement relève à la fois des autorisations Conseil Général et ARS, et bénéficie d'une dotation mixte.

3. ACCOMPAGNER LES ÉQUIPES ET PRÉVENIR LES RUPTURES

Constat : certaines équipes se trouvent démunies face aux situations critiques et demandeuses de tiers afin de « tenir bon ». La dégradation de la situation les conduit cependant parfois à « lâcher prise ». D'autres, démunies de la compétence médicale, rencontrent de grandes difficultés pour instruire en temps voulu un dossier d'orientation (ASE vers MDPH notamment) alors que la situation nécessiterait une forte réactivité pour ne pas se dégrader.

Préconisation :

Ces difficultés pourraient se voir traitées en préconisant la création, au sein du service de pédopsychiatrie, d'un dispositif ambulatoire, d'une « équipe mobile »³⁸, qui irait à la rencontre et à leur demande, des équipes concernées (MECS notamment).³⁹

4. ACCOMPAGNER LES PARENTS (CE N'EST PAS SI SIMPLE...)

Constat : l'association des parents aux décisions concernant le jeune et leur accompagnement dans la compréhension de la situation font partie des missions ordinaires de chaque établissement. Cependant, concernant ces adolescents aux difficultés multiples, il semble que certaines familles sont soit difficilement mobilisables, soit elles-mêmes en grandes difficultés (diverses), autant de facteurs qui sollicitent plus de moyens ou de compétences que l'établissement ne peut en mobiliser.

Préconisation :

Il est donc préconisé que, pour certaines familles qui le nécessiteraient, il soit envisagé de leur proposer un accompagnement hors les murs de l'établissement, et dans le cadre de leur environnement de proximité, afin de garantir la mise en œuvre effective et adaptée de cet accompagnement familial. Ainsi, plusieurs types de ressources pourraient être envisagés en complément de l'action de l'établissement : service social local, AED ou AEMO, associations de parents, etc.⁴⁰

(A cet égard il semble nécessaire de développer dans le cadre des actions en milieu ouvert du département des Pyrénées-Atlantiques, un service d' « AEMO renforcée »).

5. UNIFIER LES DIVERSES INSTANCES MOBILISÉES PAR CES ADOLESCENTS

Constat : la situation de ces adolescents aux difficultés multiples mobilise régulièrement nombre d'institutions, nombre de professionnels, nombre d'heures de réunions et ceci, le plus souvent, dans une dispersion qui tient aux diverses « filières » de prise en charge (Conseil général, MDPH, PJJ, ARS notamment). Outre la répétition inutile et le caractère « chronophage » de ces instances, défauts constatés par tous, celles-ci se heurtent chacune aux mêmes difficultés d'analyse exhaustive, de mobilisation de l'interlocuteur pertinent et de la recherche de l'orientation adaptée. Les deux questions qui se posent sont donc celles-ci : Comment mettre en synergie l'ensemble de ces acteurs ? Comment dépasser le cloisonnement entre les différents champs d'intervention concernés par le bien-être des jeunes ?

³⁸ Ces deux propositions sont émises également par l'Atelier 4, **Schéma DPPE 33** (page 73) avec la proposition de création du pôle mixte de prise en charge ASE / santé mentale, HATI (Home d'Accueil Thérapeutique Intersectoriel), réclamé également dans le rapport de l'ODPE (2012, 171).

³⁹ Ce dispositif existe en territoire Pau-Béarn, cette préconisation concerne la Gironde.

⁴⁰ Sur cet aspect voir la perspective étudiée dans le champ de la protection de l'enfance par BREUGNOT P. *Les innovations socio-éducatives, dispositifs et pratiques innovants dans le champ de la protection de l'enfance*, Presses de l'EHESP, 2011.

Discussion : Ce constat se réfère également à l'approche systémique/éco-systémique (versant sociologique bien sûr), sur fond de référence à la connaissance des logiques en politiques publiques, en interpellant les acteurs sur les effets de l'exercice solitaire de leur champ de compétence. Elle prétend poser les conditions d'un processus de *reliance* entre les principaux décideurs, et déjouer les conséquences néfastes de la confrontation entre les vérités/légitimités de chacun. C'est aussi le vecteur possible d'un traitement commun de *la complexité* évoquée plus haut.

Préconisation : Dans ces circonstances il apparaît préconisé de concevoir, non seulement une coordination de ces instances, mais plutôt une simplification de celles-ci dans un **regroupement institutionnel unique de référence**⁴¹ assurant, au-delà des clivages traditionnels (par exemple : ASE/MDPH), la représentativité des diverses compétences concernées autant que la cohérence des travaux qui y seraient conduits⁴².

Ce qui devrait être commun et partagé : 1°) évaluer quels sont précisément les besoins du jeune et de la situation ; 2°) définir une stratégie d'intervention (un plan personnalisé d'accompagnement) ; 3°) mettre en œuvre la stratégie d'intervention.

Cette instance unifiée permettrait en outre « **d'analyser les écarts entre les notions d'urgence, d'obligation et de motivation** » perçues différemment selon les partenaires.⁴³

A cet égard, nous rappellerons que « **le décryptage de l'énigme de l'incapacité à partir d'une seule compétence disciplinaire est incomplet** »⁴⁴ ; et aussi : « **Soulignons qu'une approche « tout psychologie » pourrait nuire à une prise en charge de ces jeunes** ». ⁴⁵

6. GÉRER LES SITUATIONS CRITIQUES EN INTERNE

Constat : la survenue d'une situation critique au sein de l'établissement, avec son caractère d'urgence, laisse le plus souvent l'intervenant de service dans le désarroi et le doute sur le fait de savoir que faire. De plus, selon le moment, les ressources de soutien ne sont pas toujours disponibles.

Discussion : La question sous-jacente qui se pose ici est double : Qu'en est-il de l'analyse des pratiques dans l'institution (déjà posée plus haut) ? A quelles conditions les effets, les apports de cette analyse et l'expérience parlée des professionnels permettent-ils de dégager des recommandations de bonnes pratiques au sein de l'institution ? Reformulée ainsi, on le voit, cette préconisation est loin de ne prétendre qu'à construire une procédure supplémentaire.

Préconisation : Il est donc préconisé que **chaque établissement se dote, dans le cadre de son projet institutionnel, d'une procédure de gestion des situations d'urgence (ou des situations critiques)**. On ne peut en effet différer toute action dans l'attente d'une réunion d'analyse ultérieure (parfois à plusieurs jours) ni s'abstenir d'agir. Une telle procédure, outre le fait qu'elle

⁴¹ En ce sens rappelons : L'Atelier 4 , **schéma DPPE 33** (page 73) propose une réunion régulière d'une instance mixte ; le **rapport de l'ODPE 33** (2012, page 171) suggère d'organiser la coordination institutionnalisée ; la fiche action D22, Action 1 propose de réunir régulièrement une instance composée de l'ARS, de l'autorité judiciaire, de la MDPH, de l'IA, de la DEF, de la PJJ pour traiter des problématiques transverses de prise en charge de ces publics. Ces différentes propositions émanant du conseil général 33 sont à mettre en regard avec la création de la Commission des situations critiques depuis la circulaire du 22/11/2013, animée par MDPH, regroupant également l'ARS, le CG, la CPAM, la psychiatrie et l'EN autour des situations individuelles critiques.

⁴²« Construire et prioriser un réseau cohérent et territorialisé de ressources sanitaires et médico-sociales qui substitue à la logique d'orientation une logique de plan personnalisé reposant sur une évaluation commune de la situation (...) Chaque acteur est nécessaire et insuffisant », in BARREYRE J.Y. Op. c. (77). « *Confirmer le rôle du comité de suivi existant (MDPH, EN, ARS, ESMS, ASE, hôpital, famille) pour : clarifier les rôles et les fonctions des partenaires intervenant autour de l'enfant, traiter des cas complexes (gestion de situation de crise, situations complexes, enchevêtrement des décideurs)* », **Schéma Départemental Autonomie 64** (2013-2017).

⁴³ LIBEAU-MOUSSET, L. Op. c. (79).

⁴⁴ BARREYRE J.Y. Op. c. (68).

⁴⁵ LIBEAU-MOUSSET L. Op. c. (85).

est en elle-même [une anticipation des risques réfléchi par l'équipe](#), favorise chez les acteurs à la fois [un meilleur contrôle de soi](#), [une réassurance](#) et [une formation](#).

7. PENSER L'INSTITUTION ET « FAIRE ÉQUIPE »

Constat : la situation critique de l'adolescent aux difficultés multiples, c'est également l'évènement révélateur, ou le facteur déclenchant, d'une situation critique au sein de l'établissement ou du service accueillant : désordre interne plus ou moins important, critiques et débats conflictuels entre les intervenants, sentiment d'impuissance et doutes sur les capacités de l'institution « insuffisamment bonne », etc. A juste titre, les professionnels ne peuvent faire l'économie d'un questionnement sur l'adéquation de leur établissement⁴⁶. Les conséquences en matière de dégradation du climat social interne ou de gestion des ressources humaines sont dans ce cas loin d'être anodines. L'exclusion du jeune, si celle-ci doit survenir, ne rejette pas à l'extérieur, avec le jeune, ces diverses attaques des liens institutionnels⁴⁷.

Discussion : Trois références inspirent la prise en compte de ce constat :

- La prise de conscience de l'existence d'une dynamique institutionnelle qui échappe aux acteurs et qui les agit (à leur insu) à défaut de la prise en compte de cette réalité psychique groupale⁴⁸.
- La nécessité de réfléchir à l'articulation de l'individuel et du collectif, à ses effets et à la gestion de celle-ci. (Comme nous l'avons entendu dans les séances comme essentiel argument d'exclusion – ou d'intolérance-, nous trouvons le fait que le collectif se trouverait menacé par le jeune-symptôme)⁴⁹.
- La nécessité de prendre en compte les aspects institutionnels qui seraient, en eux-mêmes, facteurs de disfonctionnement, de crise, d'exclusion (que le jeune-symptôme réactive, provoque, prend à son compte...).

Les références sources sont ici essentiellement de nature psychanalytique et/ou systémique.

Préconisation :

Il est donc préconisé que, d'une part, [les cadres dirigeants des institutions concernées par les adolescents soient particulièrement attentifs aux instances et références susceptibles d'assurer l'analyse de la dynamique interne et des pratiques mises en œuvre et que, d'autre part, l'ensemble des intervenants soient formés à ces modalités d'analyse](#). Diverses ressources théoriques sont susceptibles de guider cette orientation institutionnelle. Bien qu'il s'agisse-là d'une bonne pratique du management ordinaire de toute institution, il convient d'y insister ici en raison de la nature des attaques que ces troubles adolescents font vivre au Cadre de la structure accueillante.

⁴⁶ « Par « incasables » nous entendons généralement ces mineurs qui posent problème au cadre », in LIBEAU-MOUSSET, Op. c. (9). « l'institution participe-t-elle d'un cadre où l'altérité est possible ou fait-elle disparaître cette garantie en laissant à chacun le soin de s'y inscrire ou non ? (...) Quels sont les facteurs institutionnels qui peuvent renforcer cette trajectoire (instabilité) du jeune ? » Ibid. 20-21. Et aussi : « Quand il s'agit de jeunes « difficiles », on peut souligner que les institutions sont interrogées dans leurs valeurs, dans leur fonctionnement habituel et dans leur routine (...) Pourquoi l'accent devrait-il porter sur les individus plutôt que sur les pratiques institutionnelles qui nomment et rendent « incasable » ? GUIGUE M. Op. c. (7-8).

⁴⁷ « En effet (la littérature scientifique) est davantage centrée sur ce qui fait que le jeune vient créer « du dépassement puis l'impuissance des institutions » et elle n'évoque que rarement la manière avec laquelle les institutions autoalimentent les processus de rupture par des disfonctionnements dont elles sont l'objet », in LIBEAU-MOUSSET L. Op. c. (90).

⁴⁸Notamment : KAES R.- FUSTIER P.- HENRIQUEZ E.- ROUSSILLON R. (DUNOD 1987/2012 et ouvrages suivants) ; GAILLARD G. (Cahiers de l'ACTIF n° 428-429/ANMECS, 2012 ; DUNOD 2014 in BATIFOULIER & TOUYA N.) ; GRANGE-SEGERAL E. & ANDRE-FUSTIER F. (DUNOD 2008, 2014, in BATIFOULIER F. & TOUYA N.) ; PINEL J-P. (DUNOD 1996 in KAES & coll. ; ERES 2008 *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n°51) ...

⁴⁹ Actes des journées nationales de l'ANMECS, 2012, in *Cahiers de l'ACTIF*, 2012, N° 428-429. (Plusieurs contributions traitent explicitement de la situation de ces jeunes).

8. PREVENIR « L'INCASABILITE », OU TENTER DE LE FAIRE. QUELQUES REPERES.

8.1 Lutter contre « l'Alzheimer » des institutions (BARREYRE J.Y.)

Constat : la succession des mesures prises, des services ou établissements sollicités dans le parcours institutionnel de ces jeunes conduit à une perte d'informations les concernant. Celles-ci sont pourtant essentielles pour comprendre la complexité de la situation, donner du sens aux difficultés qui surviennent et être en mesure d'apaiser la souffrance du jeune. Nombre de passages à l'acte, ou de ruptures de prise en charge sont à mettre au compte d'évènements survenant dans le cadre de l'institution sans que les professionnels puissent en saisir le sens pour l'adolescent⁵⁰.

Préconisation 8.1

A cette fin, il est préconisé de se doter d'un outil : « La grille de recueil biographique »⁵¹. Celle-ci renseigne, à partir des éléments connus par les intervenants successifs, notamment sur :

- Le parcours d'hébergement depuis la naissance,
- Les évènements relatifs à la famille et à l'entourage proche depuis la naissance (naissances, décès, déménagement, ruptures, retrouvailles...),
- La scolarité et/ou les activités de jour depuis leur commencement,
- L'état de santé depuis la naissance,
- Les interventions sociales et judiciaires depuis leur commencement.

Son usage devrait permettre notamment d'aider les intervenants à prévenir le risque évoqué ci-dessous.

8.2 La souffrance maltraitée : repérer et décrypter les manifestations à l'origine des ruptures de prise en charge⁵²

Constat : « le point commun entre les jeunes dits « incasables » est qu'ils ont connu des évènements et des contextes de vie ayant produit une extrême souffrance ».⁵³ Or, il se trouve que, bien souvent, les premières interventions ou mesures prises ne se sont pas attachées à prendre en compte cette souffrance du jeune qui peut ainsi la conserver « comme une plaie intacte, et à vif », pendant une longue durée⁵⁴. Si, de plus, les évènements biographiques de cette première période se trouvent occultés ou oubliés, il y a peu de chances que les intervenants ultérieurs parviennent à la déceler pour envisager de la traiter. « l'incapabilité n'est souvent qu'une désignation indicible d'une plaie à vif » (BARREYRE, 78).

Préconisation 8.2 :

Il est donc préconisé que, dès la première mesure ou intervention prise pour un jeune⁵⁵, il soit réalisé à la fois un diagnostic le plus fin possible des conséquences traumatiques que les évènements justifiant la mesure peuvent avoir pour lui, et d'engager sans attendre toute aide adéquate (par exemple : l'éloignement protecteur à lui seul ne suffit pas).

A cet égard, nous soulignons l'analyse de L. LIBEAU-MOUSSET : « Il nous paraît important de mener une réflexion conjointe sur les risques encourus à faire un amalgame voire un raccourci entre « diagnostic » et « stigmatisation » (...) Il nous a semblé que nous étions face à ce que

⁵⁰ Notons également cette analyse : « Nous retrouvons à cet endroit précis du partenariat institutionnel une hiérarchie qui détermine en quelque sorte un jeu de pouvoir de circulation des informations jugées, ou non, utiles à transmettre », in LIBEAU-MOUSSET L. Op. c. (86).

⁵¹ BARREYRE J.Y. Op. c. (87).

⁵² BARREYRE J.Y. Op. c. (35).

⁵³ BARREYRE J.Y. Op. c. (26).

⁵⁴ « l'incapabilité est parfois liée à une non-lecture de la souffrance initiale et de son développement tout au long du parcours » (BARREYRE, 50)

⁵⁵ Ou enfant, car dans la biographie de ces adolescents de tels évènements arrivent précocement.

nous qualifierons de « traumatisme collectif » autour du dépistage précoce »⁵⁶. En effet, la conséquence de la réticence de certains intervenants à formuler un diagnostic - outre le fait qu'elle dispense à bon compte ceux-ci d'un effort d'élaboration de ce diagnostic - a pour conséquence pour le jeune de ne pas se voir proposer une réponse adéquate au plus tôt.

9. MIEUX CONNAÎTRE LA POPULATION DE JEUNES CONCERNÉS

Constat : l'évaluation du nombre des jeunes concernés par cette situation dans le département est aujourd'hui aléatoire, elle est variable d'une institution à une autre et ne peut sérieusement permettre une appréciation des besoins départementaux.

Afin de clarifier cet aspect et permettre une meilleure visibilité des besoins et un « pilotage éclairé » des actions à conduire vis-à-vis de ces jeunes et de leurs familles, nous suggérons deux préconisations :

8.1 D'un point de vue quantitatif : que soit effectué un recensement des situations examinées à la MDPH en [Equipes Pluridisciplinaires Exceptionnelles](#) ; parmi celles-là, que soient recensées également celles qui ont donné lieu à [des propositions d'Aide Humaine complémentaires](#). Que soient aussi évalués en valeur les moyens accordés aux établissements par l'ARS au titre de crédits non reconductibles au profit de ces situations (sur les 5 dernières années par exemple).

8.2 D'un point de vue qualitatif : que soit réalisée une étude rigoureuse de la population concernée. Puisqu'une des difficultés de cette évaluation (et une des raisons qui expliquent la diversité des appréciations selon les acteurs) réside dans [le choix des critères caractéristiques spécifiques de cette population](#), cette étude gagnerait à s'inspirer des critères retenus par les chercheurs dans le cadre des études de l'ONED (2008). La liste de ces critères gagnerait ensuite à être communiquée aux établissements et services du département afin de les aider dans l'analyse des situations qu'ils seraient amenés à connaître⁵⁷.

10. CONSTRUIRE UN RÉSEAU DE RESSOURCES TERRITORIALES SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES

Constat : l'analyse diagnostique réalisée dans le cadre de cette action, la mobilisation des acteurs qui y ont participé, la sensibilisation générale qu'elle peut soutenir auprès des autres acteurs du champ sont autant de facteurs favorables pour dégager quelques perspectives d'amélioration de la situation de ces jeunes et du système complexe de leur accompagnement.

Discussion : Enfin, la question posée ici est celle de l'engagement politique. Mais c'est également la question de *savoir pourquoi se mobiliser*. Et ce n'est pas seulement pour satisfaire des besoins représentés par telle ou telle « catégorie » d'utilisateurs, non, c'est bien plus que cela. Si nous nous sommes bien fait comprendre dans notre analyse précédente, cette mobilisation politique est nécessaire pour palier au phénomène du « tiers-exclu » qui prend ses racines dans la logique prévalente actuelle de notre organisation sociale et médico-sociale, phénomène dont certes, ces jeunes ne sont pas les seules victimes, mais qui appelle – à l'évidence- une réflexion et une mobilisation politiques pour commencer à rénover le système⁵⁸. Voilà pourquoi cette préconisation est essentielle, au sens fort.

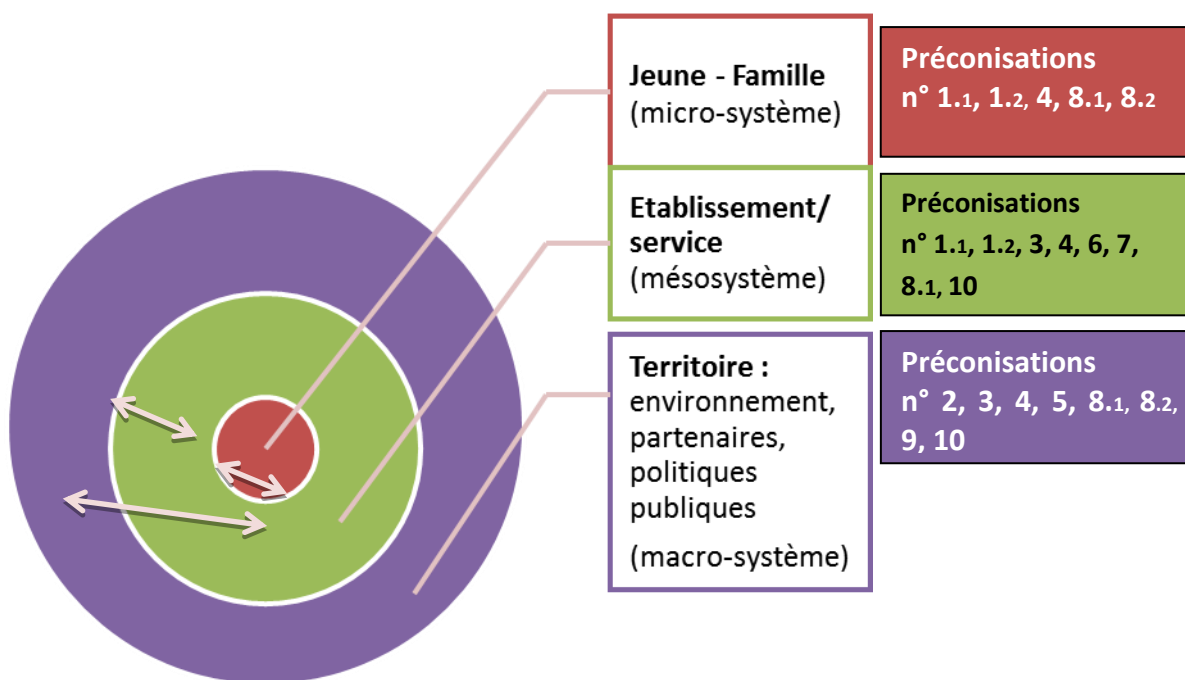
⁵⁶ ICSH/ONED, Op. c. (83).

⁵⁷ « Effectuer un recensement systématique des situations complexes », **Schéma Départemental Autonomie 64** (2013-2017). Rappelons aussi que cette préconisation figure dans le **Rapport annuel de l'ODPE 33** (2012,164) : « Organiser l'étude détaillée quantitative de ces jeunes ».

⁵⁸ « On sait ce que disait Thomas HUHN sur le processus des révolutions scientifique et le passage d'un paradigme à un autre : le plus souvent des « anomalies » s'insèrent dans le système de pensée dominant qui, dans un premier temps, sont gérés ou contrôlés par l'organisation conceptuelle technique et industrielle du paradigme dominant. Puis, les anomalies font « grincer la machine » de telle sorte que la pensée dominante ne suffit plus à y répondre. Les situations d'incapacité sont les « anomalies » qui annoncent une révolution paradigmatique des politiques de santé publique. Le passage du projet d'une logique d'établissement à une logique personnalisée de service rendus annonce probablement une interrogation

Préconisation : 1°) assurer la continuité de cette mobilisation, 2°) mettre en œuvre une stratégie territoriale d'amélioration suggérée par l'action et organiser une méthodologie de suivi de ce programme, et 3°) arrêter les modalités de son pilotage (éventuellement collégial : CG, ARS, MDPH, EN, PJJ, ESMS)⁵⁹.

Schéma éco-systémique



Légende :

- Les jeunes et leurs parents sont directement impliqués dans 5 préconisations,
- Les établissements /services SMS sont directement concernés par 8 préconisations,
- Des partenaires du territoire sont impliqués dans 8 préconisations.

NB : étant entendu que chacun des trois systèmes figurés est lui-même le lieu d'une dynamique qui lui est propre.

nouvelle de l'organisation et du paradigme qui la sous-tend encore », BARREYRE J-Y. & FIACRE P. (Op. c.. 2010/4) ; BARREYRE J-Y. 2011/4, Op. c.).

⁵⁹ Cette dernière préconisation N°10 avec la préconisation N°5, constituent le maillon-clé de l'amélioration du dispositif départemental d'accompagnement de ces jeunes.

CONCLUSION

La situation des mineurs en difficulté, ceux dits « incasables », s'est trouvée éclairée de manière nouvelle par la Recherche initiée par l'ONED. Ces résultats se trouvent valorisés et confortés par les témoignages d'expériences que la formation-action soutenue par UNIFAF-ANCREAI au niveau national a pu mettre en évidence.

La démarche des chercheurs pour l'analyse et la compréhension de ces *situations d'incapacité* d'une part, l'analyse problématique des actions et modes de réponses souhaitables des divers acteurs d'autre part, permettent de proposer une nouvelle approche du thème. Etayé sur des pratiques quotidiennes dont les acteurs connaissent la complexité depuis des années, ce rapport propose ici un regard renouvelé sur notre sujet grâce à l'association des références qui l'organisent : un questionnement original, une mise en perspective problématique, enrichie et discutée par la recherche, et soutenue par des sources théoriques multi-référencées.

La réponse à la question posée de l'accompagnement de ces jeunes sur les territoires ne saurait se limiter à la seule dimension technique ou professionnelle, aussi exigeante que soit celle-ci. Le sujet, ici posé en terme de *diagnostic partagé* et de *territoires* – et c'est toute l'originalité de cette action – oblige à prendre en compte l'ensemble du contexte dans lequel s'exercent les différentes compétences des acteurs et à interroger la cohérence des politiques publiques d'action sociale et médico-sociale.

Chacune de ces deux dimensions est en elle-même nécessaire et insuffisante.

Bibliographie

Ouvrages et articles

Adolescents en difficulté, difficiles, « incasables »

ANESM (2013) *L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure*. Recommandation de Bonnes pratiques professionnelles.

http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article724&var_mode=calcul

Défenseur des Droits (2011) *Enfants confiés, enfants placés : défendre et promouvoir leurs droits*.

Rapport annuel : http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/upload/defense_des_droits_des_enfants/rapport_ddd_2011_simples.pdf

Synthèse : http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/upload/defense_des_droits_des_enfants/synth_comp.pdf

ANMECS (2012) *L'articulation de l'individuel et du collectif, au centre de la clinique éducative*, Actes des 2^{èmes} journées nationales de l'Association Nationale des MECS, Toulouse. Les Cahiers de l'ACTIF, 2012, N° 428-429.

BARBE L. *Le travail en réseau avec les adolescents « complexes » : apports, limites, conditions* (dans le cadre de son intervention au CREAI Nord Pas de Calais).

http://www.cabinetcress.fr/public/L.BARBE_CREAI_npd.pdf

BARREYRE J-Y. (1997) *Jeunes incasables, une population limite, et Pour un plan d'action d'urgence départemental-enfants difficiles*. INTERFACES, Juin et Octobre.

BARREYRE J-Y, FIACRE P. (2009) *Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables »*. *Une dimension nécessaire à la cohérence des interventions*. Informations sociales, 2009/6 (80-90).

(2010) *Quand le projet fait fuir le sujet...* Vie sociale, 2010/4 (87-98) ERES

http://cediasbibli.org/opac/doc_num.php?explnum_id=1934

BERGER M. (2012). *Soigner les enfants violents*. DUNOD, coll. Enfances.

BOTBOL M., CHOQUET L.H., GROUSSET J. (2010) *Eduquer et soigner les adolescents difficiles : la place de l'aide judiciaire contrainte dans le traitement des troubles des conduites*, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. Vol 58, n°4.

BOUYSSIERE CATUSSE, E. (2012) *Adolescents difficiles : penser et construire des partenariats*. ERES, coll. La Vie devant eux.

BYNAU C. (2010) *Accueillir les adolescents en grande difficulté* (1^{ère} édition 2004), ERES, coll. Trames.

CHARTIER J-P. (1988) *Les incasables, alibi ou défi ?* Journal des psychologues, N° Hors série, septembre.

CHARTIER J-P. (1997) *Les adolescents difficiles*, DUNOD

Connexions (2011) *Accompagnement des adolescents en grande difficulté*, N° 96, ERES.

Conseil général de la Nièvre, Maison départementale de l'enfance et de la famille (2011) *Le juge est là pour me protéger. Guide à l'usage des enfants et adolescents pour se repérer dans une procédure judiciaire*. [document électronique], http://www.cg58.fr/IMG/pdf/GUIDE_MADEF-052011.pdf

Conseil supérieur de la santé (2011) *Enfants et adolescents : troubles des conduites dans leur contexte*. [document électronique]. Bruxelles : CSS ; Avis n° 8325, Résumé :

http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/19068846_fr.pdf

Texte intégral : http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@shc/documents/ie2divers/19072167_fr.pdf

- DE SOTO A. (2010) *Accompagner l'enfant incasable et sa famille. Six aventures éducatives et thérapeutiques pour faire autrement.* Edition Chronique Sociales.
- DESSEZ P., DE LA VAISSIERE H. (2007) *Adolescents et conduites à risque : Prévention et écoute.* ASH.
- DUMAY S. (2000) *Élaboration d'un réseau pour 'adolescents difficiles.* *Enfances & Psy.* [en ligne]. No 12, (144-147): www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2000-4-page-144.htm
- GARCIN V. (2011) *Une Equipe mobile intégrée dans un dispositif spécifique de soins pour Adolescents : Une action de Secteur.* [document électronique]. EPSM des Flandres, Bailleul http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/garcin_equipe-mobile_23_06_11.pdf
- GRANVAL D. (2003) *Adolescents difficiles, établissements et aide sociale, comment améliorer ?* L'Harmattan, coll. Technologie de l'action sociale.
- GRÉGOIRE P. et CORBET E. (2004) *L'accueil des adolescents en grande difficulté Travail partenarial en réseau.* [document électronique]. CREA Rhône-Alpes, Conseil Général du Rhône, http://www.ch-le-venatier.com/cme-psy/rhalp_CG69_adolescents_en_difficult%C3%A9_600dpi.pdf
- Haut comité de la santé publique (2000) *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes.* [document électronique]. France, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, <http://www.hcsp.fr/docspdf/hcsp/hc000987.pdf>
- JEANNE Y. (2010) *Dépasser la violence des adolescents difficiles. Le pari de l'éducation.* ERES, coll. Connaissances de la diversité.
- LAVAL C. et FURTOS J. (2010) *Pourquoi les adolescents inquiètent-ils les adultes ?* *Bulletin national santé mentale et précarité*, N°38
- LEFEBVRE C. (2007) *Des solutions pour accompagner les adolescents difficiles,* *Lien social.* N°863
- MARCELLIN D. (2011) *Le Jura dans tous ses états - Une expérience de centre de vacances d'adolescents et d'intégration,* *VST : revue du champ social et de la santé mentale.* N°111
- TORDJMAN S. et GARCIN. V. (2010) *Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté.* Masson.
- WACJMAN C. (2002) *Les adolescents en institut de rééducation.* DUNOD, coll. Enfances.

Publications de l'ONED

2006, Appels d'offres thématiques : *Les mineurs dits « incasables ».*

2008 : Rapports des 3 recherches retenues :

BARREYRE J-Y, FIACRE P., JOSEPH V., MAKDESSI Y. (2008) *Une souffrance maltraitée. Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables ».* CEDIAS/ANCREAI IdF/ONED, http://www.creai-idf.org/sites/cedias.org/files/oned_rapport_final.pdf, Synthèse : http://www.creai-idf.org/sites/cedias.org/files/synthese_incasables.pdf (Dossier à télécharger sur le Site de l'ONED)

GUIGUE M., BRUGGEMAN D., LEMOINE M., LESUR E., TILLARD B., (2008) *Des jeunes de 14 à 16 ans « incasables » ? Itinéraires d'élèves aux marges du collège.* Lille 3/ONED (Dossier à télécharger sur le Site de l'ONED)

LIBEAU-MOUSSET L., WINTER A. (2008): *Les mineurs dits "incasables". Une analyse des facteurs de risques de vulnérabilité des adolescents à travers leurs parcours de vie et les prises en charge institutionnelles* I.C.S.H. Haute-Bretagne/ONED (Dossier à télécharger sur le Site de l'ONED)

2008 : *Les jeunes en difficultés multiples. Questions de recherche et réponses pratiques,* Actes de la journée de l'ONED du 12 décembre (Dossier à télécharger sur le Site de l'ONED)

Publications de la DREES

(2003), *Les établissements et services pour enfants et adolescents en difficulté sociale - Série Statistiques n°48,* février 2003

(2004-a), *La santé des adolescents - Études et résultats n°322,* juin 2004

(2004-b) *Les modes de vie des adolescents âgés de 15 à 17 ans - Un aperçu à partir des enquêtes statistiques - Études et résultats n°319,* juin 2004

(2005-a) Les enfants et adolescents pris en charge dans les Centres médico-psycho-pédagogiques - Études et résultats n°392, avril 2005

(2005-b) Enquête nationale sur les enfants et adolescents suivis dans les centres médico-psycho-pédagogiques du 20 janvier au 2 février 2003 - Série Statistiques n°87, septembre 2005

Les établissements accueillant des enfants et des adolescents en difficulté sociale - Résultats de (2006) l'enquête ES 2004 - Études et résultats n°525, septembre 2006

(2007) Les établissements pour enfants et adolescents en difficulté sociale : activité et personnel au 31 décembre 2004 - Série Statistiques n°113, juillet 2007

(2010) Les établissements hébergeant des enfants et des adolescents en difficulté sociale - Études et résultats n°743, novembre 2010

(2011) 50 000 enfants et adolescents en difficulté sociale hébergés en établissements. Résultats de l'enquête ES 2008 - Études et résultats n°778, octobre 2011

(2012) MAINAUD T. Les établissements et services en faveur des enfants et adolescents en difficulté sociale - Document de travail, Série statistiques, n°173.

Famille, parentalité, relations parents-professionnels

ACTIF (2014) *Le travail avec les familles : de la gestion des tensions à la création d'espaces collaboratifs*, Les Cahiers de l'Actif, N° double : 456/457, 458/459 (à paraître).

AFIREM (1998) *Enfants placés : place des parents*. Les Cahiers, N° 33.

AUSLOOS Guy (1995), *La compétence des familles*, ERES.

BOUCHARD JM. (1988) *De l'institution à la communauté. Les parents et les professionnels : une relation qui se construit*, in DURNING P. *Education familiale, un panorama de la recherche internationale*, MIRE, Matrice.

BOUREGBA A. (2004) *Les troubles de la parentalité. Approche clinique et socio-éducative*. DUNOD, Collection: Enfances

BOUTIN G. et DURNING P. (1994) *Les interventions auprès des parents. Bilan et analyse des pratiques socio-éducatives*. PRIVAT

CHAUVIÈRE M. et BUSSAT V. (2000) *Le périmètre du familial dans l'action sociale*. La Documentation Française

CHAUVIÈRE M. et GODBOUT J. (1992) *Les usagers entre marché et citoyenneté*, L'HARMATTAN

CLEMENT R. (1993) *Parents en souffrance*, STOCK / Laurence Pernoud

CREAI Rhône-Alpes. (1985) *Parents et professionnels (1. Une rencontre nécessaire, difficile et souhaitée ; 2. Associer les parents à l'action des professionnels)*, Lyon, Médiasocial

CREDOC (1998) *Le rôle des parents selon les familles et les professionnels*. Consommation et mode de vie, n°195

DEANA C et GREINER G. (2003) *Parents-professionnels à l'épreuve de la rencontre*, ERES

DOUMONT D. et RENARD.F. (2004) *Parentalité : Nouveau concept, nouveaux enjeux ?* En collaboration et pour Le centre local de promotion de la santé de Huy-Waremme ; *Réf. : 04-31*, Série de dossiers techniques Service Communautaire de Promotion de la Santé, avec le soutien de la Communauté française de Belgique

DUBREUIL B. (2006) *Accompagner le projet des parents en éducation spécialisée*, DUNOD

DURNING P. & PASCAL S. (1999) *Le partage de l'action éducative entre parents et professionnels* GREF, CNFE-PJJ, VAUCRESSON (coll. Instruments et méthodes 1)

HOUZEL D. (1999) *Les enjeux de la parentalité*, ERES

HOUZEL D. (2003) *Un autre regard sur la parentalité* (Entretien avec), ERES, Coll. Enfances & Psy (n°21)

HUMBERT C. (2000) *Les usagers de l'action sociale. Sujets, clients ou bénéficiaires ?* L'HARMATTAN.

- IGAS (2001), *Les institutions sociales face aux usagers*, Inspection Générale de l'Action Sociale
Rapport annuel, LA DOCUMENTATION FRANCAISE
- LAMOUR M. (2010) *Parents défaillants, professionnels en souffrance*, YAKAPA-BE
- LAURENT P. (2002) *Groupes de soutien à la parentalité* », ERES, Coll. *Enfances & Psy*, (n°19)
- MARTIN C. (2003) *La parentalité en questions, perspectives sociologiques : rapport pour le Haut conseil de la population et de la famille*, Haut conseil de la population et de la famille
- MAUVAIS P. (2008) *La parentalité accompagnée*, ERES, coll. *Mille et un bébés*, N° 67
- ONED : (2013-a), *Famille, parenté, parentalité et protection de l'enfance. Quelle parentalité partagée dans le placement ? Témoignages et analyses de professionnels*. Septembre.
- (2013-b), Fiche technique « *La médiation familiale dans le contexte de la protection de l'enfance* » - groupe d'appui à la protection de l'enfance. Avril 2013
- OTT L. (2008) *Travailler avec les familles. Parents-professionnels, un nouveau partage de la relation éducative*, ERES
- RIBES B. (2003) *L'accompagnement des parents*, DUNOD
- ROMEO C. (2001) *L'évolution des relations parents-professionnels dans le cadre de la protection de l'enfance*, Ministère de la famille, de l'enfance et des personnes handicapées, LA DOCUMENTATION FRANCAISE
- SELLENET Catherine. *La parentalité décryptée, pertinence et dérive d'un concept*. L'Harmattan, 2007
- SPIRALE, Collectif d'auteurs (2004) *Parentalité accompagnée, parentalité confisquée ?* ERES, N° 29

Action sociale et médico-sociale, Institution

- ACTIF (2007) *A la rencontre des MECS : enjeux majeurs et nouvelles logiques d'actions*, Les Cahiers de l'ACTIF, N°368-369.
- ACTIF/ANMECS (2012) *L'articulation de l'individuel et du collectif, au centre de la clinique éducative*, Les cahiers de l'ACTIF n° 428-429.
- BALINT M. (1960) *Le médecin, son malade et la maladie*, PUF & PAYOT 2003.
- BATIFOULIER F. & TOUYA N. (2008) *Refonder les internats spécialisés*, DUNOD ; (2014) *Travailler en MECS*, DUNOD-ANMECS.
- BAUDURET J. F. (2013) *Institutions sociales et médico-sociales : de l'esprit des lois à la transformation des pratiques*, Collection : Santé Social, DUNOD
- BARREYRE J.Y. (2000) *Classer les exclus. Enjeux d'une doctrine de politique sociale*, DUNOD
- (2010) *Les implicites d'une révolution douce*. Revue Vie Sociale 2010/4, ERES
- (2011) *Pour une nouvelle économie politique de santé publique*, Revue Vie sociale 2011/4, ERES
http://creaialsace.org/Files/Other/Notes%20et%20Documents/Articles/N_193_Pour%20une%20nouvelle%20economie%20politique%20de%20sante%20publique_par%20J-Yves%20BARREYRE.pdf
- BERGER M. (2004) *L'échec de la protection de l'enfance*, DUNOD
- BERGER M. (2011) *Les séparations à but thérapeutique* (2^{ème} éd.), DUNOD, coll. *Enfances*
- BLAEVOET J-P. et CROGNIER.P. (2009) *Prévenir la maltraitance en institution*, DUNOD, coll. *Enfances*
- BIANCO J.L. et LAMY P. (1980) *L'aide Sociale à l'Enfance demain. Contribution à une politique de réduction des inégalités*. Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale, Imprimerie Nationale
- BRONFENBRENNER U. (1979) *The ecology of human development*, Harward University Press
- CHAPONNAIS M. (2005) *Placer l'enfant en institution*, DUNOD
- CORBILLON M., DUyme M., ASSAILLY JP. (1987) *Le placement à l'aide sociale à l'enfance : la reproduction intergénérationnelle*, Les Cahiers du CTNERHI, N° 37 et à la Documentation Française,
- COTTIN P. (2010) *Prendre soin du partenariat : les déterminants du travail en réseau au sein d'une Maison des adolescents*, Vie sociale. N°1

- CROZIER M, FRIEDBERG E. (1977/1981) *L'acteur et le système*. SEUIL.
- DANANCIER J. (2005) *Evaluer et prévenir la violence dans les établissements sociaux*. 2^{ème} éd, DUNOD,
- DELCROIX C. (2012) *Education(s) et réseaux de sociabilité*. Pétra.
- DUPONT-FAUVILLE. (1972) *Pour une réforme de l'Aide Sociale à l'Enfance*, ESF.
- DURNING P. (1995) *Education familiale. Acteurs, processus et enjeux*, PUF.
- ENRIQUEZ E. (2003) *L'organisation en analyse*, PUF, Collection Sociologie d'Aujourd'hui.
- FABLET D. & BLANCHARD-LAVILLE C (2000) *Analyser les pratiques professionnelles*, L'HARMATTAN ; (2003) *Travail social et analyse des pratiques professionnelles*, L'HARMATTAN
- FABLET D. (2012) *Supervision et analyse des pratiques professionnelles dans le champ des institutions sociales et éducatives*, L'HARMATTAN
- GACOIN D. (2013) *Le « secret partagé » est-il possible ou à proscrire au sein d'une équipe en établissement ou service médico-social ?* Article en ligne : <http://danielgacoin.blogs.com/blog/2013/05/le-secret-partag%C3%A9-est-il-possible-ou-%C3%A0-proscrire-au-sein-dune-%C3%A9quipe-en-%C3%A9tablissement-ou-service-m%C3%A9dico-social/>
- GAILLARD G. & PINEL J-P. (2011) *L'analyse de la pratique en institution : un soutien à la professionnalité dans un contexte d'emprise du modèle gestionnaire*, Nouvelle revue de psychosociologie, n° 11, 2011/1, ERES
- GAILLARD G. (2012) *Professionnalité et travail du lien dans les équipes*, Les Cahiers de l'ACTIF n° 428-429, et aussi in BATIFOULIER (2014)
- GRANGE-SEGERAL E. & ANDRE-FUSTIER F. (2008) *Pour une clinique de l'institution. Penser les processus psychiques à l'œuvre dans les ensembles institutionnels*, in BATIFOULIER & TOUYA (2008) et aussi (2014), DUNOD
- HUMBERT C. (2003) *Institutions et organisations de l'action sociale. Crises, changements, innovations ?* L'HARMATTAN,
- KAES R. & coll. (1987/2012) *L'institution et les institutions*, DUNOD, coll. Inconscient et culture.
 (2012) *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, DUNOD
 (2013) *La psychanalyse à l'épreuve du groupe*, DUNOD
 (2013) *Crise, rupture et dépassement*, DUNOD
 (2014) *Les alliances inconscientes*, DUNOD
- KARSZ S. (2011), *Pourquoi le travail social ? Définition, figures, clinique* (2^e éd) DUNOD, Coll. Santé Social.
- LAFORE R. (2005) *Des politiques sociales en mouvements, des compétences nouvelles pour les Directeurs*. (à l'occasion des Etats Généraux de la FNADES).
http://www.fnades.fr/etatsgeneraux/archive2005/docs/comptesRendus/ROBERT_LAFORE.pdf
- Ministère des Affaires sociales (2001) *Prévenir, repérer et traiter les Violences à l'encontre des enfants et des jeunes dans les institutions sociales et médico-sociales*, Belgique, ENSP.
- NAVES P., CATHALA B. (2000) *Accueils provisoires, placements d'enfants et d'adolescents*, IGAS-IGSJ, Rapports publics de l'IGAS (2 tomes), Ministère de l'emploi et de la solidarité, La Documentation Française.
- NEYRAND G. (2006) *Faut-il avoir peur de nos enfants ? Politiques sécuritaires et enfance*. La découverte.
- ONED : (2012), *Partenaires ou prestataires ? Les relations entre départements et associations de protection de l'enfance à la croisée des chemins*. Actes du séminaire ONED, Pôle enfance de l'INSET d'Angers des 27 et 28 septembre 2012
 (2013) CHAIEB S. *Les recherches francophones sur les parcours de placement, la transition à l'âge adulte et le devenir des enfants placés*. Revue de littérature. Observatoire national de l'enfance en danger.
- POURTOIS J.P. et DESMET H. (2006) *La bientraitance en situation difficile. Comment soutenir des enfants et des adolescents vulnérables*. L'Harmattan, coll. Savoir et formation.

ROUZEL J. (1997/2000) *Le travail d'éducateur spécialisé. Ethique et pratique*, DUNOD
(1998) *L'acte éducatif. Clinique de l'éducation spécialisée*, ERES
(2002) *Le transfert dans la relation éducative*, DUNOD
(2007) *La supervision d'équipe en travail social*, DUNOD

VACHEY L. et JEANNET (2012) *Etablissements et services pour personnes handicapées, offre et besoins, modalités de financement*. Rapport IGAS/IGF. Téléchargeable au lien suivant :
http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ESMS_IGAS.pdf

Autres

L'université Pierre et Marie-Curie a un Diplôme Universitaire « Adolescents difficiles : approche psychopathologique et éducative », sous la direction de Philippe JEAMMET.

→ Les mémoires de ce DU sont en ligne sur le Site DERPAD (rubrique Ressources / Ecrits professionnels) : <http://www.derpapad.com/ressources/ecrits-professionnels/>

Le lecteur intéressé pourra utilement se référer aux bibliographies recensées par les auteurs des 3 recherches de l'ONED (2008).

ANNEXES

ANNEXE 1 : OUTIL D'AUTODIAGNOSTIC

ANNEXE 2 : FICHE DE RECEUIL BIOGRAPHIQUE

ANNEXE 3 : GLOSSAIRE

ANNEXE 1 : OUTIL D'AUTODIAGNOSTIC



Action Nationale
de Formation-Action
UNIFAF

*“Adolescents
en grande difficulté,
quels
accompagnements sur
le territoire ?”*



**Outil en vue d'élaborer un diagnostic territorial
relatif aux pratiques et besoins de formation des professionnels
en matière d'accompagnement des adolescents en grande difficulté**

**Etape de pré-diagnostic :
Document à remplir en équipe et à retourner au CREA I avant le**

Nom et coordonnées de la structure :

Personne à contacter :

Quel est l'agrément et/ou habilitation de la structure ?

Comment se définit votre territoire d'intervention ?

Quelles sont les prestations et interventions que vous proposez ?

1. Les adolescents en grande difficulté

1.1 Quelle est la question principale que se posent les salariés concernant les adolescents en grande difficulté ?

1.2 Selon les membres de l'équipe, quels éléments caractérisent la situation des adolescents en grande difficulté et combien de jeunes sont concernés dans votre structure ?

	Eléments caractérisant les difficultés	Effectifs des jeunes accueillis dans la structure au (date de référence à définir)	Effectifs des adolescents en grande difficultés au (date de référence)
Garçons	× × ×		
Filles	× × ×		

1.3 Quelle est pour vous la tranche d'âge à considérer ?

1.4 Des éléments du parcours de vie peuvent-ils être relevés comme significatifs concernant les adolescents en grande difficulté ? Si oui, lesquels ?

2. Les compétences, les savoir-faire et les limites de la structure

2.1 Au-delà de la mission, quel est le savoir-faire spécifique de la structure ? Qu'est ce qui rend la structure pertinente pour les adolescents en grande difficulté ?

2.2 A l'inverse, qu'est-ce que la structure ne sait pas faire ? Qu'est ce qui conduit à poser la limite de votre accueil concernant les adolescents en grande difficulté ?

2.3 Qu'est-ce qui motive les salariés à travailler dans cette structure ?

2.4 Quels autres institutions ou dispositifs concernés par les adolescents en grande difficulté existent sur votre territoire ? En quoi les missions de chacun diffèrent-elles des vôtres ? En quoi sont-elles complémentaires ?

3. La place de l'utilisateur et les relations avec les familles

3.1 Quelles sont les principales préoccupations et attentes des adolescents en grande difficulté ?

3.2 Quelles sont les modalités de coopération avec les familles dans votre structure ?

3.3 Comment cela se traduit-il dans votre projet d'établissement ou de service et dans vos pratiques ? Quels sont les acteurs concernés par le travail avec la famille ?

3.4 Quelles sont les ressources mobilisables dans l'environnement sur la question de la gestion des relations avec la famille ?

4. L'interdisciplinarité et le travail en réseau

4.1 Sur quels registres (la santé, la scolarité, la formation...) le besoin de partenaires se fait sentir ou vous apparaît requis ?

4.2 De quels partenaires la structure a-t-elle besoin pour l'exercice de sa mission ?

4.3 Quels sont les partenariats existants, informels ou formalisés ? Quel est l'intérêt de ces partenariats ?

4.4 Pour les adolescents en grande difficulté, quels partenaires spécifiques requiert l'accompagnement ?

4.5 Le public concerné a-t-il conduit à l'expérimentation de nouveaux modes de faire ou de nouvelles organisations de travail ? Si oui, lesquels ? Impliquant quels partenaires ?

4.6 Quels sont les partenariats souhaités et non effectifs ?

4.7 Les professionnels de votre structure participent-ils à des instances interdisciplinaires et/ou interinstitutionnelles sur le territoire (hors instances réglementaires) ?
Préciser

Pour l'une d'elles, pouvez-vous indiquer :

- ✘ quels en sont les objectifs ?
- ✘ quels acteurs y participent :
- ✘ quelle évaluation en faites-vous ?

5. La continuité de l'accompagnement

5.1 Quelles caractéristiques de votre structure apparaissent favorables à l'accueil d'adolescents en grande difficulté ?

5.2 Quelles caractéristiques de votre structure font obstacle à l'accompagnement de ces adolescents ?

5.3 Pour analyser les ruptures d'accompagnement, nous vous proposons de reprendre **les 3 dernières situations de rupture** que votre structure a connues.

	Age et sexe du jeune concerné	Quelles circonstances ou raisons identifiez-vous pour expliquer la rupture d'accompagnement par votre structure ?	Quelle a été la situation du jeune à la suite de la rupture ?
Situation 1			
Situation 2			
Situation 3			

5.4 Et pour les jeunes **maintenus dans votre structure** malgré les difficultés rencontrées ?

	Age et sexe du jeune concerné	Quelles sont les conditions qui rendent possible la poursuite de l'accompagnement ?
Situation 1		
Situation 2		
Situation 3		

5.5 Existe-t-il des modalités de relais ponctuels formalisés ou non dans ces situations complexes ?

5.6 Comment cela s'organise-t-il ? (prise de contact, délais de mise en œuvre, suivi de la situation pendant la période de relais, retour du jeune...)

6. La gestion de crise et du risque

6.1 A partir des trois dernières situations de crise que vous avez rencontrées dans votre structure, pouvez-vous préciser :

	Comment la situation de crise s'est-elle manifestée ?	Comment la situation de crise a-t-elle été gérée ?	Quelles difficultés restent en suspens ?
Situation 1			
Situation 2			
Situation 3			

6.2 Qui, quelle instance fait/font "médiation" en situation de crise ?

6.3 Existe-t-il une instance pluridisciplinaire et partenariale de décodage et d'analyse du passage à l'acte ?

ANNEXE 2 : FICHE DE RECUEIL BIOGRAPHIQUE

Grille de présentation d'une situation (grille de recueil biographique (fiche âge/événement) exemple

Calendrier	âge	Mode d'hébergement	Famille entourage proche	Scolarité, activité de jour	État de santé	Interventions sociales et judiciaires	Identification « des contextes/événements déclencheurs » de « passage à l'acte »
1991	0	Avec sa mère	Parents séparés				
1992	1	Avec sa mère				30 janvier AEMO administrative	
1993	2	Avec sa mère	Naissance ½ frère				
1994	3	Avec son père (même département)	Vit seul avec son père	Petite section maternelle	Suivi au CMP de ...	Poursuite de la mesure	
2006	15	7 lieux d'accueil puis 07/2006 – 02/2007 FA en province	Décès du père. La sœur aînée prend le relais	SEGPA en province	3 hospitalisations psy		
2007	16	02/07 09/07 MECS, exclu puis famille d'accueil exclu	Audience: droit de visite et d'hébergement mère	Déscolarisé rupture famille d'accueil	Suivi CMP	Renouvellement mesure de placement	

ANNEXE 3 : GLOSSAIRE

ACRIP : Association Coordination Recherche Insertion Professionnelle
AED : Action Educative à Domicile
AGEP : Association Girondine Education spécialisée Prévention
AEMO : Action éducative en milieu ouvert
AFSA : Association de Gestion des Services d'Intérêt Familial
APP : Atelier Pédagogique Personnalisé
ARPE : Aide à la Relation Parents Enfants
ANCREAI : Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée
APN : Action Prioritaire Nationale.
ASE : Aide Sociale à l'enfance
ASH : Adaptation scolaire et scolarisation des élèves handicapés
ARS : Agence régionale de santé
CEF : Centres éducatifs fermés
CER : Centres éducatifs renforcés
CG : Conseil Général
CMP : Centre Médical Psychologique
CMPEA : Centre Médico Psychologique pour Enfants et Adolescents
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPCT : Centre Psychanalytique de Consultations et de Traitement
CREAI : Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée
CSAI : Cellule de Suivi de l'Accueil Immédiat
CUB : Communauté Urbaine de Bordeaux
EN : Education Nationale
EPE : Equipe Pluri d'Evaluation (MDPH)
ESMS : Etablissement social et médico-social
FAE : Foyers d'action éducative
IME : Instituts médico-éducatifs
IMP : Institut Médico-Pédagogique
ITEP : Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques
MDPH : Maison départementale pour personnes handicapées
MDSI : Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion
MECS : Maisons d'enfants à caractère social
ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger
PJJ : Protection judiciaire de la Jeunesse
PPS : Projet personnalisé de scolarisation
SARA : Service d'AEMO Renforcée pour Adolescents
SEGPA : Sections d'enseignement général et professionnel adapté
SESSAD : Services d'éducation spéciale et de soins à domicile
TE : Tribunal pour Enfants
ULIS : Unités localisées pour l'inclusion scolaire
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SESIPS : Service d'éducation Spécialisée pour l'Insertion Professionnelle et Sociale



La mission du CREAI d'Aquitaine le place au cœur des problématiques et des évolutions du secteur de la santé telle que définie par l'OMS, « un état de bien-être total physique, social et mental de la personne ».

Observatoire et centre de ressources pour le secteur social et médico-social, le CREAI d'Aquitaine participe à la coordination d'acteurs divers (responsables associatifs, décideurs publics, élus) dans leurs stratégies de développement et leurs efforts d'adaptation de l'offre de service au profit des personnes en situation de vulnérabilité.

Notre association régionale s'implique pour soutenir des projets aquitains à forte valeur ajoutée sociale et solidaire.

Les champs d'intervention du CREAI :

- * Enfance handicapée
- * Adultes handicapés
- * Exclusion, insertion sociale
- * Protection des majeurs
- * Protection de l'enfance
- * Personnes âgées
- * Evolution des métiers du secteur

**Jacques CHRETIEN, Agathe SOUBIE, Nadia ECALLE,
avec la participation de Marianne PINSOLLE et Thierry DIMBOUR**

Espace Rodesse
103ter rue Belleville
CS 81487
33063 Bordeaux cedex
Tél : 05 57 01 36 60
info@creahi-aquitaine.org / www.creahi-aquitaine.org

2^{ème} édition augmentée, 09/2014