

## Rapport final de recherche Décembre 2016

**La professionnalité à l'épreuve des  
adolescents en grande difficulté.**

**Enquête sur les pratiques de soutien aux  
professionnels.**

## Sommaire

○ Sommaire.....	2
○ Introduction générale .....	3
○ Problématique - Méthodologie .....	8
○ Chapitre 1 - La pratique de soutien aux professionnels de "l'adolescence difficile" .....	13
○ Chapitre 2 - La professionnalité à l'épreuve d'une catégorie adolescente : les "mineurs isolés étrangers" .....	29
○ Chapitre 3 - La professionnalité à l'épreuve des trajectoires. Etude de quatre cas de prise en charge interinstitutionnelle « d'adolescents difficiles » .....	45
○ Chapitre 4 – Les professionnels à l'épreuve d'un récit à construire.....	94
○ Conclusion générale.....	107
○ Ecrits et Publications .....	111
○ Perspectives.....	112
○ Bibliographie .....	113
○ Annexes : Guide d'entretien / Etudes de cas.....	121

## Introduction générale<sup>1</sup>

Bertrand Ravon, Halima Zeroug-Vial

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

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

La psychopathologie appréhende l'« adolescent difficile » de la manière suivante : les troubles, bien qu'empruntant une symptomatologie comportementale très bruyante, se caractérisent par une mentalisation très pauvre. Ces manifestations émotionnelles font écho à l'enfance de ces sujets, heurtés dès leur plus jeune âge à un chaos affectif, marqué par la carence, la violence et la maltraitance, à l'origine de placements itératifs en familles d'accueil et en institutions. Cette insécurité du lien

---

<sup>1</sup> Cette introduction reprend certains éléments de l'éditorial du *Cahier de Rhizome* n°59 intitulé « Les adolescents (et ce qu'ils ont de) difficiles ».

primaire met à mal leur construction identitaire et produit des sujets en quête de destructivité. Cette instabilité émotionnelle première condamne, soit à la dépendance, soit au sentiment d'abandon. Les liens sont ressentis trop forts ou trop distants, à l'image des hyper-investissements et rejets qu'ils suscitent.

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

La catégorie de « mineur isolé étranger » emprunte directement au champ juridique : nous analyserons dans notre travail en quoi cette affiliation à ce domaine est complexe et fait problème pour les professionnels. Elle fait référence à des jeunes qui ont quitté leur pays d'origine, pour la plupart précipitamment, pour arriver en France après un voyage long et éprouvant. Etienne en 2002 répertorie ainsi cinq « profils-type ». Les « exilés » quittent leur pays de peur des répressions, en raison des activités politiques de leurs proches ou de leur appartenance ethnique. Les « mandatés » sont incités et aidés à partir par leurs parents afin d'échapper à la misère. Leur mandat est la réussite sociale et économique. Les « exploités » sont aux mains de trafiquants de toutes sortes. Ils sont exploités de diverses manières : prostitution, réseau de pédophilie, mendicité. Certains mineurs participent de la figure traditionnelle du « fugueur ». Ils quittent leur domicile en raison de conflits avec leur famille, ou avec le foyer, ou parce qu'ils sont victimes de maltraitance. La fugue les porte au-delà des frontières de leur pays. Enfin, des mineurs étaient déjà en situation d'« errance » dans leur pays d'origine, depuis parfois des mois ou des années avant leur départ pour l'Europe. Ils vivaient de la mendicité, de petits emplois

de fortune, de délinquance, de prostitution, et tentent leur chance dans un pays riche. Etiemble souligne les biais méthodologiques et le réductionnisme inhérents au recours à une épistémologie typologique. Afin de dépasser ces difficultés, Etiemble et Zanna (2013) ont récemment complexifié cette typographie.

La question de la psychopathologie n'est jamais très loin. Le parcours du mineur isolé étranger est émaillé d'évènements potentiellement traumatogènes. Pour autant, si les accompagnants témoignent régulièrement de l'existence de troubles psychopathologiques, ceux-ci ne sont pas retrouvés systématiquement : bien au contraire, certains jeunes montrent, du moins en apparence, une bonne santé psychique. Certaines études comparatives avec les mineurs accompagnés ou non réfugiés montrent une psychopathologie plus élevée chez les mineurs isolés étrangers : stress post-traumatique, anxiété, dépression, pathologie borderline et psychose. Cependant, ces résultats relevés à partir des critères internationaux doivent être prudemment pris en compte car ces groupes sont très hétérogènes sur le plan des langues et des cultures (Huemer et al, in Radjack et al, 2012).

Adolescents « difficiles » comme « mineurs isolés étrangers » rendent compte d'une expérience publique et collective problématique, caractérisée par l'enchevêtrement de trois types d'épreuve, indissociables l'une de l'autre : la mésinscription adolescente ; l'ébranlement des identités professionnelles ; la difficile coordination interinstitutionnelle.

Le terme de « mésinscription adolescente » forgé par le psychanalyste Alain-Noël Henri (2013) rend compte de la difficulté pour un individu à identifier sa « place » dans une famille, un foyer, un réseau d'aide, un espace public, une communauté. Elle renvoie à une impossibilité d'entrer dans une trajectoire de perfectibilité, d'autonomie, de réussite.

L'expérience de la mésinscription adolescente transforme les manières de mettre en œuvre l'action publique en direction des jeunes en grande difficulté. On s'attache dorénavant moins à définir la notion – et l'âge de début et de fin, la durée - d'adolescence, qu'à insister sur les multiples épreuves d'une phase de la vie caractérisée par un parcours semé d'embûches. Les prises en charge et leurs

spécificités sont ainsi définies au nom des problèmes (sanitaires, sociaux, éducatifs, judiciaires) rencontrés à l'âge adolescent : toxicomanie, conduites à risque, délinquance, troubles du comportement, rupture scolaire, insertion professionnelle impossible, etc. Parler d'« adolescents en difficulté » plutôt que d'« adolescence difficile », c'est déjà une façon de centrer le regard sur les dynamiques individuelles de construction de soi plutôt que de penser le phénomène à partir des caractéristiques propres à une classe d'âge. Concernant les mineurs isolés étrangers, la fin des prises en charge est juridiquement fixée à leur majorité. L'âge des prises en charge des adolescents « difficiles » est variable : l'exposition à la vie scolaire n'est obligatoire que jusqu'à 16 ans quand l'accompagnement vers l'habitat et l'insertion professionnelle s'étirent jusqu'à 21 ans.

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

Si tous les acteurs sont affectés, ils traversent ces épreuves avec des issues plus ou moins favorables. L'expérience, les statuts professionnels et les légitimités associées, la définition plus ou moins large des missions données, les marges de manœuvre vis-à-vis des autorités institutionnelles ou managériales, les ressources mobilisables dans le territoire d'intervention, l'existence d'étayage collectif, les inscriptions dans des réseaux plus ou moins ouverts, plus ou moins formalisés : ces différents contextes et supports se combinent pour constituer des environnements de travail plus ou moins propices à l'exercice du métier.

Cette incertitude des « agir » professionnels nous paraît d'abord structurelle. D'une part, le contexte général de précarité des sociétés hypermodernes rend la tâche

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

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

Afin d'aider, de manière constructive, à la reconfiguration des professionnalités et des institutions et d'aller dans le sens d'une réinvention des structures de prise en charge en phase avec les enjeux du temps présent, il devient indispensable de multiplier et de renforcer des espaces réflexifs et d'expérimentation pour les acteurs en prise avec les adolescents en grande difficulté, afin de fonder de nouveaux rapports déhiérarchisés entre les divers secteurs (sanitaire, éducation

nationale, médico-social, aide sociale à l'enfance ...), mais aussi entre les acteurs de première et de deuxième ligne.

## Problématique - Méthodologie

La recherche intitulée *La professionnalité à l'épreuve des adolescents en grande difficulté. Enquêtes sur les pratiques de soutien aux professionnels* (Convention CH Le Vinatier – Université Lyon II, 24 mars 2014) a été portée conjointement par l'Orspere-Samdarra et par le centre Max Weber (laboratoire CNRS rattaché à l'université Lyon II) depuis le 24 mars 2014. Elle a été réalisée par une équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, psychologues, sociologues, issus ou rattachés à ces deux organismes.

Elle avait d'une part une vocation exploratoire, visant à produire de nouvelles connaissances et à dégager de nouvelles perspectives d'analyse à partir de l'enquête. Elle avait d'autre part une vocation expérimentale, visant à mettre en place des dispositifs innovants d'analyse réflexive de la pratique.

La collaboration scientifique qui est la nôtre suppose de ne jamais perdre de vue que les partis pris théoriques ont des incidences pratiques et inversement. Ainsi, nous avons souhaité articuler ces deux registres, en épousant une perspective pragmatiste, particulièrement attentive à la façon dont les acteurs eux-mêmes « théorisent » leurs pratiques, ou plus exactement comment ils la problématisent : à partir de quelles situations, à partir de quelles références, à partir de quels valeurs et idéaux professionnels... Il s'agissait donc de repérer différents lieux ou pour être plus précis différents « sites de problématisation »<sup>2</sup> où la question du soutien à une professionnalité en crise est explorée, c'est-à-dire discutée, débattue, expérimentée, par des collectifs spécifiques.

---

<sup>2</sup> M. Callon, « Les incertitudes scientifiques et techniques constituent-elles une source possible de renouvellement de la vie démocratique ? », Texte de la conférence introductive au Congrès de l'AISFL organisé à Rabat en juillet 2012 sur le thème : Penser l'incertain.

Notre étude a consisté en l'analyse de quatre sites de problématisation relatifs à la question du soutien à la professionnalité dans le champ de la prise en charge des « adolescents en grande difficulté ».

Plusieurs terrains hybrides, de recherche et d'expérimentation, ont ainsi été ouverts.

Dans notre premier chapitre, nous restituons les résultats d'une enquête sur les dispositifs d'analyse de la pratique, réalisée entre mars et novembre 2014, qui visait à connaître et à analyser l'expérience subjective des analystes de la pratique. Il s'agit d'une enquête exploratoire par entretiens : objectiver l'état de la pratique de soutien aux professionnels dans le Rhône et évaluer les bénéfices pour les professionnels.

On constate un recours fréquent et en constante augmentation à l'analyse de la pratique de la part des professionnels. Ceux-ci participent souvent également à des formations et à des séminaires cliniques qui leur permettent de rencontrer d'autres professionnels ou d'échanger sur leurs propres pratiques. Cependant, il est difficile de savoir objectivement quelles sont les actions mises en place au sein des structures. Il est de plus compliqué de savoir ce que viennent chercher les professionnels dans le cadre de ces dispositifs et ce qu'ils y trouvent. Enfin, on peut difficilement modéliser ce qui se fait exactement dans ces séances d'analyse de la pratique et quels sont les effets sur l'activité des professionnels.

S'il semble évident que la population des adolescents difficiles malmène le cadre de prise en charge que les professionnels tentent de tisser pour les aider et si par ailleurs ces professionnels semblent être en demande de dispositifs de soutien à leur pratique, nous souhaitons tout d'abord connaître exactement les dispositifs existants au sein du département du Rhône non pas uniquement sur le plan quantitatif mais aussi en terme qualitatif. Quel type d'action est revendiqué, par quelle profession, sous quelle forme ?

Pour proposer le soutien le plus adapté aux professionnels, mais aussi pour comprendre ce qui est mis à mal dans la prise en charge des adolescents difficiles, il nous fallait recueillir ce que les professionnels attendent d'un tel dispositif, il nous fallait aussi savoir ce que ceux-ci peuvent trouver dans les dispositifs qu'ils ont déjà fréquentés. Enfin, nous souhaitions comprendre ce qui se joue dans un groupe d'analyse de la pratique afin de saisir les effets et de proposer un modèle théorique d'analyse de la pratique.

Notre deuxième chapitre expose les données issues d'un séminaire de recherche « Mineurs Isolés Etrangers », réunissant des acteurs issus de professions et d'institutions diverses prenant en charge les mineurs isolés étrangers et qui s'est rencontré à sept reprises entre juin 2014 et avril 2015. Tout en soutenant les accompagnants dans les difficultés qu'ils traversent au quotidien, le séminaire étudiait les divers types de difficultés que traversent les professionnels ayant en charge ce public. En effet, les différentes études existantes mettent à jour des difficultés importantes des professionnels qui accueillent, soignent, accompagnent ce public. L'Orspere-Samdarra a été interpellé par les professionnels de la région Rhône-Alpes sur leurs difficultés, et ce, sur leurs différents terrains (social, soin, juridique). Ces difficultés s'inscrivent dans un contexte d'arrivées importantes en Rhône-Alpes malgré la circulaire du 31 mai 2013 qui vise à diminuer l'inégalité des territoires concernant la répartition des mineurs isolés en France.

Les interrogations sont de différents ordres :

- Quel accompagnement psychologique peut-on proposer aux mineurs isolés ?
- Comment celui-ci peut-il s'articuler de façon harmonieuse et cohérente avec l'ensemble de sa prise en charge ?
- Comment la temporalité particulière et mouvante du vécu des mineurs isolés étrangers retentit-elle sur les contre-attitudes des travailleurs sociaux ?
- Quels sont les retentissements de la circulaire du 31 mai 2013, en termes de santé mentale et d'effets chez les professionnels ? Dans quelle mesure celle-ci met

à mal certains départements en Rhône-Alpes qui n'ont que peu d'expérience pratique avec les mineurs isolés (Drôme, Ardèche) ? Introduit-elle une rupture supplémentaire en début de prise en charge des mineurs isolés dans la mesure où les liens noués avec les travailleurs sociaux rencontrés en première ligne se retrouvent mis à mal ?

L'objectif de ce séminaire était de *soutenir* les professionnels/bénévoles dans l'exercice de leurs missions auprès du public mineur isolé étranger. Il s'agissait de former les professionnels, de permettre aux professionnels et aux bénévoles de bénéficier d'un espace de réflexion et de distanciation de leur pratique quotidienne de terrain, de faciliter la construction de réponses coordonnées entre les professionnels des différents champs d'intervention en améliorant la connaissance des dispositifs existants.

Notre troisième chapitre restitue une étude de quatre cas de prise en charge d'adolescents dits "difficiles" à la croisée du travail social et de la psychiatrie. Elle a été menée de juin 2014 à décembre 2015.

*"Repérer les atteintes à la professionnalité à partir de l'exemple de quelques prises en charge particulièrement complexes à la croisée de la psychiatrie et du travail social"*, tel était l'objet de cette étude de cas selon les termes du projet de recherche. Selon une approche dynamique à laquelle ouvre la notion d'épreuve, notre ambition a été de rechercher les reconfigurations de la professionnalité autant que ses atteintes, selon l'hypothèse qu'il y aurait un dépassement des épreuves dont il s'agit de repérer les formes.

Les configurations de prise en charge d'adolescents dits "difficiles" sont peu comparables aux prises en charge qui se déploient, par exemple dans l'aide à domicile, dans une même unité de lieu, en simplifiant grandement l'observation du chercheur. En effet, les intervenants « enrôlés » dans une situation d'adolescent ne le sont pas tous au même moment de sa trajectoire, le réseau se constituant dans un

rapport de successivité. Ce qui fait situation commune, pour le réseau d'intervenants, n'est ni le lieu, ni même le temps de la prise en charge, mais *la trajectoire interinstitutionnelle de l'adolescent*. C'est dès lors à partir de ce tracé que nous avons construit notre échantillon. La trajectoire a constitué ensuite le matériau central des récits d'expérience recueillis auprès des professionnels. Nous reviendrons dans le chapitre qui lui est consacré sur cette construction des cas à partir des trajectoires, de même que sur les mobilisations plurielles de cette notion dans notre enquête.

Enfin, dans notre quatrième chapitre, nous analysons les données constituées lors d'une rencontre du 3 décembre 2015 dite « *Matinée de restitution intermédiaire* » engagée sur la base d'un matériau issu de l'étude de cas exposé par B. Deries et R. Pétrouchine, et animée conjointement par B. Ravon et H. Zeroug-Vial. Recentrée sur deux des quatre cas d'« adolescents difficiles », cette demi-journée de travail a pris la tournure d'une reprise réflexive interinstitutionnelle de l'expérience de la trajectoire ; une expérience recueillie par les chercheurs auprès des professionnels concernés, reconstruite en un récit de recherche, avant d'être soumise à la co-analyse des professionnels et des chercheurs réunis.

Ce quatrième site de problématisation met en place un dispositif d'analyse de la pratique inédit, à visée expérimentale. Inédit en ce que ce groupe interinstitutionnel de la pratique rassemble des professionnels ayant en commun non pas d'appartenir à une même institution, mais d'être en prise avec une même situation délicate d'adolescent ; un collectif interinstitutionnel composé de l'ensemble des professionnels enrôlés dans une situation particulièrement complexe et mettant en réseau différentes professions et institutions. Ce dispositif expérimental a été animé par une psychiatre (Halima Zeroug-Vial) et un sociologue (Bertrand Ravon) qui portent tour-à-tour leur regard clinique propre sur l'activité étudiée en situation. La séance d'analyse a fait l'objet d'une observation ethnographique par l'un des membres du projet de recherche.

Le chapitre IV retrace la manière dont ce projet a actualisé ses modalités et ses objectifs au contact de l'étude de cas. Comment la recherche a permis de mettre au

jour l'interdépendance des dimensions exploratoires (l'enquête, ici *via* une étude de cas) et expérimentales (le renouvellement de l'analyse de la pratique et l'expérience de nouvelles formes de réflexivité). Comment le frottement voire les contradictions entre ces deux volets initialement distincts de la recherche laisse entrevoir un renouvellement de la pratique de soutien aux professionnels, allant de la clinique à la co-enquête.

## Chapitre 1 - La pratique de soutien aux professionnels de "l'adolescence difficile"

*Mathieu Fouché, Nicolas Chambon, Bertrand Ravon, Yannis Gansel*

Nous introduisons le premier volet sur les dispositifs de soutien aux professionnels. Rappelons que le travail auprès d'adolescents dits difficiles peut mettre à mal la professionnalité. Jean-Pierre Pinel dans son article *Les préadolescents et adolescents difficiles et l'institution* affirme :

« Ces sujets sans limites vont ainsi contribuer à déconstruire ce que R. Kaës (1989) désigne comme les « alliances inconscientes » et les « pactes dénégatifs ». C'est-à-dire que ces sujets mettent en crise les liens d'équipe et les modes de coopération. Mais ils vont aussi révéler les aspects occultés, désavoués ou déniés du dysfonctionnement institutionnel, qui vont resurgir d'une manière le plus souvent violente pour les professionnels. Les contradictions et les ambiguïtés sont ainsi démasquées, de sorte que les éléments fondateurs de l'identité professionnelle, et parfois du cadre institutionnel se trouvent déstabilisés, menacés d'effondrement. (Pinel, 2003). »<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Pinel, J.P., Les préadolescents et les adolescents sans limites et l'institution *in Le Journal des psychologues*, n°263, Décembre 2008 - Janvier 2009.

La professionnalité est donc mise à mal et face à des situations complexes, les acteurs du sanitaire et du social recherchent du soutien. L'analyse de la pratique est considérée comme un dispositif permettant ce soutien.

Nous avons donc décidé de l'étudier ici à travers le regard des professionnels « analystes de pratique » afin de saisir ce que l'on fait concrètement lors de ces séances et ce que ces échanges peuvent entraîner pour les professionnels qui en bénéficient. Ce premier volet exploratoire a donc pour vocation de décrire les grands traits des dispositifs d'analyse de la pratique qui semblent connus de tous mais peu formalisés.

## 1. Introduction. Qu'entend-on par analyse de la pratique ?

Le terme *analyse* apparaît dans la langue française en 1630 sous la plume d'Aubigné. Il appartient alors au domaine littéraire et décrit « l'étude critique d'un ouvrage ». Les disciplines scientifiques s'en saisiront quelques années plus tard pour désigner une méthode qui emploie le raisonnement déductif à partir de la décomposition de l'objet étudié en ses différents éléments pour en retrouver les principes. Le terme *pratique* de son côté apparaît au 13<sup>ème</sup> siècle. Il signifie « application des principes ». Par la suite, il permettra aussi de parler du « savoir-faire » et de « l'expérience qu'une personne a dans son art ». <sup>4</sup> L'expression *analyse de la pratique* désigne donc une activité intellectuelle dont le sujet de réflexion est l'action professionnelle. Les modalités de soutien aux professionnels en difficulté sont très variées pour ne pas dire éparées. Il est donc impératif de clarifier les différentes manières de conduire des pratiques soutenantes pour les professionnels.

L'analyse de la pratique est apparue après-guerre, plus précisément avec la naissance des groupes Balint en 1949. Balint est psychiatre, psychanalyste, et propose à des médecins de se réunir de façon hebdomadaire afin de pouvoir échanger sur leurs pratiques. Il s'inspire pour ces groupes de la méthode du *case work* des

---

<sup>4</sup> Centre Nationale des Ressources Textuelles et Littéraires – Dictionnaire TLFi <http://www.cnrtl.fr/>

assistantes sociales américaines. Très riche en transferts émotionnels, cette méthode se développe indissociablement d'une pratique dite de « supervision » : selon les assistantes sociales, la relation d'aide suppose des compétences professionnelles, au premier rang desquelles la capacité à ne pas se satisfaire d'apporter de simples secours matériels, mais d'aider le client au développement de sa propre personnalité (Bouquet, 2002). Refusant aux médecins et aux magistrats le soin de définir de telles compétences, ces professionnelles entreprennent, notamment pour les situations les plus difficiles, de se faire accompagner par un pair expérimenté. Ces rencontres régulières, initialement menées en « côte à côte » avant d'être animées de façon plus collective, ont pour objectif de soutenir l'identité professionnelle des travailleurs sociaux, avec un principe éthique solide : « offrir la garantie d'un contrôle par les pairs comme forme pratique de la garantie de la compétence professionnelle » (Morand, 1993). »<sup>5</sup>

Les objectifs des groupes Balint sont répartis selon trois dimensions :

- Le changement personnel sur le plan psychologique ;
- L'apprentissage théorique et technique ;
- Les dimensions psychologiques de l'exercice professionnel.<sup>6</sup>

Le groupe est constitué d'une dizaine de membres, au départ uniquement des médecins. Par la suite, ces dispositifs se sont généralisés à d'autres professions du soin et du social.

L'approche psychanalytique de certains formateurs de travailleurs sociaux, à l'origine des dispositifs d'analyse de la pratique, est encore très présente dans la littérature actuelle. Par exemple, Joseph Rouzel, ancien éducateur, psychanalyste et créateur d'un centre de formation de supervision, considère qu'une grande partie du travail consiste à démêler le transfert/contre-transfert à l'œuvre dans toute relation

---

<sup>5</sup>Ravon, B. « L'extension de l'analyse de la pratique au risque de la professionnalité », *Empan*, n°75/décembre 2009. Quelles théories pour quelles pratiques en travail social ?, 116 – 121.

<sup>6</sup> Lévy, A. Analyse des pratiques in Jacqueline Barus-Michel et al., *Vocabulaire de psychosociologie*, ERES « Hors collection » 2002, p.302-312

d'aide. Il cite d'ailleurs Freud pour qui le travail social serait « un travail de maniement du transfert »<sup>7</sup>. Du fait de cette origine liée à la métapsychologie freudienne, la supervision ou analyse de la pratique est longtemps restée sous la responsabilité des psychologues et psychanalystes. Cependant plusieurs auteurs plaident pour une réelle formation des superviseurs afin d'organiser une pratique qui est actuellement mise en place de manière très empirique.

Certains auteurs tiennent à faire une différence marquée entre l'analyse de la pratique et la supervision<sup>8</sup>. Selon Boudot, « la spécificité de la supervision réside en ce qu'elle met en regard, à partir du matériel choisi et apporté par le supervisé, l'investigation de deux champs, l'un se situant du côté de l'apprentissage et l'autre abordant la question du sujet parlant de sa pratique professionnelle »<sup>9</sup>. De l'autre côté, pour Beaur et Vila, l'analyse de la pratique « ne concerne pas la personne mais bien le professionnel et porte sur les actes et les gestes qu'il peut poser dans l'exercice de son métier. L'analyse des pratiques se situe donc sur deux plans : l'éclairage disciplinaire sur les pratiques et leurs «conséquences» pour les usagers et l'aide à la théorisation de la pratique »<sup>10</sup>.

Ces distinctions peuvent sembler artificielles. Elles permettent cependant de séparer deux visions distinctes des dispositifs de soutien aux professionnels. L'une, à la manière des groupes Balint, considère que le professionnel, de par son investissement dans son travail, met en jeu son identité personnelle ; cette identité doit être soutenue, prise en charge ou soignée. L'autre voit l'analyse de la pratique comme un dispositif de formation qui permet au professionnel d'améliorer sa pratique en remettant en perspective ses actions grâce à l'intervention d'un animateur et du groupe qui peut lui apporter par exemple un éclairage théorique.

---

<sup>7</sup>Rouzel, J. *Superviseur escroquerie ou semblant* – <http://www.psychasoc.com/Textes/Superviseur-escroquerie-ou-semblant>

<sup>8</sup> Historiquement, la notion de supervision s'oppose ainsi et pour une part à l'analyse des pratiques en ce qu'elle repose sur une pratique d'accompagnement dialogique par un pair expérimenté et non sur une dynamique de groupe animée par un tiers extérieur.

<sup>9</sup> Boudot M-F, « Supervision » in *Dictionnaire critique de l'action sociale*, Paris Bayard, 1994

<sup>10</sup> Beaur S. & Vila S., « Pour ne plus confondre supervision, analyse des pratiques et régulation d'équipe », in *Lien social*, n°704, avril 2004.

Cependant et au vu des atteintes à la professionnalité à l'œuvre, tout particulièrement dans le champ de prise en charge des « adolescents difficiles », force est de constater que la dynamique d'analyse de la pratique évolue. Touché en personne, l'intervenant se trouve en difficulté de définir le sens de son métier, précisément parce que son activité est empêchée. Ainsi que le signale Yves Clot (2010), ce n'est pas le professionnel qu'il faut soigner mais le travail ! Dit autrement, l'attention habituellement portée aux affects vécus individuellement doit se déplacer vers l'activité en tant que celle-ci est peut être empêchée. Du même coup, ce n'est pas seulement à la conflictualité psychique des professionnels que les dispositifs d'analyse des pratiques doivent s'intéresser, mais aussi aux conditions d'impossibilité de l'exercice de leurs métiers respectifs. Indissociablement, il s'agit de prendre en compte l'extension de pratiques interprofessionnelles, interdisciplinaires et interinstitutionnelles.

Il s'agit donc de réévaluer les pratiques de soutien aux professionnels à l'aune de la difficulté à définir, en situation de travail, ce qu'est devenu aujourd'hui le métier d'éducateur, d'assistant social, de psychiatre, de psychologue, d'infirmier, etc. Cette requalification suppose pratiquement mais aussi théoriquement de sortir des cloisonnements disciplinaires, professionnels et institutionnels<sup>11</sup>.

La professionnalité permet donc de décrire les compétences des professionnels pour faire face aux situations compliquées mais il existe des épreuves de professionnalité, des crises, de la souffrance pouvant aller jusqu'au burn-out.

## 2. Matériel et méthodes

Le travail de recherche a été mené de façon exploratoire afin de décrire différentes pratiques de soutien aux professionnels. Afin de répertorier la diversité des approches, nous avons cherché à rencontrer des analyseurs de pratique ayant

---

<sup>11</sup> Ravon B. « Refaire parler le métier » Le travail d'équipe pluridisciplinaire : réflexivité, controverses, accordage, *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2012/2 n° 14, p. 97-111.

différentes inspirations théoriques. Au-delà d'une représentativité de la réalité du terrain, nous avons surtout visé l'exploration de pratiques les plus diverses possibles.

L'entretien semi-directif mené a été enregistré sauf refus exprimé de la part de l'interviewé. Le rôle du chercheur dans ce travail était de soutenir la réflexion de l'analyste de pratique dans la description de son activité. Il fallait ainsi permettre à la personne interrogée de parler au mieux de ce qu'elle fait lors de l'animation de ces groupes. Par cette co-exploration de la praxis de l'animateur, nous souhaitons mettre en lumière les différences et points communs de divers regards théoriques portés sur les professionnels.

Nous avons rencontré huit analystes de pratique, six sont psychologues de formation, un autre est psychiatre et le dernier est éducateur spécialisé. Sur le plan théorique, quatre des professionnels rencontrés se disent d'inspiration analytique ou clinique, un se présente comme étant d'inspiration cognitivo-comportementale, un se situe dans la filiation de l'école de Palo-Alto et d'un travail centré sur les solutions, un s'inspirant de la psychologie du développement, un de la clinique psychosociale. Six entretiens ont pu être enregistrés, deux personnes n'ont pas accepté l'enregistrement.

	Ecole théorique de référence	Lieu d'exercice d'analyse de la pratique
Madame A	Formation initiale : psychologue d'orientation psychanalytique. Réorientation vers les thérapies cognitivo- comportementales.	Managers de proximité en entreprise Personnels administratifs du secteur médico-social.
Madame B	Psychologue, psychologie du développement.	Responsable d'un service d'analyse de la pratique. Emploie d'autres professionnels, tous psychologues, pour assurer des séances auprès de professionnels du secteur social.
Monsieur C	Psychologue d'orientation psychanalytique.	Enseignants

Monsieur D	Psychiatre. Clinique psychosociale.	Travailleurs sociaux, ONG.
Monsieur E	Educateur, Théories systémiques (école de Palo-Alto).	Service de petite enfance, supervision individuelle
Madame F	Psychologue d'orientation psychanalytique.	Educateurs et personnel médico-psychologique, public adolescent
Monsieur E	Psychologue, orientation psychanalytique	Personnel medico-psychologique, public adulte
Madame G	Psychologue, orientation psychanalytique	Personnel medico-psychologique, travailleurs sociaux, personnes âgées.

### 3. Résultats

Les entretiens que nous avons menés avec les professionnels, animateurs de groupe d'analyse de la pratique nous ont permis d'étudier quatre points sur lesquels tous les analyseurs semblent porter leur attention. Ces différents aspects nous permettent de dessiner les contours de ce dispositif qui bien que porté par différentes approches théoriques semble assez consensuel sur le plan opérationnel.

Après avoir étudié la **demande** et posé ou pensé un **cadre**, les professionnels décrivent des séances dont le **déroulement** est assez similaire. Suite à leur action, ils attendent ou observent tous des **effets** sur la souffrance des professionnels et/ou sur l'amélioration de leur pratique. Ainsi, malgré des pratiques assez uniformes, le positionnement des animateurs face à un ou des modèles théoriques de l'analyse de la pratique n'est pas le même et entraîne des lectures différentes d'un dispositif plutôt commun.

#### a) La demande

Le premier point de convergence que l'on peut voir émerger concernant l'analyse de la pratique est lié à la demande. Celle-ci est quasiment toujours faite par la direction de l'institution dans laquelle travaillent les professionnels. Cette demande

peut prendre différentes formes. Les analyseurs de pratique nous parlent « *d'appel à l'aide, de demande de formations, de prévention des risques psycho-sociaux, de souffrance dans le travail...* ».

En fonction de la forme de la première demande, les personnes que nous avons interrogées nous expriment la nécessité de clarifier ce qu'ils peuvent faire. Ils font donc une distinction entre ce qui est du domaine de leurs compétences et ce qui ne rentre pas dans le cadre de l'analyse de la pratique. Nous notons par exemple que toutes les personnes interrogées font une différence importante entre la régulation d'équipe, l'analyse institutionnelle et l'analyse de la pratique.

Concernant la régulation d'équipe, tous les professionnels que nous avons rencontrés considèrent que celle-ci ne rentre pas dans le cadre de l'analyse de la pratique mais qu'il est parfois nécessaire d'apaiser le climat avant d'envisager un travail sur la « tâche primaire », au sens de ce qui définit le cœur de l'activité.

L'analyse institutionnelle n'est quant à elle presque jamais faite par nos interlocuteurs. Ceci pour plusieurs raisons : tout d'abord par souci de transparence vis-à-vis du financeur (l'institution elle-même) mais aussi car elle ne serait pas très effective. Ainsi, la façon dont fonctionne (ou dysfonctionne) la structure est plus vue comme un contexte ou un objet de réflexion mais jamais une cible de changement.

Si les professionnels ne sont pas toujours consultés par leur direction, nos interlocuteurs semblent accorder de l'importance à ce que ceux-ci trouvent leur compte dans cette activité. C'est pourquoi ceux-ci se retrouvent sur le fait qu'il est nécessaire de « *travailler la demande* » avant de mettre en place le dispositif. Les analyseurs de pratique notent une évolution de la demande au cours des dernières années. Aujourd'hui, la plupart des professionnels du social ou du soin ont l'habitude de ces types de dispositif et sont en recherche d'instance permettant la réflexion sur la pratique. Cela serait notamment dû à la formation initiale qui laisse de plus en plus la place à ces lieux d'échange et de prise de recul sur l'activité.

b) Le cadre

Une fois la demande clarifiée, les professionnels insistent sur l'importance du cadre dans lequel ils travaillent. Nous rappelons au préalable que la notion de cadre en psychologie ou en psychothérapie est une notion d'inspiration psychanalytique. Celle-ci est aujourd'hui utilisée par toutes les approches théoriques et permettrait au praticien de se protéger et de protéger son patient/client/groupe de tout débordement. Plus qu'une sécurité, le cadre est aussi un élément thérapeutique à part entière.

Le cadre que ceux-ci nous décrivent est assez semblable et nous pouvons en tirer des règles générales que tous les analyseurs de pratique ont formulées. La durée du groupe est définie à l'avance et est comprise entre 1h30 et 3h. Celle-ci va de pair avec une régularité des réunions (entre une fois toutes les deux semaines et une fois tous les deux mois). Le lieu dans lequel les professionnels se réunissent est souvent discuté. Malgré une volonté de certains analyseurs de faire cela à l'extérieur de l'institution, la plupart s'adaptent à la réalité et les groupes ont souvent lieu dans la salle de réunion de l'équipe.

Le dernier point organisationnel discuté par les professionnels qui animent ces réunions concerne la présence ou l'absence des responsables hiérarchiques pendant les réunions. Nous avons relevé plusieurs positions (acceptation, refus ou débat). Dans tous les cas et malgré ces différences, nous avons noté que tous les animateurs souhaitent discuter de la situation avec le groupe et ainsi susciter dès la mise en place du cadre d'une position réflexive sur les points de débat.

Enfin, au-delà des aspects logistiques qui sont indispensables pour nos interlocuteurs, les professionnels nous parlent surtout du climat d'écoute et de bienveillance. Ils parlent de la nécessité pour les membres du groupe de respecter la parole des autres. Ce climat et ces règles de confidentialité, de non-jugement doivent permettre un dialogue plus apaisé et donc un travail plus pertinent. Tous les analyseurs de pratique nous expliquent qu'ils sont les garants du cadre et qu'il est important pour eux de ne pas « se faire déborder ».

### *c) Le déroulement*

Après avoir fixé un cadre, les professionnels nous décrivent la façon dont se déroule habituellement une séance d'analyse de la pratique. Nous repérons ici aussi de fortes ressemblances entre les façons dont les professionnels nous décrivent leur activité.

Dans tous les groupes, la séance commence par l'énonciation d'un ou plusieurs cas « difficiles ». Le travail part donc toujours de la pratique en tant que celle-ci est pensée comme étant problématique. L'une des intervenantes nous parle de « tâche primaire », d'autres de l'activité ou encore de la professionnalité.

La situation (clinique ou pratique) est décrite dans les détails par la personne qui a souhaité en discuter. Nous n'avons pas vu émerger de consensus sur la participation ou le silence des autres membres du groupe lorsque le cas est énoncé. Le positionnement du professionnel n'est pas non plus toujours le même. Parfois il reste silencieux, parfois il se permet d'interroger pour avoir plus de détails sur la situation. Toutefois, il est toujours dans une position de réception et d'écoute plutôt que d'apport et de parole.

On peut par ailleurs affirmer que la séance est presque toujours divisée en deux temps : un premier d'énonciation de la situation dont nous venons de parler. Et une deuxième étape où l'analyste intervient plus à la fois pour interroger, faciliter la réflexivité et parfois (pour certains seulement) apporter un regard plus théorique sur la problématique présentée.

### *d) Les effets*

La façon dont l'analyste de pratique va intervenir lors du déroulement d'une séance est à étudier au regard des effets attendus par celui-ci mais aussi par le prisme des retours que peuvent lui faire les participants. Selon les intervenants, l'analyse de la pratique a une cible : la souffrance des professionnels. Cependant, cette cible est visée de manière indirecte en agissant sur la pratique, sur la professionnalité des participants au groupe. Ici on voit émerger un postulat partagé par tous nos

interlocuteurs : avoir du recul sur son travail permet au professionnel de se sentir mieux (voire « meilleur ») dans sa pratique.

Si ce postulat n'est pas toujours clairement énoncé car trop normatif pour certains, on observe toutefois que les termes « prise de recul, réflexivité » sont employés de manière unanime par les interrogés. On commence à voir émerger ici les premiers points de divergence en fonction des référentiels théoriques des professionnels que nous avons rencontrés. Il est ainsi intéressant de voir que des dispositifs semblables sur la forme (demande, cadre, déroulement) prennent des sens différents dans la lecture qu'en fait l'animateur.

Ainsi, madame A dont la pratique est d'inspiration cognitivo-comportementale considère qu'elle propose un apport de connaissance afin d'améliorer les compétences notamment communicationnelles des participants. Celle-ci considère bien entendu que le premier temps de l'analyse de la pratique permet la compréhension et la réflexivité sur une situation mais que cela n'est pas suffisant. Nous repérons ainsi que pour elle, les professionnels améliorent leur activité grâce à l'analyse de la pratique et que cette évolution (couplée avec une meilleure réflexivité) peut faire diminuer la souffrance, le « stress », les « risques psychosociaux ».

Monsieur D, psychiatre, a une position proche de celle de madame A même s'il n'a pas le même positionnement sur le plan théorique. Il considère ainsi que l'analyse de la pratique permet d'être « meilleur dans son métier ». Cependant il va plus loin. Il considère que pour que le professionnel s'améliore « humainement dans sa technique », il est nécessaire que ceux-ci « restent vivants ». Ainsi pour lui, l'analyse de la pratique est une question de vie ou de mort sur le plan psychique et l'activité des professionnels peut avoir des conséquences fatales.

Nous faisons un lien entre cette lecture soignante du travail d'analyse de la pratique avec ce que peuvent affirmer certains cliniciens. Ceux-ci travaillent avec un groupe comme avec un individu. Ils nous expliquent alors qu'ils analysent le sujet-groupe comme ils pratiquent la psychothérapie de manière individuelle. De la réflexivité vient la thérapeutique. S'ils ne prétendent pas forcément sauver d'un

risque mortel le professionnel, ils considèrent qu'ils aident le groupe et les professionnels qui le composent à mieux fonctionner.

Certains cliniciens, d'inspiration analytique eux-aussi, ne lisent pas leur action comme du soin envers le groupe. Monsieur C par exemple considère que « les gens travaillent bien avec et sans ». Il n'est donc pas là pour améliorer la pratique des professionnels mais pour leur redonner une « liberté de penser ». Cette liberté retrouvée peut en passer par la capacité « à prendre conscience de ce qu'on fait ». Les professionnels semblent avoir besoin de prendre du recul et de prendre le temps d'observer leur propre pratique. Cette distanciation, ce décalage permettrait aux professionnels d'être moins en souffrance.

Pour madame B, l'effet de l'analyse de la pratique est aussi lié à la réflexivité que les professionnels acquièrent sur leur pratique. Cela passe par des questionnements et parfois par des apports théoriques. Madame B nous explique que pour certains professionnels, l'analyse de la pratique a un effet un peu « magique » lié au changement de positionnement du professionnel face à une situation problématique.

Cet effet magique est décrit (mais critiqué) par monsieur E qui analyse les pratiques selon le modèle de l'école de Palo Alto (résolution de problème). Pour lui, après avoir décrit la situation, il pousse les professionnels à chercher des solutions aux problèmes qu'ils rencontrent. Il tente ainsi de modifier des pratiques « qui posent problème » car celles-ci seraient à la source des souffrances que les professionnels peuvent rencontrer.

*e) L'accompagné et le professionnel : la place du sujet*

Dans le dernier temps de l'analyse de ces entretiens, nous tenterons d'opérer un décalage par rapport à la description plus factuelle ou opérationnelle du dispositif que nous avons proposée jusqu'alors.

Nous allons interroger ici la place du sujet dans l'analyse de la pratique. En effet, contrairement à d'autres domaines professionnels, les équipes du sanitaire et du

social ont pour mission la prise en charge de sujets parfois en souffrance, souvent en difficulté.

Cette « tâche primaire » entraîne un questionnement sur la place que tient le sujet accompagné dans les échanges autour de la pratique. Nous pouvons donc nous demander comment se représentent et ce que disent les animateurs de ces groupes de la figure du patient qui apparaît dans les paroles professionnelles.

Nous avons donc repris tous les entretiens avec ce questionnement afin de saisir la place donnée au sujet-patient dans les dispositifs de soutien au sujet-professionnel. Comme nous l'avons décrit précédemment, une séance d'analyse de la pratique commence en général par la description d'un cas problématique ou d'une difficulté professionnelle. Celle-ci est formulée par un ou plusieurs membres du groupe et semble faciliter un exercice réflexif et parfois un changement de regard ou même de comportement vis-à-vis de l'action.

Au-delà de l'action, qu'en est-il du sujet ? Il semblerait que celui-ci devienne « un objet de réflexion ». Ainsi pour l'une des personnes interrogées, psychologue clinicien d'orientation psychanalytique, le « cadre, c'est de travailler à partir d'une situation clinique et la clinique, c'est autant dans la relation avec les jeunes mais aussi une clinique de l'institution ». En prolongeant cette réflexion, nous pouvons alors nous demander si la présence d'un patient est réellement nécessaire pour faire de l'analyse de la pratique.

En effet, nous voyons que le sujet est vu comme un média (au sens de médiation thérapeutique), un objet de discussion. Sa subjectivité est alors un support pour la réflexion des professionnels. Cela semble corroboré par une psychologue du développement qui nous explique que son travail avec une équipe médicosociale serait semblable si « *c'était une équipe de manutentionnaire* » car le but de l'analyse de la pratique est de « *comprendre un problème* ».

Si l'on parle du sujet pris en charge, c'est surtout d'un point de vue méthodologique ou pratique. Comme l'exprime une autre psychologue, cognitive : « *Dans l'analyse de la pratique, on va... on vient travailler selon moi la pratique avec le*

*patient, la façon dont on va intervenir avec le patient, l'implication de ce que je... de mes compétences, de mon professionnalisme au service du patient ».*

La subjectivité qui importe est donc ici celle du professionnel dans ce qu'elle fait faire lors d'un cas problématique. La subjectivité du sujet accompagné devient une situation complexe qu'il s'agit de comprendre. C'est pourquoi l'analyse de la pratique peut tout autant porter sur « *les difficultés liées au jeune mais aussi aux conditions de travail* ».

Cette façon d'envisager le sujet à travers la tâche du professionnel semble partagée par la plupart des professionnels que nous avons rencontrés. Nous avons cependant vu émerger une autre forme de concernement vis-à-vis du patient (ou de l'accompagné) du sujet professionnel.

Les deux personnes portant cette voix divergente sont psychiatre et éducateur spécialisé. L'un et l'autre inscrivent leur pratique dans le champ analytique. Ils nous expliquent que pour eux, le fait de travailler avec un autre être humain met en jeu de manière essentielle la subjectivité du professionnel « *dans des choses très personnelles, très intimes et aussi inconscientes* ». L'objet de l'analyse de la pratique est alors la subjectivité du professionnel dans ce qu'elle vient rencontrer la subjectivité de l'accompagné. « *Travailler sur l'esprit (...) on est vraiment travaillé par l'esprit du malade* ».

Nous notons ici que leur discours n'est pas tourné vers l'activité ou vers le cas difficile mais vers le rapport entre le professionnel et le patient. À la lecture de ces entretiens, nous avons l'impression de voir apparaître davantage le sujet-patient que le sujet-professionnel. Cette impression nous laisse penser que ceux-ci n'envisagent pas le sujet comme un média, c'est-à-dire un objet de réflexion voire de projection. À l'inverse, il semblerait que le professionnel devienne un moyen, un intermédiaire à travers lequel on peut atteindre le patient. L'un de nos interlocuteurs nous explique même qu'il considère qu'il a fait « *ses meilleures thérapies de patient par le biais de la supervision* ».

Cette distinction entre deux façons d'envisager le sujet dans l'analyse de la pratique reste à interroger. Elle n'est peut être pas à attribuer aux professionnels que

nous avons rencontré mais plutôt à la façon dont ils ont été interrogés. Il est probable qu'au-delà des modalités de l'enquête chaque forme de travail existe chez les intervenants.

Cependant, cette dichotomie un peu caricaturale nous permet de formuler des pistes sur la façon dont l'analyse de la pratique peut être mise en place. Il s'agit ainsi de se poser deux questions : prend-on en charge le patient à travers le professionnel ? Ou bien à l'inverse, soutenons-nous que l'implication du patient dans la description de la situation problématique n'est qu'un élément de contexte parmi d'autres ?

#### 4. Conclusion

Après avoir interrogé des « psychistes » analyseurs de pratique, nous avons tenté de faire émerger les points de convergence mais aussi les différences dans leur action. Ces entretiens nous ont permis de repérer que le cadre décrit par les professionnels ainsi que la demande qu'ils reçoivent sont souvent les mêmes. Ceux-ci nous parlent par ailleurs d'un déroulement de séance plutôt similaire. Cependant, à travers ces actions semblables, les professionnels ne recherchent pas tout à fait les mêmes effets. Ces lectures diverses d'un même dispositif sont souvent portées par des inspirations théoriques différentes. Malgré la conviction que ces dispositifs font soutien, les professionnels qui les animent n'ont pas la même façon d'envisager ce qui, dans ces instances réflexives, permet au sujet de se sentir bien dans sa profession.

Nous avons aussi interrogé la place que prend le sujet-patient dans les groupes d'analyse de la pratique. Nous distinguons deux positionnements possibles que nous résumerons ainsi : est-ce le patient ou le groupe de professionnels qui est l'objet d'un dispositif d'analyse de la pratique ? Ainsi, les professionnels réunis autour de leur activité ou autour d'un patient font communauté de problème. Par delà la réflexivité que semble mobiliser ce dispositif, nous pouvons donc nous demander si ce n'est pas cette communauté de concernement ou de questionnement qui d'une certaine manière est au cœur du soutien aux professionnels.



## Chapitre 2 - La professionnalité à l'épreuve d'une catégorie adolescente : les "mineurs isolés étrangers".

*Roman Pétrouchine, Bintily Konare, Gwen Le Goff, Natacha Carbonel, Mathieu Fouché, John Clulow*

### 1. Introduction

Dans sa définition, le « mineur isolé étranger » s'inscrit dans des formes de catégorisation dont la nature est d'abord juridique. Il s'agit d'une catégorie bien française : le Conseil de l'Europe parle de « Mineur Isolé Non Accompagné », et non pas de « Mineur Isolé Etranger ». Il est fort possible que la France s'aligne prochainement sur la terminologie juridique du Conseil de l'Europe.

Les différents textes juridiques auxquels se rapporte le « Mineur Isolé Etranger » sont complexes, en mutation constante, d'interprétation mouvante. Ils révèlent de nombreux espaces de paradoxes. Notre hypothèse de travail est que les acteurs qui ont en charge les mineurs isolés étrangers sont précisément à l'épreuve de cette complexité juridique. Il est nécessaire dans notre introduction d'en rapporter les tenants et aboutissants, dans des conceptions successivement européenne et française. Les corpus juridiques mettent, successivement ou simultanément, le mineur isolé étranger dans des positions paradoxales, et d'urgence et d'attentisme, et d'assistance et d'autonomie.

#### a) En Europe

Le Conseil de l'Europe<sup>12</sup> définit les « Mineurs Isolés Non Accompagnés » comme « tous les nationaux de pays tiers de moins de 18 ans qui entrent dans le territoire des Etats membres sans être accompagnés d'un adulte qui soit responsable d'eux, par effet de la loi ou de fait, et tant qu'ils ne sont pas effectivement à charge

---

<sup>12</sup> Article 1 de la Résolution du 26 juin 1997.

d'une telle personne (...) ainsi que les mineurs nationaux de pays tiers qui sont laissés seuls après être entrés dans le territoire de l'état membre ».

Cette définition concerne<sup>13</sup> :

- les mineurs migrants non accompagnés qui se trouvent en dehors de leur pays d'origine, quel que soit leur statut, indépendamment de la cause de la migration, qu'ils soient demandeurs d'asile ou non.

- Les mineurs qui sont laissés seuls après être entrés accompagnés ou non sur le territoire de l'Etat membre.

- Des enfants âgés de moins de 18 ans séparés de leurs deux parents et d'autres membres proches de leur famille, non pris en charge par un adulte investi de cette responsabilité par la loi ou la coutume.

- Ces enfants ne sont pas nécessairement séparés de personnes autres que celles précédemment énumérées. La définition inclut des enfants accompagnés par un autre membre adulte de leur famille.

Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés<sup>14</sup> ne rend pas compte de la figure de l' « étranger » dans la définition qu'il donne du mineur isolé non accompagné.

Ces définitions encadrent les réglementations plus spécifiquement nationales, et notamment françaises.

#### *b) En France*

Le mineur isolé étranger ne connaît pas de définition explicite en droit français. Il est pris en charge selon les exigences d'un ensemble de champs juridiques et de lois

---

<sup>13</sup> Recommandation CM/Rec du Comité des Ministres aux Etats membres sur les projets de vie en faveur des mineurs migrants non accompagnés, 12 juillet 2007.

<sup>14</sup> « Notes sur les politiques et procédures à appliquer dans le cas des enfants non accompagnés en quête d'asile », février 1997.

explicites. Une configuration juridique complexe sert de référence par les multiples professionnels issus d'institutions et de disciplines différentes.

Il est un sujet juridique des plus spécifiques, au croisement de deux législations : la protection de l'enfance d'une part, relevant d'une prérogative départementale tendant à l'inclure sur le territoire, et le droit des étrangers d'autre part, tendant plutôt à l'exclure de celui-ci. Le département est mandaté pour prendre en charge l'enfance en danger, ce qui inclut les « jeunes privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille »<sup>15</sup>, tandis que la détermination du statut juridique d'un étranger relève d'une compétence étatique assurée par la Préfecture. Ainsi le système donne une place ambiguë au mineur isolé étranger : la légitimité de sa présence sur le territoire français est questionnée par une partie du droit alors que la Convention internationale des Droits de l'Enfant, dont la France est signataire, affirme l' « intérêt supérieur de l'enfant », quelles que soient sa culture et sa nationalité, dans son besoin de protection.

La minorité est définie par l'article 1er de la Convention internationale des Droits de l'Enfant et le Code civil français : « un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans ». Ce sujet doit également être isolé sur le territoire français : il est non seulement dépourvu de représentant légal, mais également de « la protection de sa famille »<sup>16</sup>. L'isolement, notion juridique, ne correspond pas toujours aux faits : certains jeunes, dès leur arrivée, sont au contact de leur communauté culturelle ou religieuse d'appartenance. Enfin, le sujet doit être étranger. Sa nationalité d'origine, qui ne doit théoriquement pas interférer dans sa prise en charge, a dans les faits une influence sur son droit au séjour au moment de sa majorité.

L'évaluation définie par la Circulaire Taubira<sup>17</sup> est centrée sur les questions de minorité et d'isolement, déterminant l'urgence et le danger. Les cinq premiers jours

---

<sup>15</sup> Article L 112-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

<sup>16</sup> Ibid.

<sup>17</sup> Circulaire JUSF1314192C du 31 mai 2013 relative aux modalités de prise en charge des jeunes isolés étrangers : dispositif national de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation.

de l'évaluation sont payés par l'Etat. Au-delà, elle est financièrement prise en charge par le département – le cas échéant sur plusieurs mois.

Si la minorité est contestée, le jeune fait l'objet d'une décision de non-lieu à assistance éducative, et sa mise à l'abri prend fin. Ainsi, alors que lui-même se déclare mineur, soutenu parfois par ses autorités nationales qui attestent de son identité par la délivrance d'un document, il est considéré comme majeur par les autorités françaises : il n'est plus pris en charge, n'est pas scolarisé et peut faire l'objet d'une mesure d'éloignement du territoire français.

Quand l'évaluation confirme la minorité du jeune et son isolement, celui-ci est rappelé à sa condition d'étranger et à la nécessité qui sera sienne, au moment de sa majorité, de gagner son droit au séjour en France s'il veut pouvoir s'y installer durablement<sup>18</sup>. Se pose alors la question du fondement juridique sur lequel repose à sa majorité son droit au séjour.

Si les jeunes pris en charge avant 15 ans peuvent prétendre à une déclaration de nationalité française<sup>19</sup>, les plus âgés doivent tout d'abord solliciter auprès des préfectures la délivrance d'un titre de séjour.

Certains mineurs fuyant des persécutions peuvent, à ce titre, solliciter la reconnaissance du statut de réfugié ou le bénéfice de la protection subsidiaire. Cette demande d'asile, qui peut revêtir des vertus reconstructrices par certains aspects, peut également réactualiser dans sa procédure même les traumatismes du passé. D'autres jeunes préfèrent ainsi motiver leur venue en France par des considérations autres : volonté d'aller à l'école, de travailler, espoir d'un avenir meilleur, mandat familial. Ceux-là doivent solliciter auprès de la préfecture un titre de séjour dont la délivrance dépend de l'âge auquel ils ont été pris en charge et des efforts d'intégration déployés.

---

<sup>18</sup> Un mineur ne peut être considéré, au regard du CESEDA, comme étant en situation irrégulière sur le territoire français, seuls les adultes étant soumis à l'obligation de solliciter un droit au séjour.

<sup>19</sup> Art 21-12 du Code civil : « Peut [...] réclamer la nationalité française : 1° L'enfant qui, depuis au moins cinq années, est recueilli en France et élevé par une personne de nationalité française ou qui, depuis au moins trois années, est confié au service de l'aide sociale à l'enfance »

Ainsi le jeune est pris dans des effets complexes et paradoxaux de procédures et de définitions juridiques.

## 2. Matériel et méthodes. Le séminaire de recherche « mineurs isolés étrangers »

La clinique psychosociale qui inspire le séminaire de recherche « mineurs isolés étrangers » organisé par l'ORSPERE – SAMDARRA pose comme postulat de ne pas être l'apanage des seuls psychologues et psychiatres. Ceux-ci n'ont pas nécessairement la légitimité et la capacité de « faire » la santé mentale, en particulier si celle-ci est revue et corrigée à l'aune de la précarité. La position des « psychistes » comme des « non-psychistes » à l'ORSPERE-SAMDARRA est de soutenir ceux qui travaillent au sein de cette santé mentale élargie, et qui sont pour partie des professionnels qui ne sont pas habituellement catégorisés du côté des soignants : juristes, interprètes, et tant d'autres. Ils prennent soin du public qu'ils accueillent dans le cadre de leur activité professionnelle : la clinique psychosociale appartient à tous ceux qui la pratiquent (Furtos 2007, 2008).

Le séminaire est fermé, composé de 25 professionnels travaillant au contact des mineurs isolés dans l'ensemble des départements de la région Rhône-Alpes (éducateurs, directeurs de foyers, juristes, psychologues, assistantes sociales, militants) et appartenant à des structures différentes (conseils généraux, foyers spécifiques d'accueil, maisons d'enfant à caractère social, lieux de vie, associations militantes). Il s'est réuni à sept reprises entre juin 2014 et avril 2015. Il est animé conjointement par un pédopsychiatre, une sociologue, un psychologue et une stagiaire en psychologie. Chaque rencontre s'organise autour d'un exposé traitant d'une question précise : aspects juridiques, scolarisation et professionnalisation, prise en charge éducative en foyer et au conseil général.

Les objectifs de ces rencontres sont multiples. Il s'agit de créer un réseau spécifique de professionnels en région Rhône-Alpes. Le séminaire souhaite également soutenir les accompagnants dans les difficultés qu'ils traversent au quotidien. Il s'agit avant tout de promouvoir la prise en compte de la santé mentale, fondée sur la

définition suivante : « capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non sans révolte ». Cela revient à insister sur la capacité de vivre avec autrui et avec soi-même, et de pouvoir investir et créer dans un environnement parfois hostile des productions éventuellement atypiques et non normatives (Furtos, 2007).

Ce séminaire de recherche a conduit à la réalisation d'une journée d'étude le 11 juin 2015, intitulée : « les mineurs isolés étrangers. Quelle professionnalité ? Quelle adolescence ? ».

Avec l'accord des professionnels, les 7 séances du séminaire et la journée d'étude ont été enregistrées et retranscrites, à des fins d'information, de diffusion et de recherche. Elles sont disponibles sous forme d'actes sur le site de l'ORSPERE-SAMDARRA.

### 3. Résultats

Les modalités de prise en charge sont multiples et entrent parfois en contradiction les unes avec les autres. Chaque institution a ses logiques propres de fonctionnement.

#### *a) Des professionnels pris dans la passion des transferts*

Les professionnels sont pris dans des réactions contre-transférentielles massives. Passionnés par les thématiques abordées, ils interrompent le conférencier, se coupent la parole, parlent tous à la fois. Ce manque de tranquillité montre qu'ils sont en prise à de multiples épreuves de professionnalité : ils doivent faire face et s'adapter sans cesse aux multiples contraintes qu'ils rencontrent dans le cadre de leurs activités et qui les font agir jusqu'à s'écarter des normes et règles prescrites par la profession (Ravon, 2010).

*b) Des professionnels en prise avec leur mandat institutionnel*

Les débats sont parfois houleux. On reproche à certains les positionnements politiques de l'institution dans laquelle ils exercent et à laquelle ils sont personnellement identifiés. Ainsi il est reproché aux professionnels travaillant au Conseil général d'être le bras armé d'un pouvoir officiel qui maltraite les jeunes. Ceux-ci se reconnaissent partiellement dans ces critiques et expriment leur dilemme interne à lier diverses contraintes contradictoires : éthique personnelle, injonctions politiques et administratives, liens avec les institutions partenaires.

*c) Des professionnels envahis par les tâches administratives*

Les accompagnateurs des mineurs isolés étrangers, quelle que soit leur identité professionnelle, sont véritablement submergés par les procédures administratives et juridiques. Complexes, extrêmement mouvantes dans le temps, soumises à des interprétations variables d'un département à l'autre, elles révèlent un espace kafkaïen du système. Les professionnels témoignent d'une obligation intériorisée de faire « rentrer les mineurs isolés étrangers dans les cases administratives » afin que ceux-ci obtiennent un statut juridique à leur majorité, une formation, une profession. Ils espèrent ainsi décharger au moins partiellement les jeunes de ces tâches et les sécuriser dans leur parcours d'intégration. En même temps, la lecture compréhensive que les professionnels ont de la situation des mineurs isolés étrangers prend une dimension excessivement juridique, tant les procédures administratives envahissant leur activité infiltrent leur prisme de compréhension des jeunes.

Au-delà d'une contrainte institutionnelle, on peut aussi lire cet empêchement sous un angle contre-transférentiel. De fait, les mineurs isolés étrangers ne font généralement pas parler d'eux dans les foyers. Leur vie sentimentale, leurs désirs professionnels, leurs goûts et leurs loisirs sont souvent inconnus des travailleurs sociaux. Dès les premiers jours de l'arrivée en France, il s'agit d'adopter, parfois de façon caricaturale, l'apparence normative de la jeunesse occidentale, mettant ainsi à distance l'expression d'un « vrai-self ». Ce silence des mineurs isolés étrangers constitue aussi l'expression symptomatique des événements traumatiques à l'origine

de leur départ ou bien ayant émaillé le chemin de l'exil. Ils cherchent ainsi à éviter les souvenirs pénibles, à ne pas provoquer de reviviscences douloureuses.

Ainsi les méandres juridiques dans lesquels se débattent les mineurs isolés étrangers entrent en relation spéculaire avec l'absence d'expression des jeunes dans les institutions. Si les jeunes n'ont pas de place dans le discours des professionnels, n'est-ce pas à dire qu'ils n'ont pas de place tout court ? Leur être-au-monde est sans cesse ramené à l'imbraglio juridico-administratif dans lequel ils sont pris.

*d) Des professionnels pris dans des identités multiples et confuses*

Les mineurs isolés étrangers induisent des mouvements contre-transférentiels d'emblée massifs, multiples et contradictoires.

Ce qui construit un professionnel comme sujet politique, institutionnel et culturel interfère dans la relation qu'il établit avec un jeune. Or, il peut être difficile pour ce dernier de différencier les fonctions des différents accompagnants qu'il est amené à rencontrer. Qu'un professionnel soit salarié d'une institution française induit souvent une certaine angoisse chez le jeune qui peut l'assimiler à un policier. Un mineur isolé étranger peut éprouver une même méfiance lorsqu'il s'adresse à celui qui doit l'évaluer et juger de son statut, et lorsqu'il s'adresse à celui qui l'accompagne au quotidien. Or, les accompagnants exercent parfois ces différentes fonctions de façon conjointe, ce qui contribue à un effet de confusion et d'ambivalence dans le transfert.

Du côté des professionnels, le paradigme du soupçon et le « mythe du réfugié menteur » (Rousseau et Foxen, 2006), communément appliqué à l'ensemble des migrants, s'applique a fortiori aux mineurs isolés étrangers : est-il vraiment mineur ? Son récit est-il vrai ? Le trait est exacerbé lorsque le professionnel, lors de l'évaluation par exemple, est mis dans la position d'être expert de la vérité ou de la facticité du discours des jeunes. Ainsi, lors de l'évaluation par exemple, les jeunes sont pris dans une injonction à se raconter, au risque d'une perversion de l'usage de la parole, transformée en un discours lissé qui met de côté les affects liés aux souvenirs

traumatiques et qu'ils présentent de façon univoque à la préfecture comme aux professionnels. La parole vraie serait au risque d'une réactualisation du vécu traumatique.

Du côté des jeunes, comment faire confiance de nouveau à des adultes après les traumatismes de la migration ? L'adulte est celui qui a pu aider voire sauver le jeune au cours de son parcours migratoire. Parfois au contraire, il incarne celui qui a trahi, maltraité, abusé. Jamais en tout cas, il ne s'est inscrit dans un lien suffisamment fiable et sécurisant. Cette méfiance se teinte d'ambivalence lorsque les jeunes transfèrent sur les professionnels des imagos parentaux chargés de haine et d'amour. Quel est ce parent à la fois abandonnant et porteur du projet migratoire pour un autre que lui-même ? Les mineurs isolés étrangers oscillent entre agressivité (« mes parents sont coupables de m'avoir abandonné ») et culpabilité (« j'ai abandonné et déçu mes parents »).

Les difficultés dans la prise en charge des mineurs isolés étrangers mettent fortement en cause les représentations des accompagnants concernant leur identité professionnelle de référence. Les éducateurs sont envahis, persécutés même par des démarches juridiques en sempiternelles évolutions. Les professeurs et formateurs issus de l'Education Nationale, relativement à distance de ces préoccupations, proposent un espace groupal qui a sans doute une fonction thérapeutique. Une juriste témoigne qu'elle doit savoir tout faire : être juriste, éducatrice, psychologue et enseigner la langue française.

Les professionnels sont mandatés institutionnellement à de multiples fonctions qui entrent parfois en contradiction les unes avec les autres. Ils sont pris par ailleurs dans des enjeux transféro-contre-transférentiels complexes marqués par une grande ambivalence. L'excitation, qui a certes une dimension cathartique, est également marquée par une dysphorie certaine : se couper la parole pour se contredire sans cesse est bien le signe d'une pensée attaquée, d'un impensable dans la professionnalité et d'une impossibilité à se représenter le mineur isolé étranger. Le mineur isolé étranger est assigné à des places multiples et paradoxales, ce qui fait de

lui une figure de l'exclusion. Cette multiplicité et cette confusion des assignations sont révélées par le contre-transfert des professionnels qui en est un reflet troublant.

L'assignation constitue une contrainte nécessaire en ce sens qu'elle permet de dépasser une des angoisses primaires du sujet humain, celle d'être dépourvu d'une assignation dans un ensemble cohérent de relation. L'exclusion reposerait avant tout sur une perte d'assignation (Kaës in Furtos 2007).

e) *Le mineur isolé étranger assigné à des temporalités complexes*

Gardella (2014) problématise le concept de « chronopolitique » en mettant l'accent sur la synchronisation entre temporalités institutionnelles et temporalités individuelles, sur les relations entre l'organisation des temporalités par des dispositifs d'action publique et l'expérience temporelle des individus.

i. *Le mineur isolé étranger assigné à deux régimes de temporalité : l'attente et l'urgence.*

Durant la période d'évaluation initiale, le jeune n'est pas juridiquement considéré comme mineur isolé étranger : il est en attente d'une validation de son statut juridique et politique.

Prouver la minorité relève d'un casse-tête laborieux et chronophage. En fonction des départements où est réalisée l'évaluation initiale, il arrive qu'un jeune ne soit reconnu mineur qu'après un relevé de ses empreintes digitales. Celles-ci sont comparées à des fichiers français et européens. Il lui est parfois imposé une vérification de ses documents d'identité par les services de la fraude documentaire, voire même une expertise médico-légale de son âge. La lenteur de l'évaluation, durant laquelle la scolarité notamment ne peut commencer, constitue assurément un frein à l'obtention, par le jeune majeur isolé d'un droit au séjour sur le territoire français.

La figure du « ni mineur, ni majeur » constitue ainsi une figure radicale de l'exclusion. Le jeune, dans l'expectative d'un résultat incertain, est psychologiquement

soumis à une *chronopolitique attentiste*. Aucune identité politique, condition nécessaire à l'expression d'une subjectivité selon Rousseau (2006), ne lui est reconnue. Alors que l'enfant arrive en France avec le besoin explicite et évident d'être protégé, il est « dés-identifié » et littéralement mis à nu. Cela peut prendre plusieurs mois, durant lesquels aucun travail éducatif ne commence réellement<sup>20</sup>. Il est tenu en haleine par les rouages d'un système complexe qui remettent en cause tout ce qu'il amène. Son récit est décortiqué et vérifié à de multiples reprises par les autorités judiciaires, ses empreintes relevées, son document d'identité transmis aux services de la fraude documentaire, son corps lui-même peut être investigué. Ce jeune doit pouvoir expliquer dans quelles conditions son document d'identité a été établi, voire même pour quelles raisons sa naissance n'a pas été déclarée dans les registres d'état civil de son pays d'origine. On finit par lui opposer arbitrairement un âge qui prévaut sur celui que lui ont donné ses propres parents.

Lorsque le mineur isolé étranger est reconnu comme tel, son statut politico-juridique reste précaire, sa stabilisation reste à advenir : il est dès lors assigné à une *chronopolitique de l'urgence*. En effet, 90% des mineurs isolés étrangers sont âgés de 16 à 18 ans : la majorité est une échéance rédhibitoire pour l'obtention d'un statut stabilisé, une course contre la montre commence pour eux et les travailleurs sociaux : aller à l'école s'il y a de la place, se conformer à des règles posées pour des enfants ayant grandi dans une société occidentale, maîtriser la langue française, justifier irrévocablement de son identité en se voyant délivrer un passeport. Alors qu'on lui impose plusieurs mois d'inactivité pour s'assurer de qui il est, on lui demande de réagir rapidement et de faire preuve d'efforts en vue de son intégration durable dans sa société d'accueil. À parfois presque dix-huit ans, le système le crée mineur à l'aube de sa majorité et de ses responsabilités à venir en tant qu'étranger résidant sur le territoire français.

---

<sup>20</sup> La Circulaire Taubira spécifie en effet que « une fois la minorité établie, le placement du jeune dans un service de l'aide sociale à l'enfance doit se faire avec un souci de rapidité afin que sa protection et le suivi éducatif se mettent en place au plus vite », ce qui signifie *a contrario* qu'ils n'ont pas à être mis en place avant que ce ne soit le cas.

ii. *Le mineur isolé étranger sommé de synchroniser la temporalité de l'assistante et celle de l'autonomie.*

Nous faisons l'hypothèse que le mineur isolé étranger constitue le parangon d'une anthropologie paradoxale des temporalités humaines. Son ontologie est traversée par des paradigmes contradictoires auxquels il est successivement assigné, ce qui n'est qu'une façon parmi d'autres de ne l'assigner nulle part.

Pris dans une injonction à la réussite, le jeune est régulièrement mis à une place d'adulte. De nombreux mineurs isolés étrangers ont déjà une expérience professionnelle : les « mandatés » ont pour mission d'origine de gagner leur vie et celle de leur famille en vivant et en travaillant en France, leur parcours migratoire exige d'eux une très forte responsabilisation. L'institution française, quant à elle, exige d'eux un comportement remarquablement discipliné, une acquisition importante de savoirs et de savoir-faire en un minimum de temps. Les jeunes sont par ailleurs pris dans le paradigme occidental individualiste d'« être acteurs de leur réussite » qui imprègne aussi les pratiques des professionnels. Or, celui-ci n'a pas forcément de sens pour les mineurs isolés étrangers. Beaucoup de jeunes sont habitués à ce que les adultes décident de tout. Le fait qu'on leur laisse le choix peut être perçu comme une source de désintérêt à leur égard, comme s'ils n'avaient pas d'importance, ce qui peut être très insécurisant (Leconte 2012).

Le mineur isolé étranger est aussi pris dans le paradigme assistanciel structurant le champ de la protection de l'enfance. Les règles de vie qui lui sont appliquées en foyer sont régulièrement pensées à l'aune de ce paradigme et ne diffèrent pas de celles appliquées aux autres jeunes. Elles peuvent parfois résonner chez lui comme une injonction à la dépendance qui ne fait pas forcément sens. Cette place d'enfant peut entrer en contradiction avec le statut et le rôle qu'il avait antérieurement. Ses précédentes responsabilités s'opposent aux règles des foyers vécues comme infantilisantes.

Les professionnels portent aussi le souci d'assigner les mineurs isolés étrangers à une problématique adolescente. Ils postulent ainsi une certaine universalité du processus adolescent que l'on peut interroger. L'adolescent n'est-il pas avant tout une figure émergeant dans le monde occidental contemporain à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle ?

Dans quelle mesure cette figure dont la constance est contestée en occident même est-elle pertinente, appliquée à des individus non-européens ?

Enfin, certains jeunes pris dans le processus traumatique restent comme suspendus au voyage et mettent beaucoup de temps à « vivre » la France. Ils n'arrivent pas à penser qu'en France comme au pays d'origine, la vie continue. Ils vivent parfois avec violence le fait qu'un parent a pu, par exemple, refaire sa vie au pays. La temporalité psychique est écrasée par l'événement traumatique. L'arrivée psychologique effective est réalisée plusieurs mois après l'arrivée réelle. La précarité de la situation et l'urgence perpétuelle font émerger des stratégies de survie qui bloquent tout processus d'élaboration psychique. Elles provoquent une amnésie de la pensée qui empêche le sujet d'anticiper un avenir même proche et de se remémorer son passé. Ainsi toute forme d'élaboration psychique et de processus narratif inscrivant le sujet dans un passé, un présent, un avenir, est bloqué.

d'élaboration psychique et de processus narratif inscrivant le sujet dans un passé, un présent, un avenir, est bloqué.

*f) Une inadéquation des spatialités institutionnelles et spatiales*

Par analogie à la difficile synchronisation des temporalités à laquelle est soumis le mineur isolé étranger, l'adéquation est difficile entre spatialité subjective et spatialisation institutionnelle. Il y a hiatus entre l'organisation de la spatialité par les dispositifs d'action publique et l'expérience spatiale subjective de l'individu. Le processus de subjectivation par l'intériorisation individuelle d'un cadre spatial intime est mis à mal chez le jeune, aussi bien au départ que lors du parcours migratoire et de l'arrivée dans le pays d'accueil.

Etiemble et Zanna (2013) soulignent que les mineurs isolés étrangers pris dans une problématique d'errance sont extrêmement méfiants de toute forme d'institution et en ce sens très difficiles à approcher par les professionnels. On retrouve chez eux des assises narcissiques fragiles, liées à des traumatismes vécus pendant les premières années de vie. L'enfant peut alors voir le monde comme dangereux et se juger lui-

même comme indigne d'amour. La clinique du traumatisme ultra-précoce induit dans les suites de graves troubles de l'attachement et de la personnalité.

Qui plus est, le parcours migratoire des mineurs isolés étrangers avant d'arriver en France est complexe. Certains sont en errance depuis de nombreuses années. Acteurs de la migration lors d'une étape, ils peuvent être pris lors d'une autre dans des réseaux qui les exploitent. Le temps du voyage est un temps de séparations brutales à répétition (Leconte, 2014).

Ainsi, les problématiques d'errance en France dont témoignent les professionnels constituent souvent l'expression des compulsions de séparation, témoignant elles-mêmes de fortes angoisses de séparation. Les jeunes manifestent une adhésion extrême à ce que les adultes désirent pour eux. Il arrive néanmoins qu'ils passent subitement à l'acte, suite à quoi ils sont parfois exclus de l'institution qui les accueille, ou bien ils quittent les lieux sans prévenir, rompant le lien que les adultes croyaient avoir tissé avec lui. Le traumatisme a ainsi un impact sur la spatialité subjective du mineur isolé étranger : l'errance permet d'éviter de s'arrêter, quand s'arrêter voudrait dire penser, souffrir, faire confiance (Leconte 2012).

À cette expérience subjective effractée de la spatialité répond une spatialisation institutionnelle des mineurs isolés en France qui peut réactiver encore le processus traumatique. Lors de leur arrivée, les jeunes sont pris dans une injonction particulière concernant leur répartition sur le territoire français : ils ne sont pas libres de se rendre où bon leur semble. En effet, les autorités constatent l'augmentation progressive de leur arrivée en France depuis les années 2000. Leur répartition sur le territoire est disparate : près de la moitié d'entre eux cherchent refuge dans les départements de l'Île-de-France, ce qui conduit à un engorgement des structures d'accueil. À la demande de plusieurs conseillers généraux, et face à l'interruption des prises en charge dans certains départements, le Gouvernement s'est penché sur cette problématique spécifique. La Circulaire Taubira définit une prise en charge par les services de l'Aide sociale à l'enfance dans un département désigné par une « cellule

nationale d'évaluation et d'orientation »<sup>21</sup>. Ainsi, celle induit, au sein même du territoire français, des nouvelles séparations avec les professionnels qui avaient pris en charge les jeunes dans le département de leur arrivée.

#### 4. Conclusions

Le mineur isolé étranger, dans sa définition comme dans les desideratas de sa prise en charge, est d'abord et avant tout inscrit dans un cadre juridique. Celui-ci a un effet d'assignation insuffisant, dans le sens où les paradigmes juridiques qui régissent sa prise en charge entrent en contradiction les uns avec les autres. Qui plus est, la complexité, et l'imprévisibilité en terme de résultat, des procédures juridiques ont pour conséquence d'empêcher les professionnels de penser les mineurs isolés étrangers à travers d'autres prismes interprétatifs. Pour autant, les accompagnants appliquent simultanément sur la personne du mineur isolé étranger les paradigmes éventuellement contradictoires de l'enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte. Par ailleurs, lui-même est pris dans des processus psychiques sous le sceau du trauma, mettant à mal l'élaboration d'une temporalité et d'une spatialité subjective.

Ainsi, les professionnels du travail social auprès des mineurs isolés étrangers sont confrontés en permanence à des tensions fortes et souvent paradoxales, entre la mise en œuvre des politiques publiques, des injonctions juridiques, la protection de l'enfance et l'éthique professionnelle. Clulow (pp 25 – 26) recense, chez les travailleurs sociaux, cinq logiques d'action propres à la prise en charge des Mineurs Isolés Etrangers, qui interfèrent les unes sur les autres et rentrent régulièrement en contradiction :

- une logique policière, qui correspond à celle de l'évaluation : l'individu doit-il entrer ou être exclu des dispositifs spécifiques existants ?

- une logique de protection, issue d'une prescription juridique relevant de la loi de la protection de l'enfance.

---

<sup>21</sup> La mission de cette cellule est suspendue depuis le 30/01/2015 par décision du Conseil d'Etat.

- une logique administrative, liée à la formalisation procédurale des directives et diverses marches à suivre.

- une logique administrative, destinée à enseigner aux jeunes le savoir-faire nécessaire dans la vie personnelle et professionnelle.

- une logique militante, les professionnels étant confrontés à la cause des sans-papiers. La dimension politique et de masse de cette cause est transférée au niveau individuel dans le quotidien de leur activité professionnelle.

Impossible à se représenter, le mineur isolé étranger constitue l'espace idéal de projections contradictoires qui participent d'une assignation impossible. Les professionnels, dans la passion de leurs propos et de leurs positionnements contradictoires, dans les conflits qui les opposent les uns aux autres, peuvent être porteurs d'une pulsion de vie dont le mineur isolé étranger est destitué, ou dépourvu, s'ils arrivent à s'accorder, faisant de leurs divergences une force suffisante, à la fois critique et unie.

## Chapitre 3 - La professionnalité à l'épreuve des trajectoires. Etude de quatre cas de prise en charge interinstitutionnelle « d'adolescents difficiles »

*Béatrice Deries, Roman Pétrouchine, avec la collaboration de Thibaud  
Marmorat*

### 1. Introduction

Sophie Dumay (2000) définit les adolescents difficiles dans les termes suivants: « (Ces adolescents), en souffrance, qui se situent à l'interface du psychiatrique, du judiciaire et du socio-éducatif, et dont l'expression clinique emprunte le masque comportemental de l'agir et de la destructivité, sont le plus souvent déscolarisés, en voie de marginalisation. Ils engendrent presque toujours chez les équipes soignantes, pédagogiques et judiciaires un hyper-investissement suivi de rejets et de rupture » (p.144). Bien que « souffrants », ils sont à la fois inclus, et exclus de la psychiatrie et plus largement se caractérisent par leur localisation indéfinissable entre les différentes institutions. La « carence » est à l'origine de cette condition et le « chaos familial » vécu dans la petite enfance conduisent à une anomalie de développement psychique, à « mi-chemin » entre la « phase symbiotique » et la « phase d'individuation-séparation » (p. 145).

Au cours des années 2000, une littérature clinique abondante développe des considérations similaires à celle présentées par Dumay sur ces adolescents « non psychiatriques » rencontrés dans les interstices des institutions (Violet-Chartier, 2011, 52). Livres et articles développent des considérations identiques sur les adolescents en grande souffrance, difficiles ou à risques (Coenen, 2002 ; Traube et Villat, 2003) décrivant les mêmes manifestations cliniques de violence et de transgression et les mêmes origines carencielles et de déprivation. Leurs auteurs, travailleurs sociaux, psychiatres et psychologues, s'attachent à recenser les « expériences innovantes » (Granval, 2003) et les « complémentarités institutionnelles » (Bouyssièrre-Catusse et Raynaud, 2012) pour cette population spécifique, en rappelant son caractère

« socialement et institutionnellement construit » (Gaillard, 2014). En se référant aux savoirs cliniques - que ce soit par des concepts psychanalytiques, les théories systémiques ou par des considérations neuro-développementales - ces auteurs développent l'idée suivante: les difficultés des professionnels sont liées aux caractéristiques des adolescents difficiles, et celles-ci s'expliquent par les carences de leurs histoires infantiles.

Dans un article de 2001, Roland Coenen, éducateur et psychothérapeute, s'efforce de préciser les particularités des réactions chez les professionnels traitant cette catégorie d'adolescents :

« Si, à nouveau, la subjectivité intervient – tout le monde n'est pas en échec face aux mêmes choses – il faut reconnaître qu'il existe des adolescents vis-à-vis desquels la formation, le talent, l'intelligence de l'intervention sont toujours mis en péril. Dès lors, cette constatation rejoint la norme objective : il existe bel et bien une catégorie de personnalités qui rend les suivis ardu pour tout le monde (...). Si tous les adolescents difficiles sont différents, leur catégorisation devient possible par leur point commun : notre mise en échec » (Coenen 2001, 135).

Aux prises avec une formulation tautologique « les adolescents sont définis comme difficiles car ils mettent en échec les adultes, ils mettent en échec les adultes car ils sont difficiles » (Gansel, 2016), Coenen s'attache ici à définir une catégorie d'adolescents à partir d'un problème pratique : leur position à la marge de toutes les institutions (la « mise en échec », le « rejet »).

Ainsi, la principale caractéristique des adolescents difficiles est d'être impossible à « cadrer » tant d'un point de vue théorique (ils ne sont ni normaux, ni malades), que disciplinaire (ils ne se conforment à aucun cadre) ou encore qu'institutionnel (ils ne relèvent ni des institutions sociales ni des institutions sanitaires). La catégorie clinique d'adolescents difficiles renvoie ainsi à un trouble d'une double nature, défini chez l'adolescent par un état psychopathologique ne rentrant dans aucune catégorie nosographique, et chez les professionnels qui en ont la charge par un malaise, une inquiétude. Ce double trouble est tout à la fois celui "objectif" de l'adolescent, et celui, "construit" dans un système institutionnel et contre-transférentiel, des professionnels

et de leur malaise (Gansel, 2016, 81). Les deux aspects que sont l'incertitude (la localisation indécidable de l'adolescent) et l'ambiguïté (qui souffre ?) constitueraient, toujours selon Yannis Gansel, la catégorie clinique "d'adolescents difficiles", une catégorie repérée par la souffrance des adolescents et des professionnels et organisée par l'expertise clinique.

Le trouble des indications, épreuve collective récurrente dans les récits d'expérience que nous avons recueillis, vient thématiquer, dans notre étude de cas, ce trouble d'une double nature. Consubstantiel à la singularisation de l'action publique envers ces adolescents, il en deviendrait même, nous allons voir, un opérateur de construction des trajectoires aux frontières des différents secteurs. Il est enfin la ficelle analytique que nous avons retenue pour traiter le matériau recueilli.

Mais l'ambiguïté n'est pas que limitation. Parce qu'elle entretient en permanence cette interrogation : *est-ce le système et les professionnels qui produisent les adolescents difficiles ? ou bien ont-ils des caractéristiques propres ?* Elle est également source de créativité en renouvelant le processus de problématisation collective mis en œuvre au sein des réseaux interinstitutionnels de prise en charge (Gansel, 2016, 81). C'est à la lumière de cette oscillation entre interprétations<sup>22</sup> que sera considérée l'expérience professionnelle des trajectoires adolescentes recueillie. Cette oscillation est perceptible dans les récits de trajectoire. Vacillement précieux en ce qu'il préserve d'un enfermement dans une lecture des épreuves de professionnalité exclusivement psychopathologique renvoyant sans cesse aux carences infantiles des adolescents pris en charge. Vacillement dynamique en ce qu'il débouche sur des processus créatifs, qu'ils soient formels (exemplifiés dans l'un des cas par l'innovation

---

<sup>22</sup> Plus que d'oscillation, nous pourrions en nous appuyant sur Vinciane Despret, parler de "vacillement" ainsi qu'elle le fait pour considérer les manières dont les vivants entretiennent des relations avec leurs morts. Sous cette expression, elle rassemble les manières contradictoires de faire et de penser de tels liens sous un régime qui ne clôt pas. Par vacillement, la philosophe nomme "Un discours qui ne se donne pas pour fin de décrire ou d'expliquer une expérience, mais de lui donner une forme qui produit ce qu'il décrit, qui provoque en nous une transformation dans nos manières de sentir. (...) Ecrire non pas pour expliquer, mais pour modifier des rapports, des manières de se rapporter. Ecrire en vacillant". Cf Vinciane Despret, *Au bonheur des morts. Récits de ceux qui restent*, Les empêcheurs de penser en rond / La Découverte, 2015, p. 144. (Despret, 2015 : 144)

associative) ou informels (dans le bricolage quotidien pour faire face et en sortir, dans les quatre cas).

Nous démarquant d'une approche causaliste des échecs professionnels, surdéterminés par les carences affectives et familiales des adolescents, nous avons fondé la construction de nos cas sur d'autres critères de la complexité, indépendants d'une essence de ces adolescents, recentrés sur l'expérience professionnelle de cette complexité. Forts des travaux précédemment cités, nous nous sommes intéressés au trouble (des indications) en tant qu'il est dynamique, en tant qu'il participe à la dynamique d'une action publique. Nous nous sommes intéressés au trouble à travers ce qu'il fait faire. D'où le choix qui a été le nôtre d'inclure une approche morphologique de l'expérience professionnelle et interinstitutionnelle (partenariat, réseaux, logiques pluridisciplinaires, dispositifs interinstitutionnels). Nous nous sommes également intéressés au trouble à travers ce qu'il fait dire : à cet égard, notre étude de cas, en constituant le retour sur expérience des trajectoires en site de problématisation, visait à explorer de nouvelles perspectives d'appréhension de ce que ces adolescents ont de difficile.

En donnant une lisibilité descriptive pratique au réseau de prise en charge, cas par cas, ce n'est donc pas une connaissance exhaustive des trajectoires de quelques adolescents en grandes difficultés que nous avons cherché à constituer, mais bien plus, une compréhension de l'expérience qu'en ont / qu'en font les divers professionnels, en tant qu'expérience d'un problème public.

À cet égard, c'est la notion straussienne de trajectoire que nous sommes allés chercher. Ce que Strauss (1992) entend par "trajectoire de la maladie" en la distinguant du "cours de la maladie", de même que par "travail de trajectoire" intéressait notre travail pour sa dés-essentialisation du problème. Le regard est porté non pas sur le tableau clinique [de l'adolescent], sur l'évolution de sa pathologie, mais sur la manière dont les professionnels 's'en arrangent' au travers de leurs actions plus ou moins articulées. Cette nuance éclaire la distinction que nous avons introduite, dans cette étude de cas, entre trajectoire de prise en charge (dite encore trajectoire

interinstitutionnelle) de l'adolescent et trajectoire biographique (du même adolescent) et l'accent que nous avons porté sur la première. Il s'agissait de rendre compte du passage d'une institution à une autre, d'un secteur à un autre (éducatif / médical), d'une problématique à une autre (éducative / du soin) ; de suivre la trajectoire des théories utilisées dans le cours d'une prise en charge. En tant que chercheur, de relever les critères par lesquels les professionnels jugent l'action qu'ils ont eu à conduire ou à évaluer, et non juger l'action qui convient.

Cependant, aussi éclairante soit-elle, la notion straussienne de "trajectoire de maladie" ne saurait être transférée comme telle s'agissant des "adolescents difficiles". Sa première limite est la restriction du plan d'analyse (la chambre du malade) pour aborder l'activité interprofessionnelle quand les trajectoires de prise en charge de ceux-là se déploient dans un espace interinstitutionnel ; la seconde est l'écueil de la pathologisation du problème. Plus juste serait-il de parler de "trajectoire du problème" (relatif à l'adolescent en difficultés) en articulant la notion de trajectoire à celle de site de problématisation telle qu'évoquée plus haut.

## 2. Matériels et méthodes

### a) L'étude de cas : tenants et aboutissants

#### i. De la méthode des cas

Alors que la notion de cas en sciences sociales donne lieu à des interprétations épistémologiques radicalement opposées, il est important de préciser ce à quoi la présente étude entend s'affilier. Pierre Vidal Naquet et Antoine Hennion pour mieux situer les récits de cas d'intervention au domicile de personnes atteintes de troubles cognitifs ou psychiques qu'ils ont recueillis et construits, mettent préalablement en lumière les caractéristiques qui opposent ces deux grandes versions tout en montrant comment chacune d'entre elle se décline encore en une variété de mobilisations du "cas" (Hennion et Vidal Naquet (dir.), 2012, 12-17).

Si de part et d'autre, se retrouve l'idée d'unité de lieu et de temps, d'objet d'étude circonscrit, ce sont les buts donnés à cette limitation du champ de l'enquête

qui diffèrent. En ethnologie ou en sociologie, et en particulier dans les travaux de l'École de Chicago où la méthode des cas a pris son essor, la restriction du champ vise un examen très approfondi de ce qui se passe, à l'opposé d'une version de la méthode de cas telle qu'utilisée par exemple en sciences économiques où le cas résulte d'un travail d'épuration pour acquérir un caractère schématique et pédagogique. Recherche de traits communs *versus* valorisation des différences particulières, schématisation *vs* prolifération des détails, chaque détail donnant plus de vérité à l'autre ; réduction *vs* condensation... Ici, "Il ne s'agit plus de réduire (...) une situation complexe à quelques variables indépendantes, mais au contraire de se donner les moyens de saisir toute la complexité du réel en profitant de ce qu'on l'a entourée d'une clôture" (Hennion et Vidal-Naquet, 2012, 12).

Dans cette dernière acception de la méthode, les études de cas ne sont pas là pour illustrer et conforter des termes généraux mais pour les interroger, les mettre en cause, se demander ce qu'ils peuvent vouloir dire en situation. La vocation exploratoire de notre étude de cas, dans le projet global de recherche, nous y a d'emblée inscrits, nous entraînant à abolir certains couples d'opposition : concret *vs* abstrait, particulier *vs* général... bref à reconsidérer le processus de montée en généralité lui-même. Le recours à des catégories analytiques abstraites et indépendantes des situations n'y devait plus être le chemin obligé pour faire que les "cas" deviennent heuristiques.

*"(La discipline historique), loin d'opposer le particulier au général, nous montre en actes que plus elle sait rendre compte de la spécificité et de l'unicité d'un événement, plus elle le charge de sens, de vérité, de leçons pour le présent et pour le futur. Autrement dit, elle nous prouve que plus une analyse sait livrer la vérité singulière d'une situation, plus elle peut être réutilisée, comparée, exploitée pour participer à une intelligence générale du monde. C'est en accumulant des expériences que se fait l'histoire, c'est-à-dire qu'elle se constitue en expérience collective."* (Hennion et Vidal Naquet, 2012,15)

Dans une action publique 'sur-mesure' où domine la régulation au 'cas par cas', l'approche par cas n'intéresse pas que les sciences sociales mais aussi les acteurs de sa

prise en charge, dans le rôle qu'ils lui font jouer et les leçons qu'ils en tirent. Ainsi, les quatre cas étudiés nous surprennent par la congruence qu'ils révèlent entre cette sociologie du cas inspirée de la tradition historique, et le rôle que les cas exercent 'sur le terrain', dans le travail institutionnel et inter institutionnel. C'est en quelque sorte en creusant plus avant le particulier d'une situation donnée, à un moment précis de la trajectoire, et en s'y laissant déborder, que les intervenants professionnels comme les chercheurs accèdent à l'expérience collective, et fabriquent une "histoire" de l'aide aux adolescents difficiles.

Nous reconnaitre dans cette deuxième version de la méthode des cas allait avoir des conséquences méthodologiques, non seulement à la phase du recueil du matériau mais aussi à celle de son traitement et de sa restitution. Ici en l'occurrence, la présentation des résultats de l'enquête ne saurait faire l'économie de la singularité biographique des cas ; elle en passe inévitablement par une présentation des trajectoires d'adolescents, fussent-elles reconstituées par le chercheur. Ce sera le premier volet de nos résultats.

Pour conclure sur ce point méthodologique, si la notion de "cas" en sciences sociales joue l'unité de lieu et de temps, par opposition aux enquêtes statistiques ou aux longues enquêtes ethnographiques (Hennion et Vidal Naquet, 2012, 12), ce critère-là d'unité n'est pas pertinent pour motiver notre étude de cas de prise en charge d'adolescents "difficiles" ; prise en charge dont la caractéristique, précisément, est de ne pouvoir être contenue durablement en un lieu et en un temps. L'unité de temps et de lieu est ce qui fait problème aux acteurs. L'unité constitutive des quatre cas de notre étude est autre, elle est celle de la trajectoire, celle-ci se déployant dans un temps et dans un espace interinstitutionnel indéfini. C'est ce que nous allons décrire plus avant.

ii. Le choix des cas

Deux portes d'entrée ont été retenues pour accéder aux quatre cas. La première est l'Unité d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents Flavigny (Centre Hospitalier Le Vinatier), partenaire de la recherche par l'intermédiaire de son praticien hospitalier Mohamed Tatou, pédopsychiatre. La seconde est l'IDEF (Institut Départemental de l'Enfance et de la Famille) au titre de deux de ses missions, le foyer de l'enfance (lieu d'accueil des mineurs de 0 à 18 ans, le plus souvent en urgence, d'évaluation et d'accompagnement) et la Cellule Technique d'aide à l'orientation en charge de l'animation du Dispositif Départemental d'accueil d'urgence. Ce dispositif nous est apparu d'emblée comme un observatoire et une archive des trajectoires complexes. Ce choix de "double entrée" visait à diversifier les points d'arrivée des trajectoires au moment de l'enquête, entre "urgence éducative" et "urgence psychiatrique", ces deux notions ainsi que leur mise en tension pratique intéressant notre étude. Eu égard à la dimension collaborative de la recherche, il nous importait en outre que les cas choisis le soient en fonction de l'intérêt et de la préoccupation qu'ils représentaient pour chacune des équipes.

C'est en collaboration avec trois équipes relevant de nos deux entrées, psychiatrique et éducative, qu'ont ainsi été sélectionnés les cas : l'équipe pluridisciplinaire de l'unité de soin Flavigny, l'équipe de direction du foyer de l'Enfance de l'IDEF, l'équipe socio-éducative de la Cellule Technique d'appui à l'orientation. *Le critère de la complexité* des prises en charge guidait le choix des cas sur les deux sites. L'objet de recherche (les épreuves de professionnalité) nous conduisant à la saisir à partir du point de vue des acteurs mobilisés autour d'un adolescent, et dans leurs difficultés à articuler et à poursuivre sa prise en charge. Le critère de complexité n'était donc pas envisagée comme un attribut de l'adolescent (sévérité des troubles psychopathologiques et nombre d'institutions fréquentées) mais référé à la multiplicité des expériences de la « difficulté » de sa prise en charge, et aux controverses que celle-ci fait naître entre ses protagonistes.

Ce 'choix des cas' par les discussions auxquelles il a donné lieu constitue en lui-même un premier « site de problématisation » : espaces-temps de problématisation

des cas, à la croisée de nos critères précédemment définis et des analyses spontanées réalisées par les équipes à propos de tel ou tel cas puisé dans leurs expériences respectives.

iii. La construction des cas

À partir des quatre cas d'adolescents ainsi retenus, restait à construire notre terrain d'enquête.

Les réponses n'étant pas définies a priori, mais se construisant petit à petit et de manière singulière entre champ médical (notamment pédo-psychiatrique), champ judiciaire, champ médico-social et champ socio-éducatif. À chaque trajectoire de prise en charge correspond un réseau, un réseau non accessible d'emblée mais que l'on n'allait pouvoir saisir qu'une fois s'y étant introduit par l'enquête.

Pour chacun des cas, celle-ci a débuté là où il avait été repéré, dans l'Unité Flavigny ou bien à l'IDEF. Le réseau de preneurs en charge, qui avait été tracé à grands traits lors du choix du cas, s'est affiné au cours de nos premiers entretiens. Dans le cas-Kevin, ce tracé rétrospectif s'est effectué à partir du dossier de "prise en charge partagé" ouvert pour lui à la Direction Départementale de la Protection de l'Enfance.

C'est l'étude de ce cas qui au demeurant a ouvert l'enquête, en collaboration avec l'Unité d'hospitalisation Flavigny. Une première série d'interviews s'y est déroulée au printemps - été 2014 par Thibault Marmorat, stagiaire à l'Orspere-Samdarra, sous la direction de Béatrice Deries. Quatre types de professionnels de l'équipe pluridisciplinaire y ont été rencontrés, dont un sous une forme collective (les infirmiers). La seconde série d'interviews a débuté un an plus tard (printemps - été 2015) une fois établie notre collaboration avec l'IDEF. Elle s'est alors déployée sur l'ensemble des cas, la poursuite du cas-Kevin incluse. Elle a été réalisée par Béatrice Deries et Roman Pétrouchine.

Le critère de diversité professionnelle et institutionnelle a orienté le choix de nos interlocuteurs, et ce faisant la construction des cas, cette diversité étant recherchée de manière globale, sur leur ensemble. Grâce aux premiers entretiens,

nous avons reconstitué cas par cas les étapes charnières ou sensibles de la trajectoire (scandées par les crises d'orientation). Puis nous avons identifié à chacune d'elle le réseau d'acteurs en présence. Les interviews allaient se ventiler du mieux que possible entre ces périodes. Puis nous cherchions à varier les secteurs (psychiatrie, protection de l'enfance, médico-social, secteur judiciaire<sup>23</sup>,...); et enfin les épreuves de professionnalité : chaque interlocuteur devant être susceptible de faire le récit d'un type d'épreuve, à partir de son expérience de la prise en charge de l'adolescent, du point de vue où il était alors situé : à titre d'exemples, épreuves politico-institutionnelles recherchées du côté des directeurs d'établissement, épreuves de coordination chez les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance, épreuves éducatives voire épreuves de la "permanence" chez les intervenants de proximité, épreuves thérapeutiques chez les cliniciens...

À l'exception de l'unité Flavigny, du dispositif de prise en charge partagée et de l'IDEF, les noms des institutions et des acteurs ont été anonymisés.

---

<sup>23</sup> Concernant la représentation des différents mondes professionnels dans ce corpus, l'accès aux juges des enfants tout comme aux acteurs du monde scolaire s'est avéré d'une grande complexité, coûteuse en procédures et en temps. Si bien que nous avons renoncé à les inclure, renvoyant ce projet à d'éventuels développements de la recherche.

**Corpus d'entretiens : choix des interlocuteurs, représentation des épreuves,  
distribution des interviews**

<b>Kevin</b> <i>(repérage Flavigny)</i> <b>15 entretiens + lecture dossier Prise en charge partagée</b>	<b>Souad</b> <i>(repérage Flavigny)</i> <b>8 entretiens</b>	<b>Omar</b> <i>(repérage Foyer de l'enfance IDEF)</i> <b>4 entretiens</b>	<b>Esther</b> <i>(repérage Cellule Technique IDEF)</i> <b>8 entretiens + première approche / observation Cellule Technique</b>
Assistante de service social Unité Flavigny / TM	Assistante de service social Unité Flavigny / RP puis BD (2 entretiens)	Chef de service éducatif, Foyer de l'enfance IDEF / RP	3 travailleurs sociaux de la Cellule technique IDEF (entretien collectif) / BD
3 infirmiers Unité Flavigny (entretien collectif) / TM	2 infirmières Unité Flavigny (entretien collectif) / BD	Educateur à l'Oasis, Foyer de l'enfance IDEF / RP	Chef de service éducatif Cellule Technique IDEF / RP
Pédopsychiatre chef de service Unité Flavigny / TM	Pédopsychiatre chef de service Unité Flavigny / BD	Pédopsychiatre hôpital / BD	2 éducateurs Foyer de l'Enfance IDEF (entretien collectif)/ BD
Psychologue Unité Flavigny / TM	Pédopsychiatre praticien Hospitalier Unité Flavigny / BD	Assistante de service social ASE / RP	Assistant de service social ASE / RP
Educatrice ASE / BD	Directrice du foyer d'urgence pour adolescentes / RP		Famille d'accueil Mme M. /RP
Directeur IME-IMPRO Rayon de soleil/ BD	Famille d'accueil. / BD		Chef de service éducatif Foyer pour adolescentes/BD
Lieu de vie L'Eau Vive : 4 entretiens / BD - Psychologue des lieux de vie de l'eau Vive - permanente et responsable du lieu de vie L'eau Vive (2 entretiens) - deux autres permanents du lieu de vie L'eau vive (entretien collectif)			Psychologue foyer de l'Enfance IDEF/ BD

Directeur MECS / BD			
Educatrice foyer de l'Enfance IDEF / séjour 2010 / BD			
Educateur de renfort en 2012-2013 / RP			

Intervieweurs: BD = Béatrice Deries, RP = Roman Pétrouchine, TM = Thibaud Marmorat

*b) Du choix du cas à sa mise en récit : les mobilisations de la trajectoire*

Notre réappropriation de la notion straussienne de "trajectoire" en "trajectoire de prise en charge" de l'adolescent, ou "trajectoire du problème" que celle-ci constitue (voir *supra*), a donné lieu à plusieurs mobilisations de la notion. Pour conclure ce volet méthodologique, retraçons ces plans successifs, qui donnent toute la mesure du rôle joué par ce matériau expérientiel de la trajectoire dans l'étude de cas.

*Au plan empirique*, la trajectoire, on l'a dit, est ce qui est partagé par le réseau interprofessionnel et interinstitutionnel, à l'instar du domicile dans une équipe d'aide à domicile. Elle est l'objet empirique de la recherche. Nous sommes partis de l'hypothèse - hypothèse à mettre à l'épreuve - que c'est sa mémoire et ses oublis qui articulent le réseau de prise en charge, dans sa successivité et dans sa spatialité ; que la mémoire de la trajectoire et des échecs qui y sont accumulés est un opérateur d'institutionnalisation et la raison même du réseau.

*Au plan méthodologique*, la trajectoire institutionnelle des adolescents a été un repère indispensable à la construction des cas, pour sélectionner un échantillon au sein des preneurs en charge intervenus à ses différentes étapes.

Du cas à sa mise en récit, la trajectoire joue chez ces derniers un rôle dans la problématisation de la prise en charge au sens où l'expérience de cette trajectoire participe des épreuves de professionnalité. Il s'agissait alors de repérer la relation que sa mémoire entretient avec l'expérience, et comment elle est structurante de la prise en charge. À cette fin, une approche inductive facilitant la mise en récit nous est

apparue la plus pertinente méthodologiquement. Nous inaugurons celui-ci par une consigne du type "*Racontez-moi votre expérience de la prise en charge de X*". Puis dans l'accompagnement de ce récit, nous laissons la trajectoire venir d'elle-même, avant d'aller la chercher par des questions. Il s'agissait de produire et de soutenir un récit de cas, qui entremêle récit d'expérience et récit de la trajectoire de l'adolescent dans un ordre et avec des importances variables selon le choix de notre interlocuteur.

*Enfin, au plan analytique*, la mobilisation des trajectoires nous a ouvert de nouvelles perspectives de compréhension des difficultés qui configurent l'intervention auprès de ces adolescents que l'on dit "difficiles". Deux voies ont été empruntées pour traiter le matériau et l'analyser : en rentrant en profondeur dans l'analyse de deux cas (Kevin et Souad), et par un va-et-vient flottant entre les quatre cas. Ce sont ces premiers résultats, exploratoires, que nous présentons ci-après.

Cette étude de cas a été réalisée par un binôme de chercheurs dont le statut particulier, de par son interdisciplinarité et son ancrage expérientiel dans le champ étudié, a sans doute participé à la nature des résultats produits. L'un d'entre eux est sociologue, chercheur mais aussi parent d'enfant en situation de handicap et formateur en travail social, ancien travailleur social en psychiatrie ; l'autre, pédopsychiatre, a une activité de chercheur et de praticien, avec des "adolescents difficiles" notamment : tous deux ont été ou sont actuellement amenés à arpenter diverses institutions, à rencontrer différents professionnels, et dans, et en dehors du cadre de cette recherche.

L'option a été prise de ne différencier ni leurs rôles dans l'enquête ni leurs outils d'investigation *a priori* et de laisser jouer d'elle-même l'interdisciplinarité. Un guide commun d'entretien a été élaboré conjointement (voir annexe), et la distribution des entretiens entre les deux chercheurs a été faite sur l'ensemble des cas, les entretiens avec les 'pys' étant cependant réservés au sociologue pour éviter les interférences incontrôlables.

Au terme de notre enquête, trois types de matériau ont pu être rassemblés :

- *lecture et analyse d'un dossier "de prise en charge partagée"* d'un adolescent retenu dans l'étude de cas ; dossier rassemblé par la commission dite de Prise

en charge partagée de la Direction de la Protection de l'Enfance du Rhône. Travail *in situ* sur ce dossier, accompagné d'interviews auprès des 'auteurs' du dossier, coordinatrice et secrétaire de la commission (décembre 2014) ;

- *Observation ethnographique* d'une fabrique des trajectoires : observation par le binôme de chercheurs d'une journée de travail de l'équipe de la Cellule Technique d'appui à l'orientation de l'IDEF (CT), équipe composée de quatre travailleuses sociales (journée du 8 avril 2015, 8 h – 18h) ;
- *Interviews approfondies* (d'une durée moyenne d'une heure trente, certaines de plusieurs heures), au nombre de 35, réalisées entre avril 2014 et novembre 2015, inégalement réparties entre les quatre cas ; 3 interviewers (un premier binôme sociologue / stagiaire en psychologie sociale, puis un second binôme sociologue / pédopsychiatre).

### 3. Résultats

#### c) Des trajectoires-récits

Les récits de cas qui suivent sont à considérer comme de nouvelles mises en récit, celles du chercheur à partir de récits croisés ; récits reconfigurés, à partir des éléments recueillis en entretiens et réordonnés dans le souci de produire certains effets de récit (problématisation). À cette phase d'avancement de notre recherche, seuls trois cas sur quatre ont fait l'objet d'un traitement abouti (Omar, Souad et Kevin).

Le quatrième (Esther) n'est pas inclus dans cette restitution faute de temps ; il est renvoyé à une analyse ultérieure. Cependant, il nous paraît intéressant d'en dire quelques mots. Ce cas a été retenu à partir de l'IDEF en collaboration avec l'équipe de la Cellule technique d'appui à l'orientation, sollicitée à maintes reprises pour lui rechercher une orientation en urgence. Initialement, un tel choix est guidé par la perspective de placer ce cas au cœur d'un double travail dans le cadre de notre recherche, d'une part l'étude de cas exploratoire, d'autre part l'analyse de la pratique "en réseau" expérimentale. L'expérience de la prise en charge d'Esther est mise en comparaison avec celle de Kevin dont on présume alors qu'il sera l'autre cas

susceptible d'être mis au travail en analyse de la pratique. L'un et l'autre offrant alors, au moment de l'enquête, deux expériences symétriques de la "réussite", c'est-à-dire de l'expérience d'avoir ou non réussi avec un adolescent. Alors qu'il est considéré que dans le cas Kevin, 'cela a plutôt bien marché', avec l'hypothèse que cette réussite tiendrait à l'investissement propre de l'adolescent, la trajectoire d'Esther se caractérise par la chronicité de l'impuissance collective à agir, par une incapacité de résilience professionnelle et institutionnelle. C'est à partir de cette vision partagée par l'équipe de la Cellule technique, d'une Esther ne s'attachant pas aux lieux et ne laissant de trace de son passage nulle part, que son cas est retenu, l'analyse de la pratique consistant dans cette perspective à redéfinir la situation de manière à la rendre traitable. Enfin, l'errance de cette jeune fille est au cœur de cette problématisation spontanée du cas dont on escompte qu'il mettra au travail la question de la mémoire, dans ses dimensions plurielles : administrative, expérientielle, psychique...

Dans la visée exploratoire de cette recherche, on explorera ici trois types de mise en récit : morphologique, anamnétique et critique. Aucune de ces narrativités ne nous permet à elle seule d'accéder à toutes les compréhensions ; elles privilégient chacune un type de résultat au détriment d'autres, toujours affaire de choix et de renoncement, en cela leur succession est-elle heuristique.

Nous introduirons chaque trajectoire ainsi reconstituée par " le choix du cas" présentant les critères qui l'on fait retenir et le problématissent dès en amont de l'enquête.

#### i. Kevin

##### Le choix du cas

Le cas Kevin a été choisi avec l'équipe soignante de Flavigny lors de sa réunion institutionnelle du 25 avril 2014. L'un des critères de choix, outre les difficultés inhérentes à la trajectoire interinstitutionnelle, est la complexité de son trouble psychique par comparaison avec des cas d'adolescents tout aussi "difficiles", mais à la psychopathologie plus avérée, ou pour le moins plus facile à situer dans une catégorie nosographique. La prise en charge oscille ainsi en permanence entre le médico-social et le soin psychiatrique. Elle traverse aussi le social (la protection de l'enfance), et le

judiciaire par la présence du juge des enfants, dans le domaine civil de l'assistance éducative. Ce n'est qu'après le démarrage de notre enquête que le judiciaire de la trajectoire de Kevin va s'étendre au pénal, élargissant et diversifiant plus encore le territoire de sa prise en charge.

*La trajectoire reconstituée : la configuration changeante du réseau de prise en charge*

La mise en récit du cas se fait ici morphologique, en identifiant au sein de la trajectoire des "périodes" et en décrivant comment à chacune d'elle correspond une configuration du réseau, et à celle-ci une problématisation du cas.

Kevin, 16 ans lors de nos premiers entretiens, avait un an lors du premier signalement au juge des enfants provenant de sa grand-mère maternelle. Il avait quatre ans quand il est confié pour la première fois à l'Aide sociale à l'enfance par ordonnance de placement du magistrat. Il n'est depuis lors jamais retourné vivre dans sa famille. *"J'ai passé toute mon enfance en foyer, j'ai été dans 19 foyers en 12 ans"* confiait-il à l'approche de ses 15 ans au psychologue de l'unité d'hospitalisation pour adolescents, qui l'avait invité à se présenter.

Le dossier de Prise en charge partagée de cet adolescent, ouvert en 2008 à la Direction de la protection de l'Enfance du Département du Rhône, est un archive documentaire par laquelle on accède au réseau de prise en charge : la trajectoire est faite d'une succession de situations interinstitutionnelles articulant à chaque fois un réseau de preneurs en charge. Ces configurations ne sont pas directement accessibles. Il faut en passer par un défrichage des correspondances, des notes personnelles et des comptes-rendus, et les compléter voire les confronter aux données recueillies lors des entretiens. La densité de l'histoire institutionnelle de Kevin sur les trois dernières années, marquées par une exacerbation de la problématique de l'orientation, contraste avec l'absence sinon l'approximation des repères sur les huit années qui précèdent.

C'est par besoin à notre tour d'y voir clair que nous schématiserons la trajectoire en distinguant cinq périodes.

*1/ les premiers placements de l'enfance et la mise en place d'une double continuité, pédopsychiatrique et protection de l'enfance.*

Au plan familial, les synthèses consignées dans le dossier évoquent l'inexistence de liens avec le père, des rencontres avec la mère exclusivement "médiatisées", visites auxquelles celle-ci cessera de venir. Kevin a alors 11 ans. L'existence de cette mère reste cependant tangible dans sa trajectoire institutionnelle, à travers ses déménagements dans le département du Rhône qui entraînent à chaque fois une passation du dossier d'une équipe à l'autre de l'Aide sociale à l'enfance, bien que l'administration tentera d'en retarder la procédure durant deux années pour préserver un fragment de continuité quand rien ne semble pouvoir tenir par ailleurs. Les visites médiatisées seront maintenues entre les deux frères en présence d'un travailleur social de l'Aide sociale à l'enfance, la dernière mentionnée ayant lieu alors que Kevin a 15 ans.

Après avoir vécu trois années dans une famille d'accueil du Département avec son petit frère, Kevin est admis temporairement en MECS à l'âge de 8 ans. Il est noté que dès son tout jeune âge, les formules d'alternance et de relais répondent à des "*problèmes de violence sur les équipes et les enfants*" des établissements qui l'accueillent.

*C'est dans cette période que débutent les soins en pédopsychiatrie* avec la mise en place, aux 6 ans de Kevin, d'une hospitalisation de jour en service de pédopsychiatrie. Il y passera 4 jours par semaine jusqu'à ses 12 ans. Sa scolarisation en primaire s'effectuera ainsi dans l'école du centre hospitalier. Cette même institution assurera la continuité du soin psychiatrique, à travers différents modes d'hospitalisation, jusqu'à ce que prenne le relais l'unité pour adolescents Flavigny à l'hôpital du Vinatier, à l'approche des 14 ans de Kevin.

Une hospitalisation à temps plein dans le premier établissement est mentionnée plusieurs fois, sans que n'en apparaisse précisément la durée ni si elle est venue se substituer à la prise en charge en MECS. Toujours est-il que la nécessité d'un accueil en institut médico-éducatif se dessine dans le cours de cette première hospitalisation à temps plein, et que durant cette période également est ouvert pour Kevin, à la

Direction Départementale de la Protection de l'Enfance, un dossier de « prise en charge partagée ». Il a 10 ans. Les animatrices de ce dispositif insistent sur la concomitance entre l'ouverture du dossier de Kevin et la création du dispositif chargé de le suivre.

Cette période des premiers placements est en quelque sorte celle de la mise en place d'une double continuité, verticale et horizontale, de la trajectoire de Kevin. Continuité dans le temps assurée par le soin pédo-psychiatrique, continuité dans l'espace interinstitutionnel qui sera tenue incessamment par la protection de l'enfance, l'un et l'autre allant coexister au sein des configurations successives du réseau de prise en charge.

*2/ Entrée dans l'adolescence et problématisation "médico-sociale". Les premières orientations vers le secteur du handicap.*

Une admission au foyer de l'Enfance de l'IDEF est mentionnée alors que Kevin a 11 ans et demi. Elle succède chronologiquement à l'hospitalisation en pédopsychiatrie qui avait fini par faire office tout à la fois de lieu de soin et de lieu de vie jusqu'à épuisement de son terme administratif. L'orientation vers le secteur médico-social qui y avait été envisagée va être prononcée et se concrétiser depuis l'IDEF, moyennant un montage pluri-institutionnel sophistiqué, objet de l'attention de la commission de prise en charge partagée. Le chef de service éducatif du groupe d'accueil de Kevin travaille à la mise en place de cette orientation, tout d'abord avec un IME de transition Rayon de Soleil, sous forme de séquentiel de 3 nuits, puis en préparant l'accueil durable de Kevin en internat dans un IME notifié par la CDAPH, dont l'une des particularités qui intéressent alors ses référents de la Protection de l'Enfance, est son ouverture 365 jours sur 365. Kevin y rentrera à l'âge de 13 ans.

Le montage pluri-institutionnel, pensé dans le cadre de la prise en charge partagée prévoit qu'une MECS pour adolescents, géographiquement proche de l'IME, l'accueille en soutien de celui-ci, pendant les week-ends et les vacances. Des soins ambulatoires en CMP / CATTP sont mis en place dans la petite ville voisine dans le cadre du secteur.

### *3/ La crise de la prise en charge partagée de 2012-2013 ou l'énigme médico-sociale*

Cette troisième période se cristallise autour de l'impossibilité pour Kevin de tenir sa place en institut médico-éducatif. Ce projet partagé par les différents acteurs de sa prise en charge, assorti de son impossible concrétisation, alimente durant deux années - entre les 13 ans et les 15 ans de Kevin - une véritable "crise d'orientation". L'histoire institutionnelle de l'adolescent se densifie autour de cette difficulté partagée à faire tenir dans la durée les montages sophistiqués qui devaient rendre possible l'orientation médico-sociale ; Kevin par ses comportements est le premier à les faire craquer.

Dès juillet 2012, le directeur de l'IME, en raison des difficultés rencontrées dans la présence de Kevin au sein de l'institution, pose la question de sa réorientation. Les temps d'accueil au foyer et à l'IME s'inversent progressivement, d'abord dans le nombre de nuits passées ici et là. Puis à la rentrée de septembre 2012, l'IME ne réadmettra pas Kevin en internat, le foyer devant prendre en charge la totalité de son hébergement comme ses accompagnements en journée, entre foyer et IME et entre IME et lieu de soin psychiatrique ambulatoire. Un emploi du temps mensuel est conçu depuis la commission de prise en charge partagée qui va permettre de faire tenir, une année encore, l'engagement du « médico-social ». Le planning en question, extrêmement découpé, articule de façon très élaborée une pluralité de lieux entre lesquels Kevin circule, transporté par les chauffeurs du service de l'Aide Sociale à l'Enfance. C'est à ce moment (octobre 2012) qu'entre en scène l'unité de soin pour adolescents Flavigny. Kevin y débute ses premières hospitalisations séquentielles, en complément de ses soins ambulatoires hebdomadaires, dispensés par la pédopsychiatrie de secteur.

La prise en charge médico-sociale, ramenée à deux demi-journées par semaine, est conditionnée par la présence d'un éducateur du foyer, assurant un accompagnement personnalisé de Kevin jusque dans l'IME. Ce dispositif de renfort éducatif, autrement appelé dispositif de « prise en charge partagée » du nom de sa source de financement départementale, est mis en place après six mois d'abondante

correspondance, parfois tendue, entre les partenaires. Sa durée est limitée à huit mois *ex ante*, et sa fin programmée à la fin de l'été.

En suivant la stricte chronologie des évènements, l'interruption de ce dispositif est suivie de près par celle de la prise en charge à l'IME, elle-même suivie de près par l'arrêt de l'hébergement au foyer, au 30 septembre 2013, compromettant l'admission de Kevin dans un nouvel IME, envisagée depuis le foyer et conditionnée par l'existence de cet hébergement. Précédemment, la famille d'accueil ayant par le passé pris en charge les deux frères, avec laquelle un lien était maintenu jusque dans l'emploi du temps hebdomadaire de Kevin, s'est retirée progressivement du réseau de prise en charge.

En prêtant attention à l'expérience des uns et des autres, cet enchaînement est traversé de violents passages à l'acte, et s'accompagne d'une importante littérature dans l'intervalle des réunions du dispositif de prise en charge partagée.

Kevin ne repartira pas de son « séquentiel » de fin d'été à l'Unité Flavigny, celui-ci glissant *de facto* en hospitalisation à temps plein. À titre exceptionnel, et pour venir en appui de l'hôpital, est réinstaurée une prise en charge en journée et à temps très partiel à l'IME de transition ; toujours durant cette hospitalisation, laquelle va durer cinq mois, se retravaille l'orientation de Kevin en l'IME, accouplée à la recherche d'un hébergement, en collaboration étroite avec la coordinatrice du dispositif de prise en charge partagée.

#### *4/ La fabrication d'un lieu de vie sur mesure et l'apaisement de la problématique de l'orientation*

La période durant laquelle s'effectuent les interviews (2013-2015) attestent d'un certain apaisement. Le nouveau contexte est celui d'un accueil dans un lieu de vie expérimental, accueil 'pérenne' jusqu'à ce que la majorité de Kevin y mette administrativement un terme. Son admission dans ce lieu de vie ouvert spécifiquement pour lui par L'Eau Vive, à la demande de l'Aide sociale à l'Enfance, était initialement transitoire, devant s'alléger et se transformer en hébergement d'appui à

un autre hébergement, en famille d'accueil. Lors de nos interviews, Kevin y vit depuis un an et demi, sans durée limitée.

Kevin approche les 15 ans, et son dossier de « prise en charge partagée » fait état d'un consensus selon lequel un foyer classique de l'Aide Sociale à l'Enfance ne peut plus l'accueillir ni être sollicité. C'est à ce moment qu'entre en scène l'Eau Vive, qui est en train de mettre en place des lieux de vie expérimentaux, selon une logique qualifiée de « sur mesure ». À l'âge de 15 ans, après 5 mois d'hospitalisation à temps plein, Kevin est hébergé dans l'un d'entre eux ouvert spécifiquement pour l'accueillir avec embauche de trois permanents, à la demande de la Direction Départementale de l'Aide Sociale à l'Enfance. Mesure administrative et judiciaire, cet accueil est également l'objet d'une orientation de la CDAPH, de telle sorte qu'administrativement parlant, ce lieu de vie est inscrit dans une pluralité de secteurs, y compris le médico-social jusqu'alors rétif à une prise en charge de Kevin. La réunion, tous les trois mois, de la commission « Prise en charge partagée » est un élément constitutif de ce dispositif Lieu de vie, avec participation de ses professionnels.

L'hospitalisation psychiatrique dans l'unité pour adolescents Flavigny reprend alors sa modalité séquentielle après une étape intermédiaire en hospitalisation de jour accompagnant l'entrée de Kevin dans le lieu de vie. L'entrée dans un nouvel IME se concrétise deux mois plus tard, à raison d'une demi-journée par semaine, Kevin y étant toujours accompagné d'un permanent du lieu de vie. Mais cette prise en charge ne tiendra pas au-delà de deux mois, au motif de « l'inaptitude à la scolarisation de Kevin (...) en raison de son comportement envers les autres jeunes, malgré ses grandes capacités ». Alors que Kevin fréquentait en parallèle quelques ateliers professionnels de l'association gestionnaire du lieu de vie, cette exploration se poursuivra et se diversifiera, avec, toujours, la présence continue auprès de lui d'un permanent du lieu de vie. Dans le même temps, un soutien scolaire avec cours particuliers lui est dispensé « à domicile » dans le lieu de vie, par la compagne de l'un des permanents.

Cette avant-dernière période de la trajectoire voit entrer dans le réseau de prise en charge le partenaire PJJ dans le cadre d'un placement en liberté surveillée mis en place une dizaine de mois après l'arrivée de Kevin au lieu de vie, suite à plusieurs

dépôts de plainte de l'association gestionnaire pour agressions et dégradations. Si elles ne remettent nullement en question son hébergement, elles ouvrent la voie cependant à une judiciarisation de sa prise en charge éducative: Kevin va rencontrer une fois par semaine son éducateur PJJ.

#### *5/ Retournement de la trajectoire et pénalisation du problème*

*La dernière période* débute à la fin de l'été 2015 avec le départ soudain et définitif de Kevin du lieu de vie et la "*pénalisation*" de sa trajectoire. Une succession d'évènements précipite ce qui prend la forme d'un retournement de la trajectoire : au retour d'un long séjour de vacances passées dans le sud de la France 'en famille', avec l'une des permanentes du lieu de vie, son compagnon et ses deux enfants, une audience auprès du Juge des Enfants lors de laquelle Kevin explose et pose des actes tels que le magistrat décide in situ de son admission immédiate en établissement pénitentiaire pour mineurs (EPM). Puis le transfert de Kevin de cet EPM vers un service fermé du Centre Hospitalier Le Vinatier, où trois mois plus tard, à la fin de notre enquête, Kevin est toujours hospitalisé. Les dernières interviews auprès des permanents du lieu de vie expriment "un goût d'inachèvement", celui "d'avoir presque touché le but" : "on sentait qu'on n'était pas loin de résoudre le problème de Kevin".

#### *iii. Souad*

Le choix du cas

Ce deuxième cas, choisi à partir de Flavigny, l'a été en comparaison avec le premier, quelques mois plus tard, avec une intention de diversifier les critères. Si cette trajectoire 'traverse' moins de secteurs que celle de Kevin (absence du médico-social et du judiciaire), il s'agit cependant d'une adolescente plus "borderline" du point de vue des catégories psychiatriques (tel est le qualificatif ambigu rapidement utilisé par les professionnels au moment de choisir le cas). La particularité de ce "cas", et qui l'a fait le retenir pour notre étude, est "le soin éprouvé", pour reprendre les termes alors employés. Tout s'est mal passé une nuit d'été, lors de la première hospitalisation dans le service de Souad arrivée avec sa valise et une doudoune. Le cas est problématisé à partir de cet évènement qui fait effraction dans la continuité d'un long parcours de soin par ailleurs, et d'un long parcours social. Les difficultés rencontrées par cette

équipe de psychiatrie dans la prise en charge de cette adolescente ne viendraient pas de sa pathologie mais plutôt de ce qui se passe dans sa prise en charge sociale, et de ses retombées sur le travail des soignants. En cela, ce cas devait nous permettre de documenter une épreuve de professionnalité qu'il intéressait les chercheurs d'explorer, et qui mettait à l'épreuve cette équipe : celle de la coordination. Le cas était retenu pour sa portée politico institutionnelle.

La trajectoire reconstituée : le récit anamnestique au plus près du mouvement des acteurs

La mère de Souad est décédée trois ans avant nos entretiens d'un infarctus quand Souad était encore en famille d'accueil. Elle est décrite comme faisant de nombreux accidents cardio-vasculaires dont elle aurait des séquelles intellectuelles. Ou peut-être ces troubles intellectuels seraient-ils plutôt psychiatriques, et antérieurs aux accidents cardio-vasculaires ? Elle essaie de bien faire avec ses enfants, mais elle ne s'ajuste pas à la réalité de leur âge, de la complexité de leur psychologie. Le père est décrit comme un être rigide, moraliste, qui a du mal à s'ajuster à ses enfants et qui exige que ce soient eux qui s'ajustent à lui.

Souad a été placée à l'âge d'un an. Elle serait restée pendant un an à la pouponnière de l'IDEF, puis a été placée en famille d'accueil, où elle est restée jusqu'à 15 ans, il y a deux ans. Son petit frère, de trois ans son cadet, sera placé à la naissance dans la même famille d'accueil, où il est toujours. De tout temps Souad a attaqué ses parents verbalement. Elle ne voulait jamais se rendre chez eux lors des visites autorisées par le juge (quelques heures tous les 15 jours), ce que le travailleur social rapporte comme étant assez rare. Les deux équipes de l'ASE qui s'occupaient de Souad était partagées concernant ces visites, prenant en compte le fait qu'à 18 ans, les jeunes ont souvent comme support réel existant les parents seulement, quelle que soit la qualité relationnelle de la relation qu'ils entretiennent avec eux. Par ailleurs, Souad consulte depuis de nombreuses années au CMPE (un suivi conjoint pédopsychiatre et psychologue) qui dépend de la commune de résidence de sa famille d'accueil.

Depuis la classe de 6ème, le comportement de Souad semble se dégrader à plusieurs niveaux. Son réseau amical s'est progressivement restreint. Elle se déscolarise progressivement. Elle s'isole de plus en plus dans sa chambre. Est relatée une opposition avec la famille d'accueil, des conflits qui empêchent de passer de bons moments ensembles, ceux-ci étant de plus en plus rares.

Le décès de la mère, un an environ avant son placement en foyer, semble aggraver encore les troubles de Souad. Elle se sent coupable, comme si son agressivité avait tué sa mère. Il semble que la famille de son père et de sa mère la culpabilise.

Le récit se délite, se confusionne et s'accélère à partir de là. Alors même que le travailleur social rapporte qu'il y avait un travail pour préparer un changement dans le cadre de son placement (foyer ou lieu de vie), Souad est placée en urgence, lors du congé maternité de son travailleur social, au décours d'un passage à l'acte de Souad dans sa famille d'accueil (quel passage à l'acte ?) en février 2014. Elle arrive alors dans un foyer d'urgence pour jeunes filles. Il semble qu'elle y reste entre 6 et 7 mois, de février à juillet / août 2014, le foyer d'accueil parle de « 8 mois », alors que l'habilitation est de 3 mois : le travailleur social de la MDR dit subir plusieurs échecs pour trouver un lieu de placement.

Dans les souvenirs du foyer d'accueil, Souad est perçue comme très étrange et inquiète surtout du côté d'un trouble psychiatrique, notamment du fait de ses cris (elle imite sans cesse le bruit des animaux, les aboiements de chiens). Elle est ostracisée par les autres jeunes. Pour le travailleur social de la MDR, c'est plutôt la question des fugues à répétition qui est centrale dans la problématique de Souad. Son opposition envers toutes les propositions faites par les éducateurs est systématique : elle se rend nulle part, ne poursuit pas son CAP, ne se rend qu'à un seul rendez-vous au CMP pendant lequel il semble que la psychiatre ait cherché à mettre en place une hospitalisation programmée à l'unité Flavigny.

Mais c'est en urgence que Souad y arrive, après quelques heures à l'UMA (Urgences), en juillet 2014, et elle y restera quelques jours seulement. Il s'agit de la partie la plus confuse du récit, et il semble à l'interviewer que les versions sont suffisamment contradictoires pour qu'il lui soit difficile d'en garder une trace

cohérente dans sa mémoire propre. Il y a des échanges de mails très conflictuels entre le médecin responsable et la directrice adjointe du foyer d'accueil pendant l'hospitalisation et dans les jours qui suivront.

L'unité Flavigny reproche au foyer d'accueil qu'un rendez-vous de pré-admission dans un foyer pérenne soit proposé alors même que Souad est hospitalisée, sans que le changement soit travaillé à partir du lieu d'accueil. Certes, dit le foyer d'accueil, mais Souad savait dès le début qu'elle devait partir. Qui plus est, le mandat du foyer avait été largement dépassé. Enfin, il s'agit du fruit du hasard si le travailleur social du Département a trouvé une place pérenne alors même que Souad était hospitalisée.

Les infirmières de l'unité Flavigny n'ont pas le souvenir d'une clinique évoquant un trouble psychiatrique grave, mais bien plutôt celle de l'abandonnisme. Quelque chose pour elles de commun, d'habituel, qui contraste grandement avec l'expérience des travailleurs sociaux au foyer d'accueil, pour lesquels Souad a un trouble psychiatrique sévère.

L'histoire d'un conflit entre les deux institutions autour d'une « doudoune » que les travailleurs sociaux auraient apporté à Souad en plein été revient dans deux versions. Dans chacune des versions, l'interviewer a du mal à y comprendre quelque chose et s'y reprend à plusieurs fois pour essayer de comprendre à quel moment de l'hospitalisation cette histoire a eu lieu : en cours d'hospitalisation quand un travailleur social ramène à Souad ses affaires ? La directrice du foyer se défend en disant que le manque de temps, de personnel et de possibilité de transmission en interne a fait que le travailleur social s'est dépêché de tout mettre dans une valise. Est-ce que ça a coïncidé avec le rendez-vous pour la visite de pré-admission dans le foyer pérenne ? Est-ce que ça a coïncidé avec la fin de la première hospitalisation de Souad, qui s'est faite sans la préparation que les jeunes connaissent habituellement ?

Deux versions contradictoires concernent la sortie : d'après la directrice du foyer, Souad se rend directement dans son foyer d'accueil permanent. D'après le travailleur social, il y a un passage court de quelques jours au foyer d'accueil d'urgence, avant un passage de quelques semaines par l'IDEF au mois d'août et une rentrée en septembre 2014 dans le foyer permanent.

Souad sera réhospitalisée, cette fois de façon programmée, quelques semaines en décembre – janvier 2015, avec déjà l'idée d'une Hospitalisation de Jour une ou deux fois par semaines dans la même unité, dans les suites de cette hospitalisation. Hospitalisation qui, d'après les infirmières, se passe mieux que la première : Souad serait moins systématiquement dans l'opposition, pourrait se montrer triste ou déprimée. Elle retrouve un rythme nyctéméral de bonne qualité.

Par contre, la trajectoire d'un autre adolescent influe sur celle de Souad en janvier 2015, lorsqu'elle assiste à une agression sévère de celui-ci sur un soignant. Or, il semble que l'adolescent avait auparavant prévenu Souad de son passage à l'acte à venir, mais que celle-ci n'en a parlé à personne dans les suites, ce dont elle se culpabilise. Après cet événement, Souad refuse de revenir en hôpital de jour.

Dans le nouveau foyer, les professionnels sont en difficultés du fait d'une synergie compliquée avec plusieurs jeunes. Un passage à l'acte collectif des adolescents particulièrement grave en février ou mars 2015 (dégradation sur l'ensemble des voitures des professionnels) aboutit à une fermeture du foyer, et deux des jeunes, dont Souad, se retrouvent exclus définitivement.

C'est la question de l'approche de la majorité de Souad qui anime alors le discours du travailleur social et provoque une inquiétude supplémentaire : l'idée d'une « course contre la montre » dans l'anticipation du « lâchage institutionnel » à la majorité. Passage de quelques semaines dans un foyer à la campagne en marge d'une petite ville, marqué par des fugues à répétition et une difficulté pour Souad de s'intégrer au groupe des jeunes qui s'était formé avant son arrivée.

À partir de là, Souad est inscrite au dispositif de Prise en charge partagée du Département, dès mars 2015. Un dossier MDPH est ouvert avec une demande d'allocation pour personne handicapée (AEEH). Une demande de prise en charge en lieu de vie pour adolescent est adressée à une association de protection de l'enfance, mais en juin 2015, au moment de l'interview, il n'y a pas de possibilité du fait des difficultés institutionnelles internes à cette association. Débute une prise en charge en hôtel, avec passage hebdomadaire d'un éducateur qui fait partie du dernier foyer de Souad, et régulières prises de nouvelles par le travailleur social de l'ASE.

Souad voit beaucoup plus souvent son père qu'auparavant : ils mangent l'un à côté de l'autre en se taisant, dit-elle. Le refus par Souad de la perspective d'une prise en charge « jeune majeur » du Département, est rapporté par la Famille d'accueil.

#### *iv. Omar*

##### Le choix du cas

Le cas-Omar a été identifié à partir de L'IDEF parmi les adolescents ayant été accueillis au foyer de l'Enfance. L'intérêt alors entrevu dans la trajectoire institutionnelle de cet adolescent est la précocité avec laquelle elle débute, Omar ayant fait le tour de tout le circuit d'urgence et en ayant déjà épuisé les ressources institutionnelles à l'âge de 11 ans et demi. Un autre critère de sélection est son jeune âge relatif au regard de notre corpus, pré-adolescent parmi les adolescents, avec l'idée que sa majorité encore lointaine apporte une singularité à l'augmentation continue de ses difficultés, observée par les éducateurs. Un troisième intérêt heuristique de cette trajectoire est l'étendue du réseau qu'elle articule : entre protection de l'enfance (IDEF et ASE), école (tentative de re-scolarisation), santé (unité de pédopsychiatrie d'un hôpital neurologique) et judiciaire (au titre de l'assistance éducative), ainsi que la prégnance, dans ce réseau, des interactions avec le père.

##### La trajectoire reconstituée : une mise en récit critique des institutions

Omar, né en 2002, est placé pour la première fois en 2006, avec sa petite sœur Fadila de deux ans sa cadette, suite à la séparation du couple des parents qui se déchirent. Ce placement au foyer de l'enfance de l'IDEF intervient en urgence après que le père ait menacé de se défenestrer avec ses deux enfants, dont sa petite fille encore bébé. Vont alors se succéder famille d'accueil, MECS, allers et retours entre le père et la mère à coups de rapt mutuels de leurs enfants, puis restitution à la mère qui vit à Marseille, qui enverra les deux enfants dans sa famille en Tunisie, cette famille maternelle les envoyant tôt ou tard mendier en ville. Le père alors incarcéré missionne un membre de sa famille - sa sœur - pour aller les rechercher et les ramener dans la banlieue lyonnaise où il vit chez ses parents, à côté de chez sa sœur. La mère des deux

enfants participe à ce "rapt" - le père n'ayant pas la garde de ses enfants - en finançant leur voyage de retour sur la région lyonnaise. Quelques mois plus tard, le frère et la sœur sont récupérés par la police jusque dans leur école, au moment où le père vient les y chercher. Ils sont à nouveau placés à l'IDEF, nous sommes alors en 2013, Omar est âgé de 11 ans.

Le frère et la sœur connaissent leur première expérience de vie commune au sein du groupe dans lequel ils sont accueillis, ayant auparavant très peu vécu simultanément chez le même parent. À la différence de Fadila, Omar n'a que très peu vécu avec sa mère avec laquelle il n'a plus de relation, une mère qu'il vit comme l'ayant abandonné.

Cette entame du récit - le nôtre - condense les éléments d'un contexte familial déchiré et destructeur et d'une trajectoire familiale allant de rupture en séparation depuis le plus jeune âge d'Omar. Il veut ainsi souligner, d'entrée de jeu, le poids qui pèse sur la trajectoire de prise en charge de cet enfant et sur le travail des équipes à qui il a été successivement confié. Pour autant, ce qui est remarquable *a posteriori* est le fait que ces éléments ne nous ont pas été livrés de manière aussi condensée, et jamais de manière dramatisée. Ils sont introduits par étapes, dans les différents récits d'expérience, contextualisant ce-faisant les difficultés intenses rencontrées, ici dans le travail éducatif, là dans la mise en place d'un soin psychique, ou encore dans la mesure d'assistance éducative. De la même manière, c'est par étapes que chacun des intervenants a accédé à cette histoire familiale d'Omar. Par étapes qu'a resurgi le souvenir d'avoir déjà une fois rencontré Omar dans l'un de ses placements antérieurs. Ainsi, chez l'éducatrice de l'ASE qui se souvient l'avoir vu pour la première fois quand il avait 4 ans dans sa première famille d'accueil où elle allait en visite auprès d'un autre enfant placé, l'image de l'enfant qu'elle en conserve contrastant avec l'adolescent d'aujourd'hui. Ou bien chez le chef de service du foyer de l'enfance à qui Omar lui-même, lors de son deuxième placement à l'âge de 11 ans, a remémoré la scène où son père menaçait de se donner la mort avec ses deux enfants, cette histoire inscrite dans la mémoire de l'institution prenant soudainement sa place dans l'histoire de cet enfant. L'interviewer découvre progressivement en écoutant ces récits que c'est dans

cette conscience partagée des traumatismes vécus par Omar que se construit l'expérience collective de sa prise en charge.

La trajectoire que reconstituent les différents récits d'expérience prend son départ lors ce deuxième séjour à l'IDEF. Elle s'étend sur deux années - jusqu'à la période des interviews - allant des 11 ans aux 13 ans de l'adolescent. Quatre grands acteurs y participent délimitant ainsi l'espace social dans lequel elle se déploie.

Dans leur ordre d'apparition vient donc en premier le foyer de l'enfance de l'IDEF. Omar et Fadila, admis sur un placement d'urgence de trois mois, y sont finalement accueillis deux années durant. Cette distorsion des temporalités est présentée comme l'une des sources des difficultés rencontrées par l'équipe éducative. Deuxième acteur, "naturel", le service de l'aide sociale à l'enfance est censé incarner depuis le tout premier placement la continuité historique de la prise en charge dans le cadre d'un placement judiciaire tel que celui-ci. Pourtant, l'absence d'interlocuteur ASE sur la séquence de trajectoire mise en récit en est l'une des caractéristiques problématiques. Le service s'est retiré suite aux menaces du père, menaces de mort sur ses travailleurs sociaux. Cette "disparition" de l'assistante sociale va impacter la prise en charge éducative comme le soin durant un temps vécu comme long par les autres acteurs du réseau.

Après la protection de l'enfance, le deuxième grand pôle de prise en charge est la pédopsychiatrie. Il entre en scène quelques mois après l'arrivée d'Omar à l'IDEF, dans le cadre d'une hospitalisation d'urgence en pédiatrie motivée par "*une sorte de tentative de suicide*" de l'enfant. Omar est transféré dans une unité de pédopsychiatrie du même complexe hospitalier. Sa situation très "*intriquée avec le social*" est telle que ce service de soins n'en a jamais connue. Omar ne supportant pas l'hospitalisation ni l'éloignement de sa sœur et du foyer, le relais sur des centres de consultation ambulatoire ne pouvant se concrétiser en l'absence d'interlocuteur ASE, il est proposée une hospitalisation de jour dans le cadre d'un projet acceptable tant par le père que par le fils, celui d'une aide à la rescolarisation. Omar vient pour participer à l'école à l'hôpital, et à des ateliers thérapeutiques. Un suivi régulier se met en place.

Le père mettra fin à cette hospitalisation de jour au bout d'une année, la pédopsychiatre ne verra Omar plus qu'en consultation, puis bientôt plus du tout, tout en acceptant de rester son référent médical vis-à-vis de l'école. La présence du soin subsistera à travers la participation du médecin aux synthèses de l'IDEF et lors de ses entretiens avec la nouvelle référente de l'ASE.

Ainsi, la présence du père dans la vie d'Omar et l'obligation de composer avec cette autorité parentale empêchent le soin et isolent les uns des autres, l'expression « On s'est senti seul » revenant plusieurs fois dans les récits. Du père d'Omar longtemps hostile aux soins psychiques de son fils, il sera dit : « Il nous isole les uns des autres ». Ou encore de l'adolescent lui-même : « Omar me rend seul », quand plus récemment ce n'est plus tant l'autorité parentale qui fait obstacle qu'Omar lui-même, en résistant à la mise en place d'un soin en CMP, ce qui est interprété par le travailleur social comme un acte de loyauté vis-à-vis de son père. Cette mise en échec de toutes les tentatives de soin en CMP prive les intervenants d'une possibilité de reprise de la situation avec un "psy". Revient l'idée que le soin psychiatrique est attendu autant sinon plus pour soutenir les équipes éducatives que pour l'adolescent lui-même.

L'école est le quatrième protagoniste de la trajectoire, mis en avant dans tous les récits à travers la multiplicité d'établissements scolaires qui se succèdent en deux ans, comme celle des formats d'intégration scolaire explorés.

Une fois planté, ce décor et retracé le déploiement de la trajectoire dans ses spatialités interinstitutionnelles, comment restituer plus avant sa dynamique ? La densité des quatre récits et l'importance qu'y prend chacun des détails incitent l'interviewer à en rendre compte de manière non chronologique, en s'attachant à leur travail de 'problématisation'. Celui-ci se repère à deux caractéristiques :

1/ le père et la relation entre Omar et son père sont la pierre angulaire de la trajectoire reconstituée ;

2/ Les récits sont tout quatre construits (de manière non intentionnelle) en trois temps.

*La première partie des récits* est dominée par la violence, celle du comportement d'Omar avec toute la souffrance qui lui est associée ; celle de la relation avec son père. La vision de l'avenir est refermée et pessimiste. Il est fait allusion à des violences qui mettent à l'épreuve les professionnels à différents niveaux, telle une onde de chocs : l'autorité de l'éducateur (mettant à l'ouvrage ce qu'est "l'exercice de l'autorité") ; le règlement et le cadre institutionnel (intrusions du père dans certains espaces non-dédiés aux parents) ; les relations entre éducateurs et encadrement ; les relations au sein de l'encadrement.

*Une période charnière* s'articule autour de l'ordonnance du juge des enfants, les fameux "attendus de justice" auxquels se référeront continuellement les engagements ultérieurs de l'éducatrice ASE. Le juge mandate le service sur une évaluation des compétences parentales du père en vue d'une restitution progressive des enfants. Orientation par défaut, celle-ci se présente comme la seule alternative au placement institutionnel mis en échec deux ans durant. Cette décision du magistrat n'est pas isolée mais est la partie liée d'un travail interinstitutionnel intense, impulsé à partir de l'IDEF par le chef de service éducatif.

Dans cette phase charnière, la question du diagnostic, qui taraude habituellement les équipes dans leur travail d'orientation, se déplace de l'adolescent à son père. Le trouble de la catégorisation est reporté sur ce dernier, c'est autour d'une interrogation le concernant que s'expriment les désaccords au sein de l'équipe du foyer de l'enfance, et qu'ils se transformeront en conflit institutionnel dans un contexte tendu de pérennisation d'un placement d'urgence.

*La seconde partie des récits* retrace l'improbable : le retour des enfants chez leur père, la transformation positive des relations entre le père et les différents intervenants ; entre Omar et les éducateurs. Il est décrit un apaisement qui transforme le regard porté sur les épreuves décrites en première partie, et qui met en avant leurs acquis positifs : la maturité, la force intérieure et le recul acquis par l'éducateur du groupe, une force dont il perçoit qu'elle est ressentie par les deux enfants, Omar venant à exprimer de la considération pour cet éducateur qu'il avait mis en difficulté : il est fier de lui, lui qui a tenu.

En conclusion, la problématisation du cas-Omar à laquelle participent les différentes mises en récit pourrait se dire en ces termes : le retournement des perspectives est toujours possible, qu'il soit positif ou négatif. Ou pour le dire avec les mots de notre guide d'entretien, le retournement des "visions de l'avenir" assorti d'une prudence partagée sous-tend l'expérience collective de la trajectoire d'Omar. Les professionnels entretiennent plusieurs hypothèses à son sujet, à l'instar de l'éducatrice ASE ; ils font des allers-retours entre elles, adoptant la posture du "vacillement" qui chez Vincianne Despret consiste à filer plusieurs amorces explicatives en même temps afin de tenir bon, malgré les tensions inhérentes à la rencontre entre plusieurs versions (Despret, 2016, 135-152). Ici le vacillement protège la réversibilité de la trajectoire.

Ainsi, les "hypothèses" de l'éducatrice-ASE, qu'elle fait exister dans ses "notes personnelles", ne referment aucune perspective tant du point de vue de l'orientation de l'adolescent : "*Omar relève-t-il de la SEGPA ou de l'ITEP ?*", que de la collaboration avec son père, entre un retour toujours possible de la violence et le développement de la bienveillance à l'égard de ses enfants dont il fait preuve depuis la décision de leur restitution ; continuer d'intervenir en ce sens, sans ignorer la possibilité que le père redemande lui-même le placement de ses enfants.

Le retournement positif du destin de l'adolescent ne reste pas longtemps une énigme pour peu qu'on s'intéresse aux détails contenus dans les récits, qui ont participé favorablement à ces retournements. Est ainsi mis l'accent sur les rencontres, les réseaux interpersonnels, les co-occurrences d'intervenants travaillant dans la même direction (le chef de service éducatif du foyer de l'enfance, l'éducatrice de l'ASE, l'avocate du père, la juge des enfants) et sur l'ampleur de ce travail qui a précédé la décision du magistrat.

De même que nous sera relatée plusieurs fois cette séquence, présentée comme fondatrice des transformations de la relation du père d'Omar avec l'institution éducative, le chef de service l'ayant retrouvé au commissariat de police suite à des

menaces graves de passage à l'acte envers l'IDEF, ce chef de service prend finalement en sa présence la décision de ne pas déposer plainte contre lui.

Certains détails de la trajectoire œuvrent cependant à des retournements négatifs, c'est ce que démontrera le récit de l'éducatrice ASE à propos d'une intervention toute récente de la police dans l'école de la petite sœur, à la demande d'un autre partenaire du réseau de prise en charge, partenaire insécurisé par le père. Alors que celui-ci avait progressé dans sa coopération avec les services de protection de l'enfance, cette intervention policière pourrait saquer sa confiance patiemment retissée à l'égard des institutions. Dans le premier exemple le détail vertueux se situait dans la relation d'accompagnement, dans le second exemple, ce sont les institutions qui sont mises en cause.

Cette "trajectoire reconstituée" met en exergue les manières plurielles de problématiser les récits recueillis, la mise en récit du chercheur produisant une interprétation politique et critique de la trajectoire quand le récit anamnestique favorise une lecture clinique globalement plus facilement partageable avec les professionnels de première ligne.

#### *a) Le trouble des indications au principe de la construction des trajectoires*

Dans l'expérience de la prise en charge des adolescents dits "difficiles", la question des indications sort de son référentiel médical à partir duquel on a l'habitude de la penser. À la croisée de la psychiatrie, du travail social et de l'intervention judiciaire, où se construit cette expérience, l'indication y retrouve son étymologie première « d'indice » et d'information<sup>24</sup> qui donne un repère pour l'action, mais un repère constamment révisable. Le trouble des indications rend compte d'une expérience sociale et anthropologique, celle du rapport des divers intervenants à la trajectoire de ces adolescents 'hors pairs', qualificatif sur lequel nous reviendrons. À la manière d'un trouble princeps, le trouble des indications peut être reconsidéré comme une épreuve

---

<sup>24</sup> L'idée médicale d'indication est apparue au 19<sup>ème</sup> siècle, tandis que cette deuxième étymologie hors contexte médical remonte au 16<sup>ème</sup> siècle (Rey, A. *Dictionnaire de la langue française*, 2006).

centrale et collective de professionnalité. Il s'associe en avalanche à toute une série d'autres troubles que nous décrivons plus avant : affiliation, assignation, orientation. D'où sa déclinaison au pluriel. Enfin le trouble de l'indication n'est pas qu'épreuve clinique, il convoque des dimensions organisationnelle et politico-institutionnelle, qui s'entremêlent avec la clinique.

Pour développer notre propos, nous proposons de revenir sur le cas-Souad et plus précisément sur un détail de la trajectoire dont nous avons parlé un peu plus haut. Il s'agit là d'une autre forme de problématisation narrative de la question de la trajectoire.

Souad, 15 ans, arrive en ambulance au pôle des Urgences à une heure et demie du matin au cours d'un week-end. Nous sommes début juin. Elle y est reçue par le médecin de garde qui pose une indication d'hospitalisation en toute perplexité, à partir des éléments apportés par les éducateurs de son foyer qui l'accompagnent. Bien qu'inconnue de l'unité d'hospitalisation pour adolescents Flavigny et n'ayant a fortiori aucun dossier à l'hôpital, cette adolescente, disent-ils, serait attendue par le médecin de cette unité qui aurait lui-même posé l'indication. Cette procédure d'hospitalisation inhabituelle qui court-circuite la compétence d'indication du médecin des Urgences, cumulée d'une indication d'hospitalisation au premier abord « *assez limite* » et d'une jeune fille qui ne veut pas rester à l'hôpital mais rentrer chez elle, déclenche un méli-mélo entre le service médical d'accueil et l'Unité pour adolescents. Sans attendre l'avis médical du service, la direction de l'hôpital interviendra : « *C'est une adolescente, il y a un lit de disponible dans l'unité, vous l'envoyez* ». Le lendemain, le psychiatre de Flavigny y trouvera Souad avec autour d'elle une certaine agitation du fait des circonstances de son arrivée.

Une première rencontre a lieu le lendemain avec une éducatrice de son foyer. Après que le cadre de l'hospitalisation propre à cette unité de « crise » y ait été reposé, prescrivant qu'aucun changement de lieu d'hébergement de l'adolescente ne se produise durant son hospitalisation, l'entretien se poursuit avec Souad. Le médecin ne manque pas d'être marqué par une valise à côté d'elle, de celles qui font un mètre cinquante de haut comme on en voit dans les aéroports. Dans un service où les jeunes

patients sont mis en pyjama dès leur arrivée, de voir cette valise comme si la jeune fille allait au bout du monde lui paraît particulier. Une discussion s'engage alors entre le médecin et l'éducatrice : « *Mais pourquoi vous avez amené tout ça ?* ». Il lui sera dit que Souad avait l'habitude de se parer de vêtements et qu'elle était très attachée à ses affaires, dont elle avait demandé qu'on les lui apporte. « *Il y a même la doudoune que tu m'avais demandée* » ajoutera l'éducatrice en s'adressant à Souad ; « *Une doudoune, mais on est au mois de juin ? Qu'est-ce que tu vas faire avec une doudoune ?* » s'étonne le médecin ; « *Oui, mais Souad, elle a besoin toujours systématiquement de sortes d'enveloppes permanentes, d'objets qui lui tiennent à cœur, du fait de son histoire...* ». Au médecin de marquer son scepticisme, et à l'éducatrice de lui répondre : « *On est toujours là* ».

L'incongruité de se prémunir d'une doudoune en début de période estivale dans un lieu de prise en charge de la crise où l'on ne reste pas, tel est le point d'entrecroisement des divers récits. Ce qui aurait pu être accepté comme un objet transitionnel ne réussit qu'à susciter colère et inquiétudes institutionnelles. En vis-à-vis des exigences du cadre de soin, sont montrés des gestes éducatifs relevant du *care*, suivis cependant, comme on le verra plus loin, par des décisions gestionnaires qui ne manqueront pas de les trahir : telles sont les premières tensions entre mondes du travail social et du soin qui traversent le malheureux vêtement. Le cas-Souad commence ici, cette doudoune inaugurant une controverse interinstitutionnelle à plusieurs rebondissements dans laquelle le trouble de l'indication est central. Car si Souad la première « *ne comprend pas l'indication d'être ici* », il s'agit là d'une expérience professionnelle partagée.

Replacée dans la série d'évènements qui lui succèdent, cette scène de la valise acquière toute sa portée. Le médecin reçoit trois jours après un appel de l'assistante de service social en charge du placement à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) pour l'informer de la proposition imminente du dossier de Souad auprès d'un autre établissement. Elle le rassure à sa demande que c'est bien à partir du placement en cours, après l'hospitalisation, que se fera la réorientation. Or cet épisode est aussitôt suivi d'un autre où depuis l'actuel foyer il est demandé aux infirmières d'accompagner

la jeune fille à un rendez-vous de présentation dans le nouvel établissement, faute d'éducateur disponible et parce que le séjour de Souad y prend fin. La jeune fille, pas au courant, en est la première à en être surprise. Ainsi, deux projets éducatifs la concernant, de soin et de réorientation, ont trouvé à se concrétiser en même temps, se chevauchant et portant atteinte à un principe clinique pourtant non-négociable, faisant sortir l'Unité de soin pour adolescents de son cadrage, soit en ces termes : faire porter du côté du soin la question du changement du lieu de vie vient signifier à l'adolescente qu'on ne pourra pas la soigner, discréditant à ses yeux l'idée du soin. Être le lieu à partir duquel se réalise une nouvelle rupture invalide le lieu d'hospitalisation. Demander à l'institution sanitaire de faire de l'éducatif en la chargeant d'accompagner la jeune fille dans son nouveau lieu de vie c'en est trop : en exprimant la colère du service, le psychiatre responsable de Flavigny décide de la sortie de Souad pour le lendemain, lui permettant de réintégrer son foyer d'urgence avant de le quitter définitivement. La possibilité d'une réhospitalisation est ouverte, mais sous condition rédhibitoire d'un nouveau lieu d'hébergement. Ni indication à la maintenir en urgence dans le service, ni inquiétude pour elle « *cliniquement* » : telle est la toile de fond diagnostique de l'organisation de ce passage à l'acte venu répondre à ce qui a été identifié comme un autre passage à l'acte.

Bien que le détail de 'la doudoune' fasse sourire ceux qui nous en font le récit dans l'après-coup, témoignant de tout le recul qui se construit continuellement dans le cours de cette action publique, nous prenons au sérieux cette anicroche<sup>25</sup> pour en faire le détail ethnographique par lequel entrer dans la 'complexité' de ces trajectoires.

---

<sup>25</sup> C'est dans l'expérience de l'échec, c'est-à-dire dans la découverte d'une anicroche, de quelque chose qui cloche, que les acteurs sont conduits à expliciter des attentes à l'égard des choses ou des personnes impliquées dans un même cours d'action. En s'inspirant de cette "pragmatique de la réflexion" de Boltanski et Thévenot, nous proposons de suivre au plus près le mouvement des acteurs, en nous intéressant à cette anicroche de la doudoune, moment de moindre réflexivité, en deçà du jugement, mais à partir duquel s'engage un mouvement vers un "retour réflexif sur l'action qui convient" (1991, p.427-428).

Le cas-Souad illustre la tension entre urgence éducative et urgence pédopsychiatrique. En dépliant le trouble d'indication qui s'est cristallisé autour de la doudoune de Souad, accédons à une histoire collective pour en retrouver les strates organisationnelle, interinstitutionnelle et clinique.

### Le processus d'indication à l'épreuve des temporalités

L'entrée et la sortie d'hôpital de Souad constituent la double épreuve, partagée par l'éducatif et le soin, à travers laquelle s'actualise le trouble de l'indication. Comment décrypter cet évènement que la directrice du foyer d'urgence a qualifié de « *quiproquo* » et le praticien hospitalier en charge du suivi de Souad de « *forçage de l'institution psychiatrique par le service éducatif* » ? Notre premier réflexe est de réunir bout-à-bout les divers fragments de récit retraçant l'épisode en reconstituant ainsi ce fil rouge qui a manqué aux infirmières de Flavigny tout comme à l'éducatrice du foyer qui, happée par les urgences de sa prise de service le lundi matin, est venue apporter toutes ses affaires à Souad au lieu de prendre le temps de faire du tri.

Que s'est-il passé les jours d'avant ? Qu'est-ce qui, à un moment et en un lieu donnés, « *sans parler de pathologie* », a conduit à une hospitalisation en urgence au milieu de la nuit, alors que la patiente était déjà suivie en centre médico-psychologique ? C'est la méconnaissance de ce contexte qui selon leur analyse a rendu le travail des infirmières inconfortable. Répondant à un besoin de contextualisation et de biographisation plutôt que de catégorisation, l'indication en ce sens est constituée des informations qui permettent de situer la proposition de prise en charge dans une trajectoire.

Les récits recollés nous donnent accès, en amont de cette première hospitalisation en urgence, à une trajectoire sinueuse dans laquelle le mouvement de l'adolescente n'est pas en reste. On apprend qu'elle a fugué du foyer pour se rendre dans sa famille d'accueil un dimanche soir. Que l'éducatrice prévenue par ces derniers s'y est rendue, mais s'est heurtée au refus radical de la jeune fille de retourner au foyer. La seule voie trouvée pour sortir de cette situation a été l'ambulance en direction des urgences

psychiatriques, accélérant *de facto* une hospitalisation envisagée par le foyer, mais dont l'indication posée par le psychiatre du CMP n'était pas encore validée dans un échange avec le médecin hospitalier. Au lieu que l'hospitalisation en pédopsychiatrie soit préparée sereinement avec l'ensemble des partenaires, elle se réalise dans l'urgence avec une Souad brinquebalante.

La première dimension du conflit d'indication qui oppose les mondes éducatifs et du soin est procédurale. Tout d'abord, le mode d'adressage de Souad est sorti de la 'routine' des relations entre psychiatres, extra et intra hospitaliers ; une routine qui sert à ce que la parole du médecin ne soit pas prise à la légère : pour le médecin de garde qui a accueilli Souad, si le praticien de Flavigny dit qu'il l'attend dans son service et qu'il doit l'y recevoir, ainsi qu'ont cherché à l'en convaincre les éducateurs, donc c'est que c'est grave, quand bien même l'état de la jeune fille ne lui paraît pas relever d'une hospitalisation et qu'il n'a pas reçu de consigne de sa part. À cette effraction dans la routine qui règle les rapports entre Urgences et unités d'hospitalisation se surajoute l'intervention gestionnaire de l'administration hospitalière qui impose l'hospitalisation de Souad en dépit de tout avis médical. Une marge est possible entre la non-maîtrise par les éducateurs de ces codes d'accès à l'univers hospitalier et l'instrumentalisation de ces codes par les mêmes. Dans cette marge, se dessine l'enjeu de l'indication comme procédure.

Ce sont ensuite les procédures du placement socio-éducatif qui viennent heurter la temporalité du soin psychique. Les professionnels de la protection de l'enfance, depuis leurs différentes institutions, sont engagés ensemble dans une lutte serrée de place pour faire passer Souad d'une « *place d'urgence* » à une « *place pérenne* » et rétablir une certaine permanence dans sa trajectoire sociale. La rareté et la perte de maîtrise sur les ressources institutionnelles à tous les niveaux de la chaîne de l'aide à l'enfance pour une adolescente essuyant depuis plusieurs mois refus sur refus pour une place en Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS) rabat tout projet de vie à long terme sur le format de l'urgence. La moindre opportunité de réorientation est à acter immédiatement, le risque est trop grand de la mettre en attente, quitte à reléguer à l'arrière-plan le soin psychique hospitalier venant de commencer, qui pourtant était

devenu prioritaire. La « *stabilité* » devient une notion relative et subjective, donnant lieu à des interprétations divergentes entre travailleurs sociaux et psys, les premiers ne l'associant pas/plus nécessairement à un cadre pérenne. Cette incertitude pèsera sur le projet d'hospitalisation séquentielle qui, à condition de stabilité institutionnelle, devait permettre de soutenir le nouveau foyer dans sa prise en charge éducative.

Les épreuves d'entrée et de sortie se nourrissent du télescopage des procédures et du désaccordage des temporalités, relevant les unes de la protection de l'enfance, les autres de l'hospitalisation en psychiatrie. En bref, tout le monde paraît s'accorder sur les grands principes qui fondent l'articulation du soin hospitalier et de la prise en charge éducative, comme sur les risques iatrogènes d'une hospitalisation non indiquée. Et pourtant, les différents interlocuteurs, de l'éducatif et du soin, semblent empêchés de s'entendre, par la superposition de leurs contraintes organisationnelles et gestionnaires respectives.

### L'indication au cœur de la diplomatie interinstitutionnelle

Le conflit qui s'instaure à partir de la doudoune de Souad prend la tournure d'un incident diplomatique<sup>26</sup>. Il ne se cantonne pas à la dureté des propos entre intervenants de première ligne qui viserait à réajuster ensemble leurs postures cliniques. Mais il engage les hiérarchies de part et d'autre : médecin-chef de Flavigny et direction de la protection de l'enfance. Plusieurs aspects constituent cette dimension interinstitutionnelle.

En premier lieu, le cas-Souad actualise une histoire longue. Il est interprété comme une réminiscence de l'héritage asilaire, en vertu duquel, jusqu'à une période récente, les juges des enfants pouvaient prononcer une ordonnance de placement

---

<sup>26</sup> Même si l'incident ouvre en première scène sur la rupture, prenant un tour contraire à la diplomatie au sens où la revisite la sociologie pragmatique : maintenir le lien jusqu'au point de rupture, savoir repérer et faire reculer ces seuils (Laval et Ravon, 2005), s'annoncer disponible pour envisager toutes les situations possibles (Stengers, 2003). La portée diplomatique du "clash" se révélera ici dans une temporalité qui excède le temps de l'urgence.

« sanitaire » sans besoin d'avis médical<sup>27</sup>. Inscrit dans l'histoire, il fait l'histoire en même temps. Le trouble de l'indication est en ce cas l'occasion de redéfinir socio historiquement le territoire contemporain d'un fragment de la psychiatrie publique.

Sur cet arrière-plan socio-historique, l'absence de modélisation du travail interinstitutionnel renvoie la construction de ce dernier à une jurisprudence des cas. Par « *le coup de gueule* » du chef de service, qui au nom de sa position institutionnelle a mis fin à l'hospitalisation de Souad, la jeune fille « aura payé pour tous les autres ». Le récit du cas-Souad s'entremêle en permanence avec d'autres récits d'hospitalisation d'adolescents, comme si les décisions à son encontre réglaient une bonne fois des histoires plus anciennes qu'il est venu raviver. « *Le coup de gueule* » l'inscrit dans la mémoire du service et fait référence au sein des rapports interpartenariaux. Dans l'espace ouvert par l'incertitude des indications, l'intrication de ces trajectoires adolescentes donne ainsi forme à une action publique très localisée à destination d'adolescents difficiles à prendre en charge<sup>28</sup>.

Le trouble émerge enfin dans une expérience de dessaisissement de leurs indications de prise en charge par les professionnels du soin. Ils ne maîtrisent pas ou plus leurs critères d'admission ; construire des trajectoires de soin peut prendre un tour politico-institutionnel. Dans le cas de Souad, cette externalisation de l'indication d'hospitalisation depuis le champ éducatif engendre une violence qui nous est présentée comme partagée par l'adolescente - répétition de l'expérience de l'abandon dans une trajectoire faite de ruptures successives - et par le psychiatre - qui vit en quelque sorte une épreuve de disqualification professionnelle. La violence de l'abandon leur est commune, comme si les soignants de l'hôpital se trouvaient abandonnés avec elle. Ils se révoltent en son nom contre les actes institutionnels d'abandon avant que d'être placés dans la nécessité diplomatique de l'abandonner à

---

<sup>27</sup> Jusqu'en 2002, sur la base de l'article 375 du Code Civil, des adolescents ont ainsi été "*déposés dans le service*" par ordonnance de placement provisoire du juge des enfants, OPP de plusieurs mois parfois. La Loi de 2002 soumet désormais la prononciation de ces OPP "sanitaires" à l'établissement d'un certificat médical, sauf dans le domaine pénal.

<sup>28</sup> C'est en ces termes que Bruno Latour redéfinit ce qui fait le social : un monde commun qui va de l'intrication à l'encore plus intriqué, et dont la constitution progressive repose sur ces intrications (Bruno Latour, 2000, p.203-204).

leur tour. La problématique de l'abandonnisme<sup>29</sup> est doublement clinique et institutionnelle : planant sur les situations, le référentiel psychanalytique infiltre toutes les interprétations au-delà des psys. Mais l'abandon renvoie aussi en creux à des impératifs institutionnels de continuité. Sur ces scènes de construction des indications, les responsables d'institution s'attribuent réciproquement le rôle de celui qui doit détenir la continuité de présence dans la trajectoire de l'adolescent, moyennant des attentes et des déceptions de part et d'autre. Les indications sont implicitement chargées de réaliser le principe de continuité de l'action publique, ou pour le moins de corriger ses discontinuités (Laval et Ravon, 2015). La pédopsychiatrie y est singulièrement attendue, actualisant le constat sociohistorique de Nicolas Dodier et Vololona Rabeharisoa selon lequel les termes de la critique antérieurement adressée au secteur psychiatrique tendraient à se renverser : « Au lieu d'être pris à partie pour l'excès de contrôle qu'ils exerçaient sur les individus, les dispositifs psy sont dorénavant questionnés sur leurs capacités à ne pas abandonner, sans filets, les malades mentaux dans la société de précarité » (Dodier et Rabeharisoa, 2006, p.16).

Ces récits controversés d'acteurs liés les uns aux autres dans la prise en charge de Souad nous aident à penser sa trajectoire autrement qu'à travers la métaphore de la « patate chaude ». Le trouble de l'indication par les discussions qu'il a occasionnées a permis en ce cas d'en atténuer le risque. Éducateurs comme soignants reconnaissent qu'ils ont besoin les uns des autres. En creux « *le soin a été émaillé d'un lien éducatif non soutenant du soin* » nous dira le praticien hospitalier. Les éducateurs du second foyer témoignant de leur côté de ce que les mises en échec successives de ses soins psychiatriques par Souad les a rendus incapables d'être dans l'éducatif.

### La part clinique du trouble

La question du diagnostic n'est pas première dans la genèse du conflit d'indication retracée depuis l'unité de soin. En revanche elle est pointée comme un argument

---

<sup>29</sup> Référentiel théorique classique mobilisé en psychanalyse.

central de la demande d'hospitalisation par ceux qui depuis le dehors de l'hôpital accompagnent Souad au quotidien, famille d'accueil puis équipe éducative.

D'un placement éducatif à l'autre, le travailleur social de l'Aide Sociale à l'Enfance rapporte, depuis sa position tierce, que la même controverse autour du diagnostic s'instaure entre éducateurs et médecins : *« Souad ne montrait pas les mêmes choses dans le soin et chez la famille d'accueil ou au foyer. On avait l'impression d'avoir deux personnes très différentes dans ce que Flavigny voyait et dans ce que l'éducatif voyait. Et du coup ils n'arrivaient pas à se rencontrer parce qu'ils ne parlaient pas de la même personne à ce moment-là. Lors d'une réunion entre l'ensemble des intervenants, les [familles d'accueil] ont dit : Il faut que le docteur ouvre les yeux, sauf que le docteur n'observait pas du tout les mêmes choses de Souad »*

Du dehors au dedans de l'hôpital, le curseur entre le normal et le pathologique se déplace, le recours aux catégories nosologiques pour qualifier la souffrance de l'adolescente se faisant plus insistant depuis la sphère socio-éducative. Souad est la première à 'jouer' de ces différents espaces, donnant à voir une maîtrise de sa « trajectoire de maladie » au sens de Strauss. Lors de sa toute première hospitalisation, les troubles schizophréniques des jeunes patients de Flavigny l'effraient et nourrissent son incompréhension d'être là. Ailleurs cependant, forte de ses premières hospitalisations en clinique elle a pu dire à ses éducateurs : *« Vous voyez, j'ai de l'hyperactivité, j'ai des TDAH<sup>30</sup>, ne me cherchez pas, ne me gonflez pas, je suis malade, laissez moi tranquille. Cela fait partie de ma personne »*, disait-elle encore à sa famille d'accueil, *« il n'y a pas de remarque à me faire »*. Mais quand il s'agit, depuis le foyer, d'aller à un rendez-vous au CMP, elle n'y va pas et le revendique. Il faut attendre alors trois semaines pour le suivant, mettant l'équipe éducative, qui ne sait par quel bout la prendre, dans une difficulté extrême. Dans cette absence de coopération de l'adolescente à la mise en place d'un soin ambulatoire, la crise (les clashes) est ce qui reste à l'éducatif comme accès à une prise en charge partagée.

---

<sup>30</sup> Trouble déficit de l'attention hyperactivité (TDAH).

Des termes psychologisants se mêlent au récit de la famille d'accueil qui n'hésite pas à parler des « TOCs » de Souad ou à constater sa « *double personnalité* » et suggérer une « *bipolarité* ». De leur position parentale bien assumée, ils ont eu à cœur de mener des investigations médicales visant à assigner à des mots la souffrance de l'adolescente et lui trouver une solution thérapeutique. Ils exercent chemin faisant une fonction d'alerte auprès des services de protection de l'enfance par rapport à des changements qui, de leur longue expérience éducative, leur semblent cette fois plus importants qu'une crise d'ado. « *Ils [le service de l'Aide sociale à l'Enfance] avaient du mal à nous croire* ». Le statut d'enfant confié de Souad transforme l'accès aux premiers soins psychiatriques en parcours du combattant. Durant toute une année, seules les « crises » de la jeune fille donnent à la famille d'accueil, en l'absence d'autorité parentale, la légitimité de franchir les portes des hôpitaux avec elle.

L'équipe du foyer d'urgence, à travers sa difficulté, est venue conforter l'expérience de la famille d'accueil en situant l'étrangeté du comportement de Souad au-delà du mal-être, du côté d'un trouble psychiatrique ; sa mission d'observation et d'évaluation bien que dite empêchée par les troubles psychiques donnant paradoxalement du crédit à ce 'diagnostic social'.

Ce sont les mêmes symptômes (anxiété, obsessions) qui reviennent dans le récit clinique du praticien hospitalier, ré-encodés dans un langage psychosocial, passés au filtre d'une approche dé-psychiatrisante. Souad est la première à les lui décrire avec intelligence en rapport avec son histoire. Les TOCs sont extraits de leur référence médicale par le médecin, pour être replacés dans un contexte relationnel éducatif où le besoin de réassurance que s'inflige l'adolescente vient empêcher la scolarité et mettre à mal les équipes sociales dans leur projet éducatif. Amenant du coup la question du soin.

Étonnamment, les "comportements" de Souad (isolement, opposition), qui avaient inquiété les éducateurs et motivé 'leur' indication d'hospitalisation, alimenteront à leur tour les notes enregistrées quotidiennement en fins de poste par les infirmières. Qu'est-ce qui discriminerà alors le boulot des soignantes, si ce n'est de déposer à un endroit ce qui est valorisé par elles comme n'étant « *pas seulement un comportement* »

*pour faire chier* », afin de le « *travailler psychiquement* » en équipe. Aller creuser « *derrière les comportements* » est une condition pour « *[devenir] soignantes au-delà d'être là* ».

Que nous dit ce rapport différencié des intervenants aux troubles de l'adolescente ? Pour les lieux de placement, l'indication d'hospitalisation en psychiatrie (et plus largement la qualification psychiatrique des troubles) est une (é)preuve de reconnaissance de la difficulté éducative et du mal-être institutionnel, le fonctionnement de Souad ayant clivé les équipes et mis l'institution sens dessus dessous. Pour la famille d'accueil, la qualification psychiatrique des troubles est l'aboutissement de son parcours du combattant pour faire reconnaître Souad comme ayant besoin de soins psychiques. Symétriquement, chez les infirmières, le cas-Souad, parce qu'il est 'limite', donne à repenser les contours du soin psychique en perspective de l'éducatif. À travers la lecture des comportements de l'adolescente se rejoue la tension entre *cure* et *care* structurante d'un champ de pratiques en santé mentale (Laval, 2009, p. 5). En cela, le trouble de l'indication est instituant.

Pendant que les uns sont disqualifiés dans leur autorité de prescription, les autres sont en demande de reconnaissance de la complexité de leur métier. Ces épreuves symétriques et simultanées de disqualification et de reconnaissance s'affrontent et sont inaudibles dans le temps de l'urgence. Passée la crise, et surtout dans un espace-temps différé où les contraintes organisationnelles (procédures, temporalités) n'exercent plus leurs pressions sur les différents protagonistes, les récits de cas prennent le temps de l'analyse et font coexister en leur sein, à parité, ces deux épreuves. Place y est faite à une politique des interstices, reconnaissant comme nécessaires les zones de recouvrement entre les mondes éducatif et du soin, sans lesquelles les ados explosent. De l'objet transitionnel aux espaces de transitionnalité... L'anicroche, ce quelque chose qui a cloché autour de la doudoune de Souad semblerait pouvoir s'articuler, ne serait-ce que dans le récit collectif, à une théorie de l'aide aux adolescents difficiles.

La centralité des parcours dans l'aide aux « adolescents difficiles » (Ravon et Laval, 2015) est certes tout d'abord à replacer dans un contexte historique d'individuation

des politiques sociales. Mais le cas-Souad nous montre que si la construction des trajectoires devient 'le travail' collectif intersectoriel, en bref si la trajectoire est un travail (Strauss, 1992), c'est aussi parce que l'indication ne joue plus son rôle, au sens médical de l'indication qui nomme à la fois le problème et sa solution et où un problème diagnostiqué est égal à un remède. À travers les régulations qui s'opèrent nécessairement autour des indications, des professionnels depuis une diversité de métiers mettent en réflexion et en pratique des solutions personnalisées pour tenter de maintenir une certaine permanence auprès de l'adolescent. Les institutions redessinent ainsi leur action à leurs marges, au sens interinstitutionnel du terme, à partir de la construction des trajectoires les plus complexes.

#### 4. Conclusion : vers de nouvelles formes de régulation de l'action

Comment les troubles précédemment décrits sont-ils régulés dans chacun des cas étudiés ? C'est ce que cette conclusion s'attellera à dégager, toujours de manière exploratoire, en ne portant pas exclusivement le regard sur les dispositifs. Les formes de régulation observées, qu'elles soient formelles ou informelles, contribuent toujours pratiquement, non seulement à rétablir des bouts de continuité dans des trajectoires faites de ruptures mais aussi à fabriquer ces trajectoires comme étant réversibles.

À cet égard, on pourrait commencer par considérer que le trouble de l'indication, en résistant à l'irréversibilité des parcours, est le premier des régulateurs de trajectoires.

Les cas étudiés illustrent la tension paradoxale entre l'extension du territoire de la prise en charge (par le nombre d'institutions et de professionnels concernés, qu'ils soient interpellés ou réellement impliqués) et l'exacerbation du sur-mesure ; l'extension du collectif de prise en charge et la descente en singularité du cadre d'action ; une aporie entre cette descente en singularité et le management excessif que celle-ci exige. D'où cette interrogation : comment du commun (entre tous ces intervenants) se construit-il dans ce procès de singularisation ? Selon quelles modalités une communauté de prise en charge se constitue-t-elle au fil des trajectoires ?

Quelques figures de régulation coexistent ou se succèdent dans les trajectoires institutionnelles. Depuis les 'clashes' récurrents et la gestion de leurs conséquences, aux dispositifs mis en place par ou sous l'impulsion de l'administration de l'Aide Sociale à l'Enfance : ces figures sont articulées entre elles, comme interdépendantes. Reprenons-les succinctement.

a) La régulation par dispositifs

Les dispositifs étudiés sont conçus comme des "directeurs de trajectoire" (Strauss, 1992) dans une action éminemment interinstitutionnelle.

*Le dispositif Cellule Technique* permet de rétablir des permanences par une mémoire accumulée et de substituer à la demande en urgence des propositions "pérennes". La fabrique d'une mémoire vive des trajectoires (à l'inverse d'une mémoire standardisée et figée dans un dossier institutionnel) devient un enjeu. C'est ce que nous découvrons en regardant travailler l'équipe d'un dispositif d'appui à l'orientation et de réponse à "l'urgence éducative"<sup>31</sup>. Les notes personnelles prises au cours de leurs conversations téléphoniques par ses travailleurs sociaux participent à fabriquer une trace vivante et toujours actualisée de l'histoire institutionnelle d'un enfant ou d'une fratrie. À défaut de pouvoir qualifier dans l'instant de l'appel le problème déposé et de lui faire correspondre une solution dans l'espace interinstitutionnel tel qu'il se présente alors, on s'appuie sur cette mémoire du passé pour bricoler des indications sociales à court terme, et tenter du mieux que l'on peut de convertir en placements "pérennes" des demandes d'accueil immédiat. Ces professionnels s'appuient sur leur connaissance globale, technique et sensible du milieu d'hébergement

---

<sup>31</sup> Cette plateforme téléphonique a été mise en place par le Conseil Général. Elle est une interface entre la demande (travailleurs sociaux de l'Aide sociale à l'enfance, commissariats de police, Procureur de la République) et le tissu départemental de l'urgence. En référence au principe de continuité de l'Aide sociale à l'Enfance, le traitement des demandes d'accueil d'urgence se fait jour et nuit moyennant un système de garde relayant à leur départ les agents de la plateforme.

départemental. Dans ce dispositif, s'est construite au fil du temps une expertise individuelle et collective des trajectoires que ces spécialistes de l'orientation mettent à disposition de qui les saisit dans l'urgence. Comme s'il s'agissait de conjurer une amnésie collective de l'histoire de ces adolescents et d'enrayer ainsi les indications d'urgence à répétition.

*Le dispositif de prise en charge partagée* met en exergue quant à lui, la fonction régulatrice du processus narratif. Il participe à fabriquer des formes de permanence, non seulement dans la trajectoire mais aussi dans l'action collective interinstitutionnelle. Ainsi, le traitement des cas (Kevin et Souad) permet la construction d'un cadre pour l'ensemble des adolescents et de mettre en problème public toute une série de questions sur ces adolescents. Nous verrons plus avant dans le chapitre 4 que la constitution d'un dossier de prise en charge partagé structure une mémoire collective de la trajectoire. Cependant, il s'agit d'une mémoire par synthèse qui exclue la mémoire du détail.

#### *b) La régulation par clashes et le retour incessant de l'urgence*

Le clash est une forme de prise en compte impérative du détail, celui-là même qui a été exclu de la forme narrative de la synthèse. Cette dimension impérative est illustrée de façon paradigmatique par la séquence interinstitutionnelle de la crise d'orientation de 2012-2013 dans le cas-Kevin.

Le retour incessant du régime de l'urgence désarticule l'action des professionnels autour de la trajectoire, d'abord par le mouvement de l'adolescent, qui *de facto* est un autre "directeur de trajectoire", entraînant dans son sillon l'action des professionnels et des institutions ("contre-passages à l'acte" répondant aux passages à l'acte, dans le cas-Souad). Le clash émerge dans le désaccordage des temporalités en même temps qu'il contribue à leur raccordage par tout le travail de gestion des conséquences du clash qui s'en suit.

Dans la suite des travaux de François Sicot (2015), on pourrait analyser ces « clashes » en termes de *système local de prise en charge*, en resituant la construction des trajectoires dans un tel système au sens où il le définit. Au cours d'une recherche sur les urgences pédopsychiatriques de Toulouse (Sicot, 2009), il lui est apparu que ce recours n'était pas seulement lié aux difficultés des mineurs mais également à l'organisation de l'offre sur le territoire, et plus précisément au système de relations entre les professionnels concernés par cette population. Le recours à ces urgences dépend en partie de l'existence d'une offre « alternative », et du fonctionnement des structures concernées, qu'elles soient médicales, sociales, ou médico-sociales : leur capacité d'accueil, leur liste d'attente, leur projet médical, leurs critères d'admission. Ces structures et ces professionnels participent d'un système en cela que lorsque l'un modifie ses pratiques – par exemple en ne travaillant plus avec un type de jeunes mais avec un autre – ou son fonctionnement – en supprimant les vacances du psychiatre – cela a des conséquences sur tous les autres. En outre, cette recherche avait permis de montrer qu'un tel système est hiérarchisé, tous les acteurs d'un parcours n'ayant pas la même capacité à faire valoir leur définition de leurs missions et des populations qu'ils souhaitent prendre en charge. Le système local de prise en charge peut ainsi être défini comme la superposition des « carnets d'adresse » des professionnels qui va régir la circulation des patients entre les acteurs et les institutions au niveau local. Le territoire est appréhendé en tant qu'espace d'interdépendances entre des acteurs qui n'entrent pas forcément en interaction directe, mais où chacun est forcé de tenir compte des pratiques des autres (pp.34-35).

Les clashes s'inscrivent ainsi dans la temporalité de l'urgence et semblent avoir pour efficace de mettre en œuvre une forme extrêmement continue de régulation, dans les interstices entre les dispositifs interstitiels, d'être en quelque sorte des interstices d'interstices : l'ajustement au cas est poussé à son comble. Mais le clash ne procède pas que du souci d'ajustement, il émerge dans un rapport tendu aux organisations, il est une réaction au management. Dans ces clashes à répétition, il y a une chronicité de l'urgence en même temps qu'une intensification

de l'action. Les épreuves de coordination s'y déploient tout particulièrement chez les professionnels de l'interface mis à contribution pour en gérer les conséquences (ASE notamment).

La fugue est une des formes du clash. Le dernier foyer qui a admis Souad décide de ne pas faire de ses errances un motif d'exclusion, il choisit de composer avec ses fugues, enrayant pour un temps l'instabilité de sa trajectoire. La comptant toujours parmi ses effectifs même quand elle est dehors, cette équipe finit par acter que la formule de l'hôtel, au départ provisoire, est paradoxalement adaptée à cette adolescente de maintenant 17 ans. Un suivi éducatif hors les murs est aménagé, jusque dans l'hôtel. L'institution-foyer "*reste dans la course*" en continuant de participer aux réunions de "prise en charge partagée" la concernant. La fugue illustre ainsi comment cette forme de régulation par les clashes participe d'une clinique des conséquences, selon une perspective pragmatiste.

Alors que les clashes font vivre de la souffrance et sont communément appréhendés comme des échecs de prise en charge, cette clinique des conséquences à laquelle ils conduisent est source de créativité chez les professionnels.

## Chapitre 4 – Les professionnels à l’épreuve d’un récit à construire.

*Roman Pétrouchine, Béatrice Deries, Bertrand Ravon, Halima Zeroug-Vial*

### 1. Introduction

Une difficulté importante rencontrée par les professionnels concerne la coordination de leurs actions pour des situations de prise en charge qui articulent de multiples intervenants provenant de disciplines variées (psychiatrie, psychologie clinique, orthophonie, éducation spécialisée, assistance sociale, ergothérapie, soins infirmiers, etc.) et appartenant à des services différents (foyers d’aide sociale à l’enfance, MDPH, unités de pédopsychiatrie, CMP, CMPP, établissements médico-sociaux et de PJJ, tribunaux pour mineurs, etc.).

Pour ce type d’épreuves de professionnalité, il n’existe aucun dispositif de soutien, mis à part le Comité des mineurs en difficulté mis en place au sein du département du Rhône par la direction de la protection de l’enfance. Ce dispositif de prise en charge rassemble des représentants des différentes institutions et élabore des préconisations à propos de situations inextricables qui lui sont soumises. Il est articulé à un « dispositif de prise en charge partagé » qui rassemble les protagonistes mettant en œuvre la « réponse » envisagée par le Comité. Dispositif de concertation interinstitutionnelle, cet agencement permet à l’action publique de se maintenir dans les situations les plus délicates.

Il y a donc la place pour un soutien spécifique aux professionnels intervenant en réseau. En référence au cadre assez structuré des groupes classiques d’analyse de la pratique professionnelle, la proposition initiale était d’expérimenter une nouvelle configuration d’intervention, centrée d’une part sur le « travail de description fine que mènent les praticiens réflexifs en parlant de leurs activités ainsi que de leur capacité à formuler des diagnostics et des préconisations : mener l’enquête à propos de situations problématiques traversées, s’attarder sur les moments de trouble et de

perplexité rencontrés sur le terrain, identifier les problèmes pratiques auxquels ils ont été confrontés. Vu sous cet angle, le groupe d'analyse de la pratique n'est pas tant un groupe de parole qu'un collectif de travail ; il ne s'agit pas tant de faire parler l'équipe que de faire parler le métier, le sujet de la parole renvoyant davantage au métier et à ses conditions d'exercice qu'au professionnel, à sa subjectivité et à sa place dans le groupe<sup>32</sup>. D'autre part, un autre enjeu de l'expérimentation était de prendre en compte la teneur pluridisciplinaire et interinstitutionnelle des réseaux de prise en charge sur mesure en suivant les controverses propres à des positionnements liés à des appartenances opposées voire concurrentes. En effet, l'enjeu n'est pas de construire une culture professionnelle commune – illusoire – mais de susciter l'accord des participants sur leurs différences de vue et donc de pratiques. Le pari étant alors de permettre aux uns et aux autres de mieux circonscrire les limites de leurs métiers respectifs, tout en les faisant reculer, et ainsi d'affermir leur professionnalité.

L'enjeu de [cette] expérimentation est de tester la possibilité d'un dispositif de soutien spécifique aux réseaux pluridisciplinaires et interinstitutionnels, qui par définition souffrent d'une absence de pilotage tant institutionnel que professionnel. La question de la responsabilité et de la coordination de l'action commune se pose donc avec une particulière acuité. C'est en cela qu'il s'agit symétriquement de repenser les modalités d'animation du dispositif de soutien, tout en rejouant, sur une nouvelle scène le dialogue entre psychiatrie et sociologie, fondateur de notre collaboration.

Au cœur du fonctionnement d'un tel dispositif se trouve la question narrative. Nous avons vu au chapitre 3 que le dispositif de prise en charge partagée assure une régulation de la trajectoire à travers la construction d'un cadre narratif pour l'ensemble des adolescents. C'est dire que ce cadre narratif n'est pas une évidence et nécessite un travail spécifique chez les professionnels : dans cette partie, nous partons de l'hypothèse, somme toute très psychologique<sup>33</sup>, d'un trouble de l'identité narrative<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> Ravon, B. 2012, « Refaire parler le métier », art cité.

<sup>33</sup> Selon Paul Ricoeur (1985), la construction d'une identité individuelle ou groupale passe obligatoirement par un processus de mise en récit. Toute identité est d'abord identité narrative. « Dire

interne aux adolescents difficiles, qui se répercute en miroir, sur un mode intertransférentiel, chez les professionnels ainsi que chez les chercheurs. Nous analyserons en quoi les différentes formes de production narrative des acteurs accompagnant les adolescents difficiles sont grandement affectées. Nous verrons en quoi ce trouble de l'identité narrative peut se dépasser à travers la mise en pratique de reprises réflexives interinstitutionnelles auxquelles participent des chercheurs sociologues et pédopsychiatres. Celles-ci sont à l'origine de nouvelles formes de problématisation et de régulation des prises en charge des adolescents difficiles.

#### 4.2 Matériel et Méthodes

- *Deux mises en récit d'expérience de la trajectoire de prise en charge de deux adolescents (l'une par le sociologue, l'autre par le pédopsychiatre).* Les récits de cas que nous avons précédemment relatés sont de nouvelles mises en récit, celles du chercheur à partir de récits croisés et reconfigurés, à partir des éléments recueillis en entretiens et réordonnés dans le souci de produire certains effets de récit, certains types de problématisation. Nous analyserons plus spécifiquement dans cette partie le

---

l'identité d'un individu ou d'une communauté, c'est répondre à la question : qui a fait telle action ? Qui en est l'agent, l'auteur ? Il est d'abord répondu à cette question en nommant quelqu'un, en le désignant par un nom propre. Mais quel est le support de la permanence du nom propre ? Qu'est-ce qui justifie qu'on tienne le sujet de l'action, ainsi désigné par son nom, pour le même, tout au long d'une vie qui s'étire de la naissance à la mort ? La réponse ne peut être que narrative. Répondre à la question « qui ? », comme l'avait fortement dit Hannah Arendt, c'est raconter l'histoire d'une vie. L'histoire racontée dit le qui de l'action. L'identité du « qui » n'est donc elle-même qu'une identité narrative » III, 335.

Pour Jacques Brès, les trois éléments de l'entreprise narrative ici posés sont le sujet en quête d'identité, le temps comme facteur d'altérité et le récit comme producteur d'identité. L'identité doit être une évidence pour le sujet : tout un ensemble de rituels, de jeux, de pratiques sociales confortées de l'autorité des appareils idéologiques d'état ont pour fonction d'établir l'équivalence selon laquelle « je », c'est bien moi. En même temps et paradoxalement, l'identité est toujours problématique pour le sujet : Ricoeur met cette difficulté au compte du temps qui introduit l'altérité dans l'identité, le multiple dans l'un.

A cette difficulté le récit donne solution : il propose de l'identité une conception dynamique selon laquelle le sujet se construit dans le temps. « L'ipséité peut échapper au dilemme du Même et de l'Autre, dans la mesure où son identité repose sur une structure temporelle conforme au modèle d'identité dynamique issue de la composition poétique d'un texte narratif ... A la différence de l'identité abstraite du Même, l'identité narrative peut inclure le changement, la mutabilité, dans la cohésion d'une vie ». Etant concordance dans la discordance, la structure narrative est à même d'intégrer l'autre dans le même, le changement dans la cohésion : le devenir dirions-nous.

vécu, l'expérience propre du chercheur liée à la production d'une narration, en tentant une interprétation des difficultés auxquelles il a été confronté.

- *Une rencontre dite « Journée de restitution intermédiaire »* auprès des personnes interviewées le 3 décembre 2015, qui a pris la tournure d'une analyse réflexive de la trajectoire, centrée sur les mises en récit qui avaient été produites par les deux chercheurs et soumis aux discours critiques des professionnels présents. Nous analyserons la réaction des différents professionnels présents à la journée de restitution intermédiaire lorsque ces récits exposés par les chercheurs leur ont été exposés.

Du cas à sa mise en récit, la trajectoire joue chez les professionnels un rôle dans la problématisation de la prise en charge au sens où l'expérience de cette trajectoire participe des épreuves de professionnalité. Il s'agit alors de repérer la relation que la mémoire entretient avec l'expérience, et comment elle est structurante de la prise en charge.

#### 4.3 Résultats : du trouble de l'identité narrative vers une reconfiguration de l'action publique

Une lecture contre-transférentielle des récits recueillis laisse à penser que le trouble de l'identité narrative chez les professionnels révèle de façon spéculaire le trouble identitaire des adolescents pris en charge. En ce sens, le trouble de l'identité narrative serait une épreuve d'accompagnement qui affecte de plusieurs manières la professionnalité.

##### a) Des assignations terminologiques contradictoires

Les professionnels sont régulièrement en difficulté pour produire lors des entretiens de recherche un discours (concernant le jeune, sa prise en charge, son environnement) suffisamment cohérent intrinsèquement. Cette difficulté paraît la

plupart du temps extrêmement conscientisée : les professionnels sont dans le souci constant d'une quête vers l'assignation de ces jeunes à des normes discursives cohérentes, quitte à assumer l'ensemble des contradictions repérées dans leurs symptômes. En témoigne l'extrait suivant, à propos de Kevin :

"Kevin est un jeune garçon très élégant, qui a un bon langage, qui peut donner une **bonne illusion de compétences**. On lit dans le dossier qu'il a un **retard mental** (...)

Il oscille entre la séduction et le récit de sa vie qui peut être fait de manière **dramatique** comme elle peut être faite de manière presque **banale**.

Il se trouve **en position de leader** par rapport à ses camarades de l'IME avec lesquels il prend de la distance en disant qu'il n'a rien à faire avec des adolescents comme ça et puis il se trouve avec un groupe d'adolescents difficiles où là il est plutôt **vécu comme le déficient** (...)

On retrouve quelques part ces cas anachroniques, des gens **à la fois un peu ça un peu ça un peu ça**.

Cette prise en charge, **ça se termine et ça se termine pas** (...) Je l'ai revu une fois à l'hôpital, il y avait quelque chose de complètement inachevé (...).

Une **analyse parfois un peu contradictoire des médecins** (...)"

Cette difficulté à décrire de façon suffisamment cohérente et satisfaisante les adolescents difficiles participe sans doute de la difficulté à en garder spontanément une trace mnésique.

i. L'oubli

Les professionnels éprouvent en effet, de façon quasi-généralisée, lors de la réalisation des interviews, à une ou plusieurs reprises, une inquiétude liée à un trouble mnésique qu'ils éprouvent en eux. Ils ne se souviennent plus d'un élément, qu'ils jugent pourtant majeur, de l'histoire, de l'accompagnement ou de la trajectoire d'un adolescent. Cet oubli est générateur d'une culpabilité très importante, comme si se souvenir, c'était en soi se porter garant d'un *care* suffisant et témoigner de sa compétence. Ils cherchent à se justifier face à l'intervieweur, et demandent en cours d'entretien notre autorisation à consulter des notes, formalisées dans un dossier, ou informelles, qu'ils ont été amenés à produire.

Cette production des notes est fréquente, alors même qu'elle n'est pas toujours obligatoire, voire qu'elle est parfois officiellement déconseillée comme à la cellule technique de l'IDEF. Elle témoigne, tout le long de l'accompagnement de ces jeunes, d'une lutte permanente contre l'oubli, d'une anticipation, probablement non conscientisée, que cet oubli aura lieu de façon inéluctable, d'un souci permanent de laisser une trace extérieure à soi, vers laquelle on pourra revenir lorsque l'on aura oublié.

ii. Une objectivation non consensuelle de la spatialité et de la temporalité de la trajectoire entre les professionnels

Les professionnels témoignent du souci de mémoire en laissant une trace, qu'ils souhaiteraient fixe et objectivée, du parcours des adolescents. Celle-ci prend différentes formes. Le "dossier partagé" de Kevin à la Direction de la Protection de l'Enfance notamment contient certains documents de nature officielle. Ils sont destinés à être partagés et partageables, comme en témoignent les documents de « synthèse » de trajectoire qui sont distribués à l'ensemble des professionnels du « réseau » en début de Commission de prise en charge partagée de Kevin. Ceux-ci ont une forme proche du récit médical et anamnestique : la temporalité est construite sur un mode linéaire, de la naissance de Kevin jusqu'à la réunion de Commission elle-même, ce qui pourrait témoigner d'une dimension normative de ce type de discours,

légitimé officiellement dans des instances non médicales et possédant une autorité interinstitutionnelle et interprofessionnelle. La « synthèse » cherche également à récapituler l'ensemble des structures d'accueil dont a bénéficié l'adolescent, les intervenants qui se sont succédés. La spatialité imaginaire de la synthèse distribue ces structures et ces intervenants en trois espaces ainsi conçus : le « sanitaire » (structures rattachées à la psychiatrie), le « handicap » (structures issues du médico-social) et la « protection de l'enfance » (structures rattachées à l'action sociale départementale).

Cependant, d'autres productions de discours font concurrence, et peut-être contre-pouvoir, au récit anamnestique. Le dossier de prise en charge partagée de Kevin contient des notes de natures diverses, dont certaines sont officieuses et exclusivement destinées à l'usage pratique de la directrice adjointe de la protection de l'enfance du Rhône : échange d'emails, calculs griffonnés sur un coin de page concernant le coût sur 6 mois d'un éducateur de renfort par exemple. Ces notes sont prises dans les coulisses d'une certaine « histoire officielle », d'une mémoire officielle revendiquant sa lisibilité dans la prise en charge des adolescents « difficiles », celle, par exemple, des « synthèses ». Elles sont autant de détails qui introduisent du paradoxe dans la mémoire officielle, contredisant le projet institutionnel de continuité et de stabilité. Ainsi, la fixation *à priori* d'un terme de 6 mois au dispositif d'un éducateur de renfort a toutes les chances de mettre en échec la prise en charge de l'adolescent à ce terme, puisqu'elle participe de la création d'une rupture dans la trajectoire à venir.

Le récit d'expérience chez les interviewés révèle des possibilités très variables de constructions narratives. Certaines sont très repérées, stables, cohérentes, marquées par des effets de continuité historique (en particulier chez les professionnels s'étant occupés pendant plusieurs années de ces adolescents, comme les familles d'accueil ou les travailleurs sociaux en MDR) quand d'autres sont plus labiles et incohérents intrinsèquement (en particulier chez les professionnels s'étant occupés de façon très provisoire des jeunes : travailleurs sociaux en foyers d'accueil d'urgence, soignants en unité d'hospitalisation pour adolescents). L'épreuve d'identité

narrative serait ainsi étroitement liée à une épreuve de permanence, de constance dans l'accompagnement auprès de ceux-ci. Ces constructions narratives de nature bien différente entrent souvent en contradiction avec le récit de « synthèse ». Elles révèlent d'autres formes d'objectivation de la spatialité et de la temporalité, moins politiquement correctes, moins consensuelles et moins partageables.

Par ailleurs, la production de récits par les professionnels tend quantitativement vers l'inflation. Les entretiens sont souvent très longs, perdent le professionnel comme le chercheur ; il n'est pas rare qu'ils soient coupés par le chercheur qui est pris dans ses propres contraintes d'organisation du temps. Cette hémorragie de production narrative en quête de problématisation contraste avec le processus de réduction opéré par la « synthèse » entre deux commissions de prise en charge partagée.

### *iii. Trouble de l'identité narrative chez les chercheurs*

Toutes ces productions narratives entrent souvent en contradiction les unes les autres et leur somme ne saurait aboutir, de la part des chercheurs, à la construction objectivée d'une trajectoire pour chacun des adolescents. À l'occasion d'une restitution intermédiaire auprès des professionnels interviewés, les interviewers se sont employés à une construction narrative de leur expérience de la trajectoire de deux des quatre adolescents de l'étude (cf. *supra* les "trajectoires reconstituées" de Souad et d'Omar). Cette reconstruction narrative d'une expérience éminemment subjective de chercheur est issue des récits entendus et des notes lues de la trajectoire de ces deux adolescents et formatée par leur identité propre. Le chercheur se trouve ici dans des difficultés bien proches de celles rencontrées chez les professionnels : oublis d'éléments factuels de la trajectoire de ces jeunes (pourtant entendus et ressassés à de multiples reprises), volonté de production d'un récit anamnestique (particulièrement perceptible chez le chercheur pédopsychiatre, dont la formation est médicale), agrippements réactionnels à l'oubli, sentiment d'insatisfaction à l'issue de ce travail (sentiment d'avoir favorisé certains discours par rapport à d'autres qui leur étaient apposés, de ne pas avoir pu prendre en compte

certains récits d'expérience de la trajectoire en « trahissant » ainsi certains professionnels).

Les deux récits, ainsi soumis au regard critique de quelques-uns des professionnels ayant eu en charge Souad et Omar, ont été l'objet de contestations, de rectifications, de modifications parfois radicales d'interprétation, d'appositions de spatialités et de temporalités différentes de celles restituées par les chercheurs, qu'ils avaient mémorisées, ou bien retenues dans leur travail de construction narrative. Bien au-delà de ce que Ricoeur appelle les « limites de l'identité narrative<sup>34</sup> », cette impossibilité à trouver un accord, un consensus suffisamment satisfaisant entre les professionnels d'une part, entre les professionnels et les chercheurs d'autre part, sur ce que serait l'identité narrative de Souad et d'Omar, témoignerait, dans une lecture transféro-contre-transférentielle, du trouble de l'identité narrative même de ces jeunes.

Cette lecture contre-transférentielle est insuffisamment satisfaisante. D'une part, cette hypothèse n'est pas mise à l'épreuve du terrain, dans la mesure où nous n'avons rencontré aucun des quatre jeunes et n'avons pas procédé à une analyse comparative de leurs productions narratives avec celles des professionnels. D'autre part, l'identité narrative de ces adolescents n'est pas seule en jeu dans la formation de l'identité narrative des professionnels et des chercheurs. L'incohérence des récits donne accès, également, à la pluralité des versions de l'histoire de leur prise en charge. Chaque version dit quelque chose de la manière dont les professionnels et les chercheurs sont institutionnellement missionnés, autorisés ou limités, pour s'engager dans ce champ d'intervention qu'est l'aide aux adolescents difficiles pour les uns,

---

<sup>34</sup> Ricoeur (in Brès, 1994) énumère ainsi ce qu'il appelle « les limites de l'identité narrative » :

- elle est fragile : qu'elle soit choisie ne doit pas faire oublier qu'il était possible de la construire différemment. Les mêmes événements se prêtent à différentes mises en intrigue. La multiplicité des « possibles narratifs » déstabilise l'identité retenue : pour paraphraser Rimbaud, « je aurait pu être un autre ».

- elle est non définitive, ne cesse de se faire et se défaire

-elle est incomplète : le récit fournit un ensemble de potentialités qui ne s'actualisent que dans la mesure où le sujet passe à l'action. L'identité narrative doit se compléter des « composantes non narratives de la formation du sujet agissant ».

- elle est partielle : il s'agit de celle d'une personne ou d'un groupe de personnes en nombre limité. Qui plus est le récit ne saurait embrasser le temps dans sa totalité.

l'analyse de cette aide pour les autres. Chaque version comporte une forme de vérité au sens où elle instruit une manière de s'engager et de prendre part à cette expérience publique qu'est l'analyse et la prise en charge des adolescents difficiles. Selon Cefai et Terzi (2012, p. 21), "L'expérience n'est pas 'subjective' ou 'objective' : elle se joue dans un réseau de perspectives et de perspectives sur les perspectives - elles mêmes indissociables des formes de vie, des agencements institutionnels et des cultures publiques dont elles se nourrissent et qu'elles actualisent".

iv. *Vers une enquête partagée entre chercheurs et professionnels : une co-analyse réflexive de l'expérience de la trajectoire*

La démarche rétrospective met le chercheur en position de recueillir des récits de prise en charge qui sont lestés des traces réflexives que celle-ci a générées chez le professionnel. Ces traces sont liées aux difficultés éprouvées par le professionnel : par exemple, comment, pour trouver des issues à une prise en charge difficile, celui-ci s'est inspiré d'autres prises en charge. Ainsi, indissociablement de la reconstruction *a posteriori* de la prise en charge et de la trajectoire du problème, l'enjeu de l'analyse consiste à rendre compte de la trame temporelle, entendu ici comme une trame expérientielle, le passé de la prise en charge étant toujours recomposé au présent de l'action. Ce qui veut dire que les récits *au passé* des professionnels sont aussi l'occasion de saisir ce qu'il en est, *ici et maintenant*, du souci des professionnels.

Par ailleurs, c'est à la demande du chercheur que les récits sont produits, et par la présence de celui-ci sur le terrain. Les caractéristiques de cette demande donnent aux récits recueillis, d'une part une dimension expérimentale, liée au régime de l'enquête, et d'autre part une dimension de publicité : par sa demande, le chercheur contraint les intervenants à lui rendre compte du problème qu'ils se posent, et ce de manière suffisamment sensible et intelligible. Or, dans les prises en charge institutionnelles, la dimension de publicité est renforcée par la nécessité pour l'ensemble des protagonistes de travailler ensemble. Ainsi, l'arrivée en tant que chercheurs (sociologue, pédopsychiatre) dans une situation où déjà bien d'autres protagonistes sont en position réflexive élargit le cercle du concernement. Les

chercheurs contribuent à élargir le public du problème, l'enquête venant participer à la configuration du problème comme d'un problème public. Dès lors, les chercheurs participent à faire du problème de la prise en charge des adolescents « difficiles » une *expérience publique*. En participant à leur mise en récit, ils participent à un travail de reconfiguration des troubles éprouvés en situation, en une expérience publique. S'appuyant sur Ricoeur, Céfai et Terzi (p. 22-24) schématisent ainsi le processus de reconfiguration des troubles :

Mimesis 1 : préfiguration de l'expérience par " le trouble que des personnes touchées éprouvent et tentent d'exprimer " ;

Mimesis 2 : processus de temporisation par lequel un trouble éprouvé est converti en problème public : travail d'objectivation, de légitimation, de dramatisation, de catégorisation, d'argumentation. Tout ce travail se joue au sein d'acteurs-réseaux (ce que nous appelons dispositifs et/ou sites de problématisation) ;

Mimesis 3 : "boucllement de la boucle" : déplacement des repères de l'expérience publique ; "formation de nouvelles prises perceptives et pratiques".

En intervenant dans la mise en narration d'une expérience de la trajectoire, le chercheur participe d'une forme particulière de problématisation de celle-ci, dans sa reconfiguration sans fin.

" Retracer l'histoire naturelle d'un problème public, c'est s'efforcer de rendre compte d'une transformation de l'expérience, telle que cette dernière en vient à intégrer, par des synthèses passives [le récit de l'intervention que nous sollicitons en est une], des indices de problématisation " (Céfai et Terzi, p 20). En même temps, les professionnels sont également pris, dans le processus de mise en récit et de reconfiguration narrative de l'expérience de la trajectoire, dans une réflexivité de sa problématisation. Ne doit-on pas dire qu'ils sont dès lors affiliés à une forme de positionnement qui est aussi celui du chercheur ?

#### 4.4. Conclusion

Les professionnels sont en quête de configuration et de reconfiguration d'une mémoire narrative, et cette quête précisément les inscrit en position de co-chercheur. Grâce aux instances de problématisation à l'œuvre dans le mécanisme de production d'un récit, cette mémoire leur permettrait de configurer et de réguler leur action. Cette mémoire aurait une dimension individuelle, mais aussi collective. Cette quête est semée d'embûches : une lecture transféro-contre-transférentielle des troubles mnésiques des professionnels, dont ils ont une certaine prescience et qui les inquiète, mettrait à jour un trouble de l'identité narrative chez les adolescents difficiles. Parallèlement, la configuration d'une mémoire narrative collective est soumise à la diversité des agencements institutionnels et des cultures publiques, aussi bien dans leur dimension spatiale que temporelle : s'occuper d'un adolescent difficile pendant quelques jours ou quelques années, de vivre avec lui au quotidien ou de le rencontrer une fois par mois, ne produit pas les mêmes formes de mémoire narrative et de problématisation de la prise en charge. Les professionnels sont pris dans cette diversité qui reflète celle des sites de problématisation narrative.

La co-enquête « chercheur psychiatre, chercheur sociologue, chercheur professionnel » induit un mouvement vers de nouvelles formes de réflexivité, de problématisation, de production narrative, de mémoire narrative individuelle et collective donc de nouveaux schèmes, de nouvelles normes de régulation de l'action, dans un vacillement et un enrichissement des identités narratives des uns et des autres. Tout au long de cette réflexion, ne sommes-nous pas passés d'une problématisation centrée sur une reprise réflexive interinstitutionnelle de la clinique, à une problématisation centrée sur une reprise réflexive interinstitutionnelle de l'expérience de la trajectoire ? Si le chercheur qui est en prise avec les mouvements inter-transférentiels animant la relation entre le professionnel et l'adolescent, se transforme en clinicien, le professionnel clinicien lui aussi se meut en chercheur en quête de trajectoire : d'une histoire de la trajectoire, d'une trajectoire à advenir.

Le collectif ponctuellement mis en place autour des cas Souad et Omar, initialement dans une visée de restitution intermédiaire, a amorcé une telle expérience collective de la co-enquête. L'étude de cas s'achève avec la perspective d'un approfondissement de cette expérience, cette fois autour du cas Kevin, offrant un "terrain" au projet d'analyse expérimentale de la pratique en réseau. Le réseau y est redéfini comme celui des personnes 'concernées' par la trajectoire, que ces professionnels soient intervenus par le passé ou dans le temps présent de la prise en charge de l'adolescent.

## Conclusion générale

*Face à une situation problématique, la communauté des enquêteurs compétents se révèle être le seul espace de fixation des croyances qui tienne bon. Contre l'autorité prétendument établie, elle vient au secours de la ténacité en lui imposant en contrepartie de se distinguer de la révélation subjective : elle publicise la ténacité. Dans le même temps et contre les gesticulations de la pure volonté cette fois, elle vient au secours de l'institution, elle institue la croyance ou renouvelle son autorité. La publicisation de la ténacité est l'épreuve qui distingue la vérité de la simple révélation, l'expérience subjective susceptible d'être formulée, de l'expérience subjective indicible (Joseph, 2016).*

"L'adolescent difficile" et le "mineur isolé étranger" constituent deux figures contemporaines emblématiques d'une jeunesse en grande difficulté. Les acteurs qui les prennent en charge rencontrent un certain nombre de difficultés similaires.

Il s'agit d'abord d'une difficulté à nommer, à qualifier, à caractériser le public, ce que nous nous proposons d'appeler un « trouble de l'assignation ». Dénominations contradictoires d'un même phénomène par un même acteur ou par des acteurs différents, impossibilité même de se représenter ou de se souvenir d'une séquence de la trajectoire de l'adolescent, voire de l'adolescent lui-même dans sa totalité et sa complexité, assignation forcée à des normes discursives ambiantes qui ne satisfont aucun des acteurs : voilà un ensemble de traits caractéristiques d'une épreuve de professionnalité commune à la prise en charge des « mineurs isolés étrangers » ou des « adolescents difficiles ».

Le « trouble des temporalités » constitue un deuxième type d'épreuve de professionnalité pour les acteurs ayant en charge les adolescents dits difficiles ou les mineurs isolés étrangers. Dyssynchronie des temporalités subjectives propres des

adolescents d'une part et des professionnels d'autre part quand il s'agit de s'ajuster à des trajectoires d'adolescents marquées par le passage à l'acte, la rupture et le clash – véritable épreuve de permanence et de continuité pour le professionnel. Dyssynchronie des temporalités subjectives des individus avec celles de l'action publique d'autre part, ces dernières ayant leur rythme propre. Il s'agit aussi de prises en charge dans lesquelles la mémoire du passé ne fait pas facilement trace et ne peut être garante chez le professionnel d'une mémoire de l'expérience : ne plus se souvenir de ce qui a aidé, ou pas, ne permet pas de s'étayer sur le passé pour construire l'avenir d'une trajectoire.

Les professionnels sont également mis à l'épreuve des différentes formes de spatialité qui structurent une prise en charge. Là encore, l'organisation psychique de l'espace subjectif du jeune, souvent mis à mal par l'accumulation de traumatismes plus ou moins précoces, plus ou moins récents, doit s'ajuster à l'organisation spatiale de l'action publique. Par ailleurs, comment articuler les différents espaces de prise en charge d'un jeune quand les orientations sont troublées, qu'une indication d'hospitalisation est portée par une équipe éducative, de placement en établissement médico-social par une administration managériale ? Comment articuler enfin les espaces imaginaires des dispositifs – ceux que le dispositif de prise en charge partagée appelle « soin, handicap et protection de l'enfance » - aux institutions telles qu'elles fonctionnent dans la réalité ?

Le « trouble de l'identité narrative » ferait dès lors la synthèse de ces différentes épreuves : comment une identité subjective suffisamment stable chez le professionnel comme chez l'adolescent pourrait-elle se construire quand les expériences temporelles, spatiales et discursives subjectives sont éprouvées par – et mettent à l'épreuve – les dispositifs de l'action publique ? L'expérience clinique de la prise en charge des adolescents en grande difficulté ne serait-elle pas celle des conséquences de l'action publique sur la clinique ? La clinique des institutions est

appelée, notamment à travers les différentes instances de reprise réflexive, à gérer les conséquences des dispositifs de l'action publique.

Le chercheur, éprouvé lui-même dans son identité narrative par l'objet même de sa recherche, est appelé par le professionnel à participer avec lui à différentes formes de co-enquêtes, qui s'avèrent être autant de reprises réflexives : de la clinique, des institutions, des trajectoires.

Nous appelons ainsi à la mise en place de dispositifs de reprise réflexive de la pratique interinstitutionnelle, dans lesquels collaborent chercheurs et professionnels, psychistes et sociologues. Il s'agit, dans une position de co-enquête, de problématiser l'élaboration narrative en train de se faire un peu autrement : comment, à partir du vécu expérientiel des professionnels et des chercheurs, peut-on construire la trajectoire, passée et à venir, des adolescents en grande difficulté.

Cette transformation de la réflexivité collective correspond en quelque sorte à la dimension structurelle de l'incertitude, lorsque la maîtrise des choses n'est plus de mise, lorsque les diagnostics deviennent discutables, que les savoirs prédéfinis s'avèrent insuffisants et ne garantissent plus la validité de l'action. Dans ces nouvelles conditions, la pratique n'en devient que plus discutable, aux deux sens du terme (arbitraire et à discuter). Dit autrement, le « choix » de la finalité de l'action ne relève plus tant des savoirs constitués ou de l'expertise technique que d'un jugement en situation, qui hiérarchise – provisoirement – les priorités (sécurité ou protection, soin ou éducatif, autonomie ou contension...). De même, les nombreux dilemmes de professionnalité constatés obligent les professionnels à avancer par tâtonnements successifs, de manière exploratoire.

Il s'agit donc d'envisager l'hypothèse d'un autre régime de réflexivité que celui habituellement mobilisé par les observateurs qui se contentent de reprendre le

modèle du « praticien réflexif », forgé selon une conception mentaliste et discontinuiste de la connaissance (savoir accumulé par le praticien expérimenté et susceptible d'être généralisable ; savoir construit dans l'action mais légitimé dans l'après-coup). Notre étude montre au contraire que la réflexivité de l'action est davantage distribuée entre les professionnels, les invitant à revisiter la situation (parfois en la revivant) pour la recontextualiser, et ce faisant, identifier de nouvelles prises permettant d'agir autrement, ou à tout le moins de continuer à agir (notamment en luttant collectivement contre l'irréversibilité des parcours). La pratique n'est alors pas problématisée sous l'horizon d'une bonne pratique généralisable, mais d'une pratique acceptable, ici et maintenant, et donc révisable. En définitive, et c'est pourquoi nous parlons de co-enquête plutôt que d'analyse de la pratique, il s'agit non pas tant de connaître (après-coup) pour intervenir (de nouveau), que d'intervenir pour connaître. En ce sens, la dimension narrative de la réflexivité collective est essentielle, car elle permet de rejouer la situation pour la penser et l'agir autrement, et ce faisant, de réinventer la capacité de tenir ensemble et malgré tout.

Dans notre recherche, le grand absent est l'adolescent lui-même, à qui le chercheur ne s'est pas adressé. Que peut-il dire, agir, éprouver, de ce que les professionnels et les chercheurs disent, éprouvent, agissent ? Que peut-il dire de sa trajectoire ? Que peut-il éprouver des épreuves que traversent les professionnels ? En ne nous entretenant pas avec lui, nous prenons le risque de créer une forme de savoir qui serait trop extérieur à lui, et qui entrerait dans une trop grande proximité avec les productions narratives des professionnels et des pouvoirs publics. Nous ne le faisons exister que dans le regard de ceux qui s'en occupent.

Actes du séminaire « Mineurs isolés Etrangers ». <http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Images/orspereSamdarra/Ressources/Activites/Groupes de travail/Version complete actes seminaires MIE.pdf>

Actes de la journée d'étude « Mineurs Isolés Etrangers ». <http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Journees etude RECHERCHE /Orspere Samdarra /Actes journee d etude MIE 2015 DEF.pdf>

Chambon N., Carbonel N., Fouché M. 2016. « Les MIE : une catégorie, des usagers, des intervenants ». *VST – Vie Sociale et traitement*, 2, N°130.

Clulow J. 2015. *Des épreuves de professionnalité dans la prise en charge des mineurs isolés étrangers* ». Master II « Sociologie appliquée au développement local », Université Lumière-Lyon II.

Deries B., Pétrouchine R. 2016. « Anicroche autour d'une doudoune. De la construction des trajectoires d'adolescents aux frontières de l'éducatif et du soin ». *Cahiers de Rhizome N°59 Les adolescents (et ce qu'ils ont de) difficiles*. P 38 – 46.

Gansel Y., Pétrouchine R. 2015/3(N°67). « Les précarités sont-elles à l'essence des adolescents difficiles ? ». *Enfance et Psy*. P 32-41.

Laval C., Ravon B. 2016. « Les adolescents difficiles et ceux qui s'en préoccupent », Avant-propos, *Cahiers de Rhizome N°59 Les adolescents (et ce qu'ils ont de) difficiles*, p 5-13.

Pétrouchine R, Konaré B, Zeroug-Vial H. 2015/3(N°67). « Les mineurs isolés étrangers. De l'assignation paradoxale comme épreuve de professionnalité ». *Enfance et Psy*. P 113 – 124.

- Reprise réflexive de la trajectoire de Kevin avec les professionnels concernés par les quatre cas de l'étude, coanimée par H. Zeroug-Vial et B. Ravon, avec la collaboration de B. Deries, Y. Gansel et R. Pétrouchine, le 29/09/2016.

- Intervention de R. Pétrouchine intitulée : « Le mineur isolé étranger, entre deuil et nostalgie », à la journée d'étude intitulée « le deuil chez les 12 – 25 ans », organisée par l'association « Vivre son deuil », le 17/10/2016, Lyon.

- Journée d'étude « adolescents difficiles », décembre 2016, Paris.

- Co-implication du Centre Max Weber et de l'Orspere-Samdarra dans le volet socio-anthropologique de la recherche en cours : « Trajectoires cliniques et sociales des enfants et adolescents avec comportements perturbateurs : approche pluridisciplinaire des situations admises aux urgences pédiatriques et psychiatriques de la région Rhône-Alpes-Auvergne. Etude pluridisciplinaire prospective, multicentrique et longitudinale » (Y. Gansel, coordinateur, HCL, 2016 – 2018).

Anonyme. Convention Internationale des Droits de l'Enfant (en ligne). Consulté le 16/03/2015. [www.humanium.org](http://www.humanium.org)

Anonyme. 2000. *La prise en charge des mineurs en grande difficulté. Actes du séminaire Santé Justice, 25 et 26 mai 2000*. Paris: Ministère de la Justice et Ministère de la Santé et des Solidarités.

Assistance Publiques Hôpitaux de Marseille. 2012. « Réseau Adolescents Difficiles ». Consulté le 23 août 2012. <http://www.ap-hm.fr/adosdifficiles/fr/site/accueil.asp>.

Bailleau, F. 2002. « La justice pénale des mineurs en France. Ou l'émergence d'un nouveau modèle de gestion des illégalismes ». *Déviance et Société* 3 (26): 40321.

———. 2009. « La France, une position de rupture ? ». *Déviance et Société* 33 (3): 441. doi:10.3917/ds.333.0441.

Barreyre, J-Y, et Fiacre, P. 2010. « Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables » ». *Informations sociales* 156 (6): 8090.

Beaur, S. et Vila, S. 2010. « Pour ne plus confondre supervision, analyse des pratiques et régulation d'équipe », in *Lien social*, n°704, avril 2004 cités par Coudert F., Dorléans D. et Royer C. in « La supervision et l'analyse des pratiques professionnelles : une formation en questions. », *Forum* n°130, 12.

Berger, M. 2001. « Pourquoi est-il si difficile de penser le soin des jeunes extrêmement violents ? ». *Cahiers de Psychologie Clinique* 17 (2): 21529. doi:10.3917/cpc.017.0215.

Berger, M., Bonneville, E., Andre, P. et Rigaud, C. 2007. « L'enfant très violent : origine, devenir, prise en charge ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 55 (7): 35361. doi:10.1016/j.neurenf.2006.11.003.

Blanchard, V. 2011. « Qui sont les filles violentes dans le Paris des Trente Glorieuses ? ». *Champ pénal/Penal field*, Le contrôle social des femmes violentes, , n° Vol. VIII (juin). <http://champpenal.revues.org/8071>.

Boltanski, L. et Thévenot L. (1991). *De la justification, les économies de la grandeur*. Paris: Gallimard.

Botbol, M., Choquet, L-H. et Grousset, J. 2010. « Éduquer 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* 58 (4): 22433. doi:10.1016/j.neurenf.2009.03.005.

Boudot M-F. 1994. « Supervision » in *Dictionnaire critique de l'action sociale*, Paris : Bayard

Bouquet B. 2002. Préface à la réédition de M.-E. Richmond, *Les méthodes nouvelles d'assistance*, EENSP, Rennes.

Bouyssi re-Catusse, E., et Raynaud, J-P. 2012. *Adolescents difficiles : penser et construire les partenariats*. Toulouse : Erès.

Br s, J. 1994. *La narrativité*. Louvain-La-Neuve : Champs linguistiques.

Castel, R. 2013. « Citizenship and otherness: the Differential treatment of ethnic Minorities in France ». In *Dangerous others, insecure societies*, Michalis Lianos, 1323. Farnham ; Burlington: Ashgate Publishing Limited.

Cefai, D. et Terzi, C. 2012. *L'expérience des problèmes publics. Perspectives pragmatistes*. Paris : EHESS. 380p.

Choquet, M., Ledoux, S., Hassler, C. et Par , C. 1998. *Adolescents (14-21 ans) de la Protection judiciaire de la jeunesse et santé*. Enquête épidémiologique effectuée à l'initiative de la D.P.J.J et financée par la M.I.L.D.T. Paris: INSERM et DPJJ.

Clot, Y. 2010. *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris, Editions La Découverte.

Coutant, I. 2012. *Troubles en psychiatrie : Enquête dans une unité pour adolescents*. Paris: La Dispute.

Das, Veena, Arthur Kleinman, Mamphela Ramphele, et Pamela Reynolds. 2000. *Violence and Subjectivity*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

Deries, B. 2012, « Tout contre les institutions. Une approche biographique des dispositifs, aux confins du social, de la santé et de la ville », dans Aball a F. (coord.) *Institutionnalisation, d institutionnalisation de l'intervention sociale*, Toulouse, Octarès Editions.

Despret, V. (2015). *Au bonheur des morts. Récits de ceux qui restent*, Les empêcheurs de penser en rond / La Découverte, 2015, p. 144.

Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, et Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse. 2002. « Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté ».

Dodier, N. et Vololona, R. (2006). *Les transformations croisées du monde "psy" et des discours du social*. Politix, 1(73), p.9-22. DOI 10.3917/pox.073.0009

Dubet, F. 1992. « A propos de la violence et des jeunes ». *Cultures & Conflits*, n° 06 (juillet). doi:10.4000/conflits.672.

Dumay, S. « Elaboration d'un réseau pour 'adolescents difficiles' », *Enfances et psy*, 2000/4, 12, p 144-147.

Etiemble A. et Zanna O. 2013. « Actualiser et complexifier la typologie des motifs de départ du pays d'origine des mineurs isolés étrangers présents en France. Synthèse ». Convention de recherche N°212-01-09-14, Topik/ Mission de Recherche Droit et Justice. 16 p

Fassin, E. 2010. « Statistiques raciales ou racites? Histoire et actualité d'une controverse française ». In *Les nouvelles frontières de la société française*, édité par Didier Fassin, 42754. Paris: Editions La Découverte.

Forget, J-M. 2004. « Violences et dangerosité ordinaires à l'adolescence ». *Journal français de psychiatrie* n°23 (3): 1417. doi:10.3917/jfp.023.0014.

Furtos, J. « Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale ». 2007. *Mental'idées* N°11. 09, pp 24-33

Furtos, J. 2008. « Angoisse de non-assignation et santé mentale » in « Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs ». Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Masson : Paris, pp 278-284

Fustier, P. 1999. Le travail d'équipe en institution. *Clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique*, Paris, Dunod.

Gaillard, G. 2008. « Restaurer de la professionnalité Analyse de la pratique et intersubjectivité », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 50, p. 33-46.

Gaillard, B. 2014. *Adolescents difficiles, tous différents, certains délinquants*. Saarbrücken: Editions Universitaires Europeennes.

Gansel, Y. 2016. « 'Où sont-ils ?' : incertitudes professionnelles dans le traitement des adolescents « difficiles », *Cahiers de Rhizome N°59 Les adolescents (et ce qu'ils ont de) difficiles*, p 78-84.

Gansel, Y., et Lézé, S. 2015. « Physical constraint as Psychological holding : Mental-Health Treatment for Difficult and Violent Adolescents in France ». *Social Science and Medicine*, n° under review.

Gardella E. 2014. « L'urgence comme chronopolitique ». *Temporalités* (en ligne).. pp 1-24. URL : <http://temporalites.revues.org/2764>. Mis en ligne le 25 juin 2014, consulté le 13 mars 2015.

Genard, J-L. et Cantelli F. 2008. « Êtres capables et compétents : lecture anthropologique et pistes pragmatiques », *SociologieS* [En ligne], Théories et recherches, mis en ligne le 27 avril 2008, consulté le 30 novembre 2015. URL : <http://sociologies.revues.org/1943>

Giraud, M. 2005. « Le travail psychosocial des enfants placés ». *Déviance et Société* 29 (4): 46385. doi:10.3917/ds.294.0463.

Granval, D. 2003. *Adolescents difficiles, établissements et aide sociale : comment améliorer ? Vers une mutation de l'accompagnement éducatif des adolescents*. Paris: Editions L'Harmattan.

Hennion, A. et Vidal Naquet, P. (2012). *Une ethnographie de la relation d'aide : de la ruse à la fiction, ou comment concilier protection et autonomie. Treize récits de cas sur l'intervention du réseau des proches, des aidants et des soignants auprès de personnes atteintes de troubles psychiques ou cognitifs*. Rapport de recherche pour la MiRe (DREES).

Henri, A-N. 2013. « Le migrant précaire comme objet mésinscrit ». dans « *Le migrant précaire entre bordures sociales et frontières mentales* ». *rhizome* (48, 3 – 4).

Henri-Ménasse, C. 2009. *Analyse de la pratique en institution. Scène, jeux, enjeux*, Toulouse, érès.

Ion J., Ravon B. 2005, « *Institutions et dispositifs* », in ION J. (dir.), *Le travail social en débat(s)*, Paris, La Découverte, pp. 71-85.

Jeamment, Philippe. 2002. « Violence at adolescence: An identity crisis [La violence à l'adolescence: Une défense identitaire] ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 50 (6-7): 43441.

Jeannot, G. 2005. *Les métiers flous. Travail et action publique*, Toulouse, Octarès Editions.

Joseph, I. 2016. « L'enquête au sens pragmatiste et ses conséquences ». *Sociologies* (En ligne), Dossiers, Pragmatisme et sciences sociales : explorations, enquêtes, expérimentations, mis en ligne le 23 février 2015, consulté le 4 juillet 2016. URL : <http://sociologies.revues.org/4616>

Jourdain-Menninger, D., et Strohl-Maffesoli, H. 2004. *Enquête sur la prise en charge et la prévention des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques*. Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales.

Kaës, R. et coll. 2000. *L'institution et les institutions*, Paris, Dunod.

Latour, B. (2000). *Factures/fractures : de la notion de réseau à celle d'attachement*. In A. Micoud et

Péroni, M. (dir.), *Ce qui nous relie*. La Tour d'Aigues, L'Aube. P 189 – 207.

Laval, C. (2009). *Sur quelques tensions à l'œuvre dans le champ de la santé mentale. Les cahiers de Rhizome : Prendre soin de la professionnalité*.

Laval, C. et Ravon, B. (2005). *Relation d'aide ou aide à la relation ?* In J. Ion (dir.), *Le travail social en débat(s)*. Paris : La Découverte

Lazerges, C., et Balduyck, J-P. 1998. *Rapport de la Mission interministérielle sur la prévention et le traitement de la délinquance des mineurs*. Rapport au Premier Ministre. Paris.

Leconte, J. 2014. « Séance 4: quel travail psychologique auprès des mineurs isolés étrangers arrivant en France ? » Actes du séminaire 2013/2014 « accompagner les mineurs et jeunes isolés étrangers : théories et pratiques » Faculté de médecine, Université Paris XIII. 12 p.

[http://www.clinique-transculturelle.org/pdf/seminaire\\_JIE.pdf](http://www.clinique-transculturelle.org/pdf/seminaire_JIE.pdf). Consulté le 13 mars 2015

Leconte, J. 2012. « Le voyage d'exil ; temps hors cadre, temps hors norme. Quelles conséquences pour les mineurs isolés étrangers ? » *L'Autre*, vol 13, n°2, pp 194-204

Lévy, A. 2002. Analyse des pratiques in Jacqueline Barus-Michel et al., *Vocabulaire de psychosociologie*, ERES « Hors collection » p.302-312.

Morand, G. 1993. « l'analyse collective de la pratique en travail social. Un enjeu éthique », *Liaisons Infos Réflexions (FNARS)*, n°71, 19-21.

Mucchielli, L. 2009. « Note statistique de (re)cadrage sur la délinquance des mineurs ». *Journal du droit des jeunes* 281 (1): 1924. doi:10.3917/jdj.281.0019.

Muchembled, R. 2008. *Une histoire de la violence : De la fin du Moyen-Age à nos jours*. Paris: Seuil.

O'Shaughnessy, Roy J. 2004. « Violent Adolescents: Psychiatry, Philosophy, and Politics ». *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 32 (1): 1220.

Passeron, J-C. 1989. « Biographies, flux, itinéraires, trajectoires », *Revue française de sociologie*, XXXI.

Passeron, J-C, et Bourdieu, P. 1970. *La Reproduction*. Paris: Editions de Minuit.

Pinel, J-P. 2007. « Le traitement institutionnel des adolescents violents ». *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* 48 (1): 10922. doi:10.3917/rppg.048.0109.

Ravon, B. et Laval, C. (2015). *L'aide aux adolescents difficiles. Chroniques d'un problème public*. Erès.

Ravon, B., Vidal-Naquet P., 2016, « Introduction », dossier « Epreuves de professionnalité dans la relation de soin et d'accompagnement », *SociologieS*, à paraître.

RAVON, B. et LAVAL, C. 2012. *Vulnérabilité et institution. 30 ans de dispositifs de prise en charge des adolescents dits 'difficiles'*, volet sociologique de la recherche interdisciplinaire ANR/MIRE *Lyon-Vulnérabilités 20<sup>e</sup>siècle* (convention n° 08-2656, coordination BRODIEZ A., ISH-LHARA-CNRS), 147 p.

— — —. 2014. « De l'adolescence aux adolescents dits "difficiles" : dynamiques d'un problème public ». In *Vulnérabilités sanitaires et sociales*, Axelle Brodriez, 22131. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.

Ravon, B. 2009. « L'extension de l'analyse de la pratique au risque de la professionnalité », *Empan*, N°75, 3, pp 116 – 121

Ravon, B. « Travail social, souci de l'action publique et épreuves de professionnalité. Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance », mis en ligne le 01/10/2010, consulté le 13 mars 2015, 10 p

<http://revel.unice.fr/symposia/actedusoin/index.htmlid=600>

Ravon, B. 2012, « Refaire parler le métier » Le travail d'équipe pluridisciplinaire : réflexivité, controverses, accordage, *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2, n° 14, p. 97-111.

Ravon, B. Dir. Decrop, G., Ion, L., Laval, C et Vidal-Naquet, P. 2008. *Usure des travailleurs sociaux et épreuves de professionnalité. Les configurations d'usure : clinique de la plainte et cadres d'action contradictoires*, Recherche pour l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), Ministère de la Santé et des Solidarités – Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), 260 p.

Ravon, B. 2009. « Repenser l'usure professionnelle des travailleurs sociaux », *Informations sociales* n°152, *Les dynamiques du travail social*, mars-avril 2009, 60-68.

Rey, A. éd. 2005. *Dictionnaire culturel en langue française*. Dictionnaire le Robert. Paris.

Rhodes, L. 2004. *Total Confinement: Madness and Reason in the Maximum Security Prison*. illustrated edition. Los Angeles: University of California Press.

Ricoeur, P. 1985. *Temps et récit* (tomes I, II, III). Paris : Le Seuil.

Rousseau, C et Foxen, C. *Le mythe du réfugié menteur : un mensonge indispensable ?*, *Evolution Psychiatrique*, 71, 2006, pp 33-41

Rouzel, J. 2010. « La supervision d'équipe en travail social : le retour », *Le journal des psychologues*, n°274, février.

Sallée, N. 2009. « Une clinique de l'ordre: examen des controverses autour de l'ordonnance du 2 février 1945 ». *Vacarme* 49. Consulté le 13 mars 2012. <http://www.vacarme.org/article1820.html>.

Schön, D. 1994. *Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal, Les Éditions Logiques.

Schosteck, J-P, et Carle, J-C. 2002. *Rapport de la commission d'enquête sur la délinquance des mineurs*. Rapport remis au président du Sénat 340. Paris: Sénat.

Sicot, F ( sous la coord. de). (2015). *Parcours de soins en psychiatrie et systèmes locaux de prise en charge. Une comparaison entre territoires et établissements*. Laboratoire interdisciplinaire Solidarités, Sociétés, Territoires.

Stengers, I. (2003). *Cosmopolitiques II*. Paris : La Découverte.

Thomazeau, A. 2007. « Violence et internat : les centres de rééducation pour filles, en France, de la Libération au début des années 1960 ». *Revue d'Histoire de l'Enfance Irrégulière*, n° 9: 10725.

Varinard, A. 2008. *Commission de propositions de réforme de l'ordonnance du 2 février 1945 relative aux mineurs délinquants. Entre modifications raisonnables et innovations fondamentales : 70 propositions pour adapter la justice pénale des mineurs*. Rapport au garde des Sceaux, ministre al justice. Paris: Ministère de la Justice.

Violet-Chartier, L. 2011. « Adolescents dits difficiles et illettrisme ». *Empan* 81 (1): 5258. doi:10.3917/empa.081.0052.

Youf, D. 2008. « Education, clinique et sanction pénale dans la prise en charge des mineurs délinquants », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 2, 72, p 83-90.

Zumkeller, M., et Warsman, J-L. 2009. *Rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures sous main de justice*. Paris: Assemblée Nationale.

1/ Présentation mutuelle

Ir : se présenter à travers le projet global de recherche, et à partir du mail de sollicitation ; apporter des compléments à ce mail + historique de la rencontre (repérage de l'Ié dans la trajectoire de prise en charge du cas)...

Ié : on lui propose de se présenter (professionnellement, institutionnellement) de manière à compléter, préciser, infirmer... notre perception de sa place dans la prise en charge de X.

2/ Une consigne ouverte qui enclenche un récit :

- "Pouvez-vous me raconter votre expérience dans la prise en charge de X ?"

Il s'agit de produire et de soutenir un récit de cas, qui entremêle récit d'expérience et récit de la trajectoire de l'ado, dans un ordre et avec des importances respectives variables selon le choix de l'Ié : "comme vous voudrez", "comme vous le sentez")

**Relances éventuelles** (attendre de voir si le professionnel introduit spontanément les thèmes qui suivent, sinon les introduire nous-même) :

- Revenir sur les clashes de X et sur les crises (les crises d'orientations le concernant, les crises institutionnelles qui marquent le contexte de sa prise en charge), ceux et celles qui ont été spontanément amenées dans le récit ; mettre le projecteur dessus en orientant le récit sur une explicitation des désaccords, des controverses entre les différents protagonistes de la situation lors de ces moments de crise (pousser à la description pour pouvoir documenter ces controverses).

- qu'est-ce qui a été difficile pour vous (de manière plus globale dans la prise en charge de l'adolescent) ?

- qu'est-ce qui vous aide ou vous a aidé dans la prise en charge de X ?

Les deux questions qui suivent visent à recueillir l'expérience temporelle de la trajectoire (expérience de l'intervenant / trajectoire de l'ado X) :

- De quoi avez-vous pris connaissance dans l'histoire préalable de cet adolescent tout au long de la prise en charge ? Comment vous l'avez fait ? Cela a-t-il été facile ? possible ? Pourquoi faire ?

- Quelle vision avez-vous de l'avenir de la trajectoire de X ? En quoi cela oriente-t-il votre action d'aujourd'hui ?

Cette dernière question se situe au croisement d'une position contre transférentielle (cf. question posée souvent aux ados, par le psy, ou par l'éduc : "Qu'est-ce que tu aimerais faire plus tard ?") et d'une sociologie du temps présent, qui l'envisage comme à la fois constitué des legs du passé (Castel) et des peurs et espoirs de l'avenir. Cette question permet de travailler la question de la continuité / discontinuité en même temps qu'elle nous informe sur les idéaux / idéologies.

- Avec qui, quelles institutions, quels professionnels avez vous travaillé dans cette prise en charge, comment, avec quelles difficultés, facilités, et pourquoi faire ?

Cette dernière question vise à recueillir l'expérience spatiale de la trajectoire (expérience du professionnel, trajectoire de l'adolescent).

### 3/ Thèmes complémentaires

Les thèmes qui suivent sont en lien avec des hypothèse émergentes que nous cherchons à mettre à l'épreuve, soit sous forme de relance pour faire préciser et développer, si le thème a fait partie intégrante du récit d'expérience, soit à la fin de celui-ci si le thème n'a pas été spontanément amené par l'élé dans son récit) :

➤ *Traces, mémoire, narrativité*

- Est-ce que vous avez un dossier pour X ? De quoi est-il fait, qui le remplit, à qui est-il adressé, est-il complété par des notes personnelles, comment sont-elles écrites, consignées, à quoi servent-elles ?

➤ *Entrecroisement (interdépendance) des expériences et des trajectoires.*

À travers la question qui suit, vérifier l'idée que l'expérience collective de la prise en charge des adolescents dits difficiles se construit par entrecroisements successifs d'expériences éminemment singulières (quand bien même il y a des protocoles : fugues, IP, OPP...) :

- De quelle manière votre expérience de la prise en charge de X influence-t-elle la prise en charge d'autres adolescents ? Et en quoi, la prise en charge d'autres adolescents a-t-elle influencé ou continue-t-elle d'influencer la prise en charge de X ?

➤ *Fugue et errance*

en rebondissant le cas échéant sur des données spontanément apportées par le récit :

- pourquoi parlez-vous de fugue ? pourquoi dans cette situation utilisez-vous le mot de fugue ? (d'errance ?) Comment cela s'est-il passé, quel sens cela a-t-il eu pour vous, comment avez vous réagi ?

Revenir sur la fugue permet d'aborder la question de l'espace : elle est une expérience psychique de la spatialité si l'on se déplace du côté de l'adolescent (regard clinique). Si l'on s'intéresse aux participations respectives des uns et des autres dans la fabrication du social (regard sociologique), c'est-à-dire à l'action des uns et des autres dans la prise en charge de l'adolescent, revenir sur la fugue - dont on a déjà observé combien il était un thème récurrent des récits de trajectoires - permet de regarder au-delà de la catégorie éducative et psychiatrique, pour s'intéresser à la fugue en tant que mouvement de l'intéressé (l'adolescent), en tant que part agissante de l'adolescent concerné, sa manière de participer au tracé de sa trajectoire ; d'un point de vue ethnographique, il s'agit de regarder comment la fugue se construit dans les discours, à quel moment et à propos de quoi il est parlé de fugue, ce que la fugue fait faire, ce qu'il en est fait par les professionnels, par les institutions.

➤ *demande de recours au dossier,*

Si l'Ié nous demande s'il peut consulter le dossier pour répondre à nos questions, nous l'y autorisons, le recours à ce dossier sur tel ou tel autre thème étant à prendre en compte à part entière, nous permettant de travailler la question de l'amnésie vs mémoire.

**Pour citer ce document :**

Deries, B., et Pétrouchine, R. (2016, juillet). *La professionnalité à l'épreuve des adolescents en grande difficulté. Enquête sur les pratiques de soutien aux professionnels* [Rapport final de recherche]. Orspere-Samdarra.

Ce document est également disponible en ligne sur le site internet  
de l'Orspere-Samdarra : <http://ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra>



## **Orspere-Samdarra Observatoire-Ressource national Santé mentale et sociétés**

Cet observatoire national, fondé en 1996 et hébergé par l'hôpital du Vinatier à Lyon, est dirigé par Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre. L'équipe pluridisciplinaire (psychiatre, psychologue, sociologue, politiste, anthropologue) travaille sur les problématiques qui lient santé mentale et questions sociales (précarités, vulnérabilités, migrations...). L'Orspere-Samdarra édite notamment la revue Rhizome, lue par 50 000 personnes et porte le diplôme universitaire «santé, société, migration».

### **Réalisation de la recherche et rédaction**

Béatrice Deries, sociologue, École Rockefeller, chercheuse associée Centre Max Weber  
Roman Pétrouchine, pédopsychiatre, chargé de recherche, Orspere-Samdarra

### **Avec la collaboration de**

Natacha Carbonel, chargée de mission, assistante de rédaction de la revue Rhizome, Orspere-Samdarra  
Nicolas Chambon, sociologue, Orspere-Samdarra, Centre Max Weber  
John Clulow, stagiaire en sociologie, Master II SADL, Université Lumière Lyon 2  
Mathieu Fouché, psychologue, Orspere-Samdarra  
Yannis Gansel, pédopsychiatre, anthropologue, Hospices Civils de Lyon  
Gwen Le Goff, politiste, directrice adjointe Orspere-Samdarra  
Bintily Konaré, juriste, Adate  
Thibaud Marmorat, stagiaire en Master I de psychologie sociale, Université Lyon 2  
Mohamed Tatou, pédopsychiatre, CH Le Vinatier

### **Sous la direction de**

Bertrand Ravon, Professeur de sociologie, Université Lyon 2, Centre Max Weber (UMR 5283 CNRS)  
Halima Zeroug-Vial, médecin psychiatre

### **Avec le soutien**

De l'Université Lyon 2 Lumière la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), de l'Agence régionale de santé (ARS) et du Centre Hospitalier Le Vinatier.

