



JOURNÉES REGIONALES DE FORMATION Région Nouvelle-Aquitaine

**La continuité de parcours entre secteur
enfance et services d'accompagnement
S.A.V.S./S.A.M.S.A.H**

Mardi 4 Octobre 2022
&
Mardi 15 Novembre 2022

C.S.E.S. Peyrelongue
12 rue Alfred de Musset
33440 AMBARES-ET-LAGRAVE

Le COPIL M.A.I.S. Nouvelle-Aquitaine a organisé deux journées de formation sur le thème :

*La continuité de parcours entre secteur enfance et services d'accompagnement
S.A.V.S./S.A.M.S.A.H*

La continuité de parcours des personnes que nous accompagnons : une préoccupation largement évoquée dans le secteur social et médico-social depuis quelques années. Les fonctions de « référent de parcours » ou « coordinateur de parcours » ont fleuri comme un élément de réponse. Mais est-ce suffisant ? Cette notion de parcours est également de plus en plus soutenue par les politiques publiques, ce qui démontre bien son importance et l'attention que l'on doit y porter.

Force est de constater que nous observons bien souvent une période à risques en termes de rupture de parcours de soins ou du lien d'accompagnement, celle du passage vers l'âge/le statut d'adulte, celle de la transition entre établissements et services accompagnant des mineurs et jeunes adultes vers les services accompagnant les adultes.

Comment expliquer ce phénomène ? Que se passe-t-il du côté du sujet ? Devons-nous questionner nos pratiques d'accompagnement de l'accueil du jeune, de la séparation, de la construction du lien, de coopération entre nos services ?

Autant de questions autour desquelles nous souhaitons pouvoir échanger et élaborer ensemble, sinon pour trouver des réponses, mais tout du moins pour trouver matière à réajuster nos manières de faire, d'accueillir, d'accompagner, de travailler ensemble. Créer des passerelles, des ponts dans nos pratiques, régies par des dispositifs différents lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'un adulte qui voit sa place évoluer de mineur « protégé » à adulte acteur... Quel saut !

Cette réflexion sera centrée sur les jeunes âgés de 18 à 25 ans, porteurs d'un handicap mental, physique, psychique ou sensoriel, et pouvant relever à ce titre d'un accompagnement type S.A.V.S / S.A.M.S.A.H. à l'âge adulte. Nous pensons également aux jeunes issus de l'aide sociale à l'enfance pour lesquels une reconnaissance de handicap a été accompagnée ou serait nécessaire, obstacle supplémentaire à une transition réussie.

SOMMAIRE

Journée du 04 octobre 2022 concernant les jeunes issus des E.S.M.S dans le champ du handicap3

- **Introduction de la journée** par Yves CORMIER, administrateur et secrétaire du M.A.I.S et Cyril BADET, animateur du Comité de pilotage M.A.I.S de la région Nouvelle Aquitaine3
- **Regard porté sur l'évolution du contexte politico-législatif, mise en perspectives avec son expérience du terrain** par Antoine SAJOUS, directeur du DITEP Rive3
- **Réflexions sur la clinique d'accompagnement du sujet dans un contexte de transition** par Fabien CLOUSE, éducateur spécialisé, ingénieur de recherche à l'université de Rouen (C.I.R.N.E.F), Doctorant à l'université de Lille (C.I.R.E.L)13
- **ATELIERS : « WORLD CAFE »**24

Journée du 15 novembre 2022 concernant les jeunes issus de la protection de l'enfance ..25

- **Introduction de la journée** par Yves CORMIER, administrateur et secrétaire du M.A.I.S et Cyril BADET, animateur du Comité de pilotage M.A.I.S de la région Nouvelle Aquitaine25
- **Témoignage de Marina, « En déséquilibre »**25
- **Les notions de troubles de l'attachement et de transfert de lien** par Corinne MERY, Psychopraticienne, thérapeute familiale, systémicienne, praticienne EMDR et ICV; Centre thérapeutique et de formation du Libournais25
- **Atelier Débat Mouvant**31
- **Les enjeux de la continuité de parcours des jeunes en situation de handicap et confiés à l'ASE** par Cécile Morineau, sociologue, formatrice en travail social31
- **Clôture et perspectives**58

Journée du 04 octobre 2022 concernant les jeunes issus des E.S.M.S dans le champ du handicap

- **Introduction de la journée** par Yves CORMIER, administrateur et secrétaire du M.A.I.S et Cyril BADET, animateur du Comité de pilotage M.A.I.S de la région Nouvelle Aquitaine
- **Regard porté sur l'évolution du contexte politico-législatif, mise en perspectives avec son expérience du terrain** par Antoine SAJOUS, directeur du DITEP Rive

Avant de vous évoquer les éventuels risques de rupture d'accompagnement entre enfance et l'âge adulte, il me semble important de vous situer de quelle place je vous parle aujourd'hui ; avec quel prisme ; de quel angle professionnel et personnel. En effet, je ne prétends en aucune manière détenir une quelconque vérité globale : j'ai en revanche, au regard de mon parcours, été un observateur attentif des évolutions sociétales et des politiques publiques mises en place au service de l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité ; que celle-ci soit liée à l'environnement social ou familial ou à un handicap.

Après avoir travaillé 7 ans en tant qu'animateur socio-culturel aux côtés de personnes infirmes motrices cérébrales, puis plus de 10 ans auprès de personnes traumatisées crâniennes, je suis aujourd'hui directeur d'un DITEP en Gironde et je travaille pour l'association RENOVATION depuis plus de 12 ans. Je suis donc au service et en responsabilité d'un établissement disposant de 11 unités, et accompagnant plus de 120 jeunes de 5 à 21 ans. Une équipe interdisciplinaire de 80 salariés est engagée à mes côtés pour accompagner et soutenir les complexités de vie que rencontrent ces jeunes. Ils sont orientés par la MDPH du fait de leurs troubles du comportement qui les mettent à mal dans tous leurs espaces de vie. Notre objectif est de les accueillir, de les rencontrer (eux mais également leurs familles) ... et en suivant si et seulement si ces premières étapes d'accroche sont faites, nous pouvons engager un travail de soin visant à apaiser leurs souffrances psychiques.

Notre complexité interne : faire face d'une part aux difficultés de la rencontre et d'autre part, aux troubles de l'agir qui nous bousculent tous les jours.

Notre facteur de réussite : un cadre institutionnel clair et cohérent, et une équipe interdisciplinaire formée et impliquée.

Notre impératif : respecter les politiques publiques qui façonnent les attentes ; respecter les circulaires de nos autorités de contrôle et de tarification. Nos organisations n'existent que parce qu'elles sont financées par de l'argent public... et cela à 100%... il en découle, et c'est légitime, une exigence de notre part, en tant que professionnels, de nous ajuster au fil de l'eau aux évolutions liées aux multiples lois qui nous incombent.

Il n'en demeure pas moins qu'au-delà de notre engagement professionnel, nous sommes également citoyens et dotés d'un engagement singulier. C'est donc avec ces deux casquettes

étroitement imbriquées (professionnelle et citoyenne) que je vous propose d'avancer aujourd'hui.

Ceci étant posé, notre sujet de réflexion s'attache aujourd'hui à la notion de parcours des personnes en situation de handicap et cela avec une focale spécifique sur l'étape cruciale du passage de l'enfance à l'âge adulte.

Nous parlons bien de ce fameux temps d'équilibriste au sein duquel nous devenons juridiquement et du jour au lendemain, adulte et responsable de nos choix, lâché ou libéré de l'autorité de nos représentant légaux, responsable pénalement, citoyen avec une capacité de vote et d'action ;

ce fameux temps d'équilibriste au sein duquel, nous le savons tous, ici présent pour l'avoir vécu, qu'il faut des mois, des années pour doucement appréhender notre monde dans ses attentes et ses exigences... des mois, années pour acquérir une pensée solide nous permettant d'assumer nos choix ; des mois et des années pour se déployer avec maturité au sein de cette société.

Devenir adulte est de fait un lent et complexe processus.

Mais alors ? Qu'en est-il pour ceux d'entre nous qui sont en situation de vulnérabilité ; ceux pour lesquels l'entourage est parfois fragilisé et ne peut les étayer lors de cette phase complexe.

C'est avec cet arrière-plan lié à ce passage, cette transition, que je vous propose de balayer l'évolution de certaines politiques publiques de ces 20 dernières années. Quelles en sont la philosophie de départ, l'ambition politique et sociale : quels impacts ces textes ont-ils produit auprès du public accompagné, mais également au sein des organisations soignantes, des équipes interdisciplinaires, et bien entendu, quels en sont les impacts sur le soin en lui-même...

En dernier propos liminaire, il me paraît important de préciser deux notions que j'aborderai lors de mon intervention : le soin d'une part, et l'institution.

Le « soin » tout d'abord ; nous parlons bien du soin psychique et non somatique ; ce qui est éminemment très différent. Tout d'abord, quel est notre attendu de ce soin psychique ?

Il vise selon moi à soutenir la personne accompagnée dans la compréhension de ses troubles, à les apaiser autant que possible et sinon à apprendre à vivre avec.

Selon le décret de 2005 des ITEP, « notre mission centrale est d'amener le jeune à un travail d'élaboration psychique en accompagnant son développement singulier au moyen d'une intervention interdisciplinaire, qui prend en compte la nature des troubles psychologiques et sa dynamique évolutive ».

Ce qui soigne n'est pas le seul acte du professionnel médical et paramédical. Ce qui fait soin est selon moi, l'articulation conjointe de professionnels appartenant à une équipe interdisciplinaire concertée, autour et auprès d'une personne en demande.

Le soin prend en compte, il agit de manière multifactorielle, il s'appuie sur les attentes, les aspirations, les possibles de la personne, sur son entourage, son environnement, mais aussi bien entendu, sur l'expérience et la connaissance que les professionnels ont des troubles.

Rémy PUYUELO un psychiatre psychanalyse définit le soin ainsi : « le soin est un entourage. Il lui faut un espace, il lui faut un cadre. Le soin est un processus et il n'y a pas de processus qui puisse se dérouler dans le vide, dans l'abstrait : il faut un cadre clair et vivant. Un lieu, des temps, des seuils, des personnes, un objectif, une ambiance et surtout une conception. La conception c'est l'esprit du soin ».

Je m'appuie personnellement sur cette définition du soin pour définir notre seconde notion : l'institution ; c'est un cadre, un lieu, des temps, des seuils, une équipe, un objectif, une ambiance... L'institution à laquelle je pense ne se limite pas à des murs ; c'est le cadre structurant, organisationnel et théorique, permettant aux professionnels de travailler autour d'un objectif commun. Un cadre permettant de créer des liens, de mettre du liant, de la cohérence dans les interactions salariés/usagers/familles/partenaires. La solidité du cadre institutionnel doit offrir la contenance nécessaire au projet de soin.

Mais alors ? Quid de la fameuse Désinstitutionnalisation préconisée par plusieurs directives Européennes depuis plus de 20 ans : elle ne vise pas à fermer les établissements mais bien à les ouvrir... ce qui, au-delà de la sémantique bien distincte en établissement et institution, me semble une évidence. L'institution se doit d'être ouverte, perméable à tous les espaces de droits communs de la cité... Pour être encore plus clair, l'institution doit être pour moi un moyen pour soutenir les publics accompagnés autant que possible vers le droit commun. Mais elle doit également être en mesure d'accueillir la singularité et de protéger autant que nécessaire en dedans.

Ce que je nomme espaces de droits communs, sont tous les espaces publics dans lesquels le citoyen « lambda » navigue : l'école, les transports en commun ; les services publics en général...

Un ultime point de détail : j'ai toujours entendu dire que le public évolué ; que les troubles s'accroissent, que les accompagnements devenaient plus complexes, plus difficiles. C'est très personnel, mais selon moi... ce qui change, ce n'est pas le public lui-même ; ce sont les cadres de pensée, les organisations, les attendus législatifs, les formations... la souffrance psychique a toujours existé... et encore plus sur la période charnière de l'adolescence qui nous intéresse aujourd'hui. Ce qui a changé, c'est notre manière de la prendre en compte et de la soigner. D'où l'intérêt aujourd'hui de traverser avec vous les politiques publiques. Cela nous aidera, je l'espère, à mieux appréhender les évolutions et à mettre du sens sur nos ressentis professionnels qui sont eux bien réels et à trouver des solutions pour poursuivre nos ambitions soignantes.

Afin de rendre compréhensif mon exposé, je vous propose d'avancer sur 3 thématiques distinctes :

La décision : qui décide du soin ? L'autorité publique, l'institution, la personne accompagnée ou sa famille ?

L'inclusion... et ses impacts sur le public accompagné, les institutions et ses professionnels mais aussi le droit commun.

La simplification pour plus de performance.

I - QUI DECIDE DU SOIN : ou l'émergence du pouvoir d'agir

Je débute par la loi 2002.2 dite de rénovation de l'action sociale et médico-sociale : au travers de ce texte, le législateur a posé un acte fort. Le projet du jeune s'impose au projet d'établissement. Tout d'abord, le législateur nous rappelle (et ce n'est pas nouveau cf Annexes 24 de 1989) qu'il faut un projet d'établissement et que ce n'est au travers de celui-ci que l'autorité publique nous autorise à fonctionner, à accompagner, à soigner ; que ce n'est qu'au regard de ce projet que l'autorité publique nous finance.

Le secteur associatif qui avait depuis bien longtemps une délégation pleine et entière sur la vulnérabilité sociale et médico-sociale se voit contraint, d'une part, de clarifier le contenu de sa manière de faire et d'autre part, de porter un projet d'établissement suffisamment malléable pour accueillir la pluralité des projets individuels. Le législateur de la flexibilité.

Dans ce mouvement, l'autorité publique vient s'immiscer à l'intérieur des institutions. Elle veut savoir ce que l'on fait, comment on le fait, pourquoi on le fait, et surtout les résultats concrets inhérents à ce que l'on fait. Le législateur veut plus de lisibilité.

Cette loi nous engage également dans une contractualisation avec le jeune et sa famille ; elle remet au centre de l'accompagnement les droits du jeune et les obligations des professionnels. Une forme de rééquilibrage des pouvoirs.

Les personnes accompagnées ont des droits (de décider, d'être informées, concertées, respectées dans leurs singularités...) et les professionnels des devoirs... le premier étant de co-construire l'accompagnement et le soin au regard des besoins mais aussi des attentes exprimées de la personne.

Est-ce une évidence ? Inutile de vous dire que je travaillais bien avant 2002 et que si la notion de sujet libre et créatif était toujours au cœur de notre éthique professionnelle, c'est l'équipe, l'institution qui décidait ; cela sans pour autant être maltraitant. C'était juste une évidence.

Cette loi 2002.2, en plus de nous rappeler ce fondamental qui est de prioriser avant tout les droits intrinsèques de la personne accompagnée, va créer les outils pour que ces droits soient mis en opérationnalité. Contrat de séjour, DIPIC, PPA, charte des droits, défenseur des droits... et comble de l'outrance pour le secteur, cette loi va nous soumettre aux dispositifs de l'évaluation. En soi, à objectiver, à tracer, à rendre lisible les actions menées, à justifier de la bonne utilisation des fonds publics...

Par ailleurs, cette loi va également influencer sur la manière dont le secteur va évoluer. Il fut un temps où les acteurs de terrain (administrateurs, directeurs, travailleurs sociaux) étaient force de proposition pour déployer de nouvelles institutions répondant à de nouveaux besoins identifiés. Ces besoins étaient présentés aux CROSM (comités régionaux d'organisation sociale et médico-sociale).

Un autre paradigme va voir le jour : nous allons passer d'une logique des besoins à une logique de moyens. Les autorités publiques sont contraintes financièrement par l'ONDAM (Objectif national de l'assurance maladie) et sont parallèlement un peu suspicieuses que nos associations créent ce que nous appelions les « effets filières » afin de conserver les usagers (et leurs financements) au sein de leurs associations... il en découlera des années plus tard la fermeture de ces comités régionaux et la mise en place des appels à projet. L'évaluation des besoins se fera par le haut... et non par le terrain.

En 20 ans, l'évolution est donc significative sur qui décide :

Avant, l'institution via les associations va influencer sur l'autorité publique pour déployer de nouveaux dispositifs d'accompagnement.

Avant les institutions via leurs projets décidaient face aux familles et aux jeunes comment ils seraient accompagnés... la place étant précieuse pour les familles, une forme de soumission existait.

Après la loi de 2002.2 et la mise en place des appels à projets nous observons sur ces deux décennies une réorganisation des process décisionnaires.

L'autorité publique contrôle et autorise /ou pas/ l'ouverture des institutions et services.

Le projet personnalisé de chaque jeune est co-construit avec une place de décisionnaire déléguée juridiquement à la personne accompagnée ou à son représentant.

C'est l'émergence progressive du pouvoir d'agir qui est aujourd'hui au cœur de tous les textes réglementaires. Démocratie en santé mentale, le rôle de citoyens usagers partenaires du système de santé, pair aidance...

Mais encore et pour plus de pouvoir d'agir, le cadre réglementaire nous amène progressivement vers une logique de « platformisation » : l'utilisateur dédommagé individuellement du fait de ses troubles, décide de qui solliciter, tel ou tel professionnel, de choisir telle ou telle prestation, du quand, du comment. Une libéralisation pleine et entière du secteur ; un usager consommateur et des professionnels prestataires de service, non coordonnés... cette révolution de l'accompagnement n'est pas totalement déployée mais elle a clairement débuté et tout nous amène à penser que c'est le chemin clairement envisagé.

Alors qui décide aujourd'hui ? L'utilisateur lui-même et/ou ses représentants. Cette évolution, aussi éthique soit-elle, n'a-t-elle pas un impact sur les ruptures de parcours ?

Pour bien connaître les jeunes majeurs en DITEP, je peux clairement vous dire que peu d'entre eux formule le souhait de poursuivre joyeusement un accompagnement... leurs souhaits les plus chers : la paix, la liberté, l'autonomie... Doit-on l'accepter ce principe du droit à l'autodétermination au risque d'une rupture d'accompagnement ??

Si nous accentuons le trait, nous constatons ceci :

Avant la personne accompagnée était soumise mais somme toute sécurisée (via les effets filières et les attentions du terrain)

Aujourd'hui, cette même personne est libre de ses choix et donc par là même soumise potentiellement aux risques de l'échec ; au risque de la rupture de parcours qui nous mobilise tant aujourd'hui.

II – L'INCLUSION : Les politiques inclusives et leurs impacts

Deux lois vont initier ce virage inclusif :

Tout d'abord, la loi 2005.102 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. ». Elle a posé le principe de l'accessibilité à tous et pour tout. Cela positionne de fait le secteur spécialisé comme une exception et non une norme ajustée à certains.

Suite à cette loi, l'éducation nationale va fortement déployer ses ressources inclusives pour répondre aux attendus : la place d'un enfant est à l'école et cela quel que soit son handicap. Ainsi, les ULIS, les AVS puis les AESH aujourd'hui (Accompagnants des élèves en situation de handicap) se sont développés sur tous les territoires afin permettre cette capacité d'inclusion.

Pour autant, de cette loi en a découlé deux réalités : - en suivant les souhaits compréhensibles des parents, les enfants en souffrance psychique vont bien souvent rester à l'école et donc plus éloignés du soin. - Seuls les enfants qui ont une symptomatologie plus bruyante et qui rendent le cadre de la classe impossible, sont orientés en établissement médico-social.

Viendra en suivant la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 dite de modernisation des établissements de santé, de l'accès à des soins de qualité, la prévention et la santé publique. Son principe : la place d'un patient est à l'hôpital uniquement pour des soins aigus ; on soigne puis on coordonne la continuité des soins avec les partenaires sur les territoires.

Pour répondre à ce principe, la pédopsychiatrie va ainsi se structurer sur cette philosophie : la place de l'enfant n'est pas à l'hôpital. Nous allons donc constater un phénomène progressif de réduction du temps d'accueil et d'accompagnement ; un bon nombre d'hôpital de jour se transforme en HJ à temps partiel, en filière d'accompagnement et de soin, en unité de traitement ambulatoire... Les réponses d'hospitalisation se raréfient et interviennent uniquement lors des crises massives avec mise en danger et cela avec des durées moyennes de séjours très courtes.

De cette évolution en découle que les enfants en très grande difficulté psychique qui ont besoin d'une prise en charge durable, globale et contenant sont orientés vers le médico-social et notamment au sein des DITEP. Non pas que ces institutions soient défaillantes... elles n'ont juste pas tout à fait les mêmes moyens.

Tout cela sera en suivant orchestré par les plans régionaux de santé qui vont rendre opérationnels ces transformations progressives via les CPOM (Contrat pluriannuel d'Objectifs et de Moyens).

Sur le PRS Aquitaine 2018-2028 la commande est claire pour le médico-social : « il faut sortir de la logique de l'offre et de son financement centré sur les places ; il faut aller dans une logique de prestations fondée sur les besoins de la personne et travailler en file active... ».

Par ailleurs, il est attendu un taux d'inclusions au sein des établissements médico-sociaux de 80% pour 2023. Sans définir pour autant sa définition de l'inclusion...

Ce processus est ainsi à l'œuvre : mais quels sont les impacts de cette inclusion sur la notion de parcours, sur le passage du secteur enfant au secteur adulte ?

Pour synthétiser :

Les institutions pour enfants (DITEP IME) accompagnent de fait les situations les plus complexes... les autres étant de fait accueillies/inclues dans le droit commun.

Les enfants arrivent plus tardivement dans le soin, souvent à l'émergence du pubertaire, quand les troubles du comportement deviennent plus massifs.

Cette politique inclusive est d'une grande noblesse, elle se base sur le triptyque républicain de l'égalité, liberté, fraternité. En revanche, elle structure de fait les accompagnements sur des parcours avec du dedans institutionnel, du dehors accompagné, et de l'autonomie sur le droit commun. Un parcours en soi plus riche mais également plus complexe. Un parcours qui mobilise et demande des accompagnements, de la coordination, de la mise en cohérence et surtout de l'anticipation pour éviter les ruptures de parcours.

A qui appartient ce rôle ? Aux parents représentants légaux, aux jeunes majeurs eux-mêmes ?

Il est inutile de s'appuyer sur une étude sociologique pour constater qu'en DITEP très spécifiquement, une très grande majorité des familles que nous accompagnons sont elles-mêmes en grande difficulté : parents isolés, précarité sociale, financière... Et dans cette dimension inclusive, la place de coordination de parcours est essentielle ; elle est néanmoins complexe à endosser.

Je vous poserai donc deux questions pour clôturer cette partie. Face à cette évolution :

Comment soutenons-nous au mieux les jeunes et leur entourage afin que les ruptures de parcours se réduisent autant que possibles ??

Comment faire évoluer nos pratiques professionnelles afin de soutenir ces parcours inclusifs qui viennent réduire massivement les temps de face-à-face avec les personnes accompagnées ?

Comment repenser l'Accueil et la Rencontre qui sont des préalables à toute ambition soignante ?

Fabien CLOUSE nous aidera certainement à mieux répondre à ces questions.

III- VERS PLUS DE SIMPLIFICATION ET PLUS DE PERFORMANCE

J'aborderai cette partie en 3 temps :

Au regard du législateur, les logiques sont les suivantes :

Concernant les troubles : nous allons vers une approche symptomatologique et vers l'abrasion de la complexité. (Préciser la différence entre maladie et symptôme)

Concernant la conception du soin : l'efficacité est attendue / vite et bien.

Concernant les institutions : Performance, territorialisation et non spécialisation sont en chemin.

Pour les troubles, il existe à ma connaissance trois grandes classifications :

La CFTMEA : Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent.

La CIM 10 ; la classification internationale.

Puis nous avons le DSM ; la classification américaine qui en est aujourd'hui à sa version 5.

Sur ces deux premières, il existe aujourd'hui un tableau de correspondance relativement simple, permettant aux thérapeutes d'utiliser librement l'une ou l'autre de ces classifications et tout cela en pouvant y faire des correspondances. Nous ne pouvons pas en dire de même de la troisième classification qu'est le DSM.

La première remarque est qu'au travers de ces classifications la sémantique évolue : auparavant nous nommions les troubles en s'appuyant sur les théories de la psychopathologie : psychose, névrose, état limite, dysharmonie étaient nos références... ces termes sont progressivement tombés en désuétude au profit d'une sémantique tournée vers les symptômes : troubles du comportement, hyperactivité, troubles de l'attention...

Ce constat est très clair lors des admissions en DITEP : les troubles indiqués sont pour la plupart relatifs à un TDAH...

Puis plus récemment, la classification DSM5 va mettre dans un seul et même diagnostic l'ensemble des anomalies de structure dans un cerveau en développement : les TND ou troubles neuro développementaux. Ces TND regroupent dans le DSM : les troubles dys, les TSA, les TED, les TDAH, les troubles des apprentissages, TOP, TOC... tous ces troubles sont aujourd'hui des TND ; globalement presque tous les enfants qui consultent.

Avec cette évolution sur la sémantique il devient inutile d'avoir un regard clinique, l'élaboration psychopathologique n'est plus attendue.

L'objectif n'est plus de venir comprendre l'origine de la maladie mais bien de trouver, dans une logique réadaptive des béquilles pour faire face à aux symptômes.

Je pense pouvoir dire comme une évidence que les troubles de développement d'un enfant se jouent dans l'entrecroisement de l'interne (sa part génétique, son équipement) et de l'externe (son environnement, sa famille, sa culture)

Or, toutes les évolutions nous amènent exclusivement à penser l'interne du jeune : ce qu'il est lui intrinsèquement, ses troubles, ses possibles. La conception même du psychisme tend à disparaître.

Et il en découle ainsi une nouvelle conception du soin : un soin mis en opérationnalité. Il semble en effet qu'aujourd'hui le législateur envisage le soin psychique à l'identique du soin somatique. A savoir, dans un parcours de ce type :

Dépistage du trouble

Mobilisation des experts pour poser un Diagnostic précoce

Orientation vers une plateforme de coordination et d'orientation

Traitement via des professionnels libéraux

Guérison et sortie vers le droit commun

Pour tendre vers cette conception, des centres experts ont été créés ; le Centre ressources autisme, puis le centre de référence des troubles spécifiques du langage. Les PCO ont vu le jour et des réseaux de libéraux répondant aux bonnes pratiques professionnelles sont mobilisés.

Ainsi, nous observons très clairement dans cette nouvelle conception du soin :

Une perte de l'interdisciplinarité « concerté »,

Une réduction significative du temps soignant : le travail de rencontre et d'alliance se transforme en prestations opérationnelles...

Mais alors, quid des institutions dans ce contexte ?

Depuis 8 ans toutes les institutions sont parangonnées/comparées via l'Agence Nationale de la Performance. Tout est mis en indicateurs ; les troubles, l'organigramme, la durée moyenne de séjour, l'efficience de nos actions.

Depuis 8 ans également, une réforme de la tarification des établissements est en réflexion. SERAFIN PH dont la philosophie tend vers un financement à l'acte. Une nomenclature extrêmement détaillée des besoins est structurée : notre objectif institutionnel serait donc d'identifier les besoins d'y adjoindre des prestations.

Logique de l'utilisateur autodéterminé et de la prestation de service trouve ainsi son aboutissement. Mais comment conclure ces évolutions à l'aune de notre sujet : Il y a 20 ans,

nous luttons contre les effets filières qui « enfermés, déresponsabilisés nos usagers » et aujourd'hui contre les ruptures de parcours.

Le législateur a probablement une piste de solution.

Avec la loi 3DS du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et la simplification de l'action sociale... l'un de ses objectifs est de modifier les autorisations des institutions pour faciliter les accompagnements. En ce sens, il appartiendra demain à l'établissement la possibilité de demander une autorisation qui permette d'accueillir tout âge et toutes déficiences.

Est-ce une piste ? Selon moi et c'est très personnel, la réponse est ailleurs.

Nos politiques publiques déploient un effort considérable pour faire vivre le droit de chaque individu. C'est un constat que nous pouvons regarder avec beaucoup de respect en considérant cela comme de belles avancées.

Pour autant, il est indéniable que ces avancées viennent bouleverser mes références ; notamment celle du soin et de l'institution explicitées précédemment.

Au regard de mon expérience et de ce que j'ai pu comprendre sur le terrain, il est indéniable que :

Le soin psychique a besoin de temps : celui de la rencontre mais également le temps pour que la personne accompagnée puisse appréhender son histoire.

Le soin psychique a besoin de lien : celui de l'altérité, du regard de l'autre, du collectif

Le soin psychique est complexe, global... abraser des symptômes est certainement essentiel... mais c'est avec certitude non suffisant.

Rien selon moi n'est plus opérant que de travailler en équipe et de douter ensemble sur la complexité humaine. Les politiques publiques veulent des indicateurs probants, du quantifiable, du chiffrable... peut-être pouvons-nous le comprendre à l'aune des dépenses publiques... et pour cela, nos institutions ont éminemment progressé en termes de lisibilité.

Pour autant, notre regard doit se poser avant tout sur la personne et seulement la personne : elle a des droits, tous les droits ; celui de prendre des risques également. C'est une certitude. C'est donc à nous professionnels d'être au plus près d'elle pour tisser du lien, du soin, le collectif humain pour sécuriser les chemins.

Et n'oublions jamais une chose : si les lois s'imposent à nous professionnels, c'est à nous citoyens de politiser nos choix et nos valeurs afin que les politiques publiques de demain soient à la hauteur de nos engagements.

- **Réflexions sur la clinique d'accompagnement du sujet dans un contexte de transition** par Fabien CLOUSE, éducateur spécialisé, ingénieur de recherche à l'université de Rouen (C.I.R.N.E.F), Doctorant à l'université de Lille (C.I.R.E.L)

Introduction

En période de crises et de mutations, il est parfois nécessaire de penser radicalement nos métiers du travail social. Radicalement, c'est-à-dire, étymologiquement à la racine et je propose ce matin d'en rappeler certains fondamentaux. Mon postulat est le suivant : le plus petit dénominateur commun au travail social est de faire hospitalité à la souffrance. Le travailleur social, où qu'il pratique, quelles que soient les fins qui lui sont demandées (inclure, protéger, soigner, *etc.*), affronte toujours et en tous lieux la souffrance d'individus et/ou de groupes qui, pour une raison ou pour d'autres, se trouvent exclus, reclus, perclus selon le triptyque de Gaston Pineau¹. À rebours d'un découpage cartésien, il s'agit de prendre la souffrance dans sa définition générique, suffisamment large pour inclure toutes ses manifestations. Partir de cet ontologique « fait de souffrir »² permet de poser l'évidence d'une condition commune à tous : aucune vie ne passe entre les gouttes acérées de la souffrance qui se vit à chaque fois de façon singulière. Ses causes, ses origines, pour les publics que nous accueillons nous sont difficiles à caractériser précisément. Visible ou invisible, exprimée ou tue, connue ou méconnue, elle traverse le chaos du vécu. Mais nous savons comme notre contexte économique et social et les nombreux déterminismes, pèsent sur eux. En bref, l'hospitalité avant d'être une pensée est un acte. Un pur événement : « Entre et sois le bienvenu, toi que je ne connais pas ».

Clinique

Si nous partageons ce même postulat de départ, il me semble que les pratiques d'orientation clinique³ sont les plus à même à nous soutenir dans cette visée. Une manière d'accompagner la souffrance avec le souci de comprendre plutôt que d'expliquer, le souci d'un soigner comme éthique plutôt qu'un guérir comme tyrannique objectif ; suivre la voie d'une relation envisagée comme une chambre d'échos où il s'agit de bâtir un agir non pas à partir de ce qui sépare et différencie, mais de ce qui rapproche et résonne. J'entends par clinique, et j'emprunte cette définition à Mireille Cifali, « la construction de savoirs en situation concrète où on est impliqué »⁴. Cette définition a le mérite de la simplicité puisqu'elle rassemble trois éléments originels de la clinique : la construction de savoir (sur autrui, sur moi, sur le monde), les situations réelles, concrètes, et l'implication des personnes en leur sein.

Dès lors, être clinicien, ce n'est pas seulement être intuitif, capable de sollicitude et d'attention à l'autre. C'est aussi et d'abord faire en sorte qu'une rencontre soit possible et

¹ In Gomez, J-F. (2006). *Déficiences mentales : le devenir adulte. La personne en quête de sens*. Toulouse, Érès.

² Dictionnaire du Centre Nationale des Ressources Textuelles et Linguistiques (CNRTL) (en ligne).

³ Ponnou, S. & Niewiadomski, C. (dir.) (2020). *Pratiques d'orientation clinique en travail social*. Paris, L'Harmattan.

⁴ Cifali, M. (1996). « Démarche clinique, formation et écriture », in Paquay L. et al. (Dir.). *Former des enseignants professionnels. Quelles stratégies ? Quelles compétences ?* Bruxelles, De Boeck, pp. 119-135.

nous aventurer dans la relation. Avoir pour fondamental d'accepter la singularité de chaque situation en travaillant au cas par cas, que ce soit dans les accompagnements, les objectifs, les médiations proposées. C'est se défendre de toute volonté totalisante concernant les problématiques des personnes accompagnées. Nous savons trop bien ici comme le sujet est rétif à toute fixation catégorique et autre cadre nosographique rigide. Car cette logique de catégorisation contient un risque. Celui de la réification et du diagnostic-marche à suivre, reléguant l'irréductibilité du sujet aux oubliettes : « Tu as ceci, donc faisons cela », et le monde peut continuer de tourner. Si l'on veut noyer les singularités de l'humain, l'océan des catégories est tout indiqué. À cela, reconnaissons l'héritage de la clinique psychanalytique: rappeler l'impératif du sujet singulier désirant sur toute forme de réductionnisme.

C'est à ce prix que l'on accompagne.

Clinique de l'accompagnement

Accompagner peut se définir comme l'action de se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui ; cela augure, je l'ai dit, un moment de rencontre, et repose sur l'établissement d'une relation de confiance entre le travailleur social et la personne accompagnée. On pourra retenir qu'on décide d'une action mais qu'on rencontre l'acte. Dans l'acte réside une composante non prévisible. L'acte est une aventure nous dit Mendel⁵, et en faire un objet de connaissance maîtrisable serait une erreur, car aucun acte ne se ressemble. Cela dit, tout travailleur social sait qu'il y a des éléments qui facilitent l'acte d'accompagner. En premier lieu, celui de faire un vrai accueil à la personne qui arrive dans notre structure. Si l'on suit ce fil rouge de faire hospitalité, c'est de se comporter en véritable hôte. C'est mettre à l'aise, souhaiter bienvenue et faire en sorte dès l'origine de l'accompagnement, qu'une place a été faite, pensée, désirée pour la personne. Ce n'est pas rien quand on sait que pour nombre d'entre elles, elles subissent des phénomènes d'exclusion au quotidien. On sait que ce qui rassemble ces adolescents et jeunes adultes dans nos lieux de soin n'est pas tant ce qu'ils sont que l'effet qu'ils produisent à travers leurs difficultés.

Le deuxième point est d'être au clair sur la relation d'accompagnement. Ne pas nier la verticalité à l'œuvre dans cette relation. Et c'est là un élément important. Vous accompagnez des personnes majeures, adolescentes ou adultes, mais avant tout en situation de vulnérabilité. Vous êtes à une place où vous êtes supposés savoir des choses, avoir des compétences et des connaissances qui pourront répondre en partie à certaines problématiques. À mon sens, ce déséquilibre n'est pas un problème si on lui reconnaît d'emblée une certaine utilité. Cette verticalité vous met en situation de responsabilité, de ressource, d'aide à la décision. Néanmoins, malgré cette apparente inégalité des places, la relation doit tendre à l'égalité dans le dialogue. Pour que votre intervention ne se trouve pas en décalage avec les attentes du sujet, pour qu'il ne lamine pas la force créatrice de son désir, l'action éducative ne pourra donc faire l'impasse sur le respect de l'autre, sur la reconnaissance de sa parole et de son histoire. Ainsi, plus que de chercher à répondre à la

⁵ Mendel, G. (1998). *L'acte est une aventure: Du sujet métaphysique au sujet de l'actepouvoir*. La Découverte.

seule « prise en charge » du sujet, l'objectif d'accompagnement visera en premier lieu, et pardonnez la formule un peu facile, la « prise en compte » du sujet. De cette manière le projet ne pourra que se coconstruire avec l'utilisateur dans une dynamique de réciprocité et de compréhension mutuelle qui exclue radicalement le souci de maîtrise d'un processus fondamentalement démocratique. Je reviendrai plus tard sur cette question de projet mais retenons ceci pour le moment, dans cette clinique de l'accompagnement, il y a comme principe originel, ce que Rancière a appelé « l'égalité des intelligences »⁶ : qui consiste tout simplement à saisir dans chaque phrase, dans chaque acte, le côté de l'égalité d'autrui.

Chacun s'engage pleinement, authentiquement dans cette relation et sait qu'en retour il en sera transformé, par des jeux d'intégration réciproque des expériences vécues. Mais dans la mesure où cet engagement même repose sur la reconnaissance partagée d'un statut de référence pour l'un, il convient bien d'en reconnaître également la spécificité. Car ce que le référent engage n'est pas du même ordre que ce que l'utilisateur engage. Il doit accepter d'assumer sa place de personne d'autorité, au sens de celui qui est auteur de ses conduites et de ses pensées, et au sens de celui qui est garant et représentant de la loi du groupe⁷. Par-là, il permettra à celui qui le reconnaît comme autorité d'avancer, de progresser, d'agir, en confiance, sur le chemin de l'intégration, de l'affiliation, ou tout simplement d'un mieux-être. Mais en tant que référent, vous êtes aussi ceux qui assument le travail sur et avec la transgression. Il convient alors, dans cette visée clinique, de s'attacher à être celle ou celui dont comptent paroles et silences par lesquels l'autre ose ce qui lui est propre.

Dernier point là-dessus, soulignons que cette relation d'accompagnement n'est pas toujours indemne de tout désir d'emprise, sinon d'exercice du pouvoir. En tant que travailleurs sociaux, nous avons à aborder ces questions éminemment éthiques. C'est notre défi : Cela demande que chacun d'entre nous, en tant qu'individu et collectivement, s'attelle à ce travail de réflexion : que fait-on ensemble, que produit-on réellement, derrière les mots ? Comment recevoir une commande et la rendre humanisante ? Comment réfléchir et chercher la marge de jeu possible pour introduire cette dimension humanisante, dans un contexte qui ne vise, apparemment, que le résultat ? Comment détourner, transgresser le cadre pour y insuffler de la vie ? Comment y introduire de la parole, du dialogue et de la considération pour les personnes, leurs situations, leurs projets ? Et une question tout à la fois simple et compliquée : pour quel monde travaillons-nous⁸ ? Je reviendrai sur cette question de l'éthique un peu plus loin.

⁶ Rancière, J. (1987). *Le maître ignorant*, Paris, Fayard.

⁷ Lerbet-Serini, F. (1994). Relation et éthique de la responsabilité. *Éducation permanente*, n°121, pp 13-52.

⁸ Paul, M. (2018). « 2. Ce qu'accompagner veut dire », Patrick Cottin éd., *Accompagner les adolescents. Nouvelles pratiques, nouveaux défis pour les professionnels*. Érès, pp. 25-34.

Entre-deux

Ces questions nous animent car notre place est souvent celle à la croisée des chemins. J'aimerais m'arrêter un instant sur notre rôle qui est bien souvent celui d'intermédiaire, d'interface, au cœur des paradoxes. Entre milieu spécialisé et milieu ordinaire ; entre membre d'une même famille ; entre individu et groupe ; entre neutralité et militance ; entre normalisation et émancipation ; entre normal et pathologique ; entre institutions. Une fonction de médiation si l'on veut, à qui l'on peut attribuer trois fonctions principales : être celui qui sépare, celui qui concilie ou réconcilie, celui qui crée des liens et qui crée du sens. Un entre-deux en somme tel que l'évoque Daniel Sibony⁹. Prenons l'exemple, car c'est celui qui nous réunit ici aujourd'hui, du passage inter-institution.

La première question qui nous intéresse devrait-être : comment pouvons-nous assurer cette transition de façon la plus apaisée et sereine possible ? Je n'amènerai pas de réponse toutes faites, mais plutôt des éléments de réflexion. Il s'agit dans un premier temps de connaître le service vers qui l'on oriente ou qui nous oriente. Bien sûr on croit souvent savoir quelles sont leurs compétences, leurs points forts, leurs faiblesses, mais combien de fois avons-nous pris contact, en amont, juste entre professionnels, pour apprendre à se connaître ? Pour savoir réellement comment les autres travaillent. Cela nécessite du temps me direz-vous, ce qui est vrai, mais à mon sens, c'est du temps à trouver et qui aura toute son importance dans le travail d'inter-institutions. D'autre part, ce temps partagé, ce commun, va permettre d'établir, déjà entre nous, un climat de confiance. Il est difficile de transmettre, de passer, d'accompagner un jeune adulte suivi parfois pendant de nombreuses années vers une autre institution. Feront-ils du bon travail ? Pourrait-on se demander. Entendons plutôt : Feront-ils un aussi bon travail que le nôtre ? Risquons-nous à partir du principe que oui ! Et rencontrons-nous si nous avons besoin d'être rassurés. Je dis « nous », mais imaginons un peu l'état émotionnel de la personne qui va vivre cette nouvelle orientation. Comment lui permettre d'éprouver une sécurité affective et relationnelle avec ces nouveaux professionnels ? Je crois en l'importance des gestes simples, du symbolique dans ces moments-là. Lorsque je le pouvais, quand j'accompagnais un de ces jeunes au premier rendez-vous vers un nouveau service, je lui prenais l'épaule et je disais « tu vas être bien ici, tu verras, ils sont supers, ils vont prendre soin de toi ». Ma volonté était aussi de me lever et de prendre le collègue par l'épaule en lui disant « tu en prends soin hein ! ». D'aucun pourrait trouver la scène un brin paternaliste, qui plus est avec des adultes, mais la visée est ni plus ni moins qu'instaurer le plus tôt possible un climat de confiance. Exercice difficile qui nécessite aussi de se fier à l'établissement qui oriente : en leurs hypothèses de travail pour la suite, aux signes auxquels il faut être attentif, aux personnes de l'entourage qui peuvent être ressource...

Un autre élément de discussion par rapport à ce passage inter-institution est relatif aux informations que l'on transmet au service accueillant. Je sais que c'est un sujet à débat, entre ceux qui préfèrent travailler à partir d'une rencontre, sans être orientés par un dossier, des

⁹ « Comme un espace dynamique et non comme un trait de différence entre bon ou mauvais côté », Sibony, D. (2016). *L'entre-deux. L'origine en partage*. Paris, Points, p.26.

points de situation, une anamnèse ; et ceux qui estiment qu'ils feront un meilleur accompagnement s'ils ont à l'esprit toutes ces données. J'avais mené une recherche en DITEP où ce qui était ressorti, parmi d'autres choses, était qu'il y avait trop peu d'éléments cliniques dans les dossiers. Je pense que ce qu'il manque trop souvent dans ces espaces-là, oraux ou écrits, ce sont les échanges de ce que j'appelle « les trucs et astuces ». Au fil du temps, les travailleurs sociaux qui ont gravité autour de ces jeunes adultes ont accumulé un savoir, des connaissances, une clinique sur lui. Ils ont appris à repérer les signes avant-coureurs de la crise, les petits gestes qui permettent de l'éviter en se décalant de telle ou telle façon, les moyens qu'ils ont mis à l'œuvre pour communiquer lorsque c'était difficile ; ou tout simplement les appétences, les hobbies, les habitudes de la personne, surtout quand celle-ci rencontre des difficultés à les verbaliser. Toutes ces connaissances sont précieuses et il serait dommageable qu'elles disparaissent à chaque passage. À ce sujet d'ailleurs, en DITEP, on oublie trop souvent d'aller chercher ce matériau clinique auprès de ceux qui l'ont amassé au fil des années : la famille.

Du reste, il s'agit aussi pour les professionnels de lâcher prise avec leur besoin de maîtrise. Ni plus ni moins que d'expérimenter, ce qu'Eugène Enriquez appelle « l'éthique de la finitude ». Pour lui, il s'agit de « l'aptitude de l'homme à admettre sa finitude, sa mortalité, ses manques et ses fêlures (...). Cette reconnaissance de ses failles lui permet de se soumettre à un travail de deuil, à admettre ses moments d'impuissance. En un mot, à parvenir à un certain degré de lucidité sur lui-même et sur les autres »¹⁰. S'agit-il d'autre chose dans ces passages ? L'établissement qui oriente arrive au bout de ce qu'il peut proposer, parfois en termes légaux – l'agrément s'arrête à 18 ans – et le plus souvent en termes de compétences et de nature de l'accompagnement. C'est nous permettre de penser notre engagement sans se laisser enfermer par des attentes issues de nos projections personnelles. Pour le dire autrement, et pour citer cette fois un philosophe de l'éducation, Jean-Bernard Paturet :

« l'éducateur est nécessairement amené à penser la fin de la relation éducative, à penser et à vivre sa propre mort d'éducateur dans son rapport à l'autre. Non pas sa mort en tant que fonction sociale (...) mais sa propre mort éducative, comme fin d'un type de rapport à l'autre, comme inutilité et obstacle au développement et au déploiement existentiel de la personne qu'il accompagne »¹¹. Œuvrons ainsi pour notre mort éducative en faisant en sorte que toutes ces personnes s'émancipent de nous. Dans cette optique, l'accompagnement éducatif suppose donc, dans un premier temps, de se joindre au sujet pour le soutenir, pour lui permettre de ne pas chavirer et de ramasser ses forces afin qu'il puisse, dans un second temps, se projeter dans un avenir porteur d'un espoir suffisant pour étayer son propre désir d'action : « l'acte d'accompagner renverrait ici à soutenir l'autre dans sa quête identitaire jusqu'à l'accompagner à ne plus être accompagné »¹². Au moins par vous, qui êtes dans le service qui transmet, et de façon plus ou moins lointaine, par le

¹⁰ Enriquez, E. (2000). « La recherche et l'intervention psychosociologiques à l'épreuve de l'éthique », *L'éthique dans la pratique des sciences humaines : dilemmes*. Paris, L'Harmattan, p.299.

¹¹ Paturet, J-B. (2007).« 4. Des fondements d'une éthique de la responsabilité éducative ». *De la responsabilité en éducation*. Toulouse, ERES, pp. 127-152.

¹² Berton, J. (2000). « Récits de vie et intervention sociale ». *Éducation permanente*, n° 142, p. 161.

service qui accueille. C'est se dire tout simplement : faisons confiance à nos collègues et aux personnes accompagnées pour continuer à cheminer, sans nous.

Déconstruire la rhétorique de parcours et du pouvoir d'agir

Si je parle de chemin, outre le clin d'œil au poème d'Antonio Machado¹³, c'est du fait d'une certaine méfiance envers la notion de parcours. Ce mot, comme beaucoup d'autres dans nos secteurs, a fait irruption sous les coups de boutoir d'un ultra-libéralisme décomplexé : dispositif, *empowerment*, flexibilité, coordination et tant d'autres souvent issus des sciences dites de gestion et du *New Public Management*. Michel Chauvière a écrit un bel article là-dessus où il s'attellait à déconstruire toutes ces notions. Il suspecte « une approche tout à la fois plus individualiste et plus objective dans laquelle chacun est d'emblée renvoyé à la série des services qui émailleront son parcours et dans laquelle lui-même, installé au centre de ce projet, est plus que jamais considéré comme responsable de sa situation et de ses choix (...) ». Conséquence, l'approche du sujet par son parcours semble participer, à sa façon, au recul de l'idée d'obligations de la société envers toute personne, quelle que soit sa situation réelle et ses difficultés à vivre, y compris hors-parcours »¹⁴. On observe depuis quelques temps un certain climat qui renvoie les bénéficiaires du travail social à leur propre responsabilité. Les chômeurs, les assistés, les dépressifs : comme s'ils avaient fait un choix. Comme si l'on pouvait écarter d'un revers de la main les déterminismes à l'œuvre et la responsabilité de l'État à réduire les inégalités. À de rares exceptions près, la plupart des usagers de nos services sont issus d'un environnement socio-économique relativement précaire. En France, si vous êtes pauvres, vous avez beaucoup plus de chance d'être pris en charge par un établissement médico-social et/ou la protection de l'enfance. C'est un fait. Le pauvre, l'exclu, est alors envisagé comme premier responsable de sa condition sans qu'une analyse des causes sociales de ses difficultés ne soit sérieusement menée. De la sorte, les surdéterminations sociales et culturelles qui affectent l'individu se trouvent ici « escamotées », alors que les notions de projet individuel et de pouvoir d'agir se trouvent magnifiées : il suffirait alors que le sujet travaille sur lui-même, « fasse un effort », voire suive une psychothérapie, pour que, comme par enchantement, ses difficultés disparaissent. Mais, la souffrance psychique que manifeste l'individu ne peut être dissociée de la condition sociale qui est la sienne ! Cette « psychologisation » des problèmes sociaux va ainsi tendre à verrouiller le processus d'invalidation dont souffre la personne qui n'a plus d'autre alternative que de se rallier au discours qui lui est proposé s'il veut finalement pouvoir bénéficier de l'aide matérielle et humaine qui motive sa demande : « Je suis finalement responsable de ce qui m'arrive puisque, comme le suggèrent mes interlocuteurs, c'est dans mon histoire personnelle qu'il convient finalement de trouver les solutions à mes difficultés ».

¹³ « *Caminante no hay camino* », Machado, A. (2006). « Proverbios y cantares » (XXIX), *Campos de Castilla*, Madrid, Alianza Editorial.

¹⁴ Chauvière, M. (2018). Déconstruire la rhétorique du parcours et de la coordination. Dans : Nicolas Guirimand éd., *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social: Décloisonner & coordonner les parcours de vie et de soin* (pp. 2334). Nîmes: Champ social.

Cette rhétorique du parcours arrive au moment où les institutions seraient appelées à muter voire disparaître au profit des dispositifs et autres plate-forme 360 : « la nouvelle norme de désinstitutionnalisation n'est jamais bien loin qui, non seulement condamne de façon unilatérale les institutions pour toutes sortes d'effets négatifs qu'elles engendreraient (elles seraient, par exemple, contraires aux libertés individuelles, imposeraient la vie en groupe et créeraient des routines tant chez les usagers que chez les professionnels...), mais surtout désinstitue la nécessité de solutions stables et durables offertes à tous, se traduisant matériellement par des places d'accueil réelles »¹⁵.

Reconnaissons à l'ambulatoire toutes ses qualités, et vous serez beaucoup mieux placés que moi pour en parler. Mais quid de tous ces enfants, adolescents, adultes qui, de par leurs difficultés, nécessitent des places dans des structures accueillant en journée et en nuitée, en semaine entière? Nous avons déjà vu les résultats à l'hôpital, que ce soit en soins somatiques et psychiatriques. Le choix de l'approche par les parcours plutôt que par les places est politique, c'est même de l'économie politique. Avec le parcours, il n'y aurait plus de problèmes collectifs, mais des problèmes particuliers additionnés et des économies institutionnelles ; plus d'enjeu de cohésion sociale, mais seulement des aspirations individuelles¹⁶.

Que reste-t-il de l'humain quand il est réduit non seulement à son parcours, à ses épreuves et aux services proposés, mais aussi à sa responsabilité individuelle? Dans ce processus bien en cours, le soin au sens générique semble désobjectivé (par le déni de la rencontre entre deux sujets) et désocialisé (par le choix d'une relation de service duale, besoins/prestations sans cadre social). Ainsi, j'estime que le parcours ne peut donc se suffire à lui-même, même centré sur la personne, même partant de la personne, du moins dans la rhétorique qui l'accompagne actuellement. Toute réponse a encore besoin d'institution : l'institution, ce n'est pas des murs, c'est des êtres humains et des mots qui les tiennent ensemble. Autrement dit d'un contenant porteur d'un sens suffisamment commun, tant pour le service rendu, pour ceux qui le rendent, que pour la personne ayant droit qui se trouve conjonctuellement accompagnée. Dans un contexte d'hypermodernité, marqué par l'urgence, la course à l'excellence, la lutte des places, l'utilitarisme et le positivisme, il est important de défendre la nécessité de la permanence, de la continuité, de la stabilité, de la cohérence pour produire des accompagnements consistants et assurer une transmission inscrite dans la mémoire et l'historicité.

L'éthique comme boussole

Avant de conclure, j'aimerais dire deux mots sur ce qui nous sert de boussole au quotidien : l'éthique. J'ai évoqué rapidement l'éthique de la finitude, j'aborderai maintenant son sens plus large, quand elle a pour lieu propre la relation. Ricoeur parle de visée éthique, c'est à dire « la visée de la "vie bonne" avec et pour autrui dans des institutions justes »¹⁷. Là encore, une définition limpide bien que l'on puisse discuter longtemps sur nos conceptions de la vie bonne

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ Ricoeur, P. (1998). « Le soi et la visée éthique ». *Soi-même comme un autre*. Paris, Seuil, p.199-236.

ou des institutions justes. J'aime ce terme de visée, pour rappeler que l'éthique est toujours un horizon vers lequel on tend ; on sait dans nos métiers qu'il s'agit bien souvent, non d'une éthique du mieux mais plutôt une éthique du moins pire. Disons que ce n'est pas une façon moderne de dire morale, déontologie, idéal: elle est requise précisément quand aucun Autre (la science, la morale, le droit, la société, la religion, *etc.*) ne répond à la question que le clinicien rencontre. Il doit néanmoins répondre, lui, par et de son acte.

Cela nécessite d'emblée d'accepter de traiter avec l'incertitude, la contingence, le non-savoir, l'arbitraire. Dans l'acte éducatif, cela se passe parfois en une fraction de seconde : nous devons affronter, nous ne pouvons fuir. Vous devez avoir de nombreux exemples en tête de ce genre de situations. Nous sommes surpris par un moment d'urgence où se pose consciemment ou inconsciemment la question du mal que nous pouvons faire à l'autre ou à soi-même. Mais en dépit de toute notre préparation, c'est dans ce moment d'urgence que nous sommes convoqués dans notre humanité et que, bien des fois, nous trahissons ce que notre bouche avait clamé¹⁸. Alors, que pouvons-nous faire ? D'abord, accepter comme normale cette distance entre ce que nous aurions voulu et ce qui se passe. Et puis, revenir après coup à cette fraction de seconde où quelque chose s'est décidé, avec nos dilemmes et nos difficultés, pour comprendre, pour reprendre peut-être, autrement le cours de cette action.

De plus en plus, la conception de la professionnalité des métiers de l'humain peut aller jusqu'à la définition d'un professionnel qui ne doit pas éprouver de sentiments : son idéal serait d'être neutre, son but serait de demeurer objectif en toutes circonstances. Car, dit-on, les sentiments sont subjectifs.

Mais qui ne ressent rien, tombe dans l'indifférence ; qui ne réagit plus à l'insupportable devient nocif pour autrui et pour lui-même. Il nous faut réconcilier pensée et sentiment, raison et ressenti, technique et relationnel. Les tenir ensemble, et non pas séparés. Rappelons-nous cette posture de l'entre-deux et la fonction de médiation. D'un côté comme de l'autre, le danger vient de leur séparation. Se fier à ses sentiments comme seul guide de l'action est dangereux ; ne se fier qu'à une raison objective que l'on tient pour vérité, également. Mais cela ne veut pas dire tout remettre en question, tout le temps. Nous avons des fondamentaux. Michel Lemay posait déjà la question en 1993 : « Peut-on s'entendre sur une éthique de l'éducation spécialisée ? »¹⁹ et il amenait des éléments de réponse : « On ne peut pas éduquer sans avoir une certaine vision de l'être humain et sans proposer certains points de référence »²⁰.

J'en évoquerai quelques-uns. Parmi eux, rappelons avant toute chose que notre contexte, c'est un « travail social au singulier »²¹. Nous travaillons au cas par cas. Cela est proprement clinique.

Deuxièmement, pas de norme possible à ce qui ne peut pas être normé, c'est-à-dire le sujet. De là, c'est refuser tout traitement global des populations, toute tendance au réductionnisme, à la catégorisation sauvage, au tout-normatif. Je ne remets nullement en cause la dimension

¹⁸ Cifali, M. (2012). « Éthique et éducation: l'enseignement, une profession de l'humain ». *Interacções*, no.21, pp.13-27.

¹⁹ Lemay, M. (1999). *Les éducateurs aujourd'hui*. Martinet J-L. (dir.), Malakoff, Dunod, p.103.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ Jacques Ion, J. (2006). *Le travail social au singulier*. Malakoff, Dunod.

normative de nos missions. Mais cette volonté tend vers des habiletés sociales qui rendent possible le lien avec autrui. Il s'agit donc « d'inscrire l'action non pas dans une simple police des comportements [...], mais dans une dynamique qui, en même temps qu'elle désigne l'autre comme fauteur de trouble, le considère dans son besoin d'aide, d'accompagnement ; une dynamique qui tend à ne pas réduire l'autre aux actes qui lui valent l'opprobre mais à dévoiler derrière ceux-ci le sujet, un sujet en devenir, un sujet qui doit pouvoir retrouver une place »²². Troisièmement, si notre métier s'inscrit dans un désir de faire hospitalité à la souffrance, alors il est question en priorité de notre capacité à écouter et entendre la personne que l'on accompagne. Cette écoute n'a pas trait à la passivité mais au contraire à une disponibilité active afin que l'autre puisse entendre ce qui se joue en lui, et l'aider parfois à reconnaître le contenu latent de son discours. C'est ni plus ni moins que de participer avec lui au dévoilement du sens de ce qu'il vit et de ce qu'il recherche. Quatrièmement, si la relation que j'entretiens avec la personne accompagnée n'est pas horizontale, alors elle m'engage du côté de ce que j'espère recevoir en termes de reconnaissance. Nous acceptons de faire ce métier sans certitude de voir les résultats de nos actions et sans attendre remerciements ou reconnaissance par le public même que nous accompagnons. À ce sujet, Levinas est clair : « Je suis responsable d'autrui sans attendre la réciprocité (...). La réciprocité, c'est son affaire »²³. Cette réciprocité, elle viendra, elle ne viendra pas, peu importe finalement : notre mission est d'œuvrer en soutien du sujet, de son émancipation, quand bien même nous n'en verrons pas les résultats. Je me permets un petit plaisir en citant Jean Jaurès : « Oui, les hommes qui ont confiance en l'homme savent cela. Ils sont résignés d'avance à ne voir qu'une réalisation incomplète de leur vaste idéal, qui lui-même sera dépassé ; ou plutôt ils se félicitent que toutes les possibilités humaines ne se manifestent point dans les limites étroites de leur vie »²⁴.

Enfin, au sein de nos institutions, nous devons continuer à cultiver une éthique de la discussion chère à Habermas où l'on rend possible la dispute, au sens antique du terme, c'est-à-dire ces échanges d'arguments contradictoires sur un sujet donné. C'est donc reconnaître toute l'importance du conflit dans nos relations sociales, qu'elles soient avec les bénéficiaires ou les collègues (et nos proches et nos conjoints, la liste est longue). Cela veut dire pouvoir compter sur des espaces de discussions orientés vers une parole libre, qui puisse accueillir des propos dissonants. C'est normal d'être en désaccord. Cultivons-le. C'est Georg Simmel qui disait : « Un groupe qui serait tout simplement centripète et harmonieux, une pure et simple "réunion", n'a non seulement pas d'existence empirique, mais encore, il ne présenterait pas de véritable processus de vie »²⁵. Dans ce contexte, la posture éthique est d'accorder à chacun la capacité de penser, à développer une pensée propre, et surtout à refuser l'interdit de penser.

²² Boutanquoi, M. (2009). « Entre clinique, procédures et contrôle : les tensions de la relation d'aide », *Nouvelle revue de psychosociologie*, (n° 6), p. 57-68

²³ Levinas, E. (1982). *Éthique et infini*. Paris, Fayard, p. 94-95.

²⁴ Jaurès, J. (1983). « Discours à la jeunesse, Albi, 1903 », *Anthologie de Jean Jaurès*, Calmann-Lévy, p. 273. ²⁵ Simmel, G. (1995). *Le conflit*. Belval, Circé, p.21.

Conclusion

En guise de conclusion, rappelons que l'hospitalité est une histoire de seuil. Le seuil, s'il délimite un dedans et un dehors, offre à penser son franchissement. D'un service à un autre, d'une institution à une autre, d'un état à un autre. Notre fonction est dès lors d'être cet entre-deux qui permet passage, retour, départ, arrivée. C'est une pratique qui s'exerce à mains nues, avec le seul support de la parole, sans disposer souvent des moyens matériels, financiers ou techniques à la hauteur des difficultés que l'on rencontre. Nous faisons avec, sans confondre le principe de réalité et le principe de résignation vis-à-vis du contexte dans lequel s'inscrit nos secteurs. Dès lors, pas de neutralité du travail vis-à-vis du politique : ou bien il joue en faveur de l'apprentissage de la démocratie, ou bien il joue en faveur de la domination. Le travail social se doit d'être un enjeu majeur dans notre société : négociations entre domination et émancipation, entre contrainte et liberté, entre aliénation et réappropriation. Dans les années 1970 déjà, on s'interrogeait: « les déviants, les marginaux, y compris les fous, posent une question qu'il faudrait entendre. Cette question est celle de la différence. Comment leur donner les moyens de réussir une vie sociale sans exiger d'eux une réinsertion à tout prix ? »²⁵. Comment travailler la norme à la marge ? Comment inclure dans un système qui exclut ? Comment s'inscrire dans un projet quand on oscille entre la précarité la plus extrême et la souffrance psychique la plus profonde ? « Exiger de personnes, dans la plus noire des détresses, la formulation d'un projet, leur enjoindre de se projeter dans l'avenir quand l'horizon se limite au présent immédiat ne revient-il pas à demander l'impossible, à ajouter à la violence de la situation, la violence de l'institution »²⁷ ? Acceptons les vulnérabilités inhérentes à nos conditions humaines sans vouloir absolument réfléchir, penser et agir pour les supprimer. C'est avant tout une présence humaine authentique et un lien que nous avons à offrir. Je veux dire, il n'est plus besoin de clinique là où il ne s'agit plus de penser le rapport fragile et incertain à l'autre. Ce rapport, il s'agit avant tout d'une relation d'accompagnement, bordée par un cadre législatif et institutionnel, soit. D'un projet, pourquoi pas, dont il faut interroger les objectifs et leurs finalités. Et le sujet dans tout ça ? Et si finalement, nos métiers visaient peut-être moins à provoquer le changement, que le désir de changement du sujet par et pour lui-même ?

²⁵ Mannoni, M. in Avet, R. (2014). « Un lieu en marge des institutions », *La liberté de faire autrement. Un itinéraire singulier dans le travail social*, Champ social, pp. 53-60. ²⁷ Boutanquoi, M. *Op cit.*

Bibliographie

- Berton, J. (2000). « Récits de vie et intervention sociale ». *Éducation permanente*, n° 142.
- Boutanquoi, M. (2009). « Entre clinique, procédures et contrôle : les tensions de la relation d'aide », *Nouvelle revue de psychosociologie*, (n° 6), p. 57-68.
- Chauvière, M. (2018). Déconstruire la rhétorique du parcours et de la coordination. Dans : Nicolas Guirimand éd., *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social: Décloisonner & coordonner les parcours de vie et de soin* (pp. 23-34). Nîmes: Champ social.
- Cifali, M. (1996). « Démarche clinique, formation et écriture », in Paquay L., Altet M., Charlier E. et Perrenoud Ph. (Dir.). *Former des enseignants professionnels. Quelles stratégies ? Quelles compétences ?* Bruxelles, De Boeck, pp. 119-135.
- Cifali, M. (2012). « Éthique et éducation: l'enseignement, une profession de l'humain ». *Interacções*, no.21, pp.13-27.
- Enriquez, E. (2000). « La recherche et l'intervention psychosociologiques à l'épreuve de l'éthique », *L'éthique dans la pratique des sciences humaines : dilemmes*. Paris, L'Harmattan, p.299.
- Gomez, J-F. (2006). *Déficiences mentales : le devenir adulte. La personne en quête de sens*. Toulouse, Érès.
- Ion, J. (2006). *Le travail social au singulier*. Malakoff, Dunod.
- Jaurès, J. (1983). « Discours à la jeunesse, Albi, 1903 », *Anthologie de Jean Jaurès*, Calmann-Lévy.
- Lemay, M. (1999). *Les éducateurs aujourd'hui*. Martinet J-L. (dir.), Malakoff, Dunod.
- Lerbet-Serini, F. (1994). Relation et éthique de la responsabilité. *Éducation permanente* n°121, pp 13-52.
- Levinas, E. (1982). *Éthique et infini*. Paris, Fayard.
- Mannoni, M. in Avet, R. (2014). « Un lieu en marge des institutions », *La liberté de faire autrement. Un itinéraire singulier dans le travail social*, Champ social, pp. 53-60.
- Mendel, G. (1998). *L'acte est une aventure: Du sujet métaphysique au sujet de l'actepouvoir*. La Découverte.
- Paturet, J-B. (2007). *De la responsabilité en éducation*. Toulouse, ERES.

- Paul, M. (2018). « 2. Ce qu'accompagner veut dire », Patrick Cottin éd., *Accompagner les adolescents. Nouvelles pratiques, nouveaux défis pour les professionnels*. Érès, pp. 25-34.
- Ponnou S. & Niewiadomski C. (dir.) (2020), *Pratiques d'orientation clinique en travail social*, Paris, L'Harmattan.
- Rancière, J. (1987). *Le maître ignorant*, Paris, Fayard.
- Ricœur, P. (1998). *Soi-même comme un autre*. Paris, Seuil.
- Sibony, D. (2016). *L'entre-deux. L'origine en partage*. Paris, Points.
- Simmel, G. (1995). *Le conflit*. Belval, Circé.

• ATELIERS : « WORLD CAFE »

Le « World Café » est un processus créatif qui vise à faciliter le dialogue constructif, le partage de connaissances et d'idées en vue de créer un réseau d'échange et d'action. Ce processus reproduit l'ambiance d'un café dans lequel les participants débattent d'un sujet ou d'une question en petit groupe autour d'une table.

A intervalle régulier les participants changent de table pour polléniser, féconder les autres tables. Un hôte reste à la table et résume la conversation précédente aux nouveaux arrivés.

Le « world café » s'est organisé dans 4 espaces différents afin de partager des réflexions autour des questions suivantes :

1. Comment favoriser le relais entre services ?
2. Qu'est-ce que l'autonomie ?
3. Comment adapter la transition à la temporalité de chaque personne ?
4. Pourquoi un relais ?
5. Comment le professionnel accompagne le sujet dans ces changements ?

Le COPIL M.A.I.S n'a pas souhaité retranscrire le contenu de cet atelier qui reste un moment de partage permettant à chaque participant de nourrir ses propres réflexions. Il ne s'agit pas d'un espace permettant de créer du savoir transmissible.

Journée du 15 novembre 2022 concernant les jeunes issus de la protection de l'enfance

- **Introduction de la journée** par Yves CORMIER, administrateur et secrétaire du M.A.I.S et Cyril BADET, animateur du Comité de pilotage M.A.I.S de la région Nouvelle Aquitaine
- **Témoignage de Marina**, « En déséquilibre »

Marina a livré son parcours et réflexions sur sa prise en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance et la transition vers le secteur adulte avec son entrée en SAVS.

Accompagnée par Sébastien PANIER, éducateur spécialisé au SAVS EDEA(33), elle a pu expliquer son cheminement sur les questions de ce qu'est être adulte, le lien d'attachement dans la relation éducative, la résilience. Cette intervention n'a pas été retranscrite à la demande de Marina qui souhaite que son témoignage reste oratoire.

- **Les notions de troubles de l'attachement et de transfert de lien** par Corinne MERY, Psychopraticienne, thérapeute familiale, systémicienne, praticienne EMDR et ICV; Centre thérapeutique et de formation du Libournais

Mme MERY nous a transmis le PowerPoint, support à son intervention.

CONTINUITÉ DE PARCOURS ENTRE SECTEUR « ENFANCE » ET SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT



M.A.I.S.
15 novembre 2022
Ambarès et
Lagrave

• Remerciements...

• Et excuses



Continuité de parcours



- De l'importance de la continuité dans la théorie de l'attachement



Théorie de l'attachement : rappels



Historique : Bowlby et Ainsworth

1960/1962 : début de l'élaboration de la théorie
Révolution scientifique
En plein essor
Encore pas assez connue



La figure d'attachement primaire



« Les représentations d'attachement sont actives depuis le berceau jusqu'à la tombe » (Bowlby, 1979)

L'attachement est une dimension fondamentale pour comprendre les relations

- Il est impossible de ne pas s'attacher
- Les figures d'attachement sont les personnes plus âgées et plus sages qui sont présentes auprès du bébé dans les 9 premiers mois de la vie
- Il existe une hiérarchie des figures d'attachement



Figures d'attachement

- Ceux qui élèvent l'enfant
 - FA : mère, père, substitut parental, professionnels petite enfance
- Hiérarchisation des FA
 - FA principale, FA subsidiaires
- Chaque FA « primaire » se constitue dans les 9 premiers mois de la vie
- **Chacune est spécifique, irremplaçable et non interchangeable**



Le premier besoin de l'être humain : la sécurité



La notion de sécurité dans l'attachement

- Le reflet de comment le sujet équilibre l'exploration et l'attachement
- Comment le ou les care givers facilitent cet équilibre



Système d'attachement



- Le bébé va se tourner vers les personnes qui l'entourent pour demander sécurité et protection dans la plus grande proximité
- On dit qu'il active son **système d'attachement**



Le caregiving



- Transposition au plan psy du principe d'agrippement
- John Bowlby, théorie de l'attachement : « lien émotif qui s'établit entre une mère et son enfant et qui favorise la proximité physique afin d'assurer à l'enfant soins et protection »

- Système motivationnel réciproque de l'attachement (alerte les individus sur les besoins des autres)
- Une des dimensions des soins parentaux (protéger, et maintenir ou donner de la proximité)
- Va de la figure parentale vers l'enfant

Concept de base de sécurité

- Équilibre entre exploration et attachement
- Ils sont activés et éteints de manière complémentaire



Selon les réponses de l'environnement ...



- Développement d'un attachement **sécure**
- Ou **insécure**



Attachement désorganisé; « la peur sans solution »

- Même figure source d'alarme et de sécurité
- Active le système d'att de l'enfant : s'approcher
- Et le système angoisse/vigilance : se retirer, attaquer ou se figer



TSPT



- Persistance de la réaction d'alerte
- Le cerveau réagit comme s'il y avait encore une menace.
- => Le **système limbique** stimule l'hypothalamus => **prépare en permanence le corps à la lutte ou la fuite, ou à faire le mort.**
- Et ceci bien que l'événement traumatique véritable soit terminé
- Les gens qui souffrent d'un TSPT vivent avec l'hyper activation chronique de leurs système d'alerte,
- => symptômes physiques, anxiété, panique, faiblesse, épuisement, raideur des muscles.

Conditions de la sécurité



Les figures d'attachement au cours de la vie



- **Expériences répétées**
 - Réponses adéquates aux besoins d'attachement du bébé par les FA
 - **Continuité des personnes**
 - Prévisibilités des réactions des FA
 - Cohérence et fiabilité des FA
 - **Séparations limitées en fonction de l'âge de l'enfant**
 - Transitions dans les passages d'une FA à l'autre
- Proximité
 - Partage d'expériences
 - **RELATION**

Exemples de figures d'attachement



Relations avec nos figures d'attachement



- Famille
- Amoureux
- Amis
- Educateurs
- Enseignants
- Assistants familiaux
- Assistants maternels
- Soignants
- Coaches sportifs
- ...



- Le risque de répétition des modèles et schémas

Schéma méfiance/abus



Schéma abandon/instabilité



- La personne s'attend à ce que les autres la fassent souffrir, la maltraitent, l'humilient, lui mentent, trichent ou profitent d'elle. Elle craint la trahison, la manipulation, la violence physique ou toute autre forme d'abus.
- La personne perçoit un manque de stabilité ou de fiabilité, de ceux qui offrent soutien et sens de l'appartenance à un groupe. Elle a le sentiment que les personnes « importantes » ne continueront pas à donner appui, force ou protection, qu'elles abandonneront.

Schéma imperfection/honte



Schéma isolement/aliénation



- La personne se juge imparfaite, mauvaise, inférieure ou incapable; le révéler entraînerait la perte de l'affection des autres. Ceci peut inclure : hypersensibilité aux critiques, gêne et comparaison avec les autres, manque de confiance en soi. Les imperfections perçues peuvent être internes (égoïsme, colère, ...) ou externes (défauts physiques, gêne sociale..)
- Sentiment d'être isolé, coupé du reste du monde, différent des autres et/ou ne faire partie d'aucun groupe ou communauté.

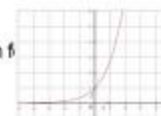
Ruptures d'attachement



Les ruptures d'attachement

• ...

- Fragilisent
- Augmentent le risque de désorganisation
- Impactent négativement l'estime de soi
- Font perdre confiance en soi et en l'autre
- ...de façon exponentielle en f du nombre



Résilience



Continuité vs rupture: activer la résilience



- « capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes sévères »
- Manciaux, Lecomte et Cyrulnik (2001)



- Installer la sécurité du lien : transformer les ruptures en séparation (théorie de l'attachement ET de la séparation)

L'équipe des professionnels de l'aide : la nécessaire alliance



Rythme, temporalité, processus et continuité



- Rencontre /Connaissance
- Travail de tissage
- Connaissance de la personne dans toute son histoire
- Référence

- Protection de l'enfance et accompagnement des adultes, deux mondes aux fonctionnements différents
- Plusieurs visions du monde

Partir de la personne pour changer les pratiques



La sécurité c'est aussi la continuité..



- La ligne de vie
- Le génogramme
- Le dossier
- Les besoins spécifiques



- Des lieux
- Des soignants
- Des centres d'intérêt
- Des activités
- Des transports
- Des routines
- ...

Les auteurs essentiels



- John Bowlby
- Boris Cyrulnik
- Antoine et Nicole Guedeney
- Jhanna Smith
- Bessel van der Kolk
- Muriel Samona
- Pat Odgen
- ...

Merci de votre attention!



- **Atelier Débat Mouvant**

Le débat mouvant est un débat dynamique où chaque participant s'exprime grâce à son positionnement physique dans l'espace. L'idée étant que toutes les personnes participent.

Les objectifs visent :

- ✓ A se positionner dans un débat de façon binaire : pour ou contre
- ✓ D'argumenter son choix, d'évoquer les représentations, les idées, les opinions et désaccords
- ✓ D'échanger avec les autres personnes du groupe

Suite à l'énoncé d'une première phrase affirmative polémique, les participant·e·s doivent se positionner dans l'espace pour ou contre. Ces deux espaces distincts sont matérialisés par une ligne tracée au sol. Le débat est minuté dans le temps. En fonction des arguments énoncés lors du débat, les participant·e·s pourront se repositionner dans ces deux espaces si les arguments leurs ont permis de changer de point de vue.

Durant cet atelier, les participants ont pu se positionner et argumenter autour de deux affirmations :

- *« une rupture de parcours entre secteur enfance et services d'accompagnements adulte est forcément préjudiciable à la personne »*
- *« L'accompagnement vers l'autonomie est forcément différent entre le secteur de l'enfance et les SAVS et les SAMSAH ».*

- **Les enjeux de la continuité de parcours des jeunes en situation de handicap et confiés à l'ASE** par Cécile Morineau, sociologue, formatrice en travail social

Le M.A.I.S. nous a contactées en septembre 2019 lors d'un comité de pilotage pour évoquer les journées d'étude en préparation pour compléter leur étude en ciblant la continuité de parcours concernant particulièrement les jeunes en situation de handicap également confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)²⁶. En effet, en qualité d'étudiante en Master de Sciences Sociales et ayant une expérience conséquente dans le champ de la Protection de l'Enfance²⁷, l'approche sociologique et systémique du sujet ne peut qu'enrichir le regard clinique des professionnels organisateurs.

L'intervention proposée lors de ce comité de pilotage est traversée par une question : « la Protection de l'Enfance, et après ? Tensions dans les orientations des jeunes à la fin des mesures de protection ». Elle décrit le parcours des adolescents placés en Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS)²⁸ dans le cadre d'une protection administrative ou judiciaire, pour des

²⁶ ASE : désigne à la fois la politique sociale en faveur de la protection des mineurs en danger ou en risque de l'être et le service départemental qui gère la mise en œuvre de cette politique sur le territoire

²⁷ Protection de l'Enfance : droits et devoirs légiférés dans l'intérêt de l'enfant

²⁸ MECS : Etablissement accueillant des enfants et adolescents en danger ou en risque de l'être

raisons de difficultés voire de violences familiales. La séparation d'avec leurs parents permet d'apaiser la situation et de soutenir la parentalité d'une part, et le projet de vie du jeune d'autre part. Les accueils en placement provisoire peuvent être renouvelés par le département ou le Juge des Enfants jusqu'à l'âge de 18 ans. Puis, à la demande du jeune, il peut être établi un Contrat Jeune Majeur entre le département, le service d'accompagnement et le majeur, renouvelable maximum jusqu'à 21 ans. La Protection de l'Enfance demande aux adolescents et jeunes adultes d'être autonomes à 18 ou 21 ans. En prenant l'exemple d'un internat accueillant 13 garçons de 15 à 18 ans (2019), la moitié de ces jeunes bénéficient d'une reconnaissance de handicap et sont accompagnés en Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP)²⁹, en Institut Médico Educatif (IME)³⁰, en classe scolaire adaptée (ULIS) ou nécessitent un accompagnement psychiatrique. L'enjeu de l'orientation est double : ces jeunes ont un parcours dans les services médicosociaux car ils bénéficient d'un accompagnement privilégié vis-à-vis d'un handicap, et un parcours en protection de l'enfance. Une majorité retourne en famille car ils ont besoin de comprendre quelle est leur place au sein de leur famille ou parce que le travail d'accompagnement à la parentalité a pu apaiser les tensions. D'autres attendent une orientation en Service Chambre en Ville (SCEV)³¹, en ESAT³², en services d'insertion sociale.

L'adolescence ou l'adulte en devenir est une période charnière, faite de vulnérabilités et de discontinuités. L'adolescent va quitter le monde de l'enfance pour venir questionner ce qui allait de soi, se construire en opposition aux adultes référents afin de s'individualiser, s'émanciper, faire ses propres choix et devenir autonome. Les parcours de vie sont loin d'être linéaires (d'ailleurs doivent-ils l'être ?), encore moins dans les structures où la notion de vulnérabilité prend davantage son sens.

Dans le jargon de l'action sociale, l'expression « continuité de parcours » vient en opposition au phénomène de « rupture de parcours » trop souvent vécu par les personnes accompagnées, comme laissées entre deux portes, balancées de service en service, ou oubliées du champ de l'aide sociale, puis retrouvées plus tard dans d'autres services, souvent plus abimées. Aujourd'hui, ces ruptures dans les prises en charge font l'objet d'une attention particulière. Depuis quelques années, la « continuité de parcours » préconisée par les instances réflexives va de soi dans les services.

La Caisse de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), interpelle les professionnels des secteurs de la santé et du soin, exerçant dans les Etablissements et Services MédicoSociaux (ESMS) : « La notion de parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes périodes et transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale » (CNSA, 2012). Les

²⁹ ITEP :Etablissement accueillant des enfants et adolescents ayant des troubles du comportement

³⁰ IME : Etablissement accueillant des enfants et adolescents ayant une déficience intellectuelle

³¹ SCEV : service de la Protection de l'Enfance proposant un accompagnement éducatif en hébergement autonome par Contrat Jeune Majeur

³² ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) s'emploient à aider les professionnels à penser l'accompagnement individualisé des personnes en prenant en compte ses difficultés qui lui sont propres plutôt qu'en termes de placement, d'adapter le suivi à la personne et non plus d'essayer d'intégrer l'utilisateur aux institutions. Afin de prévenir une continuité de parcours sereine pour les personnes accompagnées dans les Etablissements et Services Médico-Sociaux (ESMS), ces rapports préconisent une évaluation fine des besoins de la personne afin de « construire un accompagnement évolutif dans le temps » (Anesm, 2010). Elle recommande aux ESMS :

- La mise en place d'un Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA) dans lequel la personne aura une place prédominante par une expression de ses demandes possible et prise en compte pour la rendre actrice de son projet de vie ;
- La nécessité, pour répondre à certains besoins, de faire appel à des partenaires et d'assurer une coordination d'actions ;
- Enfin, la favorisation d'une continuité de parcours sereine pour la personne en anticipant les « périodes charnières » comme l'adolescence et l'orientation vers les services du secteur adulte.

C'est à partir de ces constats et particulièrement de ces recommandations que nous avons mené une recherche sociologique auprès des différents acteurs des structures sociales et médico-sociales afin de comprendre les enjeux de la continuité de parcours des adolescents et jeunes adultes en situation de handicap et confiés à l'ASE. Dans une première partie, nous exposerons le contexte politique et empirique en Gironde pour recentrer la problématique et le choix méthodologique de l'étude. Ensuite, après avoir présenté un portrait sociologique des jeunes concernés, nous analyserons le travail entre les acteurs des champs d'intervention différents et les freins rencontrés dans les orientations vers les services du secteur adulte. Enfin, nous élaborerons des propositions voire des conduites de projets à partir des données relevées.

Du législateur à l'éducateur : un problème de continuité

De la double prise en charge

En 2015, le rapport du Défenseur des Droits signale que sur 308 000 enfants faisant l'objet d'une mesure ASE, 70 000 enfants sont en situation de handicap (soit 22.4%). Ces enfants doivent bénéficier d'une mesure de protection vis-à-vis de leur situation familiale et d'un accompagnement spécifique vis-à-vis de leur handicap (Défenseur des Droits, 2015). Dans ce premier chapitre, nous aborderons le contexte législatif des politiques de protection sociale qui préconisent la sécurisation des parcours des enfants, adolescents et jeunes adultes accompagnés dans les structures sociales et médico-sociales.

Les mesures de protection de l'enfant en situation de handicap au regard des lois

Le parent est le premier concerné par la protection de son enfant.

○ Art 371-1 du Code Civil modifié, simplifié par la loi n°2019-721 du 10 juillet 2019 art.1

« L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant.

Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne.

L'autorité parentale s'exerce sans violences physiques ou psychologiques.

Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité. »

○ Article L112-3 du Code de l'Action Sociale et de la Famille (CASF) - art. 1

Protection de l'enfance : Lorsque les parents ou les détenteurs de l'autorité parentale sont en difficulté ou ne sont pas en mesure d'assurer la santé, la sécurité, l'éducation de l'enfant, l'Etat, et par là le département, se doit de garantir la protection de ces enfants vulnérables et de soutenir la parentalité, soit par des actions de prévention, soit par des mesures de protection.

- 3 Lois réformant la Protection de l'Enfance / l'intérêt supérieur de l'Enfant insistant sur la sécurisation des parcours, se focalisant sur les enfants longtemps confiés à l'ASE.

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 en faveur des personnes en situation de handicap vient affirmer sa lutte pour l'égalité des droits et des chances, ainsi que la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Elle vient redéfinir la notion de handicap : *« Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »*

Ces politiques publiques sont déléguées aux départements : les services de l'ASE et l'organisation des MDPH. Ces services du département doivent garantir la continuité de parcours des enfants, adolescents et adultes pris en charge par les établissements et services sociaux et/ou médico-sociaux. Depuis des décennies, ces structures subissent des changements institutionnels profonds dans le but de renforcer la prévention des risques de danger et l'accompagnement à domicile au plus près des besoins de l'enfant.

La volonté politique d'endiguer le phénomène de rupture de parcours

Une diversification institutionnelle a été impulsée dans les années 1960 à la suite des dénonciations de Michel Foucault et Erwin Goffman au sujet des institutions totales, reprochant aux établissements sanitaires leur organisation asilaire. Aujourd'hui, la volonté des politiques et des professionnels est de privilégier le maintien à domicile des personnes. Dans les années 80, les MECS se sont ouvertes vers l'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO), l'Action Educative à Domicile (AED) ou encore plus récemment les Placements Educatifs A Domicile (PEAD) qui symbolisent un accompagnement éducatif privilégié par un placement de l'enfant à son domicile. Depuis les années 2000, les ITEP et les IME s'ouvrent vers des Services d'Education Spécialisée et de Soin A Domicile (SESSAD) (1989) et tendent aujourd'hui à s'organiser en dispositifs, accompagnant l'enfant ou l'adolescent dans un projet le plus inclusif possible.

La Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a permis une diversification des services et de modalités d'accompagnement, en plaçant l'individu au centre de sa prise en charge, imposant sa participation à la mise en œuvre de son projet de vie. Les MECS, ITEP, IME, SAMSAH ou SAVS ont mis en place le Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA) qui vient symboliser non seulement les projets de l'adolescent ou du jeune adulte mais également son parcours institutionnel. Un changement de paradigme s'est opéré à travers ces politiques sociales : la « prise en charge » devient un « accompagnement », la « détotalisation institutionnelle » s'accompagne de la reconnaissance de la personne non plus prise en charge mais accompagnée ainsi que de son expertise, de ses envies, de ses projets (Dupont H, 2018). La désinstitutionnalisation amorcée dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux sous-tend une diversification de propositions, une multiplication des intervenants autour du jeune. Le travail de coordination devient nécessaire dans la coopération des services.

Depuis 2016, les nouvelles lois Santé et Protection de l'Enfant préconisent un renforcement de la prévention primaire pour une meilleure détection des situations de handicap et de risque de danger (violences et conflits intrafamiliaux). Pour exemple, La loi relative à la Protection de l'Enfant préconise, entre autres, deux axes de travail :

-> Mieux prendre en compte les besoins de l'enfant : vers plus de protection et de stabilité dans les parcours de l'enfant et du jeune adulte

-> Améliorer la gouvernance nationale et locale de la Protection de l'Enfant pour une politique publique décloisonnée et transversale

La protection des enfants, adolescents et jeunes adultes vulnérables est affaire de la PMI, des Affaires Sociales, de l'Education Nationale, de la Santé, des Départements, des Associations habilitées, de la Justice, de la Petite Enfance, de l'ASE, du champ du Handicap. Cette complexité des partenariats, et par là-même la rigidité des partenariats entre secteurs, rend la mission de protection difficile.

En **2018**, le **rapport du Conseil Economique Social et Environnemental (CESE³³)** alerte et préconise le renforcement des moyens de coordination interministérielle. En effet, malgré la décentralisation, la Protection de l'enfant reste une affaire publique, donc de l'Etat : un Conseil National de la Protection de l'Enfance (CNPE) est créé afin de proposer un espace de réflexion pour présenter des améliorations nationales en vue d'harmoniser les pratiques, décroïsonner les interventions, développer les partenariats, dans le but de permettre à l'enfant une continuité de parcours de prise en charge.

Des **concertations nationales initiées en 2019** par le secrétariat d'état chargé de l'enfance et de la famille auprès du Ministère des Solidarités et de la Santé préconisent la coordination de schémas conjoints entre les Agences Régionales de Santé (ARS) et les conseils départementaux pour organiser voire « cofinancer les dispositifs » en faveur des enfants en situation de handicap et confiés à l'ASE.

En Gironde, la MDPH 33 a été désignée structure pilote pour mettre en place les mesures de Réponse Adaptée Pour Tous (RAPT) et du Plan d'Accompagnement Global (PAG) favorisées par la Loi Santé de 2016, en particulier pour les jeunes confiés à l'ASE. Lorsqu'il y a une notification d'orientation pour un enfant (ou un adulte) mais qu'il n'y a pas de solution effective, un PAG peut être sollicité par les professionnels ou la famille. S'organise alors une rencontre au sein de la MDPH réunissant différents acteurs (Responsables de services sociaux, médico-sociaux et sanitaires, référent.e de l'Education Nationale, Conseillé.e.s en insertion, etc.). Ces plans permettent une meilleure coopération et une interconnaissance des différents secteurs (social, médico-social, scolaire, sanitaire, etc.) pour créer une nouvelle dynamique partenariale favorisant l'émergence de réponses nouvelles.

Enfin, la Protection des enfants et des personnes en situation de handicap sont affaire des départements depuis la décentralisation de l'Action Sociale. L'Agence Régionale de Santé (ARS) et le Département de la Gironde s'emploient à mettre en place des conventions de partenariats entre la Direction de Protection de l'Enfance et de la Famille (DPEF), service du département, et les établissements et services médico-sociaux (ESMS) comme le décrit le rapport de l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance³⁴ de la Gironde (ODPE 33) en 2016. Les Dispositifs ITEP et les SESSAD offrent des places supplémentaires lorsque se ferment des places en institution dans le cadre d'une politique nationale et européenne de désinstitutionnalisation (ONU 2017). Nous pouvons en déduire que la prise en charge de ces jeunes devrait être renforcée, spécialisée, individualisée, adaptée, au plus près des besoins de l'enfant, du Projet Personnalisé de l'Enfant (PPE). Comment cette volonté législative et institutionnelle se traduit-elle dans les établissements et les services sociaux et médicosociaux

³³ Le Conseil Economique Social et environnemental est une institution gouvernementale aujourd'hui composé de membres élus et issus de la société civil. Il a un rôle consultatif dans les projets de lois, et dans le cas présent, réalise des rapports d'évaluation sur la mise en œuvre des politiques sociales

³⁴ Les Observatoires Départementaux de la Protection de l'Enfance ont pour mission l'évaluation de la mise en œuvre de la politique de Protection de l'Enfance. Chaque département n'en est pas doté. Ils sont regroupés en l'ONPE, Observatoire National de la Protection de l'Enfance

? Il sera important, dans un second chapitre de cette première partie, de repérer ce qu'il se passe sur le terrain, pour les jeunes concernés.

... A la double peine

Les premières observations montrent que le parcours d'un adolescent ou jeune adulte accompagné par les services de ces deux secteurs (handicap/ASE) est souvent tumultueux, complexifié par un temps institutionnel différent, où il faut élaborer deux projets personnalisés d'accompagnement, rendre compte à deux instances différentes, etc. Les risques de rupture de parcours de prises en charge sont plus importants. Ainsi le décrit le Défenseur des Droits³⁵ en 2015 : « *Des enfants doublement vulnérables, qui devraient en toute logique bénéficier d'une double attention et d'une double protection, mais qui vont paradoxalement, parce qu'ils se trouvent à l'intersection de politiques publiques distinctes, être les victimes de l'incapacité à dépasser les cloisonnements institutionnels* » (Défenseur des Droits, Rapport 2015).

En 2019, environ 16% des enfants bénéficiant d'une mesure ASE ont une reconnaissance de handicap en Gironde. (ODPE 33, 2020, p119). 28,5% de ces jeunes sont placés en MECS et ont une double prise en charge majoritairement en IME et en ITEP. Il est à noter que les reconnaissances de handicap précèdent les mesures de placement dans 77% des cas, le handicap de l'enfant peut être une cause de danger dans les situations familiales fragiles. (ODPE 33, 2020, p121)

D'après les rapports de l'ODPE 33 concernant les enfants confiés à l'ASE et de Hugo Dupont concernant les enfants et adolescents accueillis en ITEP, les enfants en situation de handicap et placés en MECS sont majoritairement issus d'un milieu défavorisé, « de familles populaires, souvent éloignées de l'emploi avec peu ou pas de qualification et dont certains parents bénéficiaient de la reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés » (Dupond, 2016, p54). Dans ces rapports, nous pouvons lire que ces jeunes sont particulièrement en échec scolaire. De cette difficulté première d'être issus de familles défavorisées socialement et culturellement, se rajoute un handicap (troubles du comportement, troubles de la relation, déficience, etc.) qui vient perturber les apprentissages et leur socialisation dans le groupe en classe, mais également des difficultés familiales, comprenant les carences éducatives, les violences voire les problèmes de santé mentale d'un ou des deux parents. En difficulté eux même, les parents ne portent pas une priorité au suivi et au soutien scolaire de leur enfant (ODPE 33, 2020). Bien que la loi a évolué dans la catégorisation des handicaps vers une reconnaissance de « situation de handicap » exprimant qu'un handicap peut être temporaire, passager, au gré des accidents de la vie et d'amélioration des conditions du quotidien, la reconnaissance de handicap est encore souvent mal vécue par le jeune et sa famille. Pour eux,

³⁵ Le Défenseur des Droits est une organisation indépendante créée en 2011 qui a pour mission de défendre les personnes privées de leurs droits et permettre l'égalité d'accès aux droits. Une branche est dédiée aux droits des enfants.

l'étiquette est insupportable. « Ni fou, ni gogol », les adolescents accompagnés dans les structures médico-sociales rêvent de normalité, d'un travail et d'une maison (Dupont, 2016). La prise en charge très spécifique devrait permettre de les accompagner au mieux, mais pourtant, les instances coordinatrices (MDPH et ODPE 33) font le constat qu'une prévalence des ruptures de parcours concerne les jeunes de 16 à 25 ans.

Les risques de rupture de parcours des jeunes de 16-25 ans, un constat empirique

Il est intéressant de regarder précisément les rapports de l'ONPE, des ODPE, de la CNAPE³⁶, du CESE, de la MDPH 33, les conclusions sont univoques quant aux risques de rupture de prise en charge : les plus concernés sont les enfants à difficultés multiples (longtemps appelés « incasables ») qui sont mis à mal et mettent à mal le système. En effet, avant les réformes de la Protection de l'Enfance et les élans de désinstitutionnalisation, les jeunes et leur famille devaient s'adapter aux structures, accepter la prise en charge des services, pour ne pas être catégorisés 'incasables' ou 'patate chaude' et être renvoyés des établissements au risque d'un isolement plus profond. Depuis, des efforts ont été réalisés sur le territoire pour diversifier les propositions de services, développer de nouvelles actions personnalisées et permettre d'ajuster les accompagnements. Mais, concernant a fortiori les jeunes à difficultés multiples, le cloisonnement des secteurs psychiatrique, handicap, ASE, etc., reste encore très prégnant. Ces jeunes nécessitant un accompagnement privilégié et personnalisé se retrouvent souvent "coincés" dans le système, favorisant les ruptures de parcours. En effet, les professionnels ayant participé aux concertations nationales sur l'Aide Sociale à l'Enfance impulsées par le Ministère des Solidarités et de la Santé relatent « la multiplication des projets autour de l'enfant [...] sans garantie en termes de cohérence des interventions » incluant les seuils d'âge de prise en charge différents (Concertations, Groupe n°3, 2019). Nous avons pu rencontrer en visioconférence une professionnelle chargée d'insertion à la MDPH et mobilisée sur cette question. Elle développe ce constat : les jeunes entre 16 et 25 ans sont majoritairement concernés par des ruptures de parcours, en grande partie à cause de la multiplicité des seuils d'âge selon les dispositifs :

- 16 ans = fin de scolarité obligatoire, RQTH³⁷ possible ;
- 18 ans = majorité, fin de prise en charge à l'ASE et possibilité de demande de Contrat jeune majeur jusqu'à 21 ans en Gironde ;
- 20 ans = statut adulte handicapé ;
- 25 ans = premières prestations sociales mais rien entre 21 et 25 ans.

La Gironde a été département pilote en 2017 pour la mise en place des PAG concernant les jeunes en situation de handicap et confiés à l'ASE. Il avait été repéré une prévalence de ruptures de parcours pour des jeunes de 16 à 25 ans en situation de handicap, tranche d'âge

³⁶ La Convention Nationale des Associations de la Protection de l'Enfance est une fédération animant un réseau d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux en faveur de la protection des enfants en difficultés

³⁷ Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé

en intersection entre l'enfance et l'âge adulte, avec les enjeux de l'adolescence, de préparer un avenir, de projection difficile... Une équipe a été créée afin de "*ne pas rater la transition*". Car pour les 16-25 ans, il y a peu de dispositifs existants. La chargée d'insertion de la MDPH interviewée explique : l'équipe 16-25 va étudier les demandes spécifiques autour de l'insertion en Commission (CDAPH)³⁸ avec autour de la table un médecin, un chargé d'insertion, une psychologue et une assistante sociale. Des partenaires peuvent venir également pour parler de situations complexes. La CDPAH donne ensuite un avis favorable ou pas, avec une orientation. La professionnelle évoque différentes situations observables :

- Couperet des 18 ans lorsqu'il y a des problèmes en famille et qu'il n'y a pas de suivi ASE, il faut trouver des solutions, idem couperet des 21 ans après une prise en charge ASE.
- Le parcours scolaire va avoir une incidence sur la suite
- Pour les jeunes qui ont des troubles psychiatriques, il faut trouver des solutions associant le sanitaire et le médico-social

De plus, il est demandé aujourd'hui aux jeunes pris en charges dans les institutions une autonomie nécessaire à 18 ans, quand l'âge moyen du départ de chez les parents recule à + de 23 ans et l'âge du 1^{er} emploi stable à + de 27 ans pour les jeunes français (CESE, 2018). La rupture ou l'arrêt d'une prise en charge associe souvent l'arrêt d'un logement, des ressources, des liens sociaux, des études en raison d'un soutien familial difficile. Se rajoute la rupture de droits pour les jeunes en situation de handicap. De par leur parcours, et leur double vulnérabilité, ces jeunes vivent des inégalités sociales, scolaires ou professionnelles plus importantes que la moyenne nationale.

Ces difficultés de propositions d'orientation ne vont pas sans observer les difficultés multiples de l'adolescent qui ne rêve que de normalité et d'un devenir adulte idéal. L'absence de projection et le déni du handicap favorisent les ruptures de parcours. Comment sont accompagnés ces jeunes dans les services ? Comment penser une continuité de parcours face aux situations complexes voire violentes et aux difficultés multiples de ces jeunes ? Au début de notre enquête, nous nous sommes entretenus avec quelques professionnels travaillant dans les services sociaux et médico-sociaux. Ils ont dû répondre à cette simple question : « *quelles sont les difficultés rencontrées ?* » Voici déjà une liste à la Prévert des réponses :

- Un réseau relationnel et familial pauvre, peu soutenant des jeunes sortant de l'ASE

³⁸ La Commission des Droits et l'Autonomie des Personnes Handicapées, au sein des MDPH, a pour mission de délivrer des notifications relatives aux orientations et prestations pour les personnes en situation de handicap

- Dénî du handicap par les jeunes accompagnés ou par leurs parents souvent par méconnaissance et peur de la stigmatisation : frein du diagnostic et de la reconnaissance administrative de handicap qui ouvre à des droits
- Des secteurs en tension et cloisonnés ainsi qu’une insuffisante coordination des acteurs sur le territoire
- Les structures médico-sociales ne doivent pas répondre aux besoins des enfants relevant de l’ASE ; les structures de protection de l’enfance ne sont peu ou pas dotées de professionnels de soin et pas financées par l’ARS
- Place et rôle de chaque service souvent difficilement définissable
- Peu de temps de travail dédié au développement du réseau / partenariat

En conclusion, les lois de Protection de l’Enfance et de Santé s’accordent pour préconiser la prévention des situations de danger ou de risque de l’être dans les familles des enfants en situation de handicap et la transversalité des prises en charge. Ces jeunes devraient bénéficier d’un accompagnement renforcé et spécifique. Devant la complexité des situations, il y a souvent une diversification des réponses, donc une segmentation des interventions et une multiplication des acteurs. La volonté de préconiser la continuité de parcours de ces adolescents et jeunes adultes dans les services tient à la coopération institutionnelle, à une coordination du projet personnalisé d’accompagnement. Comment stabiliser le parcours des jeunes avec la multitude d’acteurs sociaux et médico-sociaux intervenant ? Chaque intervention (et donc chaque acteur) a sa propre temporalité. Comment se coordonner entre partenaires « qui disposent de leur propre logique d’action temporelle, de leurs propres outils d’ordonnancement [DIPC³⁹, PPA⁴⁰, etc.] de parcours » (Jamet, 2016) et l’on pourrait rajouter, de leur propre culture professionnelle ?

³⁹ Document Individuel de Prise en Charge

⁴⁰ Projet Personnalisé d’Accompagnement

La continuité de parcours en question

La question de recherche

Malgré une volonté politique de renforcer l'accompagnement proposé par les établissements et services sociaux et médico-sociaux pour chaque adolescent ou jeune adulte vulnérable, le constat des professionnels est amer, particulièrement sur les risques de rupture de parcours des jeunes en situation de handicap et dont les difficultés familiales nécessitent un placement. Leurs prises en charge multiples devraient bénéficier d'un travail de coopération, de coordination entre les structures. Alors même qu'on est dans un mouvement de désinstitutionnalisation, d'ouverture sur l'extérieur, et donc d'une plus grande coopération/coordination entre acteurs, il demeure un frein à se parler. Qu'est-ce qui freine les échanges et un travail de complémentarité entre les différents intervenants auprès du jeune ? Les professionnels n'y voient-ils pas d'intérêt ? Ne savent-ils pas comment s'y prendre ? Le temps manque-t-il ?

Notre question de recherche sera donc : **Comment se déploie le partenariat entre les structures d'accueil en collectif de l'ASE et les services médico-sociaux pour les jeunes à difficultés multiples ?** De ce questionnement, nous émettons plusieurs hypothèses dont une première : Le partenariat entre structures sociales et établissements médico-sociaux ne fonctionne pas. Pour préciser les raisons d'un dysfonctionnement, nous viendrons vérifier si la mise en œuvre des politiques sociales de protection est encore trop sectorisée, empêchant un partenariat fluide entre services spécialisés. Par ce biais, nous observerons si la place de chacun dans la coordination des projets personnalisés d'accompagnement n'est pas assez définie occasionnant une confusion des rôles. Enfin, nous supposerons que les services enfance n'anticipent pas la période charnière qu'est l'adolescence et donc les orientations des jeunes à leur majorité.

Il nous a semblé nécessaire de rencontrer les intervenants accompagnant ces jeunes avec des missions similaires ou différentes, pour pouvoir objectiver au mieux les tentatives de définitions des mécanismes de partenariat entre structures sociales et médico-sociales. Pour cela, nous avons choisi une méthode qualitative d'enquête basée sur des entretiens en face à face. L'échantillon s'est constitué autour des professionnels intervenant auprès des adolescents et jeunes adultes, et portant les projets personnalisés d'accompagnement mais également vers les travailleurs sociaux jouant un rôle important dans le partenariat notamment avec la MDPH ou l'ASE. Toutes les personnes rencontrées sont diplômées, et travaillent sur leur poste depuis au moins deux ans. Nous avons recherché une égale quantité de professionnels officiant dans une structure sociale ou dans un service médico-social. En effet, 13 professionnels du secteur de la Protection de l'Enfance et 11 du secteur médico-social, répartis entre 3 MECS, 3 DITEP, 2 IME, 2 SAVS, 2 services spécifiques et 1 CDEF⁴¹, ont été rencontrés en 3 mois.

⁴¹ Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille est un établissement du département de la Gironde accueillant en urgence les enfants et adolescents en danger ou en risque de l'être afin d'évaluer la situation familiale et d'orienter l'enfant et sa famille

Cinq adolescents et jeunes adultes ont été interviewés, dont 3 jeunes de bientôt 18 ans pris en charge en DITEP et placés en Protection de l'Enfance, et 2 jeunes adultes de 19 et 23 ans. Bien sûr, cet échantillon n'est pas exhaustif, les jeunes mériteraient de faire partie d'une étude à part entière. Il nous semblait juste d'en écouter certains dont on a évoqué leur histoire, leur parcours lors des entretiens avec les professionnels qui les accompagnent ou les ont accompagnés et de saisir leur point de vue.

Anticiper une orientation vers le devenir adulte : Les difficultés institutionnelles

Les politiques sociales : une référence ?

L'accompagnement des jeunes ayant des problématiques multiples ne semble pas simple, heurté par une situation familiale complexe, des troubles psychiques, des comportements à risque, et mis à mal par une organisation institutionnelle et structurelle cloisonnée. Nous avons rencontré des professionnels engagés au quotidien et des adolescents attentifs à notre sujet de recherche. Ils nous ont permis de rendre compte d'une vignette psychosociologique du travail de coopération autour du projet de vie des personnes concernées.

En effet, les politiques sociales et les institutions (Département, ARS, etc.) ont une volonté de décroisonner les secteurs d'intervention afin de garantir un accompagnement au plus près des besoins des adolescents et jeunes adultes. Mais ce cadre institutionnel ne fait pas référence pour les professionnels de terrain, le message devient flou par l'accumulation de textes et de recommandations, de plus, certainement freiné par l'organisation hiérarchique et sectorisée de la mise en œuvre des politiques sociales. Seuls les intervenants nouvellement formés peuvent s'y appuyer, en prise directe avec des savoirs transversaux dispensés dans les formations diplômantes. Par contre, la volonté de désinstitutionnaliser les organisations concentrées vers des services de proximité, en « déambulatoire », divise mais promet une prise en compte des besoins de la personne de façon plus précise et participative.

La revendication d'une culture professionnelle

L'organisation de la mise en œuvre des politiques sociales n'est pas portée par une même instance. En effet, depuis la Décentralisation de l'Etat en 1983, les départements français sont "Chef de File" de la Protection de l'Enfance. L'Aide Sociale à l'Enfance devient un service du département. Les MECS, le CDEF ou d'autres services spécifiques relevant de la Protection de l'Enfance, sont habilités et financés en majeure partie par le Département, les équipes sont composées par une majorité de travailleurs sociaux, et encadrés d'un.e chef.fe de service éducatif, d'un.e psychologue et d'un.e psychiatre à temps partiel.

Le département a également pour responsabilité l'organisation de la MDPH qui a pour mission d'accueillir les personnes en situation de handicap ou leurs représentants légaux et les orienter dans leurs démarches et accompagnements et/ou vers les ESMS nécessaires. Cependant, ces ESMS ne sont pas financés par le département (Sécurité sociale / ARS). Les

équipes pluridisciplinaires sont différentes. De part ces différences de finances et de composition d'équipes pluridisciplinaires, les professionnels interviewés évoquent une culture professionnelle différente. En effet, les différentes professions et donc formations des professionnels composant les équipes pluridisciplinaires ont une influence différente sur le cadre institutionnel, les objectifs de travail ou encore sur les propositions et modalités d'accompagnement.

Ainsi, le cadre institutionnel n'est pas porté de la même manière dans et hors les murs par les professionnels et selon l'influence des savoirs pluridisciplinaires différents. Cette mise en avant d'une culture professionnelle institutionnelle vient renforcer le clivage entre les différents secteurs d'intervention et entre les différentes structures. Pourtant, lors des présentations des conditions de travail des professionnels interviewés, autant le contexte et les équipes sont différents, autant la récurrence dans les problématiques du public accueilli et dans les missions des services est notable. Il est intéressant d'analyser comment les professionnels parlent des personnes concernées.

Portrait des adolescents et jeunes adultes accompagnés

Les professionnels nous racontent de façon plaquée que la MECS accueille des jeunes jusqu'à 21 ans « *dans le cadre de la Protection de l'Enfance* », que l'IME accompagne des adolescents « *déficients intellectuels* » jusqu'à 20 ans, le DITEP des jeunes ayant « *des troubles du comportement, de la relation, de l'attention* » et le SAVS des « *adultes en situation de handicap* » à partir de 20 ans. A priori, sur le papier, chaque établissement ou service vient répondre distinctement à une problématique identifiée. A chaque problème, une solution, le jeune doit pouvoir rentrer dans une case...

Lorsque nous avons attentivement écouté les professionnels raconter les histoires de ces adolescents et jeunes adultes, à l'évidence, les problématiques rencontrées ne sont pas aussi simples, définissables ou homogènes.

- Les problématiques sociales et familiales sont citées par 12 professionnels sur 20 interviews
- Les problématiques psychiques, les « *troubles psychiatriques* », les « *maladies psychiques* » bien qu'elles ne fassent pas partie des caractéristiques dominantes dans l'accueil, sauf en SAMSAH, sont également évoquées par 12 professionnels différents.
- Les « *troubles du comportement* », les « *angoisses* », sont mentionnés 9 fois
- La « *délinquance* », les « *violences* » sont référencées par 7 professionnels

Ainsi, les adolescents et adultes accueillis dans les établissements et services ont des problématiques hétérogènes relevant de différents champs d'intervention : la protection de l'enfance, le sanitaire, le handicap ou encore la délinquance. Comment sont-ils accompagnés dans les structures ?

La multiplication des missions des établissements et services auprès des jeunes en difficultés et la mise en place du PPA

En interrogeant les professionnels sur leurs missions ou celles de leur service, les réponses ont été assez généreuses :

- L'insertion sociale et professionnelle est référencée par 12 professionnels sur 20,
- L'accès au droit commun, « l'autonomie », « l'inclusion » préoccupent 11 personnes
- Le soin, « l'accompagnement thérapeutique » font partie des missions citées pour 7 sur 20
- La vie quotidienne (hygiène, santé, logement, loisirs) est mentionnée par 5 professionnels
- Le travail avec les familles est évoqué dans 4 situations

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux, nous l'observons, ont donc des missions relativement similaires et néanmoins multiples. Tout comme les problématiques des adolescents et jeunes adultes accompagnés, elles font appel à des champs d'interventions différents. Par contre, la mise en place du Projet Personnalisé d'Accompagnement des jeunes n'en fait pas partie. Alors que les cadres législatifs préconisent la prise en compte des besoins dans l'intérêt supérieur de l'enfant, ou promeuvent la participation à la vie citoyenne des personnes en situation de handicap, le cadre institutionnel va venir davantage répondre à l'obligation de mise en place des outils de la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Cette loi prévoit la mise en place d'un projet personnalisé pour chaque personne accompagnée déclinant en modalités opérationnelles les missions de la structure. Les professionnels travaillant dans les établissements comme les MECS ou les IME décrivent une participation des jeunes au mieux consultative, au pire non instituée.

Les professionnels des services médico-sociaux, quant à eux, semblent voir un intérêt à travailler la participation des adolescents et des jeunes adultes dans leur projet de vie. Ceux qui peuvent décrire cette organisation sont les mêmes qui peuvent donner une définition de l'autonomie visée dans leurs missions.

Les définitions de ce type de concepts, de mots valise du travail social que sont l'autonomie ou la participation sont souvent énoncées par les professionnels à partir de l'endroit où ils travaillent et des personnes qu'ils accompagnent. Encore une fois, il n'y a pas un consensus institutionnel ou opérationnel, ce qui vient renforcer des pratiques différentes entre services.

En conclusion de ce chapitre, nous pouvons observer que, malgré les caractéristiques du public accueilli et les missions similaires dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les politiques sociales sont encore sectorisées de par leur mise en œuvre (organisation et financement des prises en charge). Cela véhicule un fort sentiment d'appartenance à une culture institutionnelle spécifique et différenciée entre structures. Quelle influence cela va-t-il avoir sur le travail entre les structures dans le cadre de l'accompagnement d'un jeune, d'une personne à difficultés multiples ?

La coordination du PPA : les enjeux d'une continuité de parcours

Face aux problématiques multiples, les établissements et services sociaux et médico-sociaux ne peuvent plus répondre seuls aux besoins des personnes accompagnées et doivent faire appel à d'autres dispositifs. Peut-on parler de bouleversements des pratiques ? Les travailleurs sociaux ont toujours fait appel à leur réseau dans leur pratique, mais la diversification des services qui s'est faite aussi rapidement depuis ces dernières années a certainement décontenancé certaines pratiques. En effet, la « double prise en charge » des jeunes en situation de handicap et confiés à l'ASE n'est pas nouvelle, le travail ensemble existe depuis des décennies, mais le changement des modalités d'accompagnement a bouleversé le travail de partenariat interservices. Dans ce chapitre, nous allons décrypter ce travail à travers l'expérience des professionnels interviewés en faisant référence aux théories de la psychologie des groupes, puis nous aborderons le rôle de coordination des partenaires nécessaire à la mise en œuvre d'un projet personnalisé d'accompagnement.

Autopsie d'un partenariat interservices

La particularité du travail conjoint entre structures dépendantes de l'ASE et du médico-social accueillant un même jeune nous amène à parler du partenariat interservices. Discourir sur le fonctionnement du partenariat, les professionnels savent faire, mais énoncer une définition, rien de clair... Il est devenu un mot valise, un terme galvaudé qu'on ne remet pas en question. Il est nécessaire, contraint, subi ou intéressant, peu soutenu par les directions de structures ou mis à une place centrale dans les projets de services. Selon Fabrice Dhume-Sonzogni, on ne peut pas en vouloir aux professionnels. En effet, il explique que ni les législateurs, ni les pouvoirs publics ou autres instances réflexives qui énoncent une injonction de développer les partenariats, ne proposent pas une logique de mise en œuvre et de méthode pour donner du sens à travailler ensemble (Dhume, 2010). Il en va (presque) de soi.

Au sujet du partenariat interservices, 17 professionnels ont été interrogés spécifiquement sur son fonctionnement. Des éléments moteurs facilitant le travail entre professionnels de différentes structures ont été énoncés :

- L'engagement des personnes est évoqué par la majorité des professionnels (15/17)
- La fluidité dans la communication, les rencontres, garantir le lien entre partenaires, prendre des nouvelles, etc. est important pour 11 professionnels sur 17 interviewés
- La définition du rôle et des missions de chacun, faire équipe, comprendre ce que fait l'autre, pour servir un travail complémentaire, est cité dans la moitié des entretiens

- La participation du jeune, la mise en place du PPA dans le fonctionnement du service ne sont évoquées comme une nécessité que dans 2 discussions

La réussite d'un partenariat est donc une histoire de personnes. Des personnes qui « *s'engagent* », qui « *portent un réseau* », des professionnels « *nécessairement diplômés* ». Le travail ensemble fait appel à une responsabilité individuelle importante d'après les commentaires des enquêtés. Les acteurs sont différents, ils ont une vision différente de l'action collective menée. Ils peuvent donc amener une complémentarité dans le travail, une diversité de réflexion à condition que la communication soit favorisée et que les différents points de vue soient respectés, « que chacun puisse exister dans le collectif en tant que différent des autres, mais en tant que partageant une culture et un espace commun » (Dhume, 2010, p114), un espace de négociation. Cet espace commun permet de partager une pratique professionnelle, de créer une culture commune. Si chaque partenariat engage des acteurs différents, chaque pratique du partenariat sera différente, pratique qui sera confrontée aux habitudes de travail de chacun. Le « *ça tient à la personne* », énoncé dans quasiment tous les interviews, édicte au professionnel une facilité d'adaptation et d'ouverture autant que d'engagement, de sens ou de bénéfices qu'il peut en tirer dans ce travail ensemble.

On reconnaît aux professionnels interviewés le désir d'un travail sérieux, méticuleux alors qu'ils sont pris dans une injonction contradictoire de partenariat interservices obligé, défini par un projet commun d'accompagnement personnalisé d'un adolescent ou d'un jeune adulte.

Quand les éléments moteurs du fonctionnement d'un partenariat interservices restent de la responsabilité individuelle, les difficultés semblent institutionnelles :

- Le travail de partenariat n'est pas institutionnalisé, « *manque de temps* », peu soutenu par la direction, 8 professionnels sur 17 le déplorent
- La différence de « *culture* » institutionnelle, « *des temporalités des interventions* » est citée par 7 professionnels
- La hiérarchisation des rôles, les rivalités ou le renvoi des responsabilités de la prise en charge sont mentionnés également par 7 enquêtés
- Le changement d'interlocuteurs ou la non-permanence des personnes, la stabilité des équipes sont énoncés par 5 interviewés
- Viennent ensuite les représentations et la méconnaissance des services (4/17), des publics et des handicaps (4/17)
- Enfin, les problèmes de communication sont cités dans 3 interviews

Lorsque nous demandons donc aux professionnels pourquoi ce travail ne fonctionne pas, la moitié nous répond qu'il ne fait pas partie des missions dictées par le projet d'établissement, qu'ils manquent de temps, qu'ils font appel à un réseau personnel qui n'est pas forcément partagé au sein de l'équipe.

Dans certains établissements, le travail de partenariat n'est pas institué.

Nous observons que les difficultés de travailler ensemble qui incombent aux partenaires est de l'ordre institutionnel. Le professionnel qui représente son service est perçu à travers son appartenance à un groupe, son équipe. La psychologie sociale nous éclaire sur l'influence que ce groupe d'appartenance aura sur l'individu en imposant certaines idées, normes ou valeurs qu'il va intégrer dans son comportement. Dans le partenariat, des équipes, des groupes identifiés, vont se mettre au travail ensemble et confronter une culture professionnelle différente. De plus, ces différentes cultures seront alimentées par des groupes de référence comme les réseaux de MECS, de DITEP, etc.

Cette relation intergroupe se réalisera donc en fonction de catégorisations :

L'appartenance à un groupe, et donc la non-appartenance à un autre, le développement de stéréotypes, comme nombreux mimétismes aux groupes d'appartenance et de référence, ou encore les représentations et les préjugés imputés aux autres groupes. Plus le lien d'appartenance est fort, plus les représentations sont fortes et plus les préjugés sont négatifs (Fisher, 2010). Ces mécanismes créent des tensions voire des conflits dans la relation intergroupes, donc dans le partenariat.

Il existe, en psychologie sociale, plusieurs formes de conflits :

- « Conflit d'objectifs : les buts poursuivis par un groupe sont incompatibles avec ceux d'autres groupes
- Conflits cognitifs : les croyances et les représentations d'un groupe sont incompatibles avec celles d'autres groupes
- Conflits affectifs : les émotions et les sentiments sont incompatibles avec ceux d'un autre groupe
- Conflits comportementaux : les actions d'un groupe sont incompatibles avec d'autres groupes » (Fisher, 2010, p 247)

Les relations négatives se développent : les stéréotypes qui renforcent les caractéristiques de son groupe d'appartenance s'accroissent, les inimitiés entre groupes augmentent et la communication se réduit. Cela consolide la cohésion intragroupe et la conformité de l'individu à son groupe d'appartenance (Fisher, 2010). Pour sortir de ces conflits, les groupes ou les individus représentant ces groupes vont choisir l'évitement, la négociation ou la conciliation.

Travailler ensemble est donc à la fois une nécessité et une contrainte, travailler en partenariat impliquant un ou plusieurs acteurs, en référence au PPA de l'adolescent ou du jeune adulte, engage les professionnels à une vigilance de chaque instant et un respect de la place des autres dans le partenariat. Quels moyens garantissent les échanges, la fluidité dans la communication, la négociation ? Comment se coordonnent les missions de chacun ? Dans le paragraphe suivant, nous décrivons le travail de coordination des professionnels.

La nécessité d'une coordination des partenaires pour le projet du jeune au risque de la confusion des rôles

Le travail de partenariat interservices dans les situations complexes exige donc par souci de cohérence une coordination des actions impulsées pour répondre aux besoins des adolescents et jeunes adultes accompagnés. Les professionnels interviewés sur leur rôle de coordination sont unanimes : ils coordonnent chaque situation. 10 professionnels sur 12 sont concernés par ce rôle, essentiellement des assistantes de service social et des éducateurs. Pour 5 d'entre eux, ils sont nommés « référents de parcours », ils travaillent en IME, DITEP, SAVS et SAMSAH. Pour 2 professionnels d'IME cela fait partie de leurs fonctions, c'est une mission explicitée dans leur fiche de poste ; et pour 3 autres travaillant en MECS, les professionnels sont « *référents de situation* » et expriment la nécessité de coordonner bien que le partenariat n'est pas ou peu institutionnalisé. Une éducatrice en IME s'est essayée à expliquer sa nouvelle fonction de référente de parcours : « *tu es à une place un peu centrale, et c'est à toi de rassembler les éléments de : ce qui se passe en famille, famille d'accueil ou lieu de vie ; de ce qui se passe à l'IME, en scolarité, avec les partenaires ; au niveau thérapeutique lorsqu'il y a des prises en charge extérieures ; et voilà, c'est un peu à toi de centraliser tout ça et j'ai vraiment l'impression qu'on devient dépositaire de l'avenir du jeune... Et en fonction des situations que tu as à suivre et bin, franchement je trouve ça lourd parfois* ». Le référent ou le coordinateur de parcours doit avoir une vision globale de la situation de l'adolescent ou du jeune adulte accompagné, mais, selon la définition de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), « La démarche du référent de parcours est destinée à proposer un accompagnement renforcé aux personnes en grande difficulté sociale, et vise pour ce faire à améliorer la coopération entre les professionnels en charge du suivi d'une même personne, en associant activement cette dernière à la prise de décision » (DGCS, 2019).

La majorité des professionnels travaillant au plus près des personnes accompagnées ont le sentiment de devoir coordonner sans pour autant y mettre du sens si ce n'est l'impulsion d'un travail de rencontre et de mise en place d'un accompagnement. Le devoir de coopération n'est pas si explicite, les professionnels exposent davantage ce qui peut faire frein dans ce travail plutôt que de réfléchir au sens de leurs actions.

La coordination serait une fonction à part entière comme le titre l'article de J.R. Loubat paru dans les ASH en 2019, mais elle se heurte à des freins institutionnels : elle n'est pas inscrite dans les conventions collectives et vient bousculer des pratiques institutionnelles vieillissantes lorsque la coordination implique la mise en œuvre d'un PPA où le jeune accompagné peut réellement s'exprimer, ce qui est faussement le cas encore aujourd'hui dans les établissements et services pour adolescents.

Coordinateur ou référent de parcours semble donc être une fonction nécessaire mais peu définie par les institutions législatives ou employeuses. Les enjeux psychosociaux ne sont pas maîtrisés et, enfin, si tout le monde coordonne, par nécessité ou par souci de cohérence, cela peut engendrer des confusions dans le travail de partenariat. Les enjeux de pouvoir peuvent

alors prendre le pas sur le sens de l'action, sur les décisions concertées, au détriment du pouvoir d'agir des jeunes.

Combiné à un contexte politique et institutionnel sectorisé, la coordination de parcours vient se frotter à la question du temps institutionnel de chaque service.

Dans ce contexte politique et psychosocial, la notion de partenariat est axée sur les besoins de l'institution, qui, ne sachant, va travailler avec d'autres services, mais ne semble pas découler des besoins des personnes, et encore moins s'appuyer sur leurs compétences ou leur réseau familial et social. Au moment du passage de l'adolescence à l'âge adulte, comment les professionnels prennent-ils en compte le désir des adolescents accompagnés ? Comment anticipent-ils cette période charnière entre l'enfance et l'âge adulte ?

Les risques de rupture lors du passage entre un service enfance et un service adulte

L'étymologie du mot Educateur vient du latin Ex-ducere qui signifie conduire hors de, accompagner vers l'extérieur tel un passeur (Rouzel, 2002). Le parcours de vie d'une personne peut prendre des chemins différents par choix, désirs ou obligations. Tout un chacun va élaborer un projet de vie en se projetant selon ses désirs et ses représentations sociales afin de s'épanouir. La situation des adolescents, avant que l'aide sociale ne puisse intervenir, a été faite de ruptures, de mal être, de maltraitements, de dégâts sociaux. Les services sociaux et médico-sociaux viennent leur proposer un parcours protégé pour leur permettre de grandir et devenir adulte. Comment les professionnels pensent cette période charnière qu'est l'adolescence ?

Sémantique d'une protection des mineurs

Les services sociaux et médico-sociaux ont une mission de protection vis-à-vis des adolescents vulnérables : protection du fait de leurs troubles et de leur conséquence en matière d'inadaptation aux attentes de la vie en société, protection de par les difficultés familiales. Mais ils ont également une mission d'accompagnement pour les aider à grandir et préparer leur vie d'adulte. Il est intéressant de relire attentivement les retranscriptions des interviews des professionnels participant à cette recherche et de tenter de comprendre comment ils se positionnent autour du projet du jeune : les travailleurs sociaux (éducateurs comme assistants de service social) des services enfance emploient particulièrement des verbes d'action du champ lexical de la protection. Selon eux, l'institution vient « *prendre soin* », « *sécuriser* », « *apaiser* », « *être contenante* », « *a le souci de protection* », quand les jeunes sont décrits comme « *fragiles* », « *vulnérables* », « *influençables* », ont « *besoin de soutien* », de « *soin et de protection* », « *d'un accueil protecteur* », de « *cocooning* », d'une « *contenance* »

rassurante »... « Est-ce qu'on n'a pas tendance à proposer des choses encore plus protectrices ? » se questionne une éducatrice de MECS.

C'est là toute l'ambivalence de l'accompagnement éducatif : protéger et accompagner vers. En effet, les travailleurs sociaux viennent proposer des actions de la vie quotidienne et des étayages affectifs nécessaires au développement des adolescents, rappelant les fonctions parentales. En étant à toutes les places, protectrice, symbolique, nourricière, l'éducateur vient incarner à travers la relation éducative proposée « les personnes passées ou absentes qui ont déterminé ces formes antérieures de relations d'amour et de haine » (Capul et Lemay, 2003, p130). Travaillant au quotidien, ces fonctions rappellent celles attribuées idéalement aux parents. En proposant une relation rassurante et bienveillante, l'éducateur permet à l'adolescent ou au jeune adulte d'expérimenter cette relation suffisamment bonne et s'autoriser à la reproduire avec d'autres personnes, ailleurs. (Winnicott, 2014). Les enjeux de projection, ou de transfert et de contre-transfert chers à Freud, jouent alors un rôle prédominant dans l'accompagnement. Michaël raconte avec ses propres mots ce transfert : il a été pris en charge en ITEP depuis presque 6 ans et placé en MECS depuis 2 ans. Le jeune homme liste tous les adultes qui l'entourent : deux co-référents au « foyer », un éduc à l'ITEP, et tous les professionnels qu'il dénombre dans son parcours à l'ITEP : « *une prof pendant 4 ans, le psy, l'orthophoniste et les co-référentes [...] Ça change pas, j'ai toujours eu beaucoup d'éducs autour de moi, que ça soit au foyer ou à l'ITEP* ». En questionnant Michaël sur l'accompagnement proposé par ses éducateurs, il nous raconte qu'il n'était pas pareil avant, à son arrivée à l'ITEP, il était très agité, peu dans la relation. Alors son référent, « *qui [l']avait compris* », a désigné des co-référentes pour qu'il puisse « *apprendre à communiquer* ». Michaël estime que l'éducateur lui a appris beaucoup de choses « *C'était comme mon deuxième père pour moi et puis il avait un fils de mon âge* ». Nous précisons que cet éducateur a les mêmes origines et environ le même âge que le père de Michaël. Il y a une forte accroche entre eux, comme s'ils se « *reconnaissaient* » et la prise en charge a été longue, il « *a pris du temps avec moi [...] Il m'a pas lâché. Je l'appellerai à 18 ans pour lui dire et pour mon CAP* ».

Entre protection et émancipation, les professionnels de l'éducation spécialisée doivent jouer leur partition dans l'accompagnement des adolescents et jeunes adultes en devenir. La mise en place d'un PPA permet d'accompagner le jeune à faire ses propres choix, certes au risque de se tromper ou de ne pas pouvoir les assumer par la suite. Les éducateurs ont certainement une tendance à vouloir protéger pour éviter toute situation de danger au risque de limiter ces choix et de décider pour l'adolescent ce qui est le mieux pour lui (RENOUL, 2016). « *On aime bien être dans l'idée qu'on va les nourrir, qu'on va les... sauver [...] On a du mal à se séparer* » confie un éducateur de DITEP. « *On l'a pas lâché [...] On fait en sorte que le jeune ne se retrouve pas tout seul* » explique un autre.

La permanence des éducateurs est un élément important dans la continuité de parcours. Tout comme Michaël, Gaëtan l'exprime ainsi : « *Ils nous laissent un peu de temps, ils nous laissent comprendre que, beh, ils seront toujours là, même s'ils le répètent, ils seront là quoi. Même si des fois, ils le montreront pas, beh, si t'as besoin d'aide tu peux aller leur parler, si t'as besoin de parler surtout aussi.* » « *Quand ça allait pas, chuis allé les voir, et je pense que c'est à partir*

de là que ça allait mieux [avec les éducateurs] aussi. » Il pouvait leur faire confiance « ils m'ont donné plein de truc ». Gaëtan se projette après ses 18 ans vers un service chambre en ville.

Se séparer reste compliqué donc, pour des raisons affectives, projectives. Malgré tout, le temps institutionnel vient arrêter une prise en charge pour une autre. Lorsqu'on demande si des propositions d'orientation après la majorité sont privilégiées ou habituelles, les professionnels se ferment et évoquent plutôt des freins institutionnels comme le manque de places ou de propositions adaptées en secteur adultes, ou leur méconnaissance des services. Comment sont réfléchis les départs d'un service, l'accompagnement vers autre chose, la suite d'un parcours ?

Préparation au départ du service enfance

Sur le plan fonctionnel, la répartition des places d'accueil dans les services pour enfants et adolescents handicapés (ITEP, IME, SESSAD, etc.) et dans les services adultes (ESAT, Foyer d'Hébergement, Foyer Occupationnel, SAVS, SAMSAH, etc.) en Gironde, le taux d'équipement global est de (pour milles habitants girondins, en 2018) :

- Enfance : 8,3 ‰ en établissements et 2,6 ‰ en SESSAD
- Adultes : 2,9 ‰ (dont 1,5 ‰ en SAVS et SAMSAH)

A l'évidence, l'accompagnement médico-social entre le secteur enfance et le secteur adulte n'est pas équilibré, et les moyens alloués ne sont pas les mêmes si l'on compare également le taux d'encadrement (composition de l'équipe pluridisciplinaire pour le nombre de personnes accompagnées). Une cadre de SAVS explique le « clivage » important entre les financements des secteurs enfance et adulte où dans l'enfance les prestations compensatoires sont beaucoup plus importantes pour le développement de l'enfant (éducatif, thérapeutique, cognitif), prestations qu'il n'y a plus à l'âge adulte. Le nombre de places en établissement pour adultes en situation de handicap augmente légèrement depuis 2016 (de 2,6 à 2,9 ‰) mais les arrivées et départs des personnes sont rares, le temps d'attente pour une admission est long. Une éducatrice d'IME témoigne d'un temps d'instruction des demandes vers les ESAT par exemple et de « *libération de places* » long. Les jeunes sont contraints de rester à l'IME après l'âge fixé par l'agrément de l'établissement. Le taux de places en SAVS et SAMSAH pour mille habitants en Gironde reste le même depuis quelques années mais ces services fonctionnent avec une file active qui permet un temps d'attente d'une moyenne de 4 à 6 mois selon les professionnels de SAVS interviewés.

Ces derniers déplorent une méconnaissance des services médico-sociaux du secteur adulte par les professionnels de MECS voire d'IME et d'ITEP. La diversification des modalités d'accompagnement des enfants, adolescents et adultes vulnérables engendre une difficulté selon eux pour que les professionnels et les familles puissent se repérer dans l'offre territoriale.

La préparation des orientations vers les services médico-sociaux adultes se heurte donc à des difficultés institutionnelles, mais, nous l'avons vu, les professionnels sont également pris dans

l'ambivalence entre protection et émancipation. Ils espèrent toujours accompagner l'adolescent vers une inclusion totale tout en essayant de trouver des solutions vers des services de suite comme un SCEV, un SAVS ou un SAMSAH afin de « *ne pas le lâcher* ». Les adolescents, eux, répondent à ce désir de normalité, se comparant à leurs camarades du service, du lycée, du voisinage, etc. Michaël réclame ce qu'il n'a pas eu : « *une vie normale* », il voudrait « *être responsable, être autonome, être humain* ». Dans cette même lettre, il revient sur son parcours à l'ITEP et insiste sur l'accompagnement de « son » éducateur présent tout le temps de sa prise en charge. Une lourde nostalgie émane dans son écriture. A l'adolescence, les jeunes subissent des bouleversements hormonaux rapides et commencent à se détacher des croyances de l'enfance pour trouver d'autres repères et d'autres références. Devenir adulte peut occasionner un désir de liberté, en même temps que des inquiétudes voire des angoisses. Ces bouleversements vont engendrer une période de régression chez l'adolescent « liée au besoin de retrouver la sécurité des modes de pensée enfantins face au sentiment de perdre ses repères » (Brechet, Joly, 2020). L'étape des 18 ans vient bousculer psychologiquement, Michaël ne va plus en cours au risque de ne pas passer son CAP, il est d'humeur déprimée, et se renferme dans un discours sans accepter l'aide psychologique proposée par le service. Le passage de la majorité n'est pas magique. Mais il engage chez les adolescents suivis par des services sociaux et médico-sociaux des enjeux qui dépassent leur immaturité et leurs difficultés multiples. Ce qui est compliqué, déplore la cadre d'un SAVS, « *c'est qu'il y a peu de vision entre le moment où ils vont sortir d'établissement, y a peu d'articulation, y a peu de lien et qu'ils ont du mal à se projeter.* » Peu de jeunes n'arrivent d'ordinaire pas à se projeter à l'adolescence mais il faut en plus prendre en compte leur handicap et les troubles associés. En effet, Les troubles, un handicap ou les problèmes psychologiques liés à leur histoire familiale, et la pression institutionnelle d'un prochain départ viennent se rajouter à l'angoisse de grandir. Les jeunes se replient sur eux-mêmes pour fuir une réalité qui les dépasse pour le moment.

Le déni des difficultés ou du handicap par les jeunes et/ou leur famille vient également empêcher la préparation d'une orientation adaptée en secteur médico-social selon les professionnels interviewés. Mais en filigrane, l'espoir d'une inclusion sociale et professionnelle reste présent dans le travail d'accompagnement. Les adolescents interviewés sont tous unanimes, ils souhaitent avoir « *une vie normale* ». Ils refusent que l'on parle de reconnaissance de handicap.

Associe-t-on suffisamment le jeune à son projet de vie pour qu'il apprenne à être autonome, à être en capacité de prendre des décisions par lui-même ? Lui est-il permis de faire des choix en pleine conscience concernant les propositions d'orientation à sa majorité ? Rappelons que la Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, tout comme la Loi 2005-102 du 11 février 2005 en faveur des personnes handicapées, préconisent que l'« usager » soit acteur de son projet de vie, participant aux décisions qui le concernent. Nous pouvons observer à travers les interviews que cette injonction à l'émancipation n'est pas si simple à élaborer dans le cadre de la protection des plus vulnérables.

Une vie d'adulte idéalisée

Il est préconisé que chaque enfant puisse avoir un parcours de vie sécurisée, sécurisé, l'aidant à se développer. Les professionnels peuvent entendre un parcours institutionnel linéaire, se substituant aux affres de la vie familiale. Le parcours d'une personne ne peut être que singulier, il doit se faire au rythme de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte et non à marche forcée ou dans l'errance. Il est une « promenade » dont l'itinéraire n'est pas toujours prévu d'avance, qui peut être parfois rapide à des moments de son histoire et parfois lent. Sauf que les institutions, de par leurs agréments, obligent les enfants placés à marcher plus vite que les autres (FIAT, 2017).

Les jeunes sont encore préservés dans le cadre de la Protection de l'Enfance. Ils ont des compensations financières (logement alloué, allocation d'autonomie) alors que les SAVS exigent de fait une autonomie budgétaire et d'hébergement. Ces services ne proposent pas de logement, ce qui étonne les jeunes adultes habitués à ce genre de service. Une directrice de SAVS fait le constat d'une difficulté rencontrée avec ces jeunes adultes face aux responsabilités et à l'autonomie qu'on leur demande d'avoir. *“Devenir adulte, c'est subvenir à ses besoins.”* Son collègue observe le sentiment de perte des jeunes adultes en arrivant au SAVS. Il constate une problématique de manque de connaissance des dispositifs de la part des jeunes et des professionnels qui les accompagnent. Il évoque la protection de l'enfance comme une “bulle” où *“il est difficile de se confronter à la réalité de jeune adulte et à l'autonomie totale”*.

Il n'est pas simple de devenir adulte à 18 ans, accompagné par les établissements et les services sociaux et médico-sociaux. Finalement, lorsque ces jeunes refusent une orientation vers des services médico-sociaux ou de faire une demande de RQTH, ils ne sont pas simplement dans le déni de leur handicap ou sur le coup de l'étiquette stigmatisante.

En conclusion de cette partie, on ne peut pas affirmer simplement que le travail de partenariat ne fonctionne pas, les phénomènes psychosociaux engendrés peuvent complexifier ou contrarier la coopération. Les acteurs engagés sont différents, ils partagent une responsabilité fonctionnelle et éthique quant à l'action collective initiée. Si chacun désengage sa responsabilité, voire, renvoie la faute sur l'autre, sur le ou les partenaires, qui auraient dû faire ci ou ça, le partenariat sera mis en déséquilibre, en péril. Le cadre d'un service spécifique explique : *« Il faut garantir le lien entre les partenaires, respecter ce que chacun fait et ce qui est possible de faire pour le jeune, on n'est pas là pour dire ce qu'ils doivent faire ou comment le faire »*. En effet, en analysant la matière délivrée par les professionnels durant ces entretiens, il est aisé de constater que pour ceux qui travaillent dans des structures dont ni le PPA, ni le partenariat n'est institutionnalisé, porté par la direction, ou manque de sens, la coordination ou le rôle de référent de parcours manque également de sens ou paraît être un travail difficile, complexe, contraignant. Une éducatrice de MECS aurait la mission de coordonner en tant que référente de situation, d'après ses collègues psychologues. *« Mais ça peut être l'adulte avec qui ça peut marcher, et pour le lien psy ce sera davantage les psychologues qui ont une vision des symptômes plus fine. Mais on soutient auprès des équipes que ça soit les référents qui soient mis en avant »*. Dans cet établissement, l'éducatrice nous

décrit que les jeunes ne sont pas impliqués dans un projet personnalisé élaboré par l'équipe. Le réseau est sollicité alors en urgence en fin de dispositif, mais par manque de temps et de travail en partenariat, les orientations à la majorité du jeune sont soit vers un autre service en interne, si un contrat jeune majeur est garanti par l'ASE, soit « *une sortie sèche* » du service par manque d'anticipation, de travail vers l'environnement ou d'appui sur le désir du jeune et son réseau. Si l'on reprend l'analyse de l'ANESM, la continuité de parcours ne peut donc se faire sans la participation de la personne dans son projet de vie, et la volonté institutionnelle de travailler en partenariat.

Malgré un système cloisonné occurrent des ruptures de parcours, les professionnels investis auprès des personnes accompagnées tentent de créer du lien et d'accompagner au mieux.

Conclusion

Au terme de six mois d'enquête, de trois mois à naviguer dans les services, rencontrer des professionnels passionnés et des jeunes gens curieux, de lire des textes législatifs, des ouvrages, des études et des recommandations, nous allons tenter de résumer les enjeux de la continuité de parcours des jeunes en situation de handicap et confiés à l'ASE en une conclusion concise, mais pas réductrice.

Tout d'abord, de ces quelques tentatives de donner du sens à la « continuité de parcours » des personnes accompagnées dans les services, nous pouvons en extraire différentes approches :

- Institutionnelle : la dogmatisation du projet et du parcours insufflée par la Loi 2002-2, la création des ARS, les recommandations de l'HAS, la réforme de la Protection de l'Enfance, qui ont progressivement imposé la formalisation du projet personnalisé d'accompagnement
- Psycho-sociale : la notion de coopération, de partenariat, du faire équipe pour et avec le jeune
- Sociale : l'incertitude des liens, comment construire des exemples de relations suffisamment bonnes lorsqu'il y a beaucoup de professionnels dans le parcours
- Psychologique : assurer la construction d'une sécurité interne en favorisant une stabilité et une continuité relationnelle
- Sociétale : la construction de normes et la prise en compte du parcours singulier afin d'éviter les reproductions sociales malgré les inégalités sociales qui nourrissent la vulnérabilité
- Philosophique : les logiques de repères, de savoirs, de considération et donc de dignité

L'accompagnement des jeunes ayant des problématiques multiples ne semble pas simple, heurté par une situation familiale complexe, des troubles psychiques, des comportements à risque, et mis à mal par une organisation institutionnelle et structurelle cloisonnée. Nous avons rencontré des professionnels engagés au quotidien et des adolescents attentifs à notre sujet de recherche. Ils nous ont permis de rendre compte d'une vignette psychosociologique du travail de coopération autour du projet de vie des personnes concernées.

En effet, les politiques sociales et les institutions (Département, ARS, etc.) ont une volonté de décroisonner les secteurs d'intervention afin de garantir un accompagnement au plus près des besoins des adolescents et jeunes adultes. Mais ce cadre institutionnel ne fait pas référence pour les professionnels de terrain, le message devient flou par l'accumulation de textes et de recommandations, de plus, certainement freiné par l'organisation hiérarchique et sectorisé de la mise en œuvre des politiques sociales. Seuls les intervenants nouvellement formés peuvent s'y appuyer, en prise directe avec des savoirs transversaux dispensés dans les formations diplômantes. Par contre, la volonté de désinstitutionnaliser les organisations

concentrées vers des services de proximité, en « déambulatoire », divise mais promet une prise en compte des besoins de la personne de façon plus précise et participative.

Le travail d'accompagnement, face à la multiplication des problématiques des adolescents ou des jeunes adultes et à la diversification des services, doit se jouer avec le travail de coopération et de partenariat inter services. La recherche nous a démontré que ce travail de partenariat n'est finalement pas impossible, il est complexifié par des enjeux psychosociologiques de pouvoir et de conflits dans les relations entre équipes des différents services mais peut être régulé par la circulation des informations afin de faire tomber les représentations. Lorsque plusieurs services accompagnent un même jeune dans une situation complexe, la coordination du travail de coopération est nécessaire, mais pas définie. Tous les acteurs consentent à coordonner, au risque d'une confusion des rôles de chacun. Le travail de partenariat demande d'être davantage attentif aux missions de chaque service et d'établir des axes de travail dans l'accompagnement de la personne concernée. En effet, nous l'avons vu, la temporalité des actions dans certaines structures est différente. L'urgence ne sera pas la même pour tous les acteurs selon leurs missions, des urgences sociales, de protection pour les uns ou d'orientation pour les autres.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, le travail de partenariat et de coordination sont des phases clés dans l'anticipation des orientations des adolescents vers les services du secteur adulte (Anesm, 2010). Prendre le temps de penser un départ du service, un accompagnement vers une vie de jeune adulte en ayant appris à faire des choix, à prendre des décisions, n'est chose aisée car souvent pris dans les enjeux psycho-affectifs de la relation éducative. Le risque de « rupture de parcours » se joue dans cette période charnière et des ponts sont à créer entre les structures du secteur enfance et les services du secteur adulte.

Cette enquête a été l'occasion d'analyser l'organisation du travail d'accompagnement et de partenariat des professionnels. Les résultats de l'enquête montrent que le travail de partenariat se fait par nécessité institutionnelle, parce que le service ne sait pas faire ou n'a pas les moyens techniques. Il n'est peu, ou pas, établi à partir des demandes de la personne accompagnée. Les équipes ne s'appuient pas assez sur les désirs de l'adolescent et les compétences de sa famille dans la mise en place du Projet Personnalisé d'Accompagnement. Cela s'est surtout vérifié dans les établissements pour l'enfance (MECS, IME et ITEP), dû à l'ambivalence de l'aide contrainte souvent subie par les adolescents et leur famille. En effet, les jeunes en difficulté traversent l'adolescence au même titre que les autres, leurs frères et sœurs, leurs cousins, leurs pairs. Leur histoire est cependant singulière au point que les autorités décident qu'ils ont besoin d'aide. Les choix qu'ils ont à faire sont alors influencés pour beaucoup par les possibilités qui leur sont présentées, au mieux, ou par des faux choix qui leur sont imposés, pour leur bien. Car nous ne doutons pas de l'engagement et la bienveillance des professionnels à l'égard des adolescents, des jeunes adultes et de leur famille. La question aujourd'hui est de savoir comment inverser la tendance de l'institution suffisamment bonne vers la reconnaissance des capacités des personnes accompagnées, quelles qu'elles soient, afin qu'elles puissent développer leur pouvoir d'agir sur leur propre vie, sur la concrétisation de leurs envies, et de leurs rêves. En partant des réflexions communes et de leurs propositions, un mouvement commence.

Pour conclure, le Développement du Pouvoir d'Agir est un outil indispensable. L'accompagnement du professionnel, du coordonnateur, peut avoir cet objectif au sein de ses missions. Nous affirmons qu'au-delà des cadres législatifs et autres recommandations de bonnes pratiques, c'est bien du côté du bénéficiaire (celui qui a recours à un service) qu'un levier de la continuité de parcours peut être activé. Prendre en compte le potentiel d'entraide et les compétences des jeunes et de leur famille c'est aussi reconnaître leur expertise. Les interventions ne doivent plus se situer sur un rapport dominant / dominé, les professionnels ne doivent plus considérer leur travail comme un « devoir d'agir » mais comme la transmission d'un pouvoir que peuvent prendre et incarner les jeunes. Il ne s'agit pas seulement de valoriser les personnes, il faut pouvoir leur permettre de faire eux-mêmes un bilan de leur chemin parcouru, de leurs actions et des changements induits. La phase de conscientisation est importante dans le processus du Développement du Pouvoir d'Agir afin d'évaluer par soi-même ses propres capacités et ressources, de pouvoir appréhender de nouveaux problèmes de manière active, et de s'émanciper de l'intervention sociale. La personne expérimente en devenant actrice de son projet de vie. De cette expérience, elle peut s'en servir pour venir « débloquent » d'autres situations. Le Développement du Pouvoir d'Agir est un processus d'expérimentation et de recherche de changement, de transformation de soi et de son environnement (Le Bossé, 2003). Un certain pouvoir d'agir n'est possible qu'en acceptant de décaler les places de chacun, de se mettre au même niveau. En changeant de posture, non plus de « l'institution-qui-sait-ce-qui-est-bon-pour eux », mais en reconnaissant leur propre expertise sur leur parcours et en favorisant l'expression de leur propre définition du problème, cela permettrait une mise en mouvement vers des changements souhaités par le jeune. Une situation non choisie, faite de contraintes, mais dans laquelle il y a toujours la possibilité de décaler les places et de s'émanciper de l'action sociale, lorsqu'ils seront prêts.

- **Clôture et perspectives**

Le MAIS c'est aussi des Journées Nationales de Formation qui auront lieu **du 6 au 8 juin 2023**.



Pour vous inscrire ou avoir plus d'informations rendez-vous sur le site : www.mais.asso.fr

Pour soutenir le mouvement, l'organisation de journées nationales et régionales de formation, n'hésitez pas à adhérer au mouvement sur le site www.mais.asso.fr.