

**14** èmes Journées Nationales - Société Française pour la  
Santé de l'Adolescent et DIU « Médecine et Santé de l'Adolescent »

# L'ACCÈS AUX SOINS DES ADOLESCENTS : PAS SI SIMPLE ?

illustration : Yves Guillaud



**NANTES**  
23 et 24 novembre 2012

## Vendredi 23 novembre 2012

- 14h** Accueil
- 14h30** Temps d'ateliers **7 Ateliers au choix**  
Ces ateliers traiteront de la manière de prendre en compte les situations de jeunes éloignés de l'accès au soin, les échanges auront lieu autour de deux présentations dans chaque atelier
- Jeunes en milieu rural
  - Jeunes souffrant de maladies chroniques
  - Jeunes en situation d'errance ou de précarité
  - Jeunes migrants, jeunes clandestins
  - Accès au soin et questions administratives / juridiques
  - Jeunes en rupture de prises en charges et d'accompagnement
  - Accès au soin et nouveaux médias
- 17h30** Fin de la première journée
- 18h** Assemblée Générale de la SFSA

## Samedi 24 novembre 2012

Animation de la journée : *Patrick COTTIN (MDA 44)*  
et *Georges PICHEROT (CHU Nantes, MDA 44)*

- 8h30** Accueil
- 9h** Introduction **Un élu de la ville de Nantes et Bruno BURBAN (SFSA-MDA 44)**
- 9h30** Conférence  
« Etats de choc au XXIème siècle : Quelle place pour la jeunesse ? »  
**Bernard STIEGLER, (philosophe)**  
*discutant : Christian HAULLE (pédopsychiatre, CH Saint-Nazaire)*
- 11h** Table ronde  
« Aller à leur rencontre ... », présentation de dispositifs :
- Marcher pour s'en sortir par Bernard OLLIVIER (fondateur de l'association seuil)
  - Expérience des équipes mobiles par Vincent GARCIN (pédopsychiatre, Lille)
  - Usage d'internet, outils de prévention par Maja PERRET-CATIPOVIC (psychologue, Genève)
- discutant : Michel AMAR (Pr de Pédopsychiatrie, CHU Nantes)*

**12h30 - 13h30** pause déjeuner

- 14h** Table ronde  
« Qu'est-ce qui s'invente pour nos ados de demain ? », perspectives d'avenir ( politiques, sanitaires, éducatives ... ) :  
avec Max DANIEL (FESJ), Paul JACQUIN (SFSA), Georges PICHEROT (CHU Nantes), Marc LERAY (ANPAEI) et Dominique RAIMBOURG (Député de Loire-Atlantique)
- 15h** Conférence  
« Adolescences plurielles: pour des accès diversifiés aux soins »  
**Alain FUSEAU (pédopsychiatre, Le Havre)**
- 16h30** Conclusion  
par Priscille GERARDIN (DIU) et Paul JACQUIN (SFSA)
- 17h** Fin des travaux

**14èmes journées nationales  
Société Française pour la Santé de l'Adolescent  
et  
DIU « Médecine et Santé de l'Adolescent »**

**« L'accès aux soins des adolescents :  
Pas si simple ? »**

**23 et 24 novembre 2012 - Nantes**



# SOMMAIRE

<b>L'ACCÈS AUX SOINS DES ADOLESCENTS : PAS SI SIMPLE ? ...</b>	p 5
<b>LES ATELIERS</b>	p 7
Atelier 1 : Accès au soin des jeunes en milieu rural	p 9
Atelier 2 : Accès au soin des jeunes souffrants de maladies chroniques	p 12
Atelier 3 : Accès au soin des jeunes en situation d'errance ou de précarité	p 14
Atelier 4 : Accès au soin des jeunes migrants, jeunes clandestins	p 17
Atelier 5 : Accès au soin et questions administratives/juridiques	p 24
Atelier 6 : Accès au soin des jeunes en rupture de prises en charge et d'accompagnement	p 27
Atelier 7 : Jeunes qui accèdent au soin via les nouveaux médias	p 29
<b>LES PLÉNIÈRES</b>	p 37
<b>« États de choc au XXIème siècle : Quelle place pour la jeunesse ? »</b> <i>Bernard Stiegler</i>	p 38
<b>« Aller à leur rencontre ... », présentation de trois dispositifs :</b>	p 39
• « Marcher pour s'en sortir », <i>Bernard Ollivier</i>	p 39
• Expérience des équipes mobiles, <i>Vincent Garcin</i>	p 42
• Usage d'internet, outils de prévention, <i>Maja Perret-Catipovic</i>	p 43
<b>« Qu'est-ce qui s'invente pour nos ados de demain ? », perspectives d'avenir (politiques, sanitaires, éducatives ...)</b> <i>Max Daniel (FESJ), Paul Jacquin (SFSA)</i> <i>Georges Picherot (CHU Nantes), Marc Leray (ANPAEJ),</i> <i>Dominique Raimbourg (Député de Loire-Atlantique)</i>	p 44
<b>« Adolescences plurielles : pour des accès diversifiés aux soins »,</b> <i>Alain Fuseau</i>	p 54
<b>Conclusion, Priscille Gérardin et Paul Jacquin</b>	p 55
<b>BLOC-NOTES</b>	p 57



# L'ACCÈS AUX SOINS DES ADOLESCENTS : PAS SI SIMPLE ?

Le choix de ce thème pour les journées de la SFSA à Nantes, en novembre 2012, correspond à une vigilance à soutenir pour faciliter l'accès aux soins des adolescents.

« Une société qui ne prend pas soin de sa jeunesse n'a aucun avenir ».

Si cette affirmation du sociologue marocain Mohamed Guessous trouve peu de détracteurs tant chez les représentants du monde politique que dans la société civile, qu'en est-il quand il s'agit de penser et de mettre en oeuvre des politiques publiques, notamment en matière de soin... ou de prendre soin... à destination de cette jeunesse ?

En effet, ce que suscitent « les transformations physiques, psychiques et sociales que les adolescents vivent s'accommode mal des frontières entre normal et pathologique, entre psychiatrique, somatique et socio-éducatif ». D'autant que ces transformations s'inscrivent dans un processus complexe et dynamique, si l'on considère que les générations d'adolescents se renouvellent tous les 5 ans. En réponse à la créativité de chaque génération d'adolescent, ne faut-il pas faire preuve également de créativité dans les offres d'accompagnement de ce processus ?

Un ensemble de dispositifs ayant pour mission de « prendre soin » de nos adolescents s'est progressivement élaboré, de la médecine libérale (médecins généralistes, pédiatres, gynécologues, psychiatres etc...) à l'hôpital (somatique et psychiatrique), des dispositifs locaux, tels que ESJ, CMP, CMPP, PAEJ, MDA, MFPP, aux diverses structures nationales, Fil Santé Jeunes par exemple.

A l'occasion de ces deux journées et au moment où des décisions sont prises réduisant considérablement des financements de dispositifs facilitant l'accès au soin par des portes d'entrée très accessibles et très territorialisées (PAEJ et ESJ notamment) nous réfléchissons à ces différentes formes d'accès au soin qui envisagent l'adolescence et ses mal-être dans ces différentes expressions.

Nous aborderons cette question de l'accès aux soins sous trois angles :

- Les dispositifs imaginés et proposés en réponses aux manifestations des adolescents sont ils toujours pertinents ? S'appuyer sur la demande des adolescents pour les aider et les accompagner est-il encore opérant ? Qu'en est-il de notre propre demande ? A quelles demandes ou commandes répondent ces dispositifs ?
- L'accessibilité géographique et psychique des dispositifs existants sont-elles suffisamment prises en compte dans la manière de penser et organiser les réponses à apporter ? Comment aller au devant des jeunes en dehors des grandes villes (en milieu rural par exemple) ? Comment proposer du soin aux personnes en situation de précarité ou bien dans la clandestinité, dans l'errance ?
- La complémentarité et l'articulation des offres de soin sont-elles au coeur de nos préoccupations dans un pays où l'organisation s'est faite historiquement en « tuyau d'orgue » ? au fond, dans la grande diversité des offres concernant le soin, prenons nous suffisamment soin les uns des autres pour mieux prendre soin des adolescents eux-mêmes ?

**Ce recueil de textes a été préparé en amont du colloque. Les textes proposés ci-après par les intervenants ont été écrits, et publiés pour certains, avant ce congrès, d'autres ont été rédigés pour cette occasion. Il ne s'agit en aucun cas de l'ensemble du contenu des conférences mais davantage d'un recueil de supports sur lesquels s'appuieront les échanges.**

**- Les Ateliers -**

**Vendredi 23 novembre**

**Les textes sont tels que proposés par leurs auteurs, les idées et opinions émises par chaque auteur n'engagent qu'eux-mêmes.**



## **ALLER A LA RENCONTRE DES ADOLESCENTS EN MILEU RURAL**

**Fanny ROCHE, Éducatrice spécialisée,  
Maison des adolescents de Côte d'Or - Adosphère.**

L'Adosphère, maison des adolescents de Dijon-Côte d'or a ouvert ses portes en mai 2008 financée par le Conseil Général, l'ARS et la Cohésion Sociale. Elle s'adresse aux adolescents et jeunes adultes âgés de 12 à 25 ans, aux familles et aux professionnels en lien avec eux. Répondant au cahier des charges des MDA, l'Adosphère emploie une petite équipe d'accueillants, professionnels de l'écoute, une directrice, un médecin et une secrétaire (mi-temps).

D'emblée, la vocation départementale a été mise en avant, tenant compte de la réalité du territoire : celle d'un département vaste (4<sup>ème</sup> en France en terme de superficie), de tradition agricole, où la population (526000 habitants, dont 31% âgés de moins de 25 ans) se répartie inégalement sur les trois arrondissements que sont Dijon, Beaune et Montbard.

Ainsi, si la MDA a élu domicile au centre ville de Dijon, assurant un accès direct aisé à une majorité d'adolescents, il était pour autant inconcevable, tant pour les financeurs que pour les professionnels, de ne pas aller au delà de nos portes à la rencontre des adolescents, et ce, malgré l'absence d'équipe mobile clairement dédiée (et financée).

Deux types d'actions ont été menés par les professionnels et constituent désormais l'activité « externe » :

- **La mise en place de permanences d'écoute au sein d'établissements scolaires**

A l'ouverture de la Maison des Adolescents, le PAEJ a été mis à disposition afin d'assurer la première mission soit l'accueil et l'écoute. Le PAEJ était un regroupement d'associations : ACODEGE, EPE 21 et SEDAP. La SEDAP proposait des consultations de proximité en lien avec les addictions. Une convention avait alors été signée afin d'étendre ces consultations autour des conduites à risques dès septembre 2007. (Le PAEJ ne fonctionne plus depuis décembre 2011 et chacun des salariés a été embauché sur la Maison des Adolescents.) En amont un travail de « repérage et d'évaluation » des besoins, de rencontres avec les partenaires locaux (Mission locale, des Assistantes de service social, médecins, maires, Présidents de Communauté de Communes, Principaux de collèges et lycées) avaient été réalisés. Des conventions ont alors été signées avec les communautés de communes (environ 35 km de Dijon). Ainsi les maires des communes mettent à disposition une salle pour recevoir les personnes demandeuses sur rendez vous. Des conventions ont été signées avec les collèges et lycées dans un rayon de 30 à 50 km de Dijon notamment le lycée de la céramique à Longchamp, avec lequel une convention a été signée, et qui accueille des élèves de toute la France de part sa spécificité. Au départ, ces permanences s'effectuaient à raison d'une fois tous les quinze jours. Au vue de l'activité de la MDA ainsi que les diverses demandes émanant d'autres structures nous avons dû les réduire à une fois toutes les 3 semaines.

- **L'ouverture d'une antenne de la MDA à Chatillon sur Seine**

Ce projet a une autre envergure institutionnelle car fortement sollicité par les principaux financeurs, Conseil Général et ARS, en raison de la réalité du territoire. Le canton de Châtillon sur Seine comprend 28 communes, au caractère fortement rural, à 80 km de Dijon. L'accès ne se fait que par la route, il n'existe pas de liaison ferroviaire mais un Transco deux fois par jour. Le climat est assez rude en hiver, la neige peut encombrer les routes. La population adolescente y est néanmoins bien représentée : 4 collèges, 2 lycées, 1 lycée agricole, 3 internats... concernant les jeunes majeurs, leur situation est généralement plus précaire (chômage, faible taux de diplômés, parents isolés)...

Un binôme fixe, composé d'un professionnel de l'équipe d'accueil et du médecin coordonnateur, se consacre à cette antenne. Notre travail a d'abord consisté à prendre connaissance des difficultés du terrain, à nous faire connaître des acteurs locaux. Puis nous avons débuté nos permanences, à la rencontre d'adolescents et/ ou de leurs parents, avec comme outils nous mêmes et notre connaissance du « réseau ». Le premier et troisième mercredi de chaque mois, nous sommes accueillis au sein des établissements scolaires (permanences régulières et sollicitations à la demande), et au centre social. Depuis maintenant quelques mois, nous sommes sollicités et intégrés dans les réflexions concernant la politique jeunesse du territoire témoignant que nous sommes désormais bien repérés dans le partenariat.

## **Le constat**

### **▪ Les points positifs :**

- Développer une activité est une expérience enrichissante et enthousiasmante d'autant plus quand elle bénéficie d'un accueil positif et qu'elle répond à un besoin.
- Les adolescents rencontrés lors de nos permanences ont des histoires souvent complexes et lourdes. Néanmoins, on rencontre « des adolescents » et finalement rien ne les distingue dans leur quête d'un bien être et leurs questionnements, tant intime que familial ou social
- Nous nous sommes intégrés dans un réseau informel mais très solidaire de professionnels de tous horizons. En ruralité, il existe une dynamique différente du « travailler ensemble ».

### **▪ Les difficultés rencontrées**

- « Ni Zoro ni sauveurs ». Les besoins nous dépassent certainement. Il est primordial que nous veillions au cadre de notre action tout en restant humble et en respectant notre champ de compétences.
- Notre disponibilité n'est pas optimale et nous ne pouvons répondre à l'ensemble des demandes. Nous sollicitons nos financeurs pour renforcer notre action et monter une véritable équipe mobile munie de plus de moyens notamment humains. Dans ce contexte, nous avons parfois le sentiment que la demande est inversée.
- Deux mercredis par mois, ce sont 2 professionnels qui quittent Dijon, alors même qu'il s'agit d'une journée « chargée ». Ce sont donc autant de demandes d'adolescents ou de parents qui ne peuvent être honorées.

Lors de l'atelier, l'équipe de la MDA de Dijon exposera son expérience et l'illustrera par le biais d'histoires concrètes de jeunes rencontrés.

Atelier 1 : Accès au soin des jeunes en milieu rural

**INTERVENTION DE RÉMI BADO**  
**Suicide Écoute Prévention Intervention auprès des Adolescents**

## **FREIN ET LEVIER À LA PRISE EN CHARGE DE L'ADOLESCENT DIABÉTIQUE DE TYPE 1**

**Laurence KESSLER, Marie CHABRAT, Angélique SQUILLACI,  
François MOREAU, Sylvie SOSKIN, Marie MANSILLA,  
Service d'Endocrinologie, Diabète et Nutrition, Service de Pédiatrie 1,  
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg  
Hugues PARIS, Marie DOERFLINGER, Sophie RABOURDIN,  
Maud THIRSDEBAR et Philippe LAUSSINE  
Maison des Adolescents de Strasbourg**

Aujourd'hui, le diabète de type 1 touche de plus en plus de jeunes et de plus en plus tôt, provoquant une augmentation considérable du nombre d'adolescents diabétiques. Comme pour un bon nombre de maladies chroniques, les structures spécifiques de prise en charge de ces patients font défaut. Les jeunes oscillent entre les services de diabétologie adulte d'une part et pédiatrique d'autre part.

A l'adolescence, les jeunes tendent à refuser la pression du cadre imposé par la maladie. Ils prennent de la distance vis-à-vis de leur famille, ce qui diminue leur implication et les rend hermétiques aux tentatives d'approche des personnels médicaux lors des hospitalisations. En effet, les prises en charges conventionnelles en secteur de diabétologie adulte ont montré l'absence d'impact sur l'amélioration du contrôle glycémique chez ces patients. Les personnels soignants se heurtent donc à de vraies difficultés pour toucher les adolescents et les guider.

Dans le présent atelier, nous proposons d'introduire la thématique par l'évocation des représentations de l'adolescence par les personnels soignants. Nous avons réalisé une étude sous la forme d'un questionnaire proposé à 75 soignants médicaux et paramédicaux des services de diabétologie adulte et pédiatrique en Alsace. Ce travail permet de mieux appréhender sa propre vision de la relation pour, peut être, améliorer la prise en charge.

Nous présenterons ensuite une méthode d'approche spécifique de l'adolescent diabétique. En effet, les services de diabétologie adulte et pédiatrique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et la Maison des Adolescents organisent des Sessions Ados & Diabète en partenariat.

Ces sessions ont lieu sur deux jours, deux fois dans l'année scolaire, avec une quinzaine d'adolescents diabétiques de type 1, de 14 à 18 ans. A cette occasion, nous abordons, sous forme ludique et dynamique (jeux de rôle, activité physique, cuisine..) les problématiques liées à l'adolescence (alimentation, activité physique, conduites addictives, sexualité et contraception), au diabète (auto surveillance glycémique, injection d'insuline, nouveauté en manière de traitement..) et au cocktail des deux réunis.

## **UN AUTRE ACCÈS AUX SOINS : EXPÉRIENCE NANTAISE D'UN GROUPE DE PAROLE D'ADOLESCENTS PRÉSENTANT UNE MALADIE CHRONIQUE**

**Dr Emmanuelle CALDAGUES,  
Service de Pédiatrie, CHU de Nantes**

Traverser l'adolescence avec une maladie chronique est un enjeu difficile.

Garder du lien avec l'adolescent, négocier les priorités, favoriser l'estime de soi, explorer les croyances et les connaissances sont des objectifs parfois bien difficiles à tenir en consultation individuelle.

Depuis un an, nous proposons aux adolescents en décompensation de leur maladie chronique et repérés par leur médecin référent en difficulté physique ou psychologique, de participer à un groupe de parole.

Ce groupe de 5 à 10 adolescents animé par un pédiatre et un pédopsychiatre (ou 2 pédiatres) se retrouve tous les quinze jours pendant 1h15 (vendredi après midi). Il réunit des adolescents (principalement des filles) âgés de 15 à 17 ans, suivi au CHU pour maladie chronique (diabète, mucoviscidose, maladie rénale, digestive ou rhumatismale..).

Les patients peuvent à l'occasion de ce groupe intégrer un HDJ de médecine de l'adolescent avec une prise en charge scolaire, une consultation avec leur médecin référent et un repas thérapeutique.

Il s'agit donc d'un groupe de pairs qui se soutient, ils peuvent aborder de sujets parfois graves et parfois plus légers, en exprimant des choses parfois jamais dites en consultations individuelles. La majorité des adolescents ont des histoires familiales et sociales très difficiles, qu'ils sont capables de partager.

Quand on les interroge sur leurs envies de prise en charge, ils plébiscitent le groupe et nous demandent de développer d'autres ateliers (type écriture, musique, art plastique ou cuisine).

Nous constatons une diminution des hospitalisations répétées pour certains adolescents, cette prise en charge permet en outre de les préparer à la transition avec la médecine adulte et peut probablement servir de tremplin à une psychothérapie individuelle souvent nécessaire

Atelier 3 : Accès au soin des jeunes en situation d'errance ou de précarité

## **BILANS DE SANTÉ AUX JEUNES EN INSERTION À L'ESPACE SANTÉ JEUNES**

**Dr Catherine MANGEOT, médecin de prévention,  
Espace Santé Jeunes de Villeneuve-La-Garenne - Association Croix Rouge  
Française**

C'est une expérience de terrain mise en place dans le cadre d'une action de sensibilisation à la santé afin de favoriser l'accès aux soins à des jeunes vulnérables et de les accompagner « dans et vers le soin ». Il s'agit de bilans de santé « BDS » proposés à des jeunes de la Mission Locale par l'Espace Santé Jeunes « ESJ », en collaboration avec ce partenaire.

Le but de ces BDS est de permettre aux jeunes en insertion de rencontrer des professionnels de santé, de faire un point sur leur santé dans sa globalité et en rapport avec leur projet professionnel et de les initier à une prise en charge.

Ces BDS se déroulent dans les locaux de l'ESJ sur différents temps :

Un temps d'« informations collectives » en présence du référent santé de la ML et d'un professionnel de l'ESJ pour présenter et proposer un bilan de santé aux jeunes présents, temps essentiel permettant leur adhésion à la démarche.

Un temps de BDS avec un accueil individualisé, une réflexion personnelle puis accompagnée par un professionnel à partir d'un questionnaire de santé globale et des entretiens avec trois professionnels des champs psycho socio médicaux.

Un temps de concertation entre les professionnels concernés

Un temps de restitution des conclusions du BDS au jeune et propositions d'aide et d'accompagnement afin de démarrer une démarche de soins si nécessaire.

Un temps, à distance du BDS, de reprise des conclusions avec le jeune et voir s'il est nécessaire de relancer et motiver le jeune dans la démarche de soins et soutenir celle-ci.

Cette expérience a été choisie pour illustrer et réfléchir sur la notion d'accès aux soins des jeunes : pas si simple ? Quels sont les obstacles ? Quelles sont les réponses proposées ?

Les difficultés d'accès aux soins sont de différentes natures.

De nombreuses enquêtes montrent que les jeunes consultent peu ou pas et quand ils consultent, c'est souvent dans l'urgence. Cette démarche de prévention « prendre soin de sa santé », en passant un BDS, n'est donc pas facile.

Rencontrer des professionnels, montrer son corps, raconter son parcours professionnel et donc parler de sa santé n'est pas simple.

Le besoin de santé n'est pas exprimé, on se retrouve donc professionnellement en situation de « non demande ». L'autonomisation n'est pas acquise et reste pourtant une étape nécessaire dans leur trajectoire vers l'âge adulte.

Ce sont par ailleurs des jeunes éloignés de l'accès aux soins : un public de Mission Locale avec des jeunes en insertion qui nécessitent un parcours d'intégration et qui sont loin de trouver et de tenir un travail tout de suite. Des jeunes qui ont un parcours de vie et professionnel souvent chaotique et donc en souffrance et qui nécessitent de travailler une reconquête de soi et de sa reconnaissance subjective. Ils présentent souvent des difficultés dans la mobilité et dans la disponibilité. La santé est loin de leurs préoccupations pour ces jeunes vulnérables cumulant difficultés sociales, familiales, sanitaires, présentant parfois un handicap avec inaptitude au travail, difficile à entendre et qu'on a du mal à leur renvoyer.

Ces jeunes n'ont pas ou peu de connaissance du système de santé et comment se débrouiller (où consulter ? à qui s'adresser ? comment ? qu'est ce qu'il faut faire ? le délai ? combien vont-ils payer ? dispositif médecin traitant ?)

Ils ont souvent une méconnaissance de leurs droits, en particulier de leurs droits sociaux et les statistiques de ces BDS montrent qu'ils ne sont pas à jour pour la plupart. Les difficultés qu'ils vont rencontrer pour acquérir leurs droits sont souvent ignorées en raison des arcanes de l'administration avec des institutions complexes comme la Sécurité Sociale et des démarches compliquées que cela va entraîner. Les conclusions des BDS montrent pourtant que ces jeunes présentent des besoins de soins réels et confirmés.

Les réponses proposées : comment permettre à ces jeunes d'accéder à leurs droits et leur favoriser l'accès aux soins? Est ce que les modalités de prise en charge répondent aux besoins des jeunes ? Permettent-elles de les soutenir ? dans leurs parcours d'intégration ? et leur trajectoire vers l'âge adulte ?

Ce sont des BDS personnalisés, adaptés au public jeune et différents des visites médicales d'aptitude au travail. Ils se font dans un esprit de renouer avec la santé et de prévention de la santé. En amont il y a un travail effectué pour rencontrer les jeunes, le « aller vers », en effet on sait qu'il y a un besoin mais pas de demande exprimée. La réponse est aussi de prendre en compte leurs situations, entendre leur individualité, avoir un lien de confiance et travailler leur adhésion, étape préalable à l'amorce de toute démarche.

Dans cette expérience, la modalité de prise en charge de ces jeunes sur le plan de la santé est en lien avec la spécificité des ESJ. En effet ce sont des espaces adaptés à ce public, espace d'accueil qui permet de créer le lien, espace d'écoute, espace d'attention, accessible et de proximité. Un facteur favorisant l'accès aux soins de ces jeunes est la posture professionnelle en adoptant une démarche d'information, de motivation, d'accompagnement, parfois « soutenue » pour certains et de construire avec eux leur prise en charge des soins.

La spécificité du travail en ESJ est aussi une réponse en étant pluridisciplinaire multi partenarial et en réseau. Des regards croisés qui permettent d'aborder la santé dans sa globalité, la nécessité de rencontrer et de travailler avec les professionnels qui orientent les jeunes afin d'explicitier les BDS et leur intérêt et les soutenir pour les promouvoir auprès des jeunes et avec les professionnels chez qui les jeunes sont orientés. Une réflexion sur les pratiques professionnelles est nécessaire afin de motiver ceux qui ne se sentent pas concernés, ceux qui parfois ne viennent pas rechercher leurs conclusions ou ceux qu'il faut relancer afin de leur signifier l'intérêt et la confiance qu'on leur porte.

C'est une expérience modeste qui montre que l'accès aux soins pour les jeunes est un réel besoin remarqué. Il n'est pas simple en raison des difficultés de ces jeunes en insertion et des obstacles administratifs. Il nécessite d'être écouté et aidé et que cet accompagnement vers les soins soit adapté aux jeunes pour être adopté.

Auteur : Catherine Mangeot, médecin de prévention

Structure : Espace Santé Jeunes de Villeneuve-La-Garenne 92 390 (ESJ)

Association Croix Rouge Française

Adhérent à la Fédération des Espaces Santé Jeunes

Bibliographie :

Informations sociales (2004) L'accès aux droits, n°120, décembre

Agora (2012) Les jeunes vulnérables face au système d'aide publique, n°62

Amsellem-Mainguy Y., Timotéo J. (2012), *Atlas des jeunes en France*, Paris : Injep-Autrement

Atelier 3 : Accès au soin des jeunes en situation d'errance ou de précarité

## **ENFANTS ET ADOLESCENTS SANS DOMICILE**

**Agnès PIERNIKARCH,  
CAUS d'Orsay service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CH  
d'Orsay**

Un abord difficile miné par les multiples tentatives de soins invalidées par les ruptures et les changements de lieu de vie.

Illustré par deux cas cliniques: Claude, qui avait visité 27 lieux de vie, et Samir, qui avait lui aussi épuisé un nombre impressionnant de lieux d'accueil.

Mise en place d'un cadre de soins multi-focal: éducatif, social et thérapeutique, permettant la prise en compte des troubles du comportement, et de la pathologie psychiatrique sous-jacente.

parcours et suivi pendant plus de 5 ans pour Claude et 3 ans pour Samir.

Agnès Piernikarch

[a.piernikarch@ch-orsay.fr](mailto:a.piernikarch@ch-orsay.fr)

## **BILANS DE TOSOUN OU L'ENIGME. QUELLES CLES POUR ACCUEILLIR L'ETRANGER.**

**Dr Véronique LACCOURREYE, Psychiatre coordinateur,  
Maison des Adolescents 49 et Centre de Soins Intersectoriel pour Adolescents  
du Centre de Santé Mentale Angevin.**

TOSOUN (prénom d'emprunt) est un adolescent Yézidis de 16 ans. Il est arrivé avec ses parents à Angers il y a un peu plus de 6 mois et vient actuellement en consultations au centre d'Accueil et de Soins Intersectoriel pour Adolescents (CASIA),  
...où il a été adressé par la Maison des Adolescents (MdA),  
...orienté sur les conseils des urgences du CHU,  
...qui l'avait reçu à la demande de la psychologue de l'Espace Accueil,  
...qui l'avait accueilli comme primoarrivant venu de Suède,  
...après avoir fuit la Russie,  
...où il s'était installé en quittant l'Arménie où vit ce peuple,  
...émigré du Kurdistan...

Le problème est posé : à qui va le confier le CASIA ? Ou peut-être plus sérieusement comment rompre ce ballet infernal ?

Nous posons la question sans incrimination aucune envers les partenaires de cette épreuve de relais car nous exerçons nous-même et à la MdA et au CASIA et nous avons nous-même envisagé l'orientation vers un ailleurs qui serait mieux outillé pour répondre au problème de TOSOUN.

Mais cet ailleurs existe-t-il ? Se trouve-t-il obligatoirement hors de chez nous ?

Afin de mieux saisir ce qui a fait naître ce désir de trouver un autre pour le bien de TOSOUN (pour le nôtre ?) nous proposons de poser les multiples questions que suscite cette situation et souhaitons qu'un échange d'expérience nous rende plus créatif sur les pistes d'un travail possible.

La famille de TOSOUN arrive à Angers début mai 2012.

Elle est reçue par un dispositif d'accueil, « l'Espace Accueil », qui reçoit les primo-demandeurs d'asile. Il sert de domiciliation postale nécessaire pour obtenir le formulaire OFPRA à la préfecture, propose un accompagnement social global (aide à l'instruction de ce dossier, démarches d'obtention de CMU, antenne d'hébergement d'urgence...) ainsi qu'un accueil psychologique. L'Espace Accueil est géré par une association qui reçoit des fonds de la Ville, du Conseil général et de L'État.

La famille est reçue par Mme H., assistante sociale puis par Mme B., psychologue. Elles sont aidées par un traducteur qu'elles peuvent joindre au téléphone. Dès les premiers entretiens l'une et l'autre sont interpellées par le comportement de TOSOUN. Il est à l'écart, indifférent.

Ses parents se disent inquiets, il ne dort plus, s'agite toutes les nuits, répond à des agresseurs imaginaires, tente de leur échapper et de s'enfuir de l'hôtel où ils sont logés temporairement. Il se plaint de céphalées. Mme B., les adresse aux urgences pour exploration.

Après un examen superficiel, les urgences leur donne l'adresse de la MdA qui reçoit une demande de RV.

La famille est reçue début juin 2012. Elle se présente aux deux entretiens proposés avec un traducteur trouvé parmi des connaissances récentes au sein de la communauté des étrangers en galère administrative. Ces rencontres permettent, à force de concentration pour saisir la traduction, d'avoir des éléments sur l'histoire récente de ces migrants. Ils sont

Kurdes Yézidis d'Arménie, le yézidisme étant une religion. Ils disent avoir quitté leur pays en 1996 pour la Russie. Nous apprendrons, en nous intéressant à l'histoire de ce peuple, qu'il en fut de même pour nombreux d'entre eux durant la décennie 90 en raison de problèmes socio-économiques. La famille s'est retrouvée employée dans une exploitation agricole avec des conditions de travail et un traitement inhumains jusqu'à un « passage à tabac » de Monsieur sous les yeux de TOSOUN. Le père blessé et craignant pour sa vie s'est alors enfui avec sa famille. Ils viennent en France pour demander l'asile.

Les symptômes de leur fils sont, d'après le père qui sera l'interlocuteur principal, secondaires au traumatisme qu'il a vécu en Russie.

Le fils n'est pas accessible puisqu'il ne parle qu'un dialecte de la langue Kurde et l'association ne peut proposer qu'une traduction russe et arménienne.

Le psychologue et l'infirmière qui accueillent la famille en binôme à la MdA sont également inquiets devant le tableau décrit par le père. Nous en parlons ensemble lors d'une réunion autour de situations cliniques et nous partons sur l'hypothèse d'un état de stress post traumatique qui pourrait nécessiter un traitement médicamenteux. Plusieurs éléments nous incitent à passer le relais vers le CMP (le CASIA) : nécessité d'une consultation avec un psychiatre pour confirmer le diagnostic, prescription éventuelle, possibilité d'avoir recours à des temps de traducteur par convention entre le Centre de Santé Mentale et l'APTIRA, association porteuse d'un service « médiateur santé » qui regroupe une quinzaine de traducteurs.

Il est donc prévu que je le reçoive en tant que psychiatre du CASIA et nous organisons comme de coutume un entretien tuilé avec la présence d'une infirmière qui a reçu TOSOUN à la MdA.

Un rendez-vous est pris mais un dysfonctionnement rend l'entretien impossible puisque la famille arrive sans traducteur.

Je mesure tout à coup la difficulté de la situation et l'envahissement psychique qu'elle engendre.

La famille ne peut se séparer et vient au complet à chaque fois. Elle prend de la place dans un espace d'attente tout petit. Il est impossible de communiquer car ils ne parlent pas un mot de français ni nous de Russe, d'Arménien ou de Kourmandji (dialecte Yézidis). La mère est très expansive, une sorte de pleureuse, le père très en demande, le fils aîné tente de suivre ce qui s'échange et TOSOUN lance des regards sans objets au dessus de sa tête qui me font évoquer une position d'écoute ou d'agrippement à la toile rouge incarnat tendue au plafond. Il a l'air « ailleurs », semble apeuré, mais la situation pourrait s'y prêter.

Nous tentons d'utiliser le système de « Google traduction » sur la proposition de la secrétaire.

Je commence à douter du premier diagnostic envisagé et revois mes perspectives de prescription.

Le nouveau traitement auquel je pourrais avoir recours nécessite un bilan afin d'éliminer des contre-indications, de s'assurer de la normalité de constantes et d'avoir des valeurs de base pour effectuer un suivi de la tolérance. Nous ne pouvons, dans le cadre du CMP, effectuer ces examens et n'avons d'autre recours que de renvoyer TOSOUN aux urgences où nous décidons de l'accompagner pour expliquer le problème. L'infirmière y passera une partie de la soirée.

Les RV suivants complexifient encore la situation.

Dans un premier temps, ils sont médiatisés par la même traductrice qui s'entretient en Arménien avec le père et parfois la mère, les 2 fils ne parlant qu'un dialecte. Nous nous ferons préciser qu'ils ne savent ni lire ni écrire et n'ont jamais été scolarisés.

La famille a beaucoup de difficultés pour être séparée durant les entretiens (lorsqu'elle n'est pas avec nous la mère de TOSOUN vient vérifier que nous sommes toujours dans le bureau par exemple).

Nous tentons d'enrichir le tableau clinique initialement décliné (céphalées, cauchemars, agitation nocturne qui reviennent en boucle) même si les informations restent indirectes puisqu'elles sont uniquement rapportées par le père.

Nous essayons notamment d'explorer l'antériorité de ce qui est présenté comme le trauma. Ainsi nous apprenons que TOSOUN souffre d'épisodes énurétiques depuis la petite enfance, il est décrit comme en retrait, n'a jamais aidé aux travaux des champs comme son frère par exemple. La mère interrogée sur les conditions de la grossesse, de l'accouchement et de la petite enfance semble interloquée par l'intérêt que je montre pour ces éléments. Selon elle, et pour les souvenirs qu'elle en a, tout s'est déroulé normalement : il n'y a eu aucun suivi de grossesse, elle a accouché seule dans sa caravane et le petit a grandi sans poser de problèmes.

Le tableau actuel est enrichi d'autres signes : saignement de nez, troubles de l'équilibre, automutilations (se tire les cheveux), apragmatisme (TOSOUN ne veut pas s'habiller, aime rester dans sa chambre, dans le noir) et lorsqu'il sort il est attiré par des objets bizarres (s'est arrêté dans la rue pour jouer avec une petite voiture qu'il a trouvé par terre). Il s'agace de bruits anodins et rit pour rien. Il dort par terre sans que cela soit une habitude culturelle.

TOSOUN parmi nous a l'air fatigué, anxieux, abattu ; son regard se perd sur des détails de la pièce.

Nous tentons, pour faire la part de ce qui fait signe, de connaître quelques éléments culturels propres à ce peuple. Nous comprenons par exemple, que ce que nous pourrions lire comme un problème de séparation avec cette mère qui couve ses garçons, est une habitude traditionnelle. Les Yézidis vivent en communauté, ne se séparent jamais et il leur est interdit par exemple de se marier hors clan.

A Plusieurs reprises le père de TOSOUN nous demande un certificat médical qui établit que son fils a besoin de soins. Nous lui délivrons une attestation qui fait état des RV puis un certificat qui évoque la démarche d'évaluation clinique.

A ce moment là des rencontres, le tableau est pour nous confus et nous provoquons une réunion avec les professionnels qui ont reçu la famille à l'espace accueil ainsi que ceux qui s'en occupent en tant qu'hébergeur à France terre d'Asile.

Nous apprenons que le dossier est refusé par l'OFPPA car selon la procédure EURODAC, la famille a été enregistrée en Suède pour une première demande d'asile et que, selon la conférence de Dublin, c'est ce pays qui doit donner réponse sur un accueil, à moins d'une raison majeure comme...un problème de santé qu'il ne pourrait pas prendre en charge.

Les parents de TOSOUN souhaitent rester en France, ils ont eu l'occasion de dire lors d'un entretien, qu'ils ont choisi ce pays car il a la réputation d'être accueillant, « c'est le pays des droits de l'homme ». Ils font donc appel de la décision de renvoi vers la Suède, tentant de faire valoir l'une ou l'autre close d'exception. Ils sont donc en attente de réponse de la part de la préfecture. Nous apprenons que « l'espace accueil », après avoir rempli sa mission d'instruction des dossiers (OFPPA, EURODAC, CMU) a confié la famille à un hébergeur, France terre d'Asile », qui accueille la famille dans un appartement en ville et a entamé des démarches d'évaluation en vue de rescolarisation des 2 garçons.

Nous apprenons également que la famille est reçue par un médecin généraliste d'Angers qui a antérieurement travaillé à Médecin du Monde et qui reçoit beaucoup de migrants dans sa clientèle. Joint, il nous explique que les céphalées et les perturbations du sommeil sont des troubles habituels chez eux et qu'ils sont liés au stress tout comme les cervicalgies, ce dont se plaignent d'ailleurs la mère et le frère de TOSOUN.

Nous avons l'impression d'être dans un emmêlé de questions qui dépassent notre pratique.

Nous finissons, après en avoir expliqué l'intérêt à la médiatrice santé, par avoir accès à une traductrice Géorgienne qui parle Yézid et qu'elle a réussi à recruter.

L'entretien rassemble d'abord TOSOUN et ses parents. Nous avons l'impression que Monsieur et Madame sont très agités lorsque la parole est donnée à TOSOUN. Nous voyons par exemple Monsieur grimacer de douleur en se tenant la jambe blessée lors de l'agression dont il a été victime en Russie et qui est à l'origine de la demande d'asile. Nous ne pouvons nous empêcher de penser que ce geste est un message de précaution adressé à TOSOUN.

Le reste de l'entretien se fait seul avec TOSOUN. Il répond assez fluidement aux questions de la traductrice qui sont les miennes. Il nous rappelle de manière liturgique ses

plaintes et leur apparition après le choc traumatique, le traitement prescrit ne faisant aucun effet. Il nous dit ne pas se souvenir de sa vie en Arménie et précise qu'en Russie il travaillait avec les bêtes dans des conditions très dures. Il ne peut donner aucun autre détail sur son vécu, se réfugiant derrière des problèmes de mémoire ou des céphalées qui l'assaillent dès qu'il tente de se souvenir. Il ne se souvient pas non plus avoir eu des comportements bizarres comme ceux relevés par son père (jouer avec une petite voiture d'enfant). Il se dit très gêné lorsque nous lui posons la question de l'énurésie et reconnaît avoir « des fuites » depuis longtemps la nuit. Il acquiesce lorsque nous lui demandons s'il se sent menacé et précise qu'il en a toujours été ainsi mais il se trouve que la quotidienneté persécutrice est bien réelle dans la vie de ce garçon. Il va en cours de français avec son frère et d'autres jeunes et semble y prendre plaisir.

La traductrice fraîchement amenée à cette fonction a le sentiment qu'il est bizarre, qu'il ne veut pas répondre à certaines questions et qu'il semble traumatisé par des conditions de vie antérieures difficiles.

Voilà où nous en sommes à l'heure où j'écris.

Chaque rendez-vous apporte son lot d'éléments mais les questions, pour nous, restent les mêmes et nous souhaitons vous les faire partager.

Notre rôle en tant que psychiatre d'un centre de consultations et de soins est d'accueillir la demande, d'analyser la situation clinique et de proposer un accompagnement thérapeutique. Ces différentes dimensions intriquées sont quasi impossibles et cette situation l'illustre.

De quelle demande s'agit-il dans cette situation ? Demande de soutien psychologique qui semble difficile à réaliser avec la barrière de la langue, ce, d'autant que TOSOUN ne veut pas se remémorer ce qui s'est passé. Demande de diagnostic dans l'intérêt de TOSOUN et pour l'aider à aller mieux ou dans l'intérêt d'un dossier administratif ? Si l'objectif importe peu pour nous, il brouille cependant notre analyse car nous avons l'impression d'une construction familiale orientée qui ne correspond à aucun tableau clinique.

Comment analyser ce tableau clinique ? Quels signes pouvons-nous colliger pour nous y aider ? Dans cette situation il y a plusieurs biais. La traduction fait piège car le traducteur n'est pas clinicien et il n'est pas formé à repérer des constructions syntaxiques, des tonalités, des discordances, des néologismes qui font indices pour nous. Ce que nous inventorions dans l'anamnèse est parasité par la situation de demande administrative et nous sentons que la famille oriente ses réponses dans une parcimonie méfiante en fonction de ce qu'elle pense être le mieux pour atteindre son but (construction d'une situation de malaise post-traumatique). Le contexte est également pourvoyeur de parasites cliniques puisque la situation est de nature persécutrice dans le réel et ce qui pourrait faire signe comme les attitudes d'écoute, la réticence peut être une attitude adaptée à la situation. Tout ceci est à rajouter aux difficultés bien connues de la clinique transculturelle qui doit faire la part entre ce qui fait signe dans un environnement ou dans un autre (ici la question de la peur et de l'indifférenciation peut être rapprochée de la tradition clanique du peuple Yézidis).

Enfin dans l'hypothèse où le tableau serait éclairci, comment aider TOSOUN ? Il ne peut pas parler par loyauté familiale ou par fragilité psychique. Il ne sait pas parler la langue que nos cliniciens ou que les jeunes de nos groupes thérapeutiques ou d'entraide parlent. Il est nécessaire pour la famille que TOSOUN continue à montrer leur souffrance et pour cela le traitement médicamenteux prescrit ne doit pas faire d'effet.

Dans ces conditions, de quel espace individuel ou groupal peut-il tirer profit ? Comment équilibrer une prescription médicamenteuse ?

La situation de TOSOUN est l'une des situations d'adolescents migrants que nous avons eu à accueillir à la MdA et au CASIA depuis le début de l'année. TOSOUN est arrivé en famille mais d'autres que lui sont isolés et tous nous ont posé les mêmes questions. Il s'agit pour nous d'une situation inédite témoignant de l'augmentation des arrivées de migrants et de la saturation des capacités d'accueil des services fléchés.

Nous ne comptons pas rester avec ces interrogations, c'est pourquoi nous souhaitons les soumettre à votre expérience dans un premier temps.

Nous avons également invité dans le cadre des rencontres du réseau adolescence du Maine et Loire les différents partenaires intéressés par la question afin de pouvoir mieux comprendre la trajectoire de ces jeunes, mieux répondre à leur demande, mieux accueillir leur souffrance.

## **IMAJE SANTÉ ET L'ACCOMPAGNEMENT DES MINEURS ÉTRANGERS ISOLÉS**

**Émilie TOUCHOT,  
Directrice d'image Santé.**

### *Contexte*

Une étude récente menée par l'Atelier Santé Ville de Marseille recense aujourd'hui plus de 6000 personnes sans domicile fixe dont une partie sont des mineurs étrangers.

Dans le cadre de nos activités d'accueil, d'écoute, d'accompagnement et d'orientation des jeunes âgés de 12 à 25 ans dans le domaine de la Santé (psychique, physique et sociale), IMAJE Santé a toujours développé des actions en direction des jeunes les plus en difficulté. Ainsi depuis quelques années, en collaboration étroite avec le Service SAAMENA de l'ADDAP 13 (prévention spécialisée), nous proposons un accueil spécifique pour les « Mineurs étrangers non accompagnés ».

Le Département des Bouches-du-Rhône est en effet confronté à un afflux important de mineurs isolés étrangers, concentré principalement à Marseille.

Ces jeunes, en rupture avec leur pays d'origine (pays du Maghreb, d'Afrique Sub Saharienne, du Moyen Orient et d'Afghanistan) et leur famille, sont le plus souvent en errance, sans ressource, et usent de moyens de fortune pour survivre.

L'expérience montre que l'accueil des mineurs étrangers non accompagnés demande des moyens dédiés : un accueil spécifique intégrant la dimension culturelle de chacun.

### *Objectifs*

Proposer une prise en charge psychologique sociale et médicale adaptée pour les Mineurs Étrangers Non Accompagnés

### *Activités proposées*

Dans ce cadre, IMAJE Santé propose **un dispositif d'accueil spécifique pour les Mineurs Etrangers Isolés** :

#### **- une consultation médicale**

Un médecin généraliste et diplômé de Médecine Tropicale propose, avec l'aide d'un interprète (Arabe, Afghan, Turque, Wolof ...) un entretien d'évaluation de l'état de santé.

Ainsi, il va s'attacher à remonter l'histoire médicale : antécédents familiaux et personnels, mode de vie dans le pays d'origine : rural/urbain, étendue de la fratrie, accès à l'école, présence ou absence de suivi médical, motifs de la décision d'exil

Puis il s'attachera à proposer au jeune de faire part de son récit du voyage axé sur les risques encourus par rapport à la santé : privation de sommeil, privation de nourriture, violences subies.

Ensuite, il s'attachera à l'expression des symptômes pathologiques pour terminer par l'examen clinique

Au terme de cette première consultation, le médecin évalue et oriente la prise en charge médicale:

- nécessité d'examen complémentaires

- avis spécialiste parfois hospitalisation

en utilisant alors les différentes ressources à sa disposition : PASS, CIDAG, Médecins du Monde, Le Centre Municipal de vaccination, le réseau de médecins en libéral, Point Santé de l'Hôpital St Joseph

L'objectif de cette consultation est, dans tous les cas, **l'intégration la plus rapide possible dans le système de soins** et dans cette attente un recours permettant de combler temporairement l'absence de prise en charge.

- **une consultation transculturelle** :

La consultation transculturelle est un espace de réflexion dans lequel les jeunes accompagnés peuvent engager un travail d'élaboration autour de la souffrance liée à la migration. Cet espace permet au sujet de s'inscrire dans une dynamique qui vise à créer du lien entre la culture du pays d'origine et celle du pays d'accueil. Mettre du sens sur le projet migratoire, en éclaircir les enjeux implicites, saisir la dialectique relationnelle (tant au niveau de l'individu que du groupe familial) devient possible lorsque le cadre thérapeutique offert se pose comme un espace intermédiaire entre ici et là-bas. En ce sens, la consultation transculturelle constitue un « entre-deux ». La reprise au plan psychique de cet espace ouvre dès lors sur la métaphorisation, et plus particulièrement sur la métaphorisation des liens : liens entre le moi et le non-moi, entre soi et l'autre. Le travail clinique est ici une clinique de l'identité, accompagnement vers une nouvelle subjectivité déjà amorcée par le changement de cadre culturel.

Le cadre de la consultation s'appuie sur la connaissance de la culture des personnes reçues et celle de la souffrance induite par la migration. Le dispositif est groupal en référence aux développements théoriques de la Psychiatrie Transculturelle. Participent à cette consultation le professionnel à l'origine de l'orientation.

Lorsqu'une équipe, des professionnels des secteurs médico-socio-éducatifs adressent un mineur étranger non accompagné, il est important d'inscrire ces personnes dans le travail clinique et de leur proposer de participer aux consultations. La présence de ces professionnels dans le dispositif transculturel **favorise la construction de liens avec ce qui s'est passé avant la rencontre et avec les prises en charges qui se déroulent en parallèle du travail clinique mené au sein de la consultation.**

L'accompagnement des mineurs étrangers isolés est difficile dès lors où l'on s'inscrit dans le temps. Les professionnels nous ont souvent fait part d'une rupture de l'accompagnement de ces jeunes.

Ainsi nous pouvons remarquer qu'IMAJE Santé devient souvent pour ces jeunes un repère, un lieu qu'il connaisse et dans lequel ils se sentent bien. Il est en effet fréquent de constater que les mineurs ont beaucoup de mal à se stabiliser au sein d'une structure d'hébergement type Maison d'Enfants à Caractère Social. **L'équipe pluridisciplinaire d'IMAJE Santé assure ainsi un lien dans l'accompagnement médico-psychosocial et tend à éviter les ruptures et offre ainsi aux mineurs étrangers isolés un lieu dans lequel ils peuvent déposer leur récit de la migration. Ceci doit leur permettre d'avancer, de se construire, de s'intégrer.**



## RÔLE DU MÉDECIN DE PREMIER RECOURS DANS UNE PRISON POUR MINEURS: UN EXEMPLE « LA CLAIRIÈRE » À GENÈVE.

Dr Tina HUBER-GIESEKE,  
Médecin généraliste à La Clairière et à la Consultation Santé Jeunes, Hôpitaux  
Universitaires de Genève, Suisse.



### Introduction:

Les besoins de santé des mineurs en détention semblent plus importants que ceux des jeunes du même âge en population générale. Parmi ces jeunes en détention on observe plus de fumeurs, plus souvent une consommation d'alcool ou des drogues illicites, ils semblent plus précocement s'engager dans des relations sexuelles à risque, et ont plus souvent été exposés à des événements violents. Par conséquent, ils sont plus à risque de maladies sexuellement transmissibles, de traumatismes et blessures et de grossesse prématurée. On constate aussi des maladies ORL et respiratoires et un nombre croissant de troubles psychiques et comportementaux.

L'accès libre à des soins médicaux pendant leur période d'enfermement est une opportunité, parfois unique, pour ces mineurs, et rejoint les recommandations de l'OMS, exigeant une meilleure collaboration des différents professionnels de santé, du milieu d'éducatif et social et des autorités judiciaires

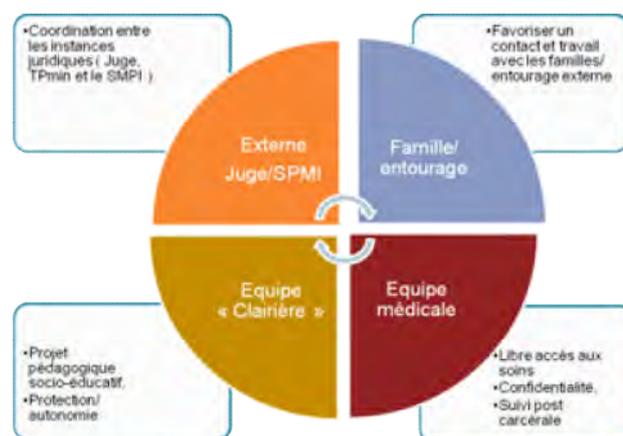


figure1: Travail interdisciplinaire à La Clairière

### Contexte local :

L'établissement de détention et socio-éducatif « La Clairière », inclut un secteur fermé à côté d'une structure d'observation semi-ouverte qui accueillent 30 adolescents de moins de 18 ans, filles et garçons, avec un âge moyen de 15 et 16 ans pour environ 400 admissions/ an. La Clairière est le seul établissement en Suisse intégrant des soins médicaux sur place - somatiques et psychiatriques- en collaboration avec une équipe d'éducateurs et de gardiens de prison (figure 1). Plus de la moitié des mineurs présente des problèmes de santé,

physiques et /ou mentaux. Le contact systématique et régulier avec les professionnels de santé (infirmiers, médecins, psychologues) permet à l'adolescent une prise de conscience de ses besoins de santé et l'initiation de stratégies préventives personnelles. L'approche médicale se base sur la confidentialité, l'entretien individuel et un travail en groupe, en utilisant des outils validés pour les adolescents (HEADSSS ; Dep-Ado, rattrapage vaccinal, dépistage des maladies infectieuses, entretien motivationnel).

But: Le but de cet atelier est de présenter le rôle du médecin de premier recours dans un milieu fermé, de réfléchir ensemble aux priorités de santé de ces adolescents dans un contexte de privation de liberté et de choix limité . Des vignettes cliniques illustreront les problèmes de santé et psychosociaux mais aussi les difficultés rencontrées dans le contact avec les mineurs et face aux autorités internes et externes d'un centre de détention comme « La Clairière » (ex. secret partagé, suivi post carcéral).

Dre Tina Huber-Gieseke

Médecin généraliste à La Clairière/Unité de médecin pénitentiaire et à l'Unité Santé Jeunes, Hôpitaux Universitaires Genève, Suisse

87, Bd de la Cluse

CH-1205 Genève

Tel : 0041 22 3823387

Fax : 0041 22 3823388

Email : tina.huber-gieseke@hcuge.ch

Ce projet de présentation-atelier est soutenu et supervisé par Dr. Françoise NARRING, Médecin responsable de l'Unité Santé Jeunes, Hôpitaux Universitaires Genève, Suisse.

## **ACCÈS AUX SOINS : QUESTIONS ADMINISTRATIVES ET JURIDIQUES**

**Dr Sophie LEMERLE-GRUSON, Pédiatre.**

Dans un souci de rentabilité économique les administrations hospitalières mettent souvent des obstacles à la prise en charge « hors cadre » des adolescents mineurs. Et les soignants sont souvent démunis par méconnaissance des droits des mineurs et des devoirs des professionnels.

Les médecins libéraux hésitent à accueillir un patient mineur tout seul.

Comment les adolescents clandestins sans papiers peuvent-ils recevoir des soins ? Quels sont nos devoirs à leur égard ? pourquoi la détermination de leur âge est décisive ?

Un jeune mineur confié à l'Aide Sociale à l'Enfance : quelle autorité parentale ?

Un jeune en Ordonnance de Placement Provisoire : quelle autorité ?

Comment accueillir un adolescent mineur qui demande des soins en l'absence de ses parents, que ce soit volontaire ou non : en consultation libérale ou hospitalière, aux urgences ?

Peut-on hospitaliser un mineur sans prévenir ses parents ?

Que dit la loi de 2001 portant sur l'IVG de la mineure ?

Comment gérer un refus de soins de la part d'un adolescent ?

Que faire en cas de fugue d'un mineur d'un établissement de soins ?

L'injonction de soins a-t-elle valeur juridique ?

Frais à régler et secret. La carte vitale à 16 ans.

Tous ces points seront discutés dans un atelier réunissant administratif, juriste (avocat) et médecin.

Atelier 6 : Accès au soin des jeunes en rupture de prises en charge et d'accompagnement

## **EXPÉRIMENTATION : PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS COMPLEXES DE L'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE**

**Isabelle BONIN, Travailleur Social Ressource,  
Aide Sociale à l'Enfance, Conseil Général de Loire-Atlantique .**

Aujourd'hui, le service de l'aide sociale à l'enfance du conseil général de Loire-Atlantique est de plus en plus confronté à des situations d'enfants en danger complexes.

En Novembre 2011, l'expérimentation du Travailleur social ressource sur l'agglomération nantaise a eu pour objet de proposer un mode d'action innovant dans la prise en charge des situations sensibles d'enfants en danger.

Le travailleur social ressource joue un rôle de facilitateur dans l'exécution des mesures. En ce sens, il effectue un recueil de données sur l'histoire familiale de l'enfant le plus précis possible. Ce recueil de données doit permettre des analyses croisées sur ces situations dites sensibles. Les situations sensibles d'enfants sont déterminées par l'adéquation entre la mesure de protection et l'exécution de cette mesure, mais aussi toutes les situations de placements non exécutées ou inadaptées.

Le travailleur social ressource permet au référent éducatif de jouer pleinement son rôle d'accompagnement en l'aidant à organiser son action et à mettre en œuvre des prises en charge innovantes et adaptées à chaque profil d'enfant.

Le travailleur social ressource a aussi pour mission de proposer des pistes de réflexion ou de travail dans chaque situation. Il favorise aussi le développement partenarial pouvant étayer la prise en charge de ces situations sensibles d'enfants. Il peut aussi faire l'interface entre les intervenants du conseil général, les structures d'accueil et le service Action Éducative et Parentale du Conseil Général.

En Novembre 2011, le travailleur social ressource de l'agglomération nantaise a surtout travaillé autour de situations de jeunes filles en errance avec des mises en danger avérées ; ces jeunes filles ne pouvant intégrer les structures éducatives habituelles.

Le travailleur social ressource a pu favoriser la mise en place de projets atypiques pour ces jeunes filles. Ces projets ont été travaillé avec les référents et cadres éducatifs intervenants dans chaque situation. Dans ces situations complexes, la question du manque de suivi médical est apparue. Un partenariat avec le CHU (service Pédiatrie le Dr Picherot) et la MDA de Nantes a permis une meilleure prise en charge de ces jeunes ainsi qu'une approche médicale sur ces situations.

Le travailleur social ressource a cherché à adapter l'accueil à la problématique de chaque jeune grâce au recueil de données mais aussi à l'analyse croisée sur cette situation avec chacun des intervenants de la protection de l'enfance.

En Septembre 2012, l'expérimentation du travailleur social ressource a été étendu à l'ensemble du département. Aujourd'hui, 6 travailleurs sociaux ressources interviennent au sein du service de l'aide sociale à l'enfance du conseil général de Loire-Atlantique.

Atelier 6 : Accès au soin des jeunes en rupture de prises en charge et d'accompagnement

## **INTÉRÊT DE L'ARTICULATION DES DISPOSITIFS DE SOINS AUTOUR D'UN ADOLESCENT EN RUPTURE DE PRISE EN CHARGE**

**Dr Bensaber F. (pédopsychiatre) et Mme Bioret D. (éducatrice),  
Maison de l'Adolescent du Havre**

Les conduites de rupture sont fréquentes à l'adolescence. Face à ces situations, les conflits en jeu ne peuvent être abordés directement, aucune demande d'aide ne semble pouvoir advenir. A travers l'histoire clinique de Mathis, nous allons retracer les différentes étapes d'un parcours de soins de plusieurs années marqué par des périodes de rupture et de refus de soins. Le travail de collaboration a impliqué d'une part une prise en charge individuelle et groupale de Mathis à la Maison de l'Adolescent, et d'autre part la rencontre avec les parents au sein d'un espace dédié à la guidance et l'écoute à l'Accueil Pour Parents d'Adolescents (APPA). La participation des parents et le maintien d'un lien dans la prise en charge du jeune ont semblé essentielle dans le cheminement vers une alliance des soins et un accompagnement du jeune et de sa famille vers l'annonce d'un diagnostic et la proposition d'une prise en charge adaptée. Ainsi, nous constatons dans notre expérience clinique, que les entretiens avec les parents d'adolescents qui refusent de consulter, peuvent parfois constituer une voie d'accès aux soins pour l'adolescent. Aussi nous paraît-il important, lorsqu'on s'occupe d'adolescents, de se donner les moyens de recevoir les parents, parfois même de manière exclusive pendant de longs mois, avant d'avoir accès à l'adolescent lui-même.

## **ADDICTIONS AUX JEUX VIDÉO : QUEL ACCÈS AUX SOINS POUR LES PATIENTS VIRTUELS ?**

**Dr Bruno ROCHER, Psychiatre  
Espace Barbara, Service Addictologie CHU de Nantes**

La pratique des jeux vidéo a connu un développement considérable aux cours des dernières décennies grâce aux avancées technologiques de l'informatique qui permettent de nouvelles pratiques virtuelles de loisir. Cette évolution s'intègre aussi à un mouvement sociétal plus large où la place de la communication et des échanges est devenue prépondérante. Les avancées technologiques réduisent les espaces-temps et entraînent de nouveaux types de communication.

On entend parler dans différents domaines : médias, sociologie, familles, joueurs eux-même d'**addiction aux jeux vidéo**. Mais comment les soignants et notamment les psychiatres ou les addictologues se situent-ils par rapport à cette question ?

Pour les médecins s'étant intéressés à cette question, les symptômes évocateurs d'utilisations addictives sont :

- Temps passé à ces pratiques important. Au delà d'une durée seuil qui ne peut être arbitrairement définie, il s'agit surtout d'un temps passé entravant les autres activités nécessaires à l'équilibre d'un individu :
  - o réduction des relations sociales, amicales et familiales. Isolement au domicile
  - o répercussions sur le travail scolaire ou professionnel.
  - o répercussions sur l'équilibre alimentaire ou le sommeil.
- Souffrance psychique rattachée à l'utilisation des jeux (Tristesse, anxiété, agressivité)
- Incapacité de réduire les temps de jeu.

Les débats se poursuivent pour savoir quelles sont les spécificités et les causalités, forcément multiples et complexes, de ces nouveaux comportements. Toujours est-il que les acteurs de soin s'étant intéressés à ces pratiques s'accordent à dire que certains individus (notamment des hommes jeunes, entre l'adolescence et la trentaine) présentent des consommations problématiques, qui traduisant une souffrance individuelle ou familiale nécessitant une évaluation et éventuellement des soins.

Il est essentiel de pouvoir différencier les jeux auxquels les joueurs s'adonnent. On constate que souvent les parents ne connaissent pas les jeux auxquels leurs enfants jouent, s'ils sont adaptés à leur âge. Il semble absolument essentiel que les parents puissent s'intéresser à ces nouvelles pratiques, à la fois pour limiter leurs angoisses, souvent liées à une méconnaissance de ces jeux, ensuite pour pouvoir poser en conscience des limites protectrices pour leur enfant.

Au delà de la question de la nosographie et du sens pris par les problématiques d'usages excessifs de jeux vidéo, se trouvent des situations souvent fort complexes pour lesquelles **la question de l'accès au soin est centrale**.

En effet, on évoque souvent "l'addiction aux jeux vidéo" du jeune et c'est ce même jeune qui réfute la problématique et refuse les échanges proposés en consultation. Quelle place donner ou laisser aux parents dans ce contexte ?

Fort de notre expérience dans le service d'addictologie depuis plus de 5 ans désormais, nous proposons au sein de cet atelier d'échanger sur les possibilités d'amener à une prise en charge globale de ces situations.

1. Hayez, J.M., *Quand le jeune est scotché à l'ordinateur: les consommations estimées excessives*. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2006. 54(3): p. 189-199
2. Lejoyeux, M., L. Romo, and J. Adès, *Addiction à l'internet*. Encyclopédie Médico Chirurgicale, 2003(37-396-A-27)
3. Lévy, P., *Qu'est ce que la réalité virtuelle?* 1998: La Découverte.
4. Nayebi, J.C., *La cyberdépendance en 60 questions*. 2007: Retz.
5. Stora, M., *Guérir par le Virtuel, une nouvelle approche thérapeutique*. 2005, Paris: Presses de la Renaissance.
6. Tisseron, S., S. Missonier, and M. Stora, *L'enfant au risque du virtuel*. 2006: Dunod.
7. Valleur, M. and J.C. Matysiak, *Sexe, Passion et Jeux Vidéo*. 2003: Editions Flammarion.
8. Virole, B., *Du bon usage des jeux vidéo et autres aventures virtuelles*. 2003: Hachette littérature.

Dr Bruno ROCHER

Thèse de DES de psychiatrie soutenue en 2007 : « Addiction aux Jeux Vidéo : Mythe ou Réalité ?

Rocher B., Grall-Bronnec M., Vandermersch N., Venisse J.-L.  
Une addiction aux jeux vidéo  
Synapse, 2008, 236 : 20-22

Rocher B.  
Prises en charge des addictions aux jeux vidéo.  
La Revue de l'infirmière, 2010 ; 162 : 17-18.

Rocher B., Gautier J., Bourdon M.  
Prise en charge des addictions aux jeux vidéo.  
Congrès international francophone d'addictologie « Prévenir et traiter les addictions sans drogue : un défi sociétal », Nantes, 7 et 8 octobre 2010.

*Espace Barbara*  
*Service Addictologie CHU de Nantes*  
*9, bis rue de Bouillé*  
*44 000 NANTES*

Atelier 7 : Jeunes qui accèdent au soin via les nouveaux médias

## **UN ESPACE SANTÉ À LA MAISON**

**Xavier VANDERPLANCKE,**  
**Responsable de l'Espace Santé Jeunes de Lyon**

Ce projet est né d'une question fondamentale : comment se rendre accessible et être à l'écoute des besoins des jeunes et de leurs questionnements en matière de santé?

Que l'on parte des conclusions des **Etats généraux de la santé** ou du **Baromètre santé jeunes**, les données de mortalité et de morbidité, au travers d'indicateurs divers (dépressions, tentatives de suicide, violences subies et agies, usages de substances psycho-actives, conduites à risque en matière de sexualité) soulignent la **prédominance des troubles psychosociaux des jeunes** : si, dans une majorité, les jeunes vont bien, il en est une partie non négligeable qui se trouve en difficulté.

A l'échelle de l'activité de **l'Espace Santé Jeunes**, les données recueillies aux cours des 10 dernières années lors des demandes individuelles ou collectives des jeunes, des parents ou des professionnels médicaux, sociaux, éducatifs mettent en exergue un **manque d'information des jeunes en matière de santé, un besoin de parler, un sentiment de mal-être...**

### **Manque d'information en matière de santé...**

Pourtant, les jeunes sont censés être bien informés : ils ont accès à des interventions d'éducation pour la santé, ils ont un accès direct à l'information via la télévision ou Internet, de multiples services existent sur le terrain dans la proximité de leur lieu de vie.

Cet accès facilité à l'information peut donner aux professionnels et plus largement aux adultes l'illusion que les jeunes savent tout. En réalité, les adolescents sont souvent noyés dans la masse d'informations mise à leur disposition :

### **Surinformation**

Les informations proviennent de sources nombreuses et différentes, officielles ou non, voire erronées. Les jeunes s'y perdent et ne savent pas distinguer le vrai du faux, la rumeur de l'information.

### **Informations non demandées**

Les informations leur parviennent souvent à un moment qu'ils n'ont pas choisi, et répondent à des questions qu'ils ne se sont pas encore posées.

### **Informations trop générales**

Elles sont peu rassurantes car elles ne leur permettent pas de savoir s'ils sont "normaux". Ils ne savent pas à qui s'adresser pour demander plus de détails pratiques ou précis les concernant directement.

### **Un besoin de parler...**

Dans son rapport, **Xavier POMMERAU** atteste d'un double besoin des jeunes :

- Le besoin d'obtenir des renseignements directement utiles.
- Le besoin de parler de soi, de ses relations à autrui, de son devenir personnel.

Toutefois, pour un jeune, prendre la décision de parler de ses difficultés, oser poser une question concernant sa santé ou identifier un professionnel de confiance peut se révéler être une épreuve délicate.

Considérant ce qui vient d'être évoqué,

### **Comment se rendre accessible et être à l'écoute de leur besoin, de leurs questionnements ?**

Dans une dynamique « **d'aller vers pour faire venir** » l'intérêt du projet d'Espace Santé à la maison réside dans le fait qu'il permet aux jeunes de s'approprier des informations en matière de santé données par des professionnels de proximité, bénéficier d'un accompagnement réalisé par des professionnels...Quand ils en ont besoin et à leur rythme auprès d'acteurs de proximité.

### **Objectifs**

L'objectif principal de ces outils en ligne : Blog, Skype et Messenger, est de permettre aux jeunes de disposer d'information et d'écoute individualisée en matière de santé, en garantissant l'anonymat, la confidentialité et en s'appuyant sur les outils de communication où les jeunes sont utilisateurs et contributeurs par leurs questions.

Les objectifs spécifique de ce Blog sont de :

- Favoriser, soutenir et renforcer l'accès à l'information santé en offrant directement ou indirectement un espace d'accueil, d'information.
- Renforcer l'information sur certaines ressources de santé, sur les possibilités d'accompagnement des jeunes,
- Développer les possibilités d'écoute et d'échanges pour les jeunes.

### **Public ciblé**

Tous les jeunes de 12 à 25 ans, quel que soit leur statut, leur situation; sur l'ensemble du territoire de la région Rhône-Alpes.

### **Le projet**

L'ESJ à la maison offre aux jeunes rhônalpins la possibilité d'obtenir des réponses de professionnelles à toutes les questions qu'ils se posent sur la santé. Ces réponses, consultables par tous, se veulent une aide à la réflexion et à la connaissance de soi. Elles ne peuvent en aucun cas remplacer un diagnostic médical, une thérapie, mais vise à permettre d'obtenir rapidement une information générale de façon anonyme mais aisément accessible par tous, une écoute anonyme, un accompagnement vers les structures de proximité.

Atelier 7 : Jeunes qui accèdent au soin via les nouveaux médias

## LA RENCONTRE VIRTUELLE POUR ACCOMPAGNER VERS LA RENCONTRE RÉELLE, L'EXPÉRIENCE DE FIL SANTÉ JEUNES

Juliette Tocanne, psychologue, responsable du pôle internet -

[www.filsantejeunes.com](http://www.filsantejeunes.com)

École des Parents et des Éducateurs d'Île-de-France

Depuis plus de 10 ans, sur le dispositif national **Fil Santé Jeunes**, une équipe pluridisciplinaire de professionnels écoute les jeunes, au téléphone (32 24) ou à travers les différents espaces interactifs du site internet [www.filsantejeunes.com](http://www.filsantejeunes.com), à propos de leur santé.

L'écoute proposée, anonyme et « à distance » favorise une certaine forme de rencontre. Il s'agit d'une rencontre intime mais non-intrusive puisque chacun peut s'y sentir protégé. Elle permet l'ébauche d'une première parole, l'expression d'une inquiétude, d'une douleur ou d'un questionnement. L'entretien téléphonique ou l'échange par mail donne souvent lieu à une orientation vers une structure de soin, adaptée à la problématique du jeune en question, à sa situation géographique, aux contraintes qu'il évoque, à « là où il en est » de sa démarche ... Au-delà d'une adresse précise, la mission de Fil santé Jeunes est **d'accompagner**, le temps d'un appel ou d'un mail, cet adolescent-là à aller rencontrer un professionnel de santé en face-à-face, afin que sa parole puisse être entendue et soutenue dans le temps.

**Internet** n'est certes plus aujourd'hui un « nouveau média », mais la manière dont les jeunes utilisent cet outil et ses multiples facettes pour avoir accès à l'information et trouver des réponses, peut encore paraître relativement abstrait du côté des professionnels qui les accueillent, ou parfois éloigné de leur pratique au quotidien. Il sera question, dans cet atelier, de l'expérience des professionnels de Fil Santé Jeunes sur le site [www.filsantejeunes.com](http://www.filsantejeunes.com).

**Le site de Fil Santé Jeunes** propose aux jeunes internautes différents espaces qui leur permettent de parler d'eux, d'exprimer une inquiétude ou une souffrance, **de manière différente** : ils peuvent, par exemple, choisir d'échanger avec leurs pairs dans l'espace public du forum, ils ont la possibilité également de s'adresser aux professionnels de manière confidentielle dans la « Boîte à question ».

Il n'est pas rare que ces espaces soient investis en parallèle, dans le même temps ou l'un à la suite de l'autre. Leur diversité permet au jeune internaute de se mouvoir au gré de ce qu'il ressent, quand il le souhaite et comme il le souhaite, d'y évoquer des sujets divers, ou bien des sujets identiques mais formulés de manière différente, se présentant ainsi en tant que jeune en devenir avec son lot de questionnements, d'angoisse et d'ambivalence. Les espaces d'expression du site et la façon dont les jeunes s'y impliquent, sont complémentaires et permettent ainsi au professionnel **d'accompagner ce jeune, étape par étape**, au plus près de là où ils en sont de leur vécu.

Les jeunes qui « osent » poser leurs questions (parfois très intimes) ou exprimer leur mal-être sur le site se déclarent, pour la plupart, ne pas être encore capables d'aller frapper à la porte d'un lieu d'accueil, d'écoute ou de soin. Ils ne sont pas prêts non plus à parler d'eux à un professionnel au téléphone. Ils ne sont parfois même pas prêts à parler une personne de leur entourage en qui ils ont confiance.

Pour ceux-là, il semble moins difficile, dans un premier temps, **d'écrire** ce qui ne va pas, à des destinataires inconnus et anonymes. Chez eux, derrière l'écran, ils se sentent protégés et ils osent dire plus et différemment. Il n'y a même plus la voix pour « trahir » les émotions : la parole ne peut plus en être que plus fluide.

Sur la « Boîte à questions », la rencontre « virtuelle » entre le professionnel et l'adolescent qui le sollicite va vite. Du côté du professionnel, les mots utilisés pour « entrer en contact » ne sont pas les mêmes également, le lien qui se crée est plus direct. Par la reformulation d'une demande, par le questionnement aussi, le professionnel rédacteur va tenter de

soutenir la prise de parole, de mettre du sens sur les mots employés, d'accueillir la démarche de manière bienveillante, de peu à peu soulever et questionner les résistances à aller dire « ailleurs », de rassurer, de faire des propositions .... Plutôt que d'apporter une réponse en quelques lignes qui pourrait être « enfermante », il cherche plutôt à ouvrir à la réflexion, à un cheminement qui peu à peu pourra amener le jeune lui-même à « oser » envisager une démarche.

Ces espaces d'expression sur internet permettent à certains jeunes d'accéder à une « écoute », à la prise en compte de ce qu'ils sont, à un soutien. En cela, ils peuvent constituer une première étape dans un processus de soin, ou en tout cas vers une rencontre qui pourra permettre l'expression d'une souffrance « dans le réel ». C'est aussi parce que la rencontre « virtuelle » a des limites et que l'adolescent s'y confronte, que la rencontre « réelle » pourra finalement avoir lieu...

### ***Fil Santé Jeunes en quelques mots ...***

Un dispositif national financé par l'INPES et la DGCS, confié à l'EPE-Idf.  
Destiné aux jeunes de 12 à 25 ans, pour parler de la santé en général.

**Un numéro vert:** le **32 24** – anonyme et gratuit, ouvert de 8h à minuit, 7j/7 (ou depuis un portable : 01 44 93 30 74 ; coût d'une communication ordinaire)

**Un site internet:** [www.filsantejeunes.com](http://www.filsantejeunes.com) – une documentation régulièrement enrichie, des Quiz, des enquêtes, des forums, une Boîte à Question ...

En 2011, **Fil Santé Jeunes, c'est chaque jour :**

Près de 600 appels traités

2044 visites et 19675 pages consultées sur le site





**- Les Plénières -**  
**Samedi 24 novembre**

Conférence :

**« États de choc au XXIème siècle : Quelle place pour la  
jeunesse ? »**

**Bernard STIEGLER, (philosophe)**

***discutant : Christian HAULLE (pédopsychiatre, CH Saint-Nazaire)***

Table ronde :

**« Aller à leur rencontre ... », présentation de 3 dispositifs :**

**discutant : Michel AMAR (Pr de Pédopsychiatrie, CHU Nantes)**

**• Marcher pour s'en sortir par Bernard OLLIVIER (fondateur de l'association seuil)**

**Seuil, comment ça marche ?**

Avant toutes choses, s'il fallait résumer la philosophie de Seuil, elle repose sur l'idée que les jeunes, même en très grande difficulté, ont des ressources intellectuelles, relationnelles et physiques qu'ils ne soupçonnent pas eux-mêmes. Leur permettre d'en prendre conscience et de le prouver est de nature à les remettre dans des dispositions telles qu'ils pourront entamer leur réinsertion sociale. La marche est l'instrument de cette mutation, le jeune l'acteur principal.

C'est en effet sur la seule volonté des adolescents qui nous sont confiés et notre capacité à la mobiliser que repose la réussite d'une marche. Et il est donc normal qu'à son issue, ils en retirent une estime de soi qui les valorisera pour la suite. La méthode appliquée par Seuil porte le nom de « marche de rupture ». Elle consiste à ce qu'un adolescent, garçon ou fille, se déclare volontaire pour effectuer une marche au long cours de 1.900km environ en trois mois dans un pays limitrophe de la France, accompagné d'un adulte. Il s'agit, dans presque tous les cas, d'un ou d'une jeune qui n'a pas trouvé de réponse aux questions qu'il ou elle se pose et qui se retrouve en échec répété et total. L'adolescent(e) nous est alors confié(e) par un juge des enfants ou par une équipe de travailleurs sociaux. Nous emmenons aussi bien des jeunes sans dossier pénal que des ados qui se sont vus proposer une marche en alternative à l'incarcération ou qui, déjà en détention, bénéficient d'une libération conditionnelle ou d'un aménagement de peine leur permettant de partir cheminer dans un pays européen.

En juin 2010, Seuil a fêté le dixième anniversaire de sa création en France.

**La genèse**

L'idée des marches au long cours que nous a soufflée Oikoten (association belge qui a mis au point la méthode) vient de loin et nos amis belges la tenaient eux-mêmes d'ailleurs ; dans les sociétés primitives d'Amérique où les adolescents avaient les mêmes problèmes que dans nos cités, l'idée venait très vite que pour accéder au rang envié des guerriers, il fallait passer un examen de passage. Les « papooses » se préparaient donc très tôt à leur futur statut en apprenant les rudiments de la chasse, de la pêche, de la guerre, fabriquaient leurs outils et leurs armes. Lorsqu'ils s'estimaient prêts (et aucune pression ne leur était imposée) il partaient pour quelques lunes vivre en autonomie complète dans le désert ou la forêt. Au retour, s'ils avaient survécu, ils prenaient place dans le cercle envié des hommes.

S'inspirant de cette pratique, des travailleurs sociaux américains eurent l'idée d'aménager cette idée à la sauce western. Ils organisèrent ce qu'ils appelèrent « the last chance caravan », remplirent de délinquants quelques chariots de bois tirés par des chevaux et fouette cocher ! La situation qui en résulta est bien résumée par un autre indien célèbre Bison Futé, né sous nos climats, : « un délinquant, ça va, dix délinquants, bonjour les

dégâts ». Ingérable à cause du nombre de jeunes impliqués, le concept initial fut vite abandonné.

Il serait trop long et fastidieux d'énumérer ici toutes les difficultés que Seuil a rencontrées, tous les « impossible ! » que l'équipe a fait semblant de ne pas entendre, tous les obstacles qu'elle a surmontés sans jamais se décourager. Ces résistances à l'innovation résument bien l'évolution qu'a connue la politique initiée avec les ordonnances de 1945. Elles mettaient en priorité l'éducatif sur le répressif. Hélas, ces ordonnances ont été, depuis cinquante ans, cent fois modifiées, toujours dans le sens de la répression, sous le prétexte, toujours affirmé, jamais prouvé et même contesté par les chercheurs, que les adolescents deviendraient de plus en plus nombreux et de plus en plus violents. A la fin des années 40, l'éducation spécialisée, animée par des éducateurs passionnés et soutenue par des moyens conséquents avait considérablement réduit le nombre des délinquants qui, pendant la guerre, avait triplé. Au fil des années, avec la succession de crises et l'arrivée massive des drogues qui ont clochardisées nos banlieues, une double évolution s'est dessinée. La confusion est totale : d'un côté des éducateurs et des juges qui, dans leur immense majorité connaissant bien le problème, s'efforcent d'appliquer la seule solution efficace et humainement acceptable, à savoir l'éducatif et de l'autre des politiques qui, à coup de « petites phrases » accompagnées de mouvement de menton qu'ils voudraient volontaires, réclament à grands discours plus de résultats aux policiers et toujours plus de prisons. Entre les deux, l'opinion déboussolée, sans cesse asticotée par une presse à l'affût de la moindre peccadille pourvu qu'elle soit adolescente, surprotège ses propres enfants et réclame toujours plus de répression pour ceux des autres. Le maître mot est devenu « sécurité ». On ne peut qu'y adhérer. Si aujourd'hui, les jeunes de tous les milieux disposaient d'une éducation solide et d'un avenir professionnel, nul doute que la sécurité serait mieux assurée. Ce n'est, hélas, pas le cas. Alors quel médicament pour guérir la maladie ?

A Seuil, nous avons choisi une formule à double action curative et éducative : la marche. Certes, elle n'est pas la panacée. Non contraignante, elle repose sur une adhésion des adolescents déviants soucieux de s'en sortir et sur l'éducation par l'effort. Cette pédagogie n'a pas été comprise ou acceptée d'emblée. Pour résumer en deux mots les difficultés rencontrées et fermer une page difficile de notre existence, au nom de la sacro-sainte « sécurité » nous avons été formellement interdits de mener des marches une année sur deux depuis la création de Seuil. La raison la plus extravagante est sans doute la dernière qui nous a interdit durant presque deux années de mener des marches à l'étranger à cause... de l'épidémie de grippe. Si Seuil a continué vaille que vaille son action, c'est que nous ne sommes pas les seuls à penser qu'il faut creuser le sillon. Qui, connaissant les jeunes qu'on dit délinquants, peut prétendre qu'ils se plaisent dans leur statut d'intouchables ? Ils veulent s'en sortir et le disent. Mais pour qu'ils y parviennent, encore faut-il qu'une main se tende. Seuls, il leur est totalement impossible d'y parvenir dans le milieu social ou familial dans lequel ils baignent et se noient. Il faut donc une solution de rupture individualisée.

La méthode Seuil a connu et connaît encore des détracteurs. Aucun n'est marcheur. Je les invite à venir assister à une de nos « fêtes de retour » pour juger de l'efficacité de la méthode. Trois mois auparavant, on nous avait confié un adolescent fermé, mutique voire hostile, renâclant devant l'obstacle mais acceptant malgré tout de partir, non par plaisir de la découverte mais pour faire plaisir à l'éducateur, éviter la sanction de l'incarcération ou sortir de cellule. Au retour, si le jeune résiste au découragement et c'est notre travail de l'y aider, parents, juges, éducateurs, amis, restent bouche-bée devant le jeune en forme, musclé par cent jours d'efforts quotidiens, souriant, confiant, bourré d'estime de soi qui feuillette devant eux l'album de photos qu'il a constitué grâce à l'appareil que nous lui avons confié au départ. L'un d'eux a magnifiquement résumé son exploit « quand je suis parti, j'étais un blaireau. Depuis que je suis revenu, je suis un héros ». La marche ne calme pas seulement les excités, elle stimule les calmes. A un père qui s'extasiait devant son gamin en disant «... et en plus tu as grandi », Yves son accompagnant a rectifié : « non, Monsieur, il s'est

redressé ». Le garçon en question, trois mois plus tôt, était incapable de regarder son interlocuteur dans les yeux, voûté, abattu, vaincu avant même d'avoir pris goût à la vie.

On pourrait penser que les jeunes dont nous obtenons un aménagement de peine et qui partent randonner plutôt que de rester enfermés marchent dans la joie. En général, c'est le contraire qui se produit. D'une part parce que ces jeunes qu'on a finalement incarcérés l'ont été après une longue série de délits et qu'ils sont en quelque sorte, installés dans une longue résistance à toute aide qu'on peut leur apporter. Mais la raison en est due aussi au fait que la prison installe ces jeunes dans l'oisiveté qui, est, dit-on avec raison « la mère de tous les vices » (les italiens prétendent qu'elle est « le père » de tous les vices). En cellule leur programme quotidien est l'attente. Si bien que dans les premiers jours de marche, un jeune libéré pour marcher en arrive vite à la conclusion que « la prison, c'est mieux ». Par ailleurs, la marche les tire de leur léthargie, les oblige à décider des repas, des problèmes matériels de la marche, des durées de repos... autant de soucis dont ils sont débarrassés en prison. Enfin la cellule encourage leur égocentrisme, car faute de pouvoir se mesurer à la réalité, contraints par le béton des murs, ils s'évadent dans la musique, le fantasme nourri par la télévision ou les hauts faits de bandits (le livre sur Mesrine est le plus demandé dans les bibliothèques de prisons) alors que dans la marche, il faut se colleter au terrain, à la pluie, à la chaleur, au froid, aux montées ou pire, aux descentes.

La marche n'a pas seulement d'effet sur les jeunes qui randonnent, elle a également pour conséquence de changer les regards portés sur eux. Le père qui avait mis son fils à la porte en le prévenant qu'il serait toujours un raté peut difficilement tenir le même langage après un exploit qu'il s'estime lui-même incapable de réaliser. Nous avons beau nous y attendre, à chaque retour, la joie du jeune et celle de son accompagnant d'avoir triomphé des fatigues, des déprimés, des colères, fait de la fête de retour un moment plein de promesses. Seront-elles toutes tenues ? C'est la question que nous nous posons à chaque fois. Nous reviendrons sur cet aspect plus loin. La marche est-elle la médication absolue pour les jeunes en difficulté ? Nous n'aurons pas l'outrecuidance de le dire. Mais un certain nombre de constats sont évidents :

- Au retour, les jeunes, garçons ou filles ont radicalement changé de comportement. Ainsi, s'il est très difficile de les faire se lever le matin les premiers jours, ils ont pris l'habitude de le faire de bonne heure durant la marche, ne serait-ce que pour éviter les heures chaudes en été ;
- Ils reviennent armés d'une belle estime de soi ;
- Ils ont compris qu'ils sont capables d'une volonté qu'ils ne soupçonnaient pas
- Les trois mois de réflexion leur ont permis d'au moins se poser des questions sur leur vie à venir, même s'ils n'ont pas tous opté pour un choix clair d'apprentissage ou d'orientation scolaire.
- Cet ensemble de changements dans leur comportement optimise leurs chances de réussir un apprentissage ou une re-scolarisation, car ils sont alors prêts à assumer les contraintes d'une vie redevenue normale comme le lever ou le coucher à heures fixes. « J'ai compris, nous a dit l'un d'eux, qu'on ne peut pas aller en boîte le soir et au boulot le matin ».

- **Expérience des équipes mobiles par Vincent GARCIN (pédopsychiatre, Lille)**
-

- **Usage d'internet, outils de prévention par Maja PERRET-CATIPOVIC (psychologue, Genève)**
-

Table ronde :

**«Qu'est-ce qui s'invente pour nos ados de demain ? »,  
perspectives d'avenir ( politiques, sanitaires, éducatives ... ) :**

**avec Max DANIEL (FESJ), Paul JACQUIN (SFSA),  
Georges PICHEROT (CHU de Nantes), Marc LERAY (ANPAEJ) et  
Dominique RAIMBOURG (Député de Loire-Atlantique)**

---

**• DU COTE DES SOINS MEDICAUX....**

**par le Dr Georges PICHEROT (CHU de Nantes, Chef du service de  
Pédiatrie du CHU de Nantes et coordonnateur médical de la MDA 44,  
[georges.picherot@chu-nantes.fr](mailto:georges.picherot@chu-nantes.fr) )**

Nous rencontrons les adolescents au « moment du soin » et nous voudrions aussi les rencontrer plus sur des axes préventifs. La vraie question est sans doute posée par Frédéric Worms : « À Quoi tenons-nous ?? »

La « vulnérabilité » des adolescents est connue et est liée sans doute à ce passage à risque d'essai et de transformation. Face à cette vulnérabilité notre « pouvoir » peut être d'adapter aux mieux nos structures.

Deux voies dans cette adaptation sont en œuvre. La première a été par la création des Maisons des Adolescents, d'organiser différemment l'accueil, en particulier au stade mixte de prévention/soin. La participation des soignants à la démarche plus globale des MDA est sûrement une marche en avant.

La deuxième est cette double pensée exigeante et difficile de tracer des routes conjointes somatiques et psychiques pour l'accueil des adolescents dans les structures médicales .Ce devrait être une évolution mais c'est une révolution. Tous les obstacles surviennent : pouvoir, vulnérabilité (encore F Worms), fausse science, formation etc... C'est pourtant un enjeu d'avenir pour les adolescents. C'est aussi ce à quoi nous tenons...

F Worms Le moment du soin. A Quoi tenons-nous ? Puf Paris 2010  
Ph Duverger Psychopathologie en service de Pédiatrie Masson 2011

# • L'ACCÈS AUX SOINS DES ADOLESCENTS : PLACE DE LA MÉDECINE DE L' ADOLESCENT

par Paul JACQUIN, pédiatre, SFSA, Maison des Adolescents R Debré (Paris)

## Le contexte

Il existe de nombreux obstacles pour l'accès aux soins des adolescents : difficultés sociales, absence de soutien familial, éloignement géographique, etc. Mais les plus importants tiennent probablement :

-à l'adolescent lui même et à la façon dont il peut se concevoir comme ayant besoin de soins  
-à l'inadaptation et aux insuffisances du système de soin,

En effet, pour s'adresser aux adultes, les jeunes ont d'abord besoin de se sentir reconnus en tant que sujets autonomes, capables de penser et d'exprimer leurs désirs, leurs plaisirs et pas seulement "leurs problèmes". Ils sont particulièrement sensibles au risque de projection négative et de stigmatisation qu'ils perçoivent très facilement chez nombre de soignants, en écho au discours de la société à leur égard (déviant, à risques, délinquant, etc). De plus, avant de demander de l'aide à quiconque, a fortiori si cela touche à l'intime, ils doivent être rassurés sur leur droit à la confidentialité, vis à vis de leurs parents et également des autres adultes qui les entourent (enseignants, infirmière, médecin de famille, éducateurs, etc)

Ces notions sont capitales doivent être à la base des dispositifs spécifiques destinés aux adolescents. La diversité des professionnels est une autre. Elle répond à un souci de prise en charge globale, et permet d'offrir au jeune différents modes d'entrée dans la relation avec l'adulte : éducatif, socio-culturel, psychologique ou somatique, etc. De la bonne formation des professionnels dépend ensuite leur capacité à faire le lien avec les autres et à accompagner le jeune vers le soin lorsque c'est nécessaire.

Mais nous assistons aujourd'hui à une évolution qui tourne le dos à ces principes :

- la médicalisation, voire la pathologisation des problèmes sociaux et éducatifs d'une part, génératrice d'une demande de soins croissante
- la tendance à la spécialisation des filières de soins, selon des étiquettes et des diagnostics dans lesquels les adolescents ne se reconnaissent pas
- l'appauvrissement corollaire de la formation à une approche globale

## La Médecine de l' adolescent

Nous pensons au contraire qu'il est important d'avoir une approche large, à destination de tous les jeunes, pas seulement ceux qui seraient repérés comme les plus en difficultés.

Dans ce contexte, un des piliers essentiels de l'offre de soin aux adolescents est représenté par la médecine de l'adolescent, qui doit être défendue et développée comme une référence utile pour tous les adolescents.

Il s'agit en effet d'une approche physiologique de l'adolescence et de ses besoins, perçue avant tout comme un processus évolutif aux possibilités multiples, dans lequel le professionnel de santé peut conseiller, protéger, accompagner. Elle permet d'aider tous les jeunes à se situer sur leur trajectoire de développement, en respectant leur temporalité propre : transformations physiques et psychiques, sexualisation, marche vers l'autonomie et insertion sociale.

Elle peut s'appliquer aux adolescents bien portants aussi bien qu'à tous ceux qui sont malades ou dans des situations douloureuses ou dangereuses : maladies chroniques, mal être, tentatives de suicides, troubles du comportement alimentaire, victimes de maltraitance ou d'agression, etc. L'approche des fameuses conduites à risques, qui semblent pour beaucoup suffire à définir l'adolescence, est beaucoup plus pertinente dans cette vision globale d'apprentissages et de maturation.

Pour appuyer et soutenir la Médecine de l'adolescent, aussi bien dans les soins ambulatoires, qu'à l'hôpital, nous avons besoin de services hospitaliers orientés vers cette

discipline. Ce sont en effet des lieux adaptés à l'accueil des adolescents, qui sinon se retrouvent dans des services de psychiatrie pour adulte, ou de pédiatrie avec les petits. Ce sont également des lieux de formation et de recherche clinique qui sont indispensables à l'ensemble des professionnels de santé impliqués auprès des adolescents. Ces unités d'adolescent doivent être animées par une étroite collaboration entre pédiatres et pédopsychiatres.

La question des parents dans les soins des adolescents mérite qu'on insiste sur 2 notions :

- d'une part le droit à la confidentialité et au secret médical des adolescents, y compris dans certains cas vis à vis des parents (loi du 4 mars 2002)
- d'autre part, l'importance capitale de travailler avec eux dans tout projet de soins pour les adolescents.

Leur place doit être reconnue, leur vécu et leur éclairage entendu, afin d'aider le jeune à construire ensuite sa propre trajectoire.

La Médecine de l'adolescent confère à l'adolescent une place centrale de sujet en développement et en transformation, loin des étiquetages qui figent et enferment. Elle est le socle des actions de prévention destinées aux adolescents, autant que celui des soins curatifs adaptés à cette tranche d'âge. Ses acteurs doivent s'intégrer de façon partenariale dans tous les dispositifs d'aide aux adolescents, en constituant des facilitateurs de l'accès aux soins lorsqu'ils sont nécessaires, et une référence incontournable pour la formation des professionnels. Elle est enseignée et diffusée en France depuis 20 ans dans le cadre du Diplôme Inter Universitaire de Médecine et santé de l'adolescent, créé par le Dr P Alvin pédiatre, le Pr D Marcelli, pédopsychiatre. Elle est l'une des bases de la Société Française pour la Santé de l'Adolescent.

# **PRÉSENTATION DU MANIFESTE POUR UNE POLITIQUE DE SANTÉ EN FAVEUR DES JEUNES**

**Introduction à la Conférence de presse du 9 février 2012 :** Paul JACQUIN, (président de la SFSA), **au nom du collectif des signataires :** Société Française pour la Santé de l'Adolescent (SFSA), Fédération des Espaces Santé Jeunes (FESJ), Association Nationale des Points Accueil-Écoute Jeunes (ANPAEJ), l'Association Française de Promotion de la Santé Scolaire et Universitaire (AFPSSU), Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA), Commission Adolescent de la Société française de Pédiatrie (SFP), Société Française de Santé Publique (SFSP), Association des Psychiatres de secteurs infanto-juvénile (API), Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées (SFPEADA) :

Il y a 1 an, nous avons lancé un appel pour une véritable politique de santé en faveur des adolescents qui reposait sur un double constat :

## **1. La diminution alarmante des moyens en matière de prévention et de santé des jeunes**

- ✓ Fermeture des lieux d'accueil généraliste tels que PAEJ ou ESJ.
- ✓ Sous-dotation chronique et difficultés aggravées de recrutement dans la santé scolaire et la planification familiale.
- ✓ Fermeture progressive du seul service de référence de médecine de l'adolescent de l'APHP (Bicêtre) qui a joué un rôle essentiel dans la formation et la recherche.
- ✓ Files d'attente infinies pour les soins en psychiatrie ambulatoire ou hospitalière.
- ✓ Effets visibles de la baisse de la démographie médicale : en médecine générale et en pédiatrie qui réduisent de fait l'accès aux soins des jeunes.

La liste de ces insuffisances et restrictions est longue. Mais ce qui nous rassemble dans notre diversité de métiers et de lieux d'intervention auprès des jeunes, c'est notre opposition à

## **2. l'évolution inquiétante de l'approche de la jeunesse aujourd'hui.**

Tournant le dos à l'idée de prévention et d'accueil destiné à tous les jeunes, des médias aux circulaires ministérielles, tout est fait pour faire de l'adolescence une succession de risques, une maladie dangereuse. Leur comportement, leurs excès, leurs expériences, tout est réduit à des « symptômes » et à des « troubles » qu'il convient de dépister et de faire disparaître dans des filières de soins spécialisés.

Le discours sécuritaire de la société a largement envahi le champ de la santé, et si l'on parle toujours de prévention concernant les jeunes, c'est parfois plus pour se protéger des jeunes que pour les protéger eux-mêmes (voir ce qui s'est passé au niveau de la PJJ où tous les aspects de la prévention ont été abandonnés).

Ce qui nous inquiète, c'est ce glissement vers la stigmatisation massive de la jeunesse, cette médicalisation de toutes les difficultés sociales ou éducatives, cette incapacité croissante à contenir l'adolescence et ses débordements, ce qui conduit à n'y voir que des déviances.

**Nous n'acceptons pas de politiques de santé qui n'auraient comme seul objectif l'éradication des risques**, si ce n'est l'éradication de la jeunesse elle-même. Faut-il que tous les jeunes qui passent leurs journées sur des écrans ou ceux qui font des binge-drinking (ivresse rapide) le samedi soir consultent des spécialistes en addictologie ? Les problèmes scolaires doivent-ils se réduire à des pathologies « troubles des apprentissages »

« phobies scolaires »..., tout comme les jeunes ayant commis des délits doivent-ils être réduits au statut de délinquant, à punir et à évacuer du champ social ?

C'est comme ci toutes les nouvelles connaissances médicales – psychologiques – sociologiques, plutôt que d'enrichir notre compréhension des adolescents dans leur complexité biographique familiale, sociale, biologique, servaient au contraire à les déconstruire en troubles et symptômes, un individu en pièces détachées, relevant de prises en charge morcelées.

**Nous voulons au contraire défendre une vision globale et généreuse de l'adolescence, comme l'âge de tous les possibles** : celui de la construction de soi, dans ses dimensions physiques, psychiques et sociales, ses expériences nécessaires. Celui de l'autonomisation, en particulier vis-à-vis des parents, avec tous les allers et retours que l'on connaît, celui de la conquête de l'indépendance sociale dont on sait qu'elle est aujourd'hui de plus en plus difficile pour beaucoup de jeunes.

Notre devoir de professionnels est de protéger et de soutenir ce champ des possibles, pas de sur-réagir ni de normaliser ou de faire disparaître ce qui fait nécessairement du bruit, ou des zigzag.

Nous pensons que les jeunes les plus en difficultés ont aussi les mêmes besoins que les autres, et qu'ils doivent bénéficier au maximum de dispositifs destinés à tous plutôt qu'être adressés à des filières stigmatisantes, où ils n'iront d'ailleurs pas, ou seulement contraints et forcés.

C'est l'accueil de tous les jeunes qui permet la prévention la plus efficace et la rencontre avec les professionnels qui sauront repérer et accompagner vers le soin ceux qui en ont besoin.

Un jeune en souffrance ressemble beaucoup à un autre jeune...

C'est pourquoi, **professionnels qui intervenons dans un large champ autour de la santé des jeunes, nous demandons la mise en œuvre d'une véritable politique de santé globale de la jeunesse, à un niveau national, avec des engagements forts et des moyens pérennes.**

**Nous proposons :**

- Que soient renforcées et développées des actions de prévention en faveur de la santé des jeunes sur l'ensemble du territoire.
- Que l'accueil, l'écoute et l'accès aux soins des jeunes soient facilités pour eux : libre adhésion, accessibilité sur l'ensemble du territoire, non avance de frais, confidentialité, si besoin anonyme.
- Que soient renforcés les services de santé scolaires et universitaires, notamment en augmentant le nombre de médecins et infirmiers scolaires.
- Que les structures de la planification familiale soient dotées et adaptées aux besoins des adolescents.
- Que soit enfin établi le principe d'une consultation de prévention de longue durée en structure publique et en pratique libérale, qui inclut le dépistage systématique des principaux risques encourus à l'adolescence.
- Qu'ils bénéficient de lieux de soins ambulatoires et hospitaliers dédiés, en psychiatrie et en médecine de l'adolescent, associés ou séparés, favorisant également le développement de la recherche.
- Que soient renforcés les liens inter-structures : structures d'accueil, d'écoute et de soins spécialement destinées aux adolescents et aux jeunes adultes, structures sociales, judiciaires, psychiatriques et sanitaires, avec pour objectif de développer la continuité dans l'accueil, l'orientation et l'accompagnement des jeunes, mais aussi l'échange de pratiques professionnelles et l'examen des situations difficiles.
- Que soit assurée la formation des professionnels de santé et du travail social à l'abord des adolescents, et que soient reconnues leurs compétences spécifiques par la création d'un référentiel métier.

Nous voulons défendre et promouvoir la santé des jeunes au sens de la définition de l’OMS, c’est-à-dire un état de bien-être physique, psychique et social. Cette définition n’est pas seulement généreuse et ambitieuse, elle est logique, particulièrement à cette période de transition où les interactions entre le physique, le psychique et la réalité sociale sont si déterminantes.

---

**• CONTINUUM D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES JEUNES DE LA PRÉVENTION AUX SOINS**  
**par Marc LERAY, président de l'Association Nationale des Points Accueil Écoute Jeunes**

***Reprise de l' Intervention faite au Séminaire ANPAEJ le 25 juin 2012 à la DGCS – Paris***

Le Continuum, nous ne le concevons pas comme une continuité, une filière qui irait du moins au plus : du moins au plus grave, du généraliste au spécialiste. Il faut le préciser parce que notre société est organisée de cette manière.

Nous concevons ce continuum comme le bon repérage de la différence de place et de fonction des différents acteurs, par les acteurs eux-mêmes. Une bonne lisibilité de ce que fait chacun est indispensable si l'on veut se rendre accessible au jeune et ainsi faciliter son parcours.

Le continuum, ça concerne plus les acteurs que les jeunes qui, au final, font ce qu'ils veulent et c'est très bien comme ça. Ils se servent à l'occasion (ou pas) de nous pour ce qui les intéressent, et leur intéressement, s'il peut être matériel, financier n'est pas l'essentiel de ce qu'ils cherchent. Ce qu'ils cherchent fondamentalement c'est de pouvoir parler, au sens d'être écouté par des adultes qui redeviennent crédibles à la mesure de cette écoute. Autrement dit, ce que les jeunes cherchent avant tout c'est un lien avec un adulte crédible. L'écoute c'est l'espace concret que les professionnels créent pour que les jeunes puissent s'exprimer.

Cet espace concret est un espace vide. Créer cet espace, c'est créer un vide qui laisse réellement la place à l'expression du jeune pour qu'il puisse dire, ce qui ne peut plus se dire ailleurs.

Ce continuum est d'autant plus important à concevoir qu'il est impératif de réduire les clivages que jusqu'à présent nous avons pu constater :

- dans la répartition des compétences des Ministères,
- dans l'organisation des institutions : déséquilibre des places,
- dans la mise en œuvre par les professionnels : confusion des rôles.

Ces clivages produisent sur les adultes / professionnels des effets contreproductifs de concurrence imaginaire et en rajoutent sur les difficultés des jeunes qui hésitent à s'adresser à cette cacophonie ambiante qui décrédibilise encore plus les adultes.

En effet, que la jeunesse soit abordée par le bout du droit commun pour tous (en tout cas pour ceux qui peuvent s'y maintenir), ou par le bout de la spécialisation, sur des problématiques identifiées (qui produisent souvent plus d'effet de stigmatisation que d'insertion), une part sans cesse croissante de jeunes est laissée de côté, ce qui représente plus d'1 million de jeunes en 2012.

La part du « mal être » - des décrochages – des exclus – des errants ne cesse de croître, tout comme se renforce ce côté défensif de notre société qui vit sa jeunesse comme une menace et un problème, au lieu de la considérer comme une richesse pour l'avenir de chacun dans la dynamique intergénérationnelle qui lie nos destins.

C'est de ce schéma qu'il nous faut très vite sortir, « considérer la jeunesse » c'est considérer que chacun des adultes a son rôle à jouer – et pas certains plus que d'autres, c'est indispensable car c'est la singularité de la contribution de chacun qui fait la diversité, la richesse et la qualité du lien social.

Nous insistons sur ce point car les cloisonnements résistent à nos bonnes intentions.

D'où notre position :

Envisager un continuum de prise en charge, c'est appeler chaque acteur à définir avec précision sa place et sa fonction dans le maillage des politiques publiques.

En effet, si la différence de la place de chacun n'est pas lisible, alors la confusion et le clivage priment sur la complémentarité, autrement dit : fonder la différence est la condition de la complémentarité de nos pratiques.

Il est urgent également de prêter attention à la pente de l'institutionnalisation qui réduit la diversité en la configurant en guichet unique. (96 Circ. PAEJ - 2000 - CJC 2005 MdA).

Non, la diversité n'est pas coûteuse, elle est riche des initiatives citoyennes qui mobilisent : ensemble de bénévoles et professionnels.

Alors que le guichet unique, si l'on espère qu'il peut rationaliser les dépenses, défait à coup sûr le lien social en le centralisant au lieu de le démultiplier dans la proximité du quotidien des personnes.

Laisser penser qu'un lieu pourrait répondre à tout : à la fois du social et du sanitaire, produit de la confusion et défait le processus même de la cohésion sociale qui repose sur la diversité et la complémentarité des acteurs.

En effet, ces deux champs social et sanitaire ont des logiques et des acteurs qu'il est impératif de différencier à partir de ce que chacun apporte de spécifique.

Pour le social, l'adolescence n'est pas un problème, c'est un passage qui permet à l'enfant d'hier de devenir l'adulte de demain.

Pour le sanitaire, l'adolescence n'est pas une maladie, même si elle en passe par le corps pour s'exprimer.

Autrement dit, dans la pratique, l'enjeu crucial pour les professionnels c'est de mettre en acte qu'ils ne répondent pas à tout, mais seulement pour ce qui les concernent.

C'est cela qui fait la place à l'intervention de l'autre dans une complémentarité d'action. Ce qui suppose qu'en premier lieu, on ait effectivement fait la place à l'expression du jeune. Expression à ne pas interpréter trop vite.

Ce que dit le jeune n'est pas à interpréter, mais à écouter.

Ainsi pour figurer de façon simple et lisible comment dans la pratique « différences et complémentarités » peuvent s'articuler, je vous propose deux schémas.

Le premier pour situer 3 champs : Sanitaire – Social – Médico-social qui ont 3 logiques d'action « pour faire prévention »

Le second pour situer 3 dispositifs – MdA – PAEJ – CJC et leurs principes d'intervention

Ceci pour démontrer que c'est la qualité de l'articulation des acteurs entre eux – leur différence fait leur complémentarité – qui fait la facilité d'accès pour le jeune à ce qui lui est nécessaire pour cheminer dans le lien social pour y faire sa place.

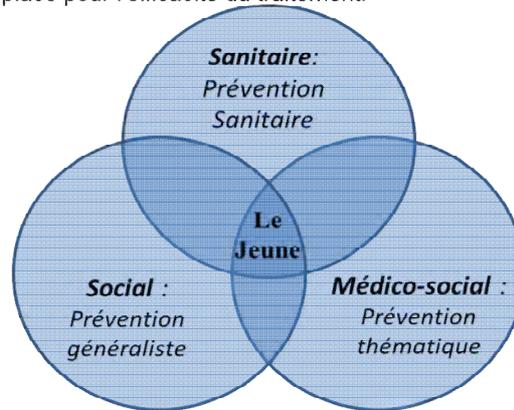
## Schéma 1 :



### PAEJ - CJC – MDA Conceptualisation des différences et complémentarités Figuration des articulations

L'organisation sociale découpe **trois champs** qui ont chacun leur **logique d'action** qui vont du **général au spécialisé** :

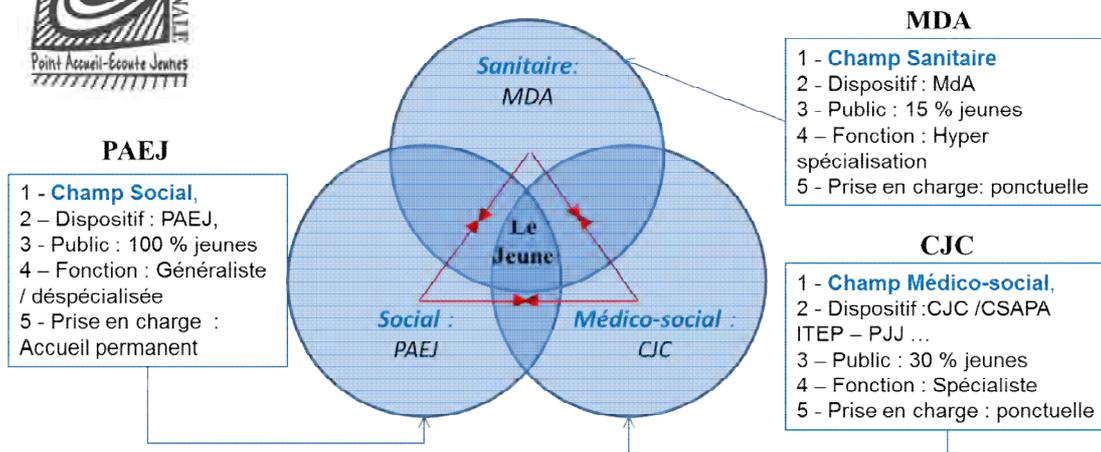
1. **Social** : accès au lien social : logique discontinue, ouvrant des interstices qui questionnent les choix de chacun.
2. **Médico-social** : accès à la santé thématique : Logique cherchant à favoriser l'articulation médico-sociale.
3. **Sanitaire** : accès aux soins spécialisés, à la santé somatique et psychique : Logique de continuité qui assujettit chacun à une place pour l'efficacité du traitement.



## Schéma 2 :



### PAEJ - CJC – MDA Conceptualisation des différences et complémentarités Figuration des articulations



La réalité se construit par l'articulation de différents niveaux du lien social :

1. **La qualité du lien social** dépend de la façon dont se **noient** ces 3 champs : **réalité sociale**.
2. **Le bien être** (la « santé » au sens de l'OMS) : suppose la capacité de chacun à pouvoir accéder à ces 3 champs : **réalité individuelle**.
3. **La cohésion sociale** résulte autant de la façon dont chacun trouve à **s'inscrire** parmi les autres, que de la façon dont les autres peuvent **accueillir** la singularité de chacun : **réalité collective**.
4. **Le politique** doit penser l'organisation d'ensemble de façon à la **rendre accessible** à chacun selon ses propres besoins : **réalité politique**.

Commentaires :

L'esprit et la lettre de la loi 2002.

Le jeune est de fait au centre, parce qu'il est le premier des acteurs : « il fait ce qu'il veut ». Il n'est pas au centre seulement parce qu'on l'y met, comme dit la formule « l'utilisateur au centre du dispositif ».

Il est au centre également si l'on arrive à « le considérer » au point où c'est son expression qui est aux commandes : le sens à partir duquel il s'oriente, la liberté de ses choix et la responsabilité qui en découle pour lui et pour nous.

Le point de départ et le parcours.

Les vecteurs indiquent la circulation, le parcours possible. Il n'y a pas de sens, pas de continuité, de filière seulement la possibilité d'en passer par là. Le point de départ peut se prendre dans l'un ou l'autre champ. C'est important à prendre « en considération » parce que c'est la première expression d'un choix. En ce sens, le jeune ne se trompe jamais d'adresse, même si c'est à d'autres d'intervenir. Pour les professionnels, c'est justement là le crucial, comment le jeune peut-il accéder à ces autres, autrement dit, comment notre propre intervention peut ne pas constituer un obstacle à cet accès. Accès aux autres qui est le temps second de toute intervention.

L'accès aux autres.

L'accessibilité, c'est ce que figurent les zones d'intersection des 3 champs. Et les 3 dispositifs : PAEJ – CJC – MdA ont ceci de commun qu'ils doivent accueillir d'abord, pour ensuite ouvrir aux autres le plus largement possible. C'est-à-dire ouvrir au lien social dans lequel le jeune doit non seulement trouver, mais faire sa place.

C'est la diversité de ces autres qui fait la richesse des ressources du social, et la qualité de sa cohésion. L'abord de la différence radicale de l'autre permet le renouvellement et l'enrichissement de chacun pour autant que notre humanité est faite pour nous préserver des réflexes défensifs sectaires ou idéologiques faussement identitaires. La communauté transcende les communautarismes, et l'identité ne se construit pas contre les autres.

#### ANPAEJ

*Siège Social : 39 bis Rue de Cugnaux 31300 TOULOUSE*

*SIRET : 41948642800024 – N° de formation : 11770269117*

*Contacts : 05 61 42 91 91 – 06 75 21 70 93 ou 95 - [anpaej-association@orange.fr](mailto:anpaej-association@orange.fr) - [www.points-jeunes-association-nationale.fr](http://www.points-jeunes-association-nationale.fr)*

Conférence :

**« Adolescences plurielles: pour des accès diversifiés aux soins »**

**Alain FUSEAU (pédopsychiatre, Le Havre)**

Conclusion :

**Par Priscille GERARDIN (DIU « médecine et santé de l'adolescent »)  
et Paul JACQUIN (SFSA)**











## INFOS PRATIQUES :

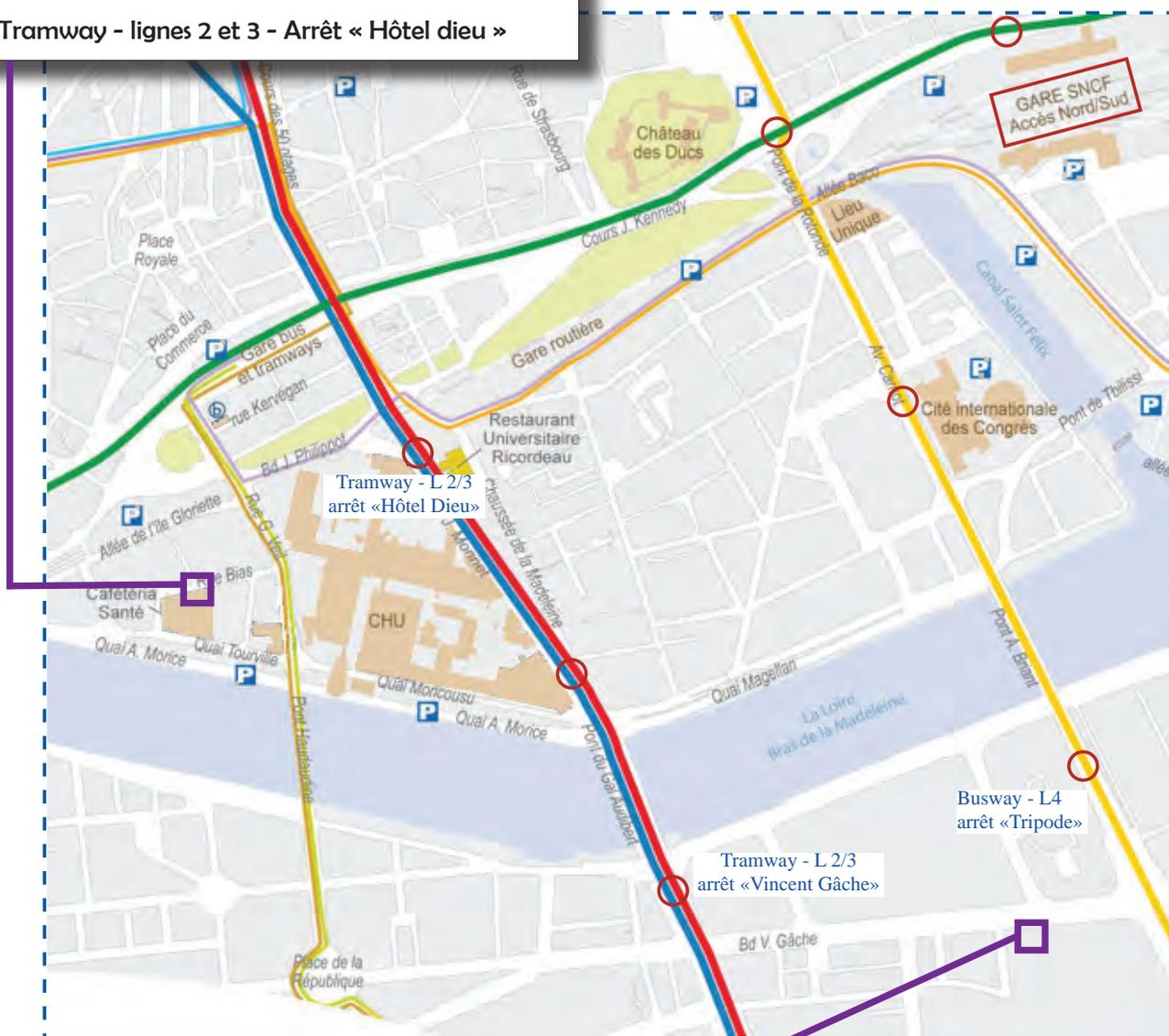
L'après-midi du vendredi 23 et la journée du samedi 24 ne se déroulent pas au même endroit.

Les conférences du samedi :

### **Amphi 450 - UEFR de Pharmacie**

9 rue Bias - 44000 Nantes

Accès Tramway - lignes 2 et 3 - Arrêt « Hôtel dieu »



Les ateliers du vendredi après-midi :

### **Adélis - Espace Port Beaulieu**

9 bd Vincent Gâche - 44200 Nantes

Accès Tramway - lignes 2 et 3 - Arrêt «Vincent Gâche»

Accès Busway - Arrêt «Tripode»

courriel de contact : [mcgnantes2012@gmail.com](mailto:mcgnantes2012@gmail.com)

site web : [www.sfsante-ado.org](http://www.sfsante-ado.org)

Ces journées sont organisées par la **Société Française pour la Santé de l'Adolescent et le Diplôme Inter Universitaire « Médecine et Santé de l'adolescent »**, en collaboration avec la Maison Départementale des Adolescents de Loire-Atlantique.

Comité de pilotage :

Elise Alamome, Michel Amar, Olivier Bonnot, Bernard Boudaille, Bruno Burban, Emmanuelle Caldaguès, Patrick Cottin, Laurence Dréno, Philippe Duverger, Priscille Gérardin, Marie-Claire Guilbault, Paul Jacquin, Sophie Lemerle, Benoit Maillet, Georges Picherot, Hélène Picot-Guiavarc'h, Isabelle Tamalet, Marie Tholon.



**Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de  
MEDECINE et SANTE de L'ADOLESCENT**  
Facultés de Médecine d'AIX-MARSEILLE, AMIENS,  
ANGERS, NANTES, POITIERS, ROUEN, TOURS, PARIS V

