

**UNIVERSITE PARIS XII - VAL-DE-MARNE
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

Année 2001

N°

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE
DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : Psychiatrie
-----**

Présentée et soutenue publiquement le 18 Octobre 2001

A Paris

**Par Mademoiselle Elisabeth LAMBERT
Née le 3 août 1968 à Saint Etienne (Loire)**

**TITRE : ADOLESCENCE ET RESEAUX : apports du concept de
réseau dans la compréhension de l'adolescence aujourd'hui et
dans la prise en charge des jeunes en difficulté.**

**PRESIDENT DE THESE :
LA
M. le Professeur JEAMMET
UNIVERSITAIRE**

**DIRECTEUR DE THESE :
M. le Docteur BOURCIER**

**LE CONSERVATEUR DE
BIBLIOTHEQUE**

**Signature du
Président de thèse**

**Cachet de la bibliothèque
universitaire**

Remerciements à :

Monsieur le Professeur Ph.Jeammet pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de ma thèse et pour son précieux enseignement.

Monsieur le Docteur G.Bourcier pour sa disponibilité lors de la rédaction de ce travail et pour son accueil et son enseignement au sein de son service.

Messieurs les Docteurs, P.Eche, M.Hervieu, G.Barraband, S.Kannas, et à Madame le Docteur S.Dumay pour m'avoir reçue et communiqué de précieuses informations sur leur conception du travail en réseau.

Mais aussi à :

Béatrice, Marie et Muriel pour leur aide chaleureuse et leur présence active tout au long de ce travail.

Thomas pour sa participation dans la dernière ligne droite.

Mes amis pour leur complicité quelles que soient les circonstances.

Béatrice et Bertrand pour ce qui nous unit.

Didier pour sa patience.

Romane pour ce qu'elle est et ce qu'elle représente.

L'équipe du CCASA pour son dynamisme et son implication professionnelle, mais aussi, pour ces formidables soirées que nous avons partagées.

Nicolas pour son enthousiasme professionnel et amical.

Mes parents.

Table des matières

INTRODUCTION	9
PREMIERE PARTIE : les adolescents aujourd'hui	11
Généralités	11
A. Historique du terme	11
B. L'adolescence aujourd'hui : définition	12
Adolescence et physiologie : la puberté	13
Adolescence et remaniements psychiques.	13
C. Le corps à l'adolescence.	14
D. Narcissisme et identifications à l'adolescence.	14
E. Adolescence et moyens de défenses spécifiques.	15
Adolescence et environnement	15
F. Accession à l'âge adulte et évolution des sociétés.	16
1. Les sociétés traditionnelles	16
2. Les sociétés modernes.	18
3. Sociétés occidentales et émergence de la post-modernité	18
4. L'adolescence : un passage sans passeur ?	19
G. Adolescence et micro systèmes	20
1. La famille	21

2. Les pairs	23
3. L'école	24
Adolescence et santé	26
H. La santé : définition	27
I. Adolescents et soins	27
1. La clinique à l'adolescence.	28
2. Santé, risque, "mise en risque" à l'adolescence : influence des micro systèmes	30
3. Eléments de la relation adulte-adolescent, monde médical- adolescent	31
Conclusion	35
DEUXIEME PARTIE : Le concept de réseau	37
I. Historique du terme et définition	37
A. Histoire d'un terme, naissance d'un concept	37
B. Définitions	38
Utilisation du concept par les sciences humaines	39
C. Réseaux et sociologie	39
1. Historique de l'approche sociologique des réseaux	39
2. Evolution des méthodes d'analyse des faits sociaux et des processus de socialisation	40

1. a. les méthodes d'analyse	40
2. b. la socialisation	42
3. Les principales données de l'analyse de réseaux	43
3. a. Étude de réseaux personnels	43
4. b. Études de réseaux complets	45
D. Notion de réseau et organisations	46
1. Généralités	46
5. a. Sociabilité et organisations	46
6. b. Réseau et organisation des entreprises	46
7. c. réseaux et services publics	47
2. Signification du modèle	47
E. Notion de réseau et Thérapie	50
1. Bateson	50
2. Speck	51
3. Le modèle de l'équipe de Douglas	52
Réseaux et système de soins.	52
F. Le système de soins français.	53
G. Historique de la formation des réseaux de santé	54
1. Réseaux de santé et initiatives de terrain	54

2. Réseaux de soins et législation	56
H. Les enjeux des réseaux de santé	58
I. Les différentes représentations du travail en réseaux dans le domaine de la santé.	59
J. Du réseau structure au réseau processus	63
K. Les réseaux de soins en pratique.	64
1. De multiples réalités	64
2. Des conditions de fonctionnement	66
Conclusion	68
TROISIEME PARTIE : réseaux de santé et psychiatrie	70
II. Psychiatrie et société française : du "grand renfermement" au travail en réseau	70
A. Avant le secteur : grandes lignes historiques	70
B. Le secteur	72
1. Sa mise en place	72
2. Les résultats	72
3. Les insuffisances du dispositif	73
C. L'évolution vers le travail en réseau en psychiatrie	74
Le travail en réseau en psychiatrie de l'adolescent :	76
A. Pour les adolescents en difficulté	77
1. Le désarroi des institutions éducatives et judiciaires	77

2. Evolution des pratiques en psychiatrie de l'adolescent	78
3. Approche théorique et place du psychiatre dans le travail en réseau avec les adolescents.	79
B. Pour les acteurs et leurs institutions respectives.	80
C. Conclusion	82
II. De l'incompréhension à la coopération : exemples de réponses des professionnels face aux situations des adolescents en difficulté.	82
A. Le SHI : une coopération des services de la PJJ et du troisième secteur de psychiatrie infanto-juvénile des Hauts-de-Seine.	83
B. Le réseau adolescent du Val de Marne : un exemple de coopération élargie et formalisée.	85
C. Le DERPAD : un lieu tiers pour les professionnels, un lien entre les institutions et un moteur pour l'évolution des pratiques en psychiatrie de l'adolescence.	86
D. Réseaux et adolescents en difficulté : exemple d'un lieu d'hospitalisation dans le Val de Marne	88
1. Présentation de la structure	88
2. Le CCASA et le travail en réseau	89
3. Cas cliniques	91
<u>Cas clinique n°1 : Virginie, 15 ans</u>	91
<u>Cas clinique n°2 : Natacha, 15 ans et demi</u>	100
<u>Cas clinique n°3 : Kathy, 17 ans</u>	108
CONCLUSION	
113	
BIBLIOGRAPHIE	
116	

INTRODUCTION

Depuis quelques dizaines d'années, l'adolescence est l'objet de travaux spécifiques tant au niveau de sa problématique qu'au niveau de son approche clinique et thérapeutique. Initié par les psychanalystes, ce mouvement concerne aujourd'hui de plus en plus de médecins dans le champ de la santé mentale mais aussi dans celui de la médecine somatique. Ainsi, actuellement de nombreux auteurs insistent sur la nécessité d'aménager de façon spécifique les modes de prise en charge des adolescents au niveau des consultations, des lieux d'hospitalisation et des suivis thérapeutiques.

Cette évolution intervient à une époque et dans des sociétés où l'adolescence occupe une place importante. Tantôt idéalisés parce que le "rester jeune" est devenu une nouvelle norme, tantôt diabolisés lorsqu'ils représentent l'insécurité et la violence sociale, les adolescents apparaissent donc aujourd'hui à la fois comme des modèles et des menaces. Parallèlement, les motifs d'inquiétude à leur sujet se sont multipliés. Conduites à risque, suicides, délinquance témoignent, de par leur ampleur, du malaise de cette classe d'âge.

Actuellement, les professionnels tant dans le domaine médical que judiciaire, social ou éducatif font de plus en plus le constat de l'inefficacité ou de l'insuffisance de leur action respective face à la multitude et à l'imbrication des problèmes que rencontre chaque adolescent en souffrance. Ainsi, l'idée d'un travail transdisciplinaire, "l'ouverture vers un travail en réseau" s'inscrit de plus en plus comme un élément incontournable des soins aux adolescents.

Dans ce travail nous nous sommes attachés, dans une première partie, à souligner les caractéristiques de l'adolescence aujourd'hui et dans nos sociétés afin de mieux comprendre pourquoi les adolescents en difficulté que nous rencontrons ne nous permettent pas de travailler au sein de nos institutions sans prendre en compte ce qui se passe pour eux, ailleurs et avec d'autres.

Dans un deuxième temps, nous nous sommes intéressés au concept de travail en réseau, à son historique, aux représentations qu'il véhicule et aux enjeux qu'il comporte. Développer ce concept dans un travail sur l'adolescence nous a paru intéressant car ces deux termes constituent des témoins de l'évolution de notre société, deux miroirs de ses ambivalences, de ses dérives et de ses espoirs.

Enfin, dans une troisième partie, nous soulignerons l'inscription historique du travail partenarial en psychiatrie. Puis nous aborderons l'intérêt du travail en réseaux de soins avec les adolescents en difficulté, à travers l'élaboration théorique de ce type de prise en charge et à travers la présentation de structures spécifiques et de cas cliniques de patients hospitalisés au CCASA, unité pour adolescents où nous avons effectué un de nos semestres d'interne.

PREMIERE PARTIE : les adolescents aujourd'hui

I. Généralités

Dans nos sociétés, la notion "d'adolescence" apparaît établie comme une évidence. Pourtant, il s'agit d'un terme récent dans l'histoire de l'humanité et son acception actuelle doit autant aux mouvements sociaux qu'aux étapes physiologiques et psychologiques propres à cet âge.

A. Historique du terme

C'est vers 193 av. J.-C que Plaute, poète comique latin, emploie pour la première fois le mot *adulescentiam* dans sa comédie des Captivi. Le terme désigne dans cette pièce un jeune homme de 24 ans. Pour les latins, *adulescentia* et *adulescens* servent à désigner une période de la vie qui s'étend de 17 à 30 ans, parfois plus mais ne s'emploient que pour les hommes. *Adulescens* qualifie celui qui grandit en muscle, en âge et en sagesse jusqu'à devenir un citoyen responsable dans certaines conditions rituelles. *Adolescens* et *adultus* sont d'ailleurs respectivement le participe présent et le participe passé *d'adolescere* qui signifie grandir. Par la suite et pendant des siècles, *adulescens* est employé de façon imprécise, il appartient au registre des mots qui servent à désigner ceux qui ne sont pas encore adultes : *infans*, *puer*, *adulescens*, *juvenis* [60].

En ancien français, "adolescence" et "adolescent" sont des termes très peu utilisés qui disparaissent même au moment de la Renaissance.

Sous Louis XIV, ils réapparaissent dans les dictionnaires (Richelet, Furetière, dictionnaire de l'Académie). Adolescent sera alors longtemps utilisé comme une raillerie pour désigner "un jeune homme novice, un peu niais et sans expérience" (Furetière 1771) : "Le mot

ou la façon de parler n'ont proprement leur usage que dans le style simple, le comique, le burlesque, ou le satirique".

C'est seulement en 1845 que le terme adolescent est utilisé dans son sens collectif et en 1850 qu'il perd sa connotation railleuse. C'est également à cette période que son emploi au féminin se trouve clairement attesté.

B. L'adolescence aujourd'hui : définition

Depuis la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle, le terme d'adolescence sert donc à désigner "la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte". L'adolescence est l'âge au cours duquel l'individu grandit physiquement mais aussi psychologiquement et socialement, c'est donc l'âge du changement. Le début de cette période de la vie est encore assimilé d'une façon assez unanime à la survenue de la puberté alors que son aboutissement repose sur des critères affectifs et socioculturels plus difficiles à circonscrire. Le concept de pré-adolescence (même s'il est sous-tendu par les prémices de la puberté) et celui de post-adolescence renvoient à l'évolution actuelle de ce que représentent les adolescents dans nos sociétés.

Cependant, même si les limites chronologiques sont difficiles à établir, l'adolescence reste un passage entre l'enfance et l'âge adulte. Ce mouvement s'effectue au prix de remaniements qui s'articulent autour de plusieurs axes très imbriqués : aux modifications/pubertaires font échos des mouvements psychodynamiques, des évolutions cognitives majeures et la nécessité d'acquérir de nouveaux repères sociaux. Le Haut Comité de la Santé Publique, dans son rapport de 1997, définit l'adolescence comme la période au cours de laquelle, sous l'effet de la maturation sexuelle dans ses aspects biologiques, psychologiques et sociaux, le sujet procède au remaniement de son image, de celle des autres, et du système relationnel de son "moi" avec le milieu, jusqu'à l'organisation définitive de sa personnalité [26].

Dans cette première partie de notre travail, nous allons envisager les principales caractéristiques de l'évolution physiologique et des remaniements intra psychiques propres à cet âge. Puis nous nous attacherons à préciser les particularités de l'environnement dans lequel les adolescents évoluent et la position sociale qu'ils occupent aujourd'hui, en Occident. Ces différentes approches permettent de souligner les spécificités de cette classe d'âge et d'aborder sa problématique d'une façon globale et articulée.

II. Adolescence et physiologie : la puberté

Au niveau physiologique, on peut distinguer deux étapes [88]. La période pré-pubertaire débute vers 11ans pour les filles et 13 ans pour les garçons et correspond à l'apparition des caractères sexuels secondaires. Puis la puberté survient dans un délai moyen de deux ans et se manifeste respectivement par les premières menstruations et à la première éjaculation consciente. Ces transformations sont accompagnées d'une poussée de croissance massive qui peut aller jusqu'à onze ou douze centimètres par an. Ainsi, après une période de deux à trois ans, un enfant peut devenir physiquement littéralement méconnaissable tant pour son entourage que pour lui-même.

L'âge de survenue de ces modifications pubertaires n'est cependant pas une donnée stable car il est sous la dépendance de caractères familiaux et de données environnementales telles que la santé, l'alimentation, l'exercice physique et le niveau socio-économique [81]. Ainsi, dans les pays occidentaux, les premières règles survenaient vers 16,5-17 ans au milieu du XIXème siècle et 14-15 ans vers 1930.

Classiquement, ces transformations marquent le début de l'évolution psychologique et sociale propre à l'adolescence. Néanmoins, depuis quelques années, les enfants pré-pubères adoptent facilement les attitudes de leurs aînés. Ainsi, les phénomènes socioculturels (impact des médias, modification des normes culturelles) semblent avoir pris le relais de la physiologie pour concourir à une entrée plus précoce dans les comportements et la problématique de l'adolescence [68].

III. Adolescence et remaniements psychiques.

Dès 1905, dans "trois essais sur la théorie sexuelle", Freud caractérise l'adolescence par la réactualisation de la sexualité infantile et lui assigne comme buts le regroupement des pulsions partielles sous le primat de la génitalité et le choix d'un nouvel objet d'amour. Il faudra cependant attendre les années 60-70 pour que l'adolescence ne soit plus considérée seulement comme l'achèvement de l'enfance mais fasse l'objet de travaux spécifiques. Depuis, les recherches psychanalytiques sur les mécanismes en jeu se sont multipliées et ont

largement contribué à l'amélioration de la compréhension des adolescents et à une évolution des pratiques de soins.

A. *Le corps à l'adolescence.*

La sexualisation du corps tient une place centrale dans le vécu des adolescents. Elle correspond à un processus imposé qui entraîne des modifications narcissiques, fantasmatiques et relationnelles que le sujet doit apprendre à gérer. Ainsi, pour un adolescent, ce "nouveau corps" peut apparaître étrange voire étranger alors que dans le même temps il ne constitue plus un obstacle à la réalisation des désirs œdipiens. De plus, à travers les réactions de l'entourage face à ces transformations, c'est l'ensemble du système relationnel de l'enfant qui est amené à se remodeler. La puberté est donc profondément en lien avec les processus psychiques en jeu et la transformation de la dynamique conflictuelle.

B. *Narcissisme et identifications à l'adolescence.*

La nécessaire quête d'autonomie des adolescents passe par une prise de distance par rapport aux parents et une réorganisation de la relation. Pour A. Freud ceci implique un véritable travail de deuil de "l'objet primaire" et de "l'objet œdipien". Parallèlement, pour acquérir une identité d'adulte, l'adolescent doit s'engager dans la conquête de nouveaux objets d'identification en dehors du milieu familial.

Ce mouvement incontournable en direction de l'environnement comporte cependant un véritable risque narcissique. En effet, il peut être vécu comme une insatiable "faim d'objet" (P. Blos) envahissante et menaçante pour le Moi. Un des enjeux essentiels de l'adolescence est donc représenté par "la tension conflictuelle entre l'appétence objectale pour quérir les identifications nouvelles et la préservation narcissique pour conserver l'assise identitaire"[39]. La recherche de ce fragile équilibre explique la prédominance des conduites de la lignée narcissique sur celles de la lignée objectale ; "l'adolescent doit non seulement choisir de nouveaux objets mais il doit se choisir lui-même en tant qu'objet d'intérêt, d'estime et de respect".

C. Adolescence et moyens de défenses spécifiques.

Pour A.Freud, l'aboutissement du processus de l'adolescence est dépendant de la tolérance ou de l'intolérance du Moi à l'exacerbation pulsionnelle. Parmi les mécanismes de défense spécifiques de l'adolescence, elle distingue les défenses contre le lien avec l'objet infantile (défense par déplacement de la libido, par renversement de l'affect, par retrait de la libido dans le soi, par régression) et les défenses contre les pulsions. Ainsi, l'intellectualisation permet un contrôle des pulsions au niveau de la pensée (exaltation politique, philosophique, idéologique...). L'ascétisme vise un contrôle au niveau du corps (restriction, privation, refus de plaisir...). Enfin l'intransigeance témoigne de la mise en place de mécanismes de clivage, qui permettent de disperser les désirs génitaux du sujet et donc lui évitent d'affronter la menace incestueuse.

Par ailleurs, on peut citer l'importance des passages à l'acte qui court-circuitent l'angoisse liée aux conflits intra psychiques et procurent au sujet une satisfaction immédiate par décharge de l'énergie pulsionnelle. Ils permettent également de lutter contre le vécu de passivité provoqué par les bouleversements du processus de l'adolescence. Cependant leur répétition empêche la prise de conscience des affects et des représentations désagréables et s'oppose à tout travail d'élaboration. Ils constituent donc un risque d'appauvrissement fantasmatique et cognitif [39].

IV. Adolescence et environnement

Du fait des bouleversements qui la caractérisent, l'adolescence est une période d'intense vulnérabilité et de sensibilité extrême à l'environnement social. Dans ce chapitre, nous analyserons certains éléments de l'organisation et de l'évolution des sociétés afin de mieux appréhender la place qu'occupe actuellement cette classe d'âge en Occident. Nous aborderons également les relations que les adolescents entretiennent au sein de leurs principaux microsystèmes car celles-ci restent toujours très déterminantes.

A. Accession à l'âge adulte et évolution des sociétés.

Il est classique de souligner l'importance pour une société de transmettre, à chaque génération, les trois lois non écrites de l'humanité :

- Le respect de la différence entre les générations,
- La différence et la complémentarité des sexes,
- L'inéluctabilité de la mort.

Dans un premier temps, nous allons envisager ce qui différencie les modes de transmission pratiqués par les sociétés traditionnelles, de ceux en usage dans les sociétés modernes. Ensuite, nous essayerons de cerner en quoi l'émergence d'une société post-moderne modifie les modalités de l'accession à l'âge adulte.

1. Les sociétés traditionnelles

L'adolescence est un passage qui est envisagé de façon fondamentalement différente en fonction du rapport que la société entretient avec le temps. Pour les sociétés traditionnelles, l'âge d'or se situe à l'origine c'est-à-dire lorsque les Dieux, les Grands Ancêtres ou les Prophètes ont créé un ordre que chaque génération doit s'efforcer de reprendre à son compte à l'identique. Intégrée " à la boucle du temps", chacune d'elles doit assumer puis transmettre l'héritage du passé. Dans ces sociétés, la transition enfant-adulte s'effectue sous la forme d'un passage codifié culturellement et ritualisé [100-103].

Les rites de passage se caractérisent à trois niveaux :

Au niveau temporel

Nous pouvons individualiser trois temps forts assez constants :

- *une phase initiale de séparation brutale.*
- *une étape de ségrégation*, marquée par l'isolement des novices dans des sites spéciaux. Ils sont alors considérés comme " morts " ou " en train de naître ". Ils se prêtent à des sévices destinés à témoigner de leur aptitude à supporter la souffrance.
- *une phase finale d'agrégation*, au cours de laquelle ils réapprennent les gestes de la vie quotidienne, puis sont accueillis par le groupe à l'occasion de manifestations festives qui signent la reconnaissance de l'individu et renforce son sentiment d'appartenance.

Ces différentes étapes peuvent durer de quelques jours à quelques semaines.

Au niveau initiatique.

Selon M. Eliade, les fonctions de l'initiation sont de trois ordres :

- Elles correspondent au moment où chaque sexe apprend son rôle.
- Elles permettent également d'apprendre comment a été créé le monde. Il ne s'agit pas seulement de transmettre un savoir mais de refaire le monde comme il était au début et donc de réinstaurer l'ordre sacré dans sa perfection originelle.
- Elles constituent, enfin, une mort rituelle, suivie d'une résurrection ou d'une nouvelle naissance. Ceci est incontournable car dans la mentalité archaïque il n'est pas possible de modifier un état sans l'abolir au préalable, en l'occurrence sans que l'enfant meure à l'enfance pour devenir adulte.

"Les novices meurent à l'enfance et les mères pressentent qu'elles ne les retrouveront jamais tels qu'ils étaient avant l'initiation : leurs enfants."

"Les mères pleurent les novices comme on pleure les morts."

Ces rites indiquent clairement que le novice accède à un autre mode d'existence, interdit à ceux qui n'ont pas affronté les épreuves initiatiques, c'est-à-dire ceux qui "n'ont pas connu la mort". C'est la mort de l'enfance et la lutte du sujet contre la souffrance qui symbolisent son accession à l'âge adulte

Au niveau collectif

Ces rites constituent la prise en charge collective d'une procédure symbolique de régression, de métamorphose, de mort et de renaissance qui aboutit à une sorte de naissance sociale au groupe. C'est l'ensemble d'une classe d'âge qui chemine sous la direction des anciens. La référence au sacré et à des règles et des mythes collectifs donne à ce processus initiatique toute sa cohérence et permet à l'enfant d'acquérir son identité d'adulte : reconnaissance d'un statut, nouveau nom, marques sur le corps...

Dans les sociétés traditionnelles, le passage de l'enfance à l'âge adulte est donc une période brève qu'il convient d'encadrer. L'indétermination initiale doit rapidement faire place à des certitudes pour chaque individu quant à sa place et à son rôle parmi les adultes.

2. Les sociétés modernes.

L'émergence des sociétés modernes a débuté au détour de la première mondialisation de l'économie et de la culture qui s'est produite au XV^{ème} et XVI^{ème} siècle et a déterminé la prédominance économique et militaire d'un continent sur les autres [100]. Progressivement, à partir de la Renaissance et jusqu'au XX^{ème} siècle, les sociétés se sont détournées de l'autorité religieuse et royale en se construisant de nouveaux instruments tel que la science et la démocratie. Le monde a donc cessé d'être sacré pour devenir objet d'investigation et les sociétés globalement stables jusqu'alors sont devenues des sociétés en devenir, des sociétés inachevées pour lesquelles l'âge d'or ne se situe plus dans le passé mais dans un avenir plein de promesses.

Ces sociétés modernes reposent sur un certain nombre d'institutions (armée, école, institutions gouvernementales...) qui sont sous-tendues par des méta-discours qui les fondent et les justifient. L'identité sociale de chaque individu est déterminée par son adhésion à des normes sociales et par son appartenance à des institutions. Dans ce contexte, le passage de l'enfance à l'âge adulte est marqué par un certain nombre d'étapes (service militaire, constitution du trousseau, diplôme, mariage...) socialement reconnues et symboliquement porteuses, entre autres, des trois grandes lois de l'humanité. Contrairement aux sociétés traditionnelles, il ne s'agit plus d'inscrire la nouvelle génération dans la boucle du temps mais de lui donner les moyens de faire plus que la génération précédente et donc de bénéficier des promesses du futur.

3. Sociétés occidentales et émergence de la post-modernité

Cependant, un nouveau mouvement évolutif des sociétés occidentales s'est engagé à la fin du XIX^{ème} siècle et a donné naissance au concept de post-modernité il y a une trentaine d'années. Ce mouvement trouve son origine dans l'apparition d'une certaine incrédulité vis-à-vis des métadiscours et dans la deuxième vague de mondialisation que connaissent nos sociétés (guerres mondiales, libéralisme économique, développement des moyens d'information et de transport, déplacement de populations...) [100].

Cette double évolution a entraîné des brassages culturels importants et une perte d'influence des institutions. Elle a ainsi suscité la naissance de nouvelles normes socioculturelles et de nouveaux modes de socialisations. Ces mutations correspondent à "la production de nouveaux principes de sens"[8]. Elles construisent peu à peu un nouveau cadre de vie sociale mais sont souvent vécues dans le registre de la perte, et avec beaucoup

d'incertitude et d'inquiétude face à l'avenir. La période actuelle est donc une période de transition et constitue un contexte difficile et ambigu.

Ainsi, devant ces vastes changements, les adultes sont de moins en moins soutenus par le contexte social. La transmission transgénérationnelle a perdu beaucoup de ses repères sociaux. Plus que jamais, elle doit se faire d'individu à individu, elle est donc devenue plus aléatoire car dépendante des capacités des parents à construire leur propre chemin et à transmettre des définitions claires à leurs enfants. Pour cela ils peuvent encore s'appuyer sur des valeurs issues de ce qui reste de traditionnel et surtout de moderne dans nos sociétés, mais ils doivent aussi faire preuve de capacités adaptatives suffisantes face aux mutations. La transition sociale actuelle favorise donc une société à deux vitesses et laisse de plus en plus d'adolescents seuls face à leurs difficultés et leurs échecs. Dans ces conditions, rien ne s'oppose à ce que, pour certains d'entre eux, le passage de l'enfance à l'âge adulte ressemble chaque jour un peu plus à un long cheminement flou, chaotique et dépourvu de repères dont la durée s'étire proportionnellement à l'accélération et à la brutalité des changements de mode de vie.

De plus (ou par conséquence), dans nos sociétés une certaine image du juvénile s'impose en tant que norme sociale (celle du rester jeune) et modèle culturel. Le message des adultes aux adolescents n'est plus "devient comme nous" mais "je veux être comme toi" voire "je suis comme toi". L'adolescence représente donc le miroir dans lequel la société se cherche au prix du déni de la conflictualité, du vieillissement et de la mort. La "culture jeune" véhiculée par les médias est le reflet (et aussi le moteur) de cette identification qui donne aux adultes l'illusion d'un présent éternel et laisse les adolescents dans une temporalité en suspens. Dans le jeu de miroir société-adolescents, ces derniers ne trouvent plus que leur reflet déformé, se voient érigés en modèle alors qu'ils sont eux-mêmes en quête d'identification.

4. L'adolescence : un passage sans passeur ?

Cette évolution repérable au niveau social concerne bien sûr les adolescents de façon différente en fonction de leur environnement immédiat et notamment de la capacité des parents à servir de filtre sélectif à ces mutations. Lorsque pour une raison ou une autre cette capacité est défaillante, l'adolescent se retrouve contraint d'élaborer seul ou en groupe les instruments qui lui permettront de trouver le sentiment d'appartenance dont il a besoin.

Ainsi, au sein de groupes de pairs, les adolescents reconstruisent leur propre code de relation et leurs propres repères en faisant appel très souvent à des rituels initiatiques dont la

forme rappelle celle des rituels traditionnels. Pour Orgogozzo [100], les raves et autres fêtes nocturnes se rapprochent des épreuves de privation de sommeil du processus initiatique traditionnel alors que les musiques assourdissantes et répétitives évoquent les rythmes des instruments de musique symbole de la parole des Dieux créateurs. De même, les jeux avec la mort sur les routes, dans les parkings, les expériences d'états de conscience différents peuvent être considérés comme une recherche d'initiation au sacré et à la mort.

Cependant, ces rituels se différencient fondamentalement de leurs modèles car ils ne comportent pas la force symbolique recherchée (J.M.Delile) [103]. En effet, ils ne sont pas codifiés par la collectivité mais par un individu ou tout au plus par un petit nombre de jeunes. Il s'agit de conduites privées qui ne sont pas imposées socialement mais réprouvées, et qui ne sont pas fondées sur l'obéissance mais au contraire sur la transgression. Leur efficacité est donc réduite voire inexistante car, faute d'être validées par la société, elles ne légitiment pas la vie du sujet, n'apportent pas de reconnaissance véritable et ne permettent pas l'accès à un nouveau statut. Elles risquent par contre de faire naître un sentiment d'appartenance qui, faute d'être intégratif en s'attachant à une institution socialement reconnue, devient rapidement "désintégratif" et facteur de marginalisation. De plus, contrairement à ce qui est organisé dans une société traditionnelle "qui n'a pas à priori pour vocation de massacrer les personnes qu'elle veut admettre en son sein", le caractère privé et incontrôlé de ces néo-rituels accroît leur dangerosité et leur inefficacité fondamentale oblige à leur répétition.

Tous les adolescents n'ont pas recours à ces moyens extrêmes, peut-être parce que certains d'entre eux ont encore accès à des équivalents de rituels initiatiques "traditionnels". Marcelli retrouve, par exemple, dans certaines pratiques largement répandues, telles les voyages scolaires, les différentes étapes d'un rite de passage socialement reconnu. Cependant on peut se demander, si un voyage scolaire garde une force symbolique et marque réellement une étape pour un adolescent depuis longtemps livré à lui-même.

B. Adolescence et micro systèmes

Pour analyser les spécificités de l'environnement social des jeunes, des auteurs américains prennent pour référence un modèle écologique qui décrit trois sphères principales dans l'univers des jeunes [88]:

- Les microsystèmes représentés par la famille, les pairs et l'école,
- Les exosystèmes où s'exerce principalement l'influence des médias et de la communauté,
- Les macrosystèmes qui comprennent les facteurs liés à l'organisation économique et politique.

L'évolution actuelle de nos sociétés entraîne des modifications au sein de ces différentes sphères et au niveau de leurs influences réciproques. Ainsi, dans le cadre des microsystèmes, le rôle grandissant des pairs par rapport au poids social de la famille est souvent souligné, ceci surtout dans les foyers monoparentaux et dans les familles où la relation parents-enfant est perturbée. On assiste également à des évolutions notables des interactions entre les adolescents et les adultes. La place grandissante des pairs et des médias dans l'univers des jeunes entraîne par exemple une modification des phénomènes d'acquisition des compétences sociales. A ce sujet, M.Mead a proposé de distinguer trois types de circonstance d'acquisition de ces compétences. Le type "post-figuratif" où les enfants sont instruits par leurs parents et leurs aînés. Le type "co-figuratif" où les enfants font leur apprentissage avec leurs pairs. Le type "pré-figuratif" où les adultes tirent aussi des leçons de leurs enfants [81]. Aujourd'hui, ces trois types d'acquisitions sont beaucoup plus imbriqués. Ceci implique une adaptation des modes relationnels au niveau familial mais aussi au sein des institutions (scolaires, centres de loisirs...).

Nous allons maintenant envisager chacun des trois microsystèmes qui occupent une place prépondérante dans la vie des adolescents aujourd'hui.

1. La famille

L'adolescence implique une modification de la distance relationnelle aux adultes investis, les parents en particulier. Cette évolution est susceptible de créer un déséquilibre entre le besoin de l'adolescent de se rapprocher des adultes pour y trouver un appui et la nécessité de s'en éloigner pour affirmer son autonomie naissante. Il doit donc assumer une certaine rupture avec ses parents pour découvrir sa propre identité alors même qu'il ne peut trouver les fondements de celle-ci qu'à travers son inscription dans le roman familial. Dans sa recherche d'autonomie, l'adolescent est conduit à s'interroger sur la solidité de ses acquis et sur ses capacités. Tout

doute important à ce sujet lui fait éprouver un sentiment de dépendance à l'égard des adultes d'autant plus difficile à gérer que sa quête et son attente sont plus vives. Ce dont il a le plus besoin constitue donc une menace pour son autonomie. Face à ce paradoxe, il risque d'osciller entre des relations d'une excessive proximité et des ruptures brutales. Les conduites d'opposition s'offrent alors comme une solution ; elles présentent un compromis possible par lequel le sujet s'appuie sur ceux auxquels il s'oppose, tout en affirmant par son comportement son apparente indépendance.

Face à cette évolution et à ses aléas, la majorité des parents modulent leurs attitudes et leurs exigences, ils accompagnent leur adolescent à travers sa crise. Dans les cas favorables, des relations satisfaisantes persistent soit dans un domaine d'échange particulier, soit avec un ou plusieurs membres de la famille. Le milieu familial a alors valeur de contenant et permet au jeune d'acquérir une maturité et une autonomisation en direction de l'espace social. Les parents ont donc à réaliser un important travail psychique pour permettre à leur adolescent de dépasser la dépendance de l'enfance. Cependant lorsque cette négociation échoue, les conduites d'opposition de l'adolescent risquent de devenir massives, totales et durables. Elles peuvent, de plus, diffuser à l'ensemble de ses relations avec les adultes voire avec l'ensemble de la société.

Ce conflit parents-adolescent a été envisagé par de nombreux auteurs non seulement comme le reflet des remaniements intra psychiques de l'adolescent mais également comme le témoignage des difficultés des parents. Les notions de "crise du milieu de vie", "de crise parentale", reconnaissent l'importance du contexte environnemental dans l'équilibre psychique de l'adolescent et la possibilité d'un renforcement pathogène entre la problématique des parents et celle de l'adolescent.

Cette importance de l'implication du milieu environnant et particulièrement familial dans les conflits de l'adolescent renvoie à la notion "d'espace psychique élargi" développée par Philippe Jeammet.

"Un ou plusieurs membres de cet environnement deviennent non seulement un support pour les projections de l'adolescent... mais peut servir de contenant sporadique à son appareil psychique, lui évitant une tension interne trop grande.... Ce sera à l'adulte de traiter les projections de l'adolescent pour les lui renvoyer, élaborées, nuancées et plus tolérables." [66].

De plus, comme nous l'avons déjà évoqué, l'adolescence se déroule aujourd'hui dans un contexte social particulier. L'affaiblissement du consensus social sur les règles éducatives, l'atténuation de la valorisation sociale du père, l'effacement des barrières entre les générations et le repli sur la vie familiale (par diminution de l'impact des institutions) entraînent des

modifications relationnelles dans le sens de l'évitement du conflit ouvert, de la disparition des limites. Ces relations parents-enfants se conjuguent de plus en plus en terme de contre-investissement narcissique, indifférenciation, parentification des enfants, effacement des barrières entre les générations. Le déficit de socialisation de la famille favorise donc aussi une expression directe de la problématique des parents au travers de la relation à leur enfant.

2. Les pairs

L'adolescent n'est plus un enfant, et désormais la satisfaction de ses besoins devra, pour une part de plus en plus importante lui parvenir de l'extérieur de la famille. L'habileté de l'adolescent aux relations sociales prend donc une place primordiale.

A ce sujet, Marcelli souligne l'importance du réseau social que le grand enfant (8-12 ans) a pu constituer. Au cours de ces quelques années, le déplacement des intérêts vers l'extérieur de la famille procure à l'enfant une ouverture vers des liens sociaux diversifiés et vers des investissements sublimés. En permettant des expériences de satisfaction de plus en plus différenciées, ces déplacements autorisent une prise de distance par rapport aux parents et la découverte de différents rôles sociaux. Il s'agit donc d'une étape préparatoire à l'adolescence.

Pour les adolescents, les relations aux pairs revêtent une fonction déterminante dans leur quête d'émancipation. Elles permettent la recherche de soi à travers l'autre et la rencontre avec l'autre sexe. Elles ne sont cependant pas toutes équivalentes tant sur le plan intra-psychique que social. Au niveau des relations duelles, on peut distinguer, d'une part, la relation à l'ami intime du même sexe qui est avant tout une "amitié-miroir", une relation faite de projections narcissiques, et d'autre part, la première relation amoureuse qui marque l'intégration de la différence des sexes et qui allie quête narcissique et quête objectale. Enfin, la relation au groupe est capitale à cet âge de la vie. Les adolescents ont besoin d'être ensemble pour parler, se raconter, se distraire, s'affronter, explorer leurs limites... L'homogénéité des groupes permet d'atténuer les doutes individuels liés aux flottements identitaires et aux transformations physiques (on est tous pareil, on se ressemble, il n'y a pas de différence). Elle permet aussi à l'adolescent de se démarquer du monde des adultes tout en adhérant à un certain conformisme qui le rassure sur sa normalité et le protège d'une trop grande exposition personnelle. Ainsi l'identité du groupe sert de relais et de support à une identité individuelle, elle est souvent symbolisée par différents éléments comme le look, la musique, certains

rituels, des opinions partagées, des activités. De plus, le groupe constitue aussi un terrain d'expérimentation des rôles et des comportements sociaux et autorise de nouveaux investissements de l'espace social et notamment des espaces publics ; il est donc un facteur d'insertion sociale. Cafés, boîtes de nuit, cinémas peuvent être des lieux transitionnels lorsqu'ils permettent une juxtaposition des générations et l'établissement de passerelles entre elles. Ainsi les serveurs ou les patronnes de bistrot deviennent facilement les confidents d'adolescents en recherche de repères et d'alternative maternante.

Cependant, comme le soulignait déjà Winnicott, le groupe peut également avoir une fonction dans le champ de la psychopathologie lorsqu'il est utilisé par les adolescents pour "rendre réel leur propre symptomatologie en puissance". [81]. En effet, les individus s'identifient plus volontiers au plus malade d'entre eux. Ce sont donc les symptômes les plus bruyants qui trouvent le plus facilement un écho chez les autres et qui risquent de donner sa cohésion au groupe. C'est ce qui se passe par exemple au sein de certaines bandes d'adolescents dans lesquelles la tendance antisociale de quelques-uns détermine le comportement de tous. Ceci se produit d'autant plus facilement lorsque l'espace social n'est plus qu'un territoire qu'il faut défendre ou conquérir et lorsque la juxtaposition des générations n'existe plus ou n'a plus aucune valeur d'étagage.

3. L'école

L'école occupe une place centrale dans la vie des adolescents mais également dans l'organisation sociale en général. Elle fait vivre quotidiennement à son rythme 28% des français (élèves, étudiants, enseignants, personnels divers) alors que 6 % de la population active exerce son activité dans le système éducatif. La vie et les préoccupations quotidiennes des parents sont également ponctuées par l'activité des établissements scolaires [31].

Les adolescents passent une partie importante de leur temps à l'école. Le collège et le lycée ne sont pas seulement des lieux de "diffusion du savoir" mais aussi des lieux de vie communautaire. Par exemple, 50% des élèves du second degré sont demi-pensionnaires et passent donc au moins huit heures consécutives dans l'établissement. [31]. L'école peut donc apparaître comme le lieu privilégié d'échanges et de connaissance de l'autre et de soi. Elle devrait être un lieu unificateur car elle rassemble tous les jeunes d'une tranche d'âge indépendamment de leurs caractéristiques socio-familiales. Malheureusement en pratique, elle apparaît souvent comme un lieu de ségrégation en miroir des situations sociales des élèves. On peut ainsi distinguer deux catégories de comportements scolaires qui, bien que totalement

différents, constituent des caricatures inquiétantes de la relation des adolescents au système scolaire.

Ainsi pour certains adolescents, le projet scolaire individuel est au centre de leurs préoccupations et envahit totalement leur existence. Certains auteurs parlent de "sociopathie" pour décrire les conséquences [88] de cette "course à l'excellence". Cette survalorisation des résultats scolaires les éloignent en effet de la réalité de la majorité de leurs pairs et de celle de la société. Elle peut donc être source de difficultés de compréhension réciproque et de communication. De plus la peur de l'échec vis-à-vis de soi ou vis-à-vis de la famille est source d'un mal-être qui peut se traduire en terme de troubles du comportement (troubles alimentaires, consommation de psychotropes...) et en terme de troubles anxio-dépressifs voire de tentatives de suicide.

Parallèlement, le système scolaire aujourd'hui en France comporte une véritable "spirale de l'échec" qui commence souvent très tôt et rejette progressivement dans des filières dévalorisées des élèves qui ont des difficultés d'apprentissage ou des comportements perturbés. Pour les adolescents, les situations et les ambiances de classe et d'établissement sont extrêmement diversifiées et reflètent encore souvent les différences socioculturelles des familles. L'égalité des chances à travers l'éducation demeure "largement mythique" [88]. Ainsi, l'absentéisme scolaire est un phénomène inquiétant car il risque d'entraîner une absence de qualification professionnelle et une marginalisation sociale. Un élève sur huit est régulièrement absent, surtout les garçons, urbains et surtout les élèves des lycées professionnels. L'enquête de l'INSERM de 93 estime qu'en moyenne dans un collège, 50 élèves sont en situation de déscolarisation sur 500, 95 dans un LP de mêmes effectifs et 95 dans un LEGT de 1000 élèves. Ces chiffres sont encore plus élevés en banlieue. [31]

De plus, l'évolution actuelle de l'image du système scolaire se fait vers une dévalorisation qui peut être rapportée à sa position paradoxale dans la société. En effet, face à la montée des médias en tant que détenteurs de la connaissance, l'enseignant incarne de moins en moins le savoir. Sa fonction pâtit du manque de définition (ou de redéfinition) de son rôle dans le processus de développement cognitif de l'élève [88]. Cette remise en cause de la fonction d'enseignement de l'école est renforcée par le fait que la réussite scolaire ne garantit plus la réussite professionnelle. Par ailleurs la définition du rôle éducatif de l'école apparaît tout aussi fragile. L'éducation est définie comme la "connaissance et la pratique des usages de la société" (Larousse). Dans une société en pleine mutation, les valeurs à transmettre souffrent donc elles aussi d'un manque de référence.

Par contre, et il y a là une sorte de paradoxe, l'école demeure "obligatoire" pour une durée de moins en moins définie. L'allongement de la durée des études et/ou l'impératif scolaire pour le plus grand nombre peuvent bien sûr tout à fait se justifier. Cependant, pour certains, ceci ne s'inscrit dans aucun projet personnel. Comment alors légitimer cette obligation qui donne trop souvent, depuis quelques décennies, l'impression d'être avant tout une alternative au chômage ?

Globalement, l'école ne représente plus le savoir et peine à garder un rôle éducatif, elle s'expose ainsi à donner l'image d'un système qui sert à temporiser les difficultés d'une société qui n'est plus capable de faire une place aux nouvelles générations.

Face à cette situation, le système scolaire bénéficierait d'une redéfinition de ses missions et d'une adaptation de son fonctionnement. Dans cette optique, G.Mendel souligne que l'école a jusqu'alors négligé à tort ce qui pourrait constituer sa troisième mission. Pour cet auteur [87] les potentialités actuelles des jeunes (leur potentialité à mettre en œuvre de nouvelles valeurs socialisantes) ne peuvent pas assez se développer dans le cadre organisationnel contemporain et notamment dans celui de l'école. En effet, actuellement la socialisation identificatoire qui permet à l'enfant de nouer des relations avec son environnement par l'intermédiaire des adultes apparaît insuffisante. Par contre, la socialisation non identificatoire, qui existait déjà dans les sociétés traditionnelles, permettrait de pallier en partie ce déficit. Ce deuxième mode de socialisation d'un rapport direct de l'adolescent avec son milieu. Concrètement, il correspond à l'interaction entre un petit collectif de pairs et son environnement à l'intérieur d'un territoire balisé c'est-à-dire à l'intérieur d'un cadre social.

L'école pourrait être le milieu privilégié de cette socialisation secondaire qui a toujours été très déficitaire en France. Mettre en place des moyens pour qu'elle se développe permettrait une forme d'éducation civique et d'apprentissage du futur métier de citoyen. Ceci apparaît fondamental dans une société où la participation concrète de chacun à la vie sociale s'impose de plus en plus face à la complexité des problèmes quotidiens.

V. Adolescence et santé

Si l'on s'en tient aux critères classiques, les adolescents sont en bonne santé. Pourtant, de plus en plus d'enquêtes tendent à montrer que leur santé n'est pas une évidence. Lorsque l'on admet la spécificité des problèmes de cette classe d'âge, les résultats apparaissent préoccupants soit en fonction de la gravité des troubles soit en fonction de leur fréquence.

Dans ce chapitre, nous envisagerons les relations des adolescents avec le monde médical afin de comprendre pourquoi la question de la consultation et des soins aux adolescents reste encore souvent posée.

A. La santé : définition

L'OMS définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social de l'individu. Dans cette logique, le Haut Comité de la Santé Publique a précisé la définition de la notion de santé chez les enfants et les adolescents de la façon suivante. [91]

“L'enfance et l'adolescence sont des périodes de développement physique et mental, de l'acquisition d'un capital culturel et scolaire plus ou moins important, de l'intégration à la vie sociale plus ou moins réussie. C'est aussi un moment d'identifications personnelles et sociales, et celui où achève de se constituer son capital de santé. Celui-ci peut et doit atteindre un niveau considérable, mais il risque d'être dilapidé par négligence, ignorance ou par des conduites à risque. Cette dilapidation peut accumuler des facteurs de risque pour les stades ultérieurs de la vie”.

B. Adolescents et soins

Ces dernières années ont vu un nombre croissant de professionnels prendre conscience du caractère spécifique des problèmes de santé à l'adolescence [3]. Un certain nombre de questions ont ainsi été plus systématiquement posées : quels sont leurs besoins de santé ? Où se situe la frontière entre le normal et le pathologique ? Quels modes de prise en charge adopter ?

Chez les adolescents, les symptômes et les comportements sont loin d'être toujours explicites et les plus bruyants ne sont pas forcément les plus graves. Il est donc nécessaire de prendre en compte les spécificités de la clinique à cet âge pour évaluer correctement leur santé. De plus, leur accès aux soins est tributaire du mode d'expression de leurs difficultés, des modalités relationnelles qu'ils entretiennent avec les adultes en général et le monde médical en particulier et de la capacité de leur entourage et des adultes qu'ils rencontrent à percevoir leur malaise et à pouvoir y répondre.

1. La clinique à l'adolescence.

La clinique à l'adolescence se caractérise par une extrême imbrication des composantes somatiques, psychiques et sociales. Lorsqu'elle correspond à un mal-être psychosocial elle peut se traduire par des plaintes somatiques ou psychiques et/ou par des troubles des conduites. De même, la souffrance due à des problèmes somatiques avérés peut facilement s'exprimer dans le champ social ou psychologique.

- Les symptômes flous

L'enquête de l'INSERM de 93 faite auprès d'un grand nombre d'adolescents a montré que deux tiers d'entre eux disent souffrir fréquemment d'au moins un des symptômes suivants: fatigue, troubles du sommeil, céphalées, douleurs abdominales ou dorsalgies. Il s'agit de symptômes fonctionnels appelés encore "symptômes flous" dont la fréquence contredit l'impression générale que les adolescents sont en bonne santé. Plusieurs études ont montré le lien très fort existant entre ce type de symptômes et les difficultés psychosociales présentées par les adolescents[23-6].

Ces plaintes somatiques peuvent ainsi être considérées comme un langage codé par lequel l'adolescent signale un mal-être beaucoup plus général. Les symptômes somatiques remplacent alors la verbalisation, voire la mentalisation. Leur fréquence chez les jeunes suicidants explique en partie les consultations très fréquentes de ces adolescents auprès du personnel médical [31-2]. Cependant leur signification n'est pas univoque, elle est donc à évaluer par rapport au fonctionnement général de l'adolescent. Des plaintes somatiques peuvent être le reflet d'une situation personnelle, familiale ou sociale difficile. Le langage du corps se substitue alors ponctuellement aux capacités d'élaboration psychique et de symbolisation défailantes. Mais elles peuvent aussi correspondre à un mode de fonctionnement relationnel beaucoup plus figé entre l'adolescent et l'adulte (parents, professeurs, médecins...). Il se produit dans ce cas non seulement un échec à transposer l'affect en parole, mais plus fondamentalement à vivre l'affect au plan du ressenti..

- Agir, passage à l'acte et refus d'agir

Même s'ils peuvent entraîner des répercussions sociales (absentéisme scolaire, repli familial...), les symptômes fonctionnels se manifestent principalement dans la sphère privée. Par contre, lorsque l'adolescent exprime ses difficultés par l'agir et le passage à l'acte, il interpelle beaucoup plus bruyamment son environnement social.

Ces manifestations impliquent le corps de l'adolescent, son environnement (vol, fugue, agression...) ou bien souvent les deux (TS, conduites d'addiction...). Elles sont fréquentes à l'adolescence mais peuvent s'inscrire dans différents registres : conduites d'essai, modalités relationnelles avec l'adulte ou les pairs, symptômes d'un état psychopathologique... Leur gravité est d'ailleurs plus souvent en lien avec leur déterminisme qu'avec leur forme. Par contre, leur violence et leur répétition, peuvent enfermer le sujet dans un véritable processus pathologique en dehors de tout état pathologique caractérisé. De même, le refus d'agir, qui est souvent socialement mieux toléré, n'apparaît pas fondamentalement différent dans ses motivations et ses conséquences.

• Cas particulier des maladies chroniques

Les impacts du processus de l'adolescence sur la maladie chronique sont nombreux. D'une part, ces pathologies peuvent avoir des expressions, des évolutions et requérir des thérapeutiques particulières du fait même de la puberté. D'autre part, sur le plan psychosocial, adolescence et maladie chronique représentent deux forces antagonistes. L'adolescence implique une démarche d'émancipation : conduites d'essai, ouverture sur le monde extérieur, expression de la sexualité... Parallèlement, la maladie et ses répercussions sur le développement personnel et les attitudes de l'entourage, représentent des résistances massives à cette dynamique [5-88]. L'interférence de la maladie, processus d'inhibition et de destruction, avec l'adolescence, processus d'élaboration et de construction, est donc source de difficultés bien spécifiques. La différence entre le corps réel et le corps désiré se joue non seulement sur le plan symbolique, mais aussi dans la réalité. Les restrictions imposées (régime, hygiène de vie..), les contraintes thérapeutiques ou de surveillance, les entraves par rapport à la sexualité ou à la socialisation sont autant d'éléments qui peuvent limiter l'investissement narcissique et objectal du sujet. A cette difficulté s'ajoute celle de se dégager d'un lien de dépendance aux parents souvent intense. La façon dont la maladie chronique a été jusqu'alors intégrée au sein des interactions et des fantasmes parentaux, et la manière dont chacun a pu ou non élaborer la conflictualité inhérente à cette situation apparaissent donc comme des éléments centraux.

Par ailleurs, le corps malade peut entraîner la mise à distance du sujet par ses pairs bien portants et/ou motiver des réactions de repli de l'adolescent. Pour certains, seul le milieu médicalisé ou la rencontre avec d'autres patients permettent de diversifier les relations. Pour d'autres, et surtout lorsque les signes de la pathologie sont discrets, c'est le contact avec des pairs porteurs de la même maladie qui est inacceptable même s'ils rencontrent des difficultés importantes au contact des pairs bien portants. Ainsi, bien souvent, un adolescent accepte plus

facilement de "faire avec" son handicap lorsque la comparaison avec la normalité n'est plus possible. En revanche, lorsque la maladie est moins visible, elle suscite une incessante et épuisante compétition anxieuse avec les adolescents "normaux" et favorise un sentiment de dévalorisation.

2. Santé, risque, "mise en risque" à l'adolescence : influence des micro systèmes

Parler de santé à l'adolescence revient très souvent à parler de mise en risque : qu'il s'agisse d'un risque immédiat (conduites ordaliques...) ou d'un engagement du capital santé (tabac...) ou des deux (tentatives de suicide, drogues). Ce concept de risque et de mise en risque est cependant difficile à cerner, particulièrement à l'adolescence. En effet, cet âge de la vie implique de façon constitutive un certain nombre de conduites d'essai, "l'adolescent est naturellement sommé de se risquer". La majorité finit, cependant, par négocier de façon satisfaisante cette trajectoire. D'autres en revanche dérapent et mettent en jeu leur santé présente et leur capital santé dans des proportions dramatiques pouvant aller jusqu'à la mort.

Cette inégalité des évolutions pose le problème de la prévention et conduit à se demander ce qui différencie ces adolescents. En fait, la gravité immédiate ou potentielle de certains comportements apparaît souvent comme le corollaire d'un contexte beaucoup plus général de "mise en risque". L'environnement de l'adolescent tient en effet un rôle majeur car il peut amplifier sa problématique ou, au contraire, l'aider à la résoudre sans mettre en danger son capital santé. Ainsi, l'enquête INSERM de 1993 a montré, chez des adolescents globalement insérés (LP, LEGT, collège), que l'ambiance familiale et le climat scolaire ressentis sont très liés à l'ensemble des troubles des conduites et ceci indépendamment de la situation sociale, familiale ou scolaire du sujet. Dans le déterminisme de ces troubles, le facteur relationnel est à égale importance de ceux représentés par l'âge et le sexe du sujet. Nous retiendrons, sur ce dernier point, que ces comportements à risque augmentent avec l'âge (sauf pour les conduites violentes) et que l'absentéisme, la drogue et la violence sont plus fréquents chez les garçons alors que la dépressivité et les tentatives de suicide se retrouvent plus chez les filles.

Par contre, comme le souligne Marie Choquet, les troubles des conduites sont à envisager du côté du vécu de l'adolescent et non pas seulement du côté de leur impact social. Cette considération permet de constater que, contrairement aux idées reçues, la classe sociale, le niveau d'étude des parents, le fait d'habiter la banlieue ne prédisposent pas à plus de risques.

Le type de conduites pathologiques semble cependant se caractériser en fonction de données socio-environnementales. La violence tend à être un comportement plus fréquent dans les milieux défavorisés alors que la consommation d'ecstasy ou de certaines autres drogues "pour fuir" est plus typique des milieux plus aisés. Ainsi, lorsque l'on parle de "milieu défavorisé", il convient donc d'être prudent et de souligner que c'est en premier lieu la pauvreté relationnelle qui intervient. Ceci renvoie à l'influence du sentiment d'affiliation et d'attention bienveillante sur la santé.

Par contre, lorsque misère sociale et pauvreté relationnelle se cumulent, l'adolescent évolue alors dans un climat de mise en risque permanent. Cet environnement favorise rapidement le décrochage scolaire, la désinsertion sociale et la marginalisation. Ainsi, ces situations, largement déterminées par les inégalités socio-affectives, contribuent de plus à les aggraver. Cet engrenage a été très clairement souligné par des enquêtes auprès de jeunes en situation générale de désinsertion : adolescents décrocheurs exclus du système scolaire ou de formation [45-25], jeunes en insertion [31-76], jeunes placés en institution, sous protection judiciaire ou en détention, jeunes de la rue marginalisés [58]. Ces groupes affirment des différences nettes par rapport aux adolescents bien insérés. Ces différences se jouent au niveau de leur scolarité et au niveau de leur environnement familial (événements de vie familiaux, violences subies), mais également au niveau de leurs antécédents médicaux et des conduites à risque : consommation de tabac, alcool, cannabis, drogues dures, grossesses, fugues, anxiété, dépression, tentatives de suicide....

Pour lutter contre ces situations dans lesquelles la précarité sociale ou relationnelle, les inégalités scolaires ou éducatives, la violence, et la perte des repères fondamentaux se mêlent de façon inextricable, il n'existe pas de solution simple et univoque. Savoir anticiper, prévenir et améliorer la situation de ces jeunes nécessite, non pas des réponses au coup par coup, mais une véritable politique de santé axée sur une prévention primaire et secondaire cohérente et adaptée à la problématique des jeunes et aux spécificités de leurs relations avec les adultes.

3. Eléments de la relation adulte-adolescent, monde médical-adolescent

• Généralités

Face à un adolescent en difficulté, les adultes vont être sensibles et réagir différemment en fonction de plusieurs facteurs [22] :

- ✓ de leur type de formation professionnelle initiale (la signification d'une plainte ou d'un comportement n'est pas la même pour un médecin, une infirmière, une assistante sociale, un éducateur, un enseignant, un psychologue ou un psychiatre...),
- ✓ de leur seuil de tolérance aux conduites déviantes (seuil variable en fonction du type de troubles en cause, l'époque, le cadre professionnel...),
- ✓ de leur passé personnel (antécédents personnels ou familiaux de troubles psychologiques).

La prise en compte de la souffrance d'un adolescent dépend donc de la "grille de lecture" des adultes qui le côtoient.

Pour les observateurs les plus proches, c'est-à-dire ceux du milieu naturel du sujet (parents, enseignants...) il est souvent difficile d'identifier et d'évaluer le risque inhérent à certains comportements. [22]. Cela peut correspondre à un manque d'information dans le domaine de la psychologie des adolescents mais peut aussi s'inscrire dans un processus affectif de banalisation ou au contraire de dramatisation des troubles.

De plus, tout adulte [62] face à un adolescent peut être confronté à des difficultés et peut être amené à des attitudes qui risquent de pervertir la relation. Le copinage, le "terrorisme" (être intrusif pour être efficace), la séduction et le rejet sont autant de pièges qui sont sous-tendus bien souvent par un sentiment d'impuissance et qui renvoient à la question du vécu de l'adulte. En effet, pour un adulte, la relation ou la rencontre notamment avec un adolescent qui va mal est fortement mobilisatrice sur le plan affectif [11]. A la violence de l'interpellation peut correspondre un rejet tout aussi brutal qui évite à l'adulte "un insupportable effet de miroir" et la prise de conscience de sentiments souvent fortement contradictoires ("horreur et fascination"). Les termes qui qualifient parfois certains adolescents (déviants, difficiles, incasables, violents, haineux...) reflètent la variété des regards portés sur eux et le mode projectif sur lequel se fait l'engagement relationnel. Ils dévoilent, tout autant qu'ils cherchent à dénier, le caractère interpersonnel, duel ou groupal de la symptomatologie. (Barraband)

• Les adolescents et le monde médical

Les professionnels de la santé sont régulièrement en contact avec les adolescents. Pour que cette rencontre ne passe pas à côté de son "objet" et s'inscrive comme une véritable relation de soins, la connaissance et la reconnaissance par l'adulte d'un certain nombre d'éléments paraît incontournable. Ces derniers sont à repérer au niveau du vécu de l'adolescent mais aussi au niveau de celui de son interlocuteur.

- ✓ La relation que les adolescents entretiennent avec le monde médical peut s'énoncer sous la forme d'une double question : "pourquoi consultent-ils, pourquoi ne consultent-ils

pas?". Ceci renvoie aux particularités de leur demande (ou de leur non demande) et interroge sur ce que signifie pour eux consulter un médecin. En effet, à une époque de prise de distance face aux adultes et de tentative de contrôle du corps, ils peuvent vivre le recours au praticien comme un pas en arrière, un retour vers une certaine forme de dépendance. Pour certains, la possibilité d'une relation est ressentie comme menaçante et intrusive [62]. Qu'ils consultent de manière autonome ou parce qu'un rendez-vous a été pris par leur entourage, ils se sentent vulnérables et sont souvent envahis par la peur d'être manipulés, disqualifiés ou dominés. De plus, dans le cadre de la consultation avec le médecin clinicien, se dévêtir, montrer son corps peut être vécu avec appréhension. La rencontre avec le psychiatre n'est pas plus facile car elle les confronte à l'idée de la folie alors que leur vie psychique traverse des épreuves majeures et bien souvent très chaotiques. Cependant, et cela renvoie aux paradoxes de l'adolescence, la remise en cause générale qu'ils vivent les rend extrêmement sensibles à ce que peut leur apporter l'adulte et les place dans une exigence relationnelle massive. S'il leur est souvent impensable de confier leur vécu, il leur est tout aussi insupportable de ne pas être entendus.

Ces réticences et ces exigences, associées aux spécificités de la clinique, risquent de provoquer une mauvaise appréciation [3] des préoccupations personnelles et de la souffrance à cet âge là plus qu'à tout autre. Beaucoup de besoins de santé risquent donc de ne pas être pris en compte alors qu'ils engagent très souvent la santé de l'adulte en devenir. De plus, Marie Choquet fait remarquer qu'il existe un décalage entre ce qui inquiète les adultes et ce qui tourmente les jeunes. D'un côté on met l'accent sur leur violence, leur consommation de tel ou tel produit, leurs pratiques sexuelles en négligeant ce qui conditionne réellement leur vécu et leur santé au quotidien : l'injustice, l'angoisse, la tristesse... Cet écart est à l'origine d'une incompréhension qui met à mal les actions de prévention et de soins. Par exemple, alors que la presse stigmatise les "tournantes", l'enquête nationale de l'INSERM qui rapporte que 15% de jeunes ont été victimes de violences physiques et 4% de violences sexuelles (dont 1% de viol) est loin de susciter le même intérêt et la même médiatisation [31]. Il ne s'agit pas d'excuser ces comportements mais de prendre conscience que la violence de ces jeunes répond à celle qu'ils subissent. Si celle-ci ne se joue pas forcément sur le plan sexuel, elle imprègne, par contre, bien souvent, le climat familial et les rapports sociaux.

- ✓ Pour les médecins, la rencontre avec l'adolescent a des caractéristiques qui rendent la relation de soins plus fragile et plus instable qu'aux autres âges de la vie [62]. Une vision catégorisée de la santé est souvent incompatible avec l'exigence des adolescents d'accéder

à une place de sujet. Si la question de la consultation à cet âge reste aussi souvent posée [2], c'est probablement parce qu'elle renvoie à la nécessité d'appréhender l'individu dans sa mouvance et sa globalité, alors que l'évolution actuelle des pratiques médicales a tendance à oublier le sujet et à réduire la personne à une maladie, un organe ou au support d'une technique. L'adolescent laisse difficilement au clinicien la possibilité de se retrancher derrière la seule dimension somatique (le symptôme et son corollaire thérapeutique) en excluant la composante sociale et psychologique. De même qu'il n'autorise pas le psychiatre à ne s'intéresser qu'à sa réalité psychique en dédaignant les éléments de son environnement. Face à un adolescent qui énonce un motif de consultation alors que le vrai problème est ailleurs ou face à un adolescent qui est là mais qui ne sait pas pourquoi et ne demande rien, le praticien est souvent confronté à un sentiment d'incompétence et doit se livrer à un véritable travail de décodage. Ignorer la complexité du problème ou au contraire vouloir tout résoudre, même en dehors du champ de sa compétence, risque de compromettre l'avenir de la relation. Le praticien est donc amené à se départir de sa position de toute puissance afin de restituer à l'adolescent une place en tant qu'interlocuteur dans un contexte perçu comme non dangereux..

Cependant, et c'est là une difficulté supplémentaire, l'adolescent est encore dépendant de ses parents et sa perception du médecin est souvent ambiguë : "extension" ou "substitut" parental... Entendre les parents sans trahir leur enfant, nécessite d'être dans une position tiers. Ainsi, la consultation doit permettre de rétablir la parole de chacun et de différencier la demande des uns et de l'autre. Arriver à des rapports de confiance nécessite du temps, le bon maniement de la distance et de la confidentialité afin de respecter la quête d'autonomie de l'adolescent et son besoin de reconnaissance.

Par ailleurs, prendre en charge un adolescent, être en mesure d'entendre sa demande et d'y répondre, nécessite, pour le praticien, "à côté d'un savoir rigoureux, une réflexion sur sa propre attitude vis à vis du patient"[5]. La clinique de l'adolescence, peut être particulièrement anxiogène pour le médecin ce qui peut être source de messages subliminaux à l'origine d'un verrouillage de la discussion. Le médecin doit donc savoir reconnaître ses propres réactions émotionnelles positives ou négatives.

Winnicott soulignait que le médecin doit *"être en mesure de tolérer les conflits du patient, c'est-à-dire d'attendre qu'ils se résolvent en lui au lieu de rechercher avec anxiété le moyen de les guérir."* Ainsi *"Toute tendance aux représailles suscitées par la provocation doit être abolie"*. Et *"tout système de pensée qui prétend apporter une solution toute faite est en lui-même une contre-indication"*.

Globalement, le praticien doit donc replacer les symptômes de l'adolescent dans le contexte psychosocial et développemental de leur survenue et permettre au sujet d'accéder à un certain décodage de son vécu. Il doit aussi connaître ses limites et pouvoir proposer une aide adaptée même si elle nécessite l'intervention d'autres professionnels du secteur médical ou social.

Ce dernier point sera l'objet de la troisième partie de ce travail dans le champ de la psychiatrie. Nous voudrions pour l'instant simplement souligner quelques points au sujet des lieux d'accueil pour adolescents et de leurs articulations.

✓ Les conditions dans lesquelles un adolescent sera reçu sont très importantes : accueil ouvert et sans à priori, respect du droit à la confidentialité et à l'intimité, temps disponible suffisant et aussi soucieux de très vite chercher à distinguer qui veut quoi ou qui se plaint de quoi (l'adolescent ou son entourage).

✓ L'accès à une structure de soins ne peut se réduire à un panneau indicateur mais doit correspondre à une démarche d'équipe, et à un travail de liaison avec les structures dans lesquelles évoluent les adolescents (collège, cité,...). Il doit pouvoir se faire à partir de lieux multiples qui n'ont pas forcément une vocation médicale initiale.

✓ Il est cependant important que chaque structure garde une place différenciée dans le dispositif.

✓ La capacité des professionnels à favoriser la continuité des soins va donc être déterminante pour qu'un premier contact ne soit pas sans lendemain et permette à l'adolescent de s'engager dans les soins dont il a besoin.

VI. Conclusion

S'intéresser à la santé des adolescents, c'est reconnaître le caractère profondément "mutatif" et créatif mais aussi la vulnérabilité de cette période. Leur symptomatologie oblige à repenser la conception habituelle de la santé car à cet âge les interactions entre le cadre familial, les conditions d'existence, le style de vie et les comportements, la santé physique et la santé mentale sont particulièrement denses. L'approche trop segmentée des problèmes, à l'image de l'évolution toujours plus spécialisée de nos disciplines, s'avère donc très souvent inappropriée. S'occuper d'adolescents met ainsi à l'épreuve les pratiques professionnelles habituelles et leurs capacités de changement. Au-delà de la compétence se pose constamment

la question de la coordination et de la complémentarité des actions. Ceci a conduit beaucoup de professionnels à s'accorder sur la nécessité d'un abord transdisciplinaire des problèmes posés tant en clinique qu'en politique de santé. Cette prise de conscience a ainsi amorcé une nouvelle forme de relation de travail entre diverses disciplines et elle a permis de mettre en lumière tout l'intérêt du travail en réseau de santé.

Par ailleurs, cette notion de réseau de soins ou de réseau de santé se répand actuellement dans l'ensemble du système de soins français et dans l'ensemble du système de protection sociale. Cependant, malgré cette utilisation "banalisée", il s'agit d'un concept difficile à appréhender et son utilisation est loin de renvoyer à une acception univoque.

Dans la deuxième partie de ce travail, nous allons envisager ce concept dans quelques-unes de ses dimensions qui nous ont paru importantes à souligner. Nous aborderons également, plus particulièrement, son utilisation actuelle au niveau du système de santé.

Deuxième partie : Le concept de réseau

I. Historique du terme et définition

A. Histoire d'un terme, naissance d'un concept

Au XIIème siècle apparaît le terme "rets", issu du latin "retis" le filet. Le mot désignait et désigne toujours un filet pour capturer les oiseaux ou les poissons.

Au XVIIème siècle, "réseau" apparaît dans le vocabulaire technique et populaire. Il est utilisé par les tisserands et les vanniers pour désigner l'entrecroisement des fibres végétales et textiles. En 1684, il est consigné dans le dictionnaire de "Furetière", et est alors défini comme une sorte de tissu de fil ou de soie.

A la fin du XVIIème le mot gagne le registre militaire avec Vauban et ses fortifications qui quadrillent tout le territoire.

Au XVIIIème il est utilisé en médecine pour la description de l'organisation des tissus et de la circulation sanguine.

Enfin, au XIXème le réseau devient le principe de l'organisation de tout ce qui relève des transports : relais de poste, voies d'eau, circuits routiers...

Parallèlement, au fil des siècles, se sont toujours développés des réseaux reposant sur des hommes tant au niveau du commerce qu'au niveau des mouvements d'idées comme celui des encyclopédistes du XVIIème. Le terme n'était cependant pas utilisé pour désigner ce genre d'organisations.

Si aujourd'hui l'usage classique est toujours largement lié aux infrastructures urbaines, les notions d'information, d'informatique et de télématique donnent à la métaphore du réseau une nouvelle dimension qui introduit de nouveaux rapports au temps et à l'espace.

Au niveau conceptuel, c'est avec Saint-Simon, au début du XIX^{ème} siècle, que la notion de réseau trouve toute sa richesse [106]. Ce philosophe et économiste français souligne en effet, que les organisations en réseau comportent :

- d'une part, un double principe constitué par la *multiplicité des relations* et par la *circulation*.
- d'autre part, une contradiction issue du fait que la notion de réseau est sous-tendue à la fois par la notion *d'organisation* qui implique une certaine solidité, et la notion de *fluidité*, nécessaire à la vie et à ses changements.

Actuellement le concept de réseau déploie toute sa richesse à travers les théories de l'organisation. Le réseau organise des éléments différenciables, il naît de la multiplication de liens conjoncturels et occasionnels qui solidarisent l'ensemble sans le rigidifier.

Avant d'envisager plus précisément ce concept d'un point de vue sociologique et organisationnel, nous avons retenu deux définitions qui constituent une première approche de l'utilisation de ce concept dans le champ des organisations sociales. Nous rapporterons également la définition plus précise de M.Jaeger extraite de son livre paru en 2000 "L'articulation du sanitaire et du social" [63].

B. Définitions

Selon le dictionnaire Hachette le réseau est "un ensemble de personnes, d'organismes, d'établissements qui concourent au même but, qui sont en relation pour agir ensemble". Pour le Petit Robert et le Larousse le réseau consiste en une "répartition des éléments d'une organisation en différents points".

Enfin dans son application au travail social, médico-social et psychiatrique Marcel JAEGER définit le réseau comme "un mixte entre une nouvelle conception de l'organisation, par intégration de la complexité et de l'incomplétude des systèmes existants, et un tissage relationnel en prise directe avec une demande sociale insatisfaite".

II. Utilisation du concept par les sciences humaines

Dans ce travail, nous avons choisi d'approfondir ce concept dans trois grands domaines d'application qui concernent des réseaux de personnes et non pas de biens matériels. Dans un premier temps, nous retracerons les grandes lignes de l'approche sociologique du concept, notamment en terme d'analyse de réseaux. Ensuite, nous examinerons l'application de ce concept au monde du travail et aux modes d'organisation professionnels. Cette approche nous a paru intéressante compte tenu de son application de plus en plus répandue au système de soins. Enfin, nous retracerons l'utilisation du concept au sein des thérapies systémiques.

A. Réseaux et sociologie

Le développement de ce concept en sociologie correspond à une modification des méthodes d'analyse des comportements sociaux, mais aussi, à une évolution des mécanismes de socialisation.

Nous allons envisager dans un premier temps quelques repères historiques de l'élaboration de l'analyse de réseaux. Puis nous reviendrons sur les différentes approches traditionnelles en sciences sociales afin de mieux situer la place de l'analyse de réseaux dans le paysage sociologique. Enfin dans une troisième partie, nous rapporterons les principales données de l'analyse structurale.

1. Historique de l'approche sociologique des réseaux

Le terme réseau est utilisé pour la première fois en sociologie par John BARNES en 1954, dans une étude portant sur les rôles sociaux dans une communauté norvégienne. Si les propriétés du réseau alors énoncées ont depuis largement évolué, la notion de *transversalité* est toujours primordiale : le réseau existe indépendamment des groupes constitués, il n'est pas limité. De façon contemporaine, à Londres, Elisabeth BOTT en 1957, dans son étude sur les déterminants des rôles conjugaux, introduit la notion d'*interconnectivité*, le réseau est donc envisagé en termes de connexions sociales. Jusqu'en 1961, le terme "réseau" est employé avant tout pour ses qualités descriptives, c'est la

période de l'usage dit *métaphorique* du terme. A partir de cette date, le terme est employé comme un outil adapté à l'étude des sociétés complexes, dans une visée *analytique*. Ainsi, MITCHELL, en 1969, introduira la notion de *réseau personnel* qui permet la distinction entre amis proches et relations occasionnelles. En 1972, avec CASSEL et CAPLAN apparaît la notion de *support sociale*. En 1978 COHEN et SOKOLOVSKY élaborent les *caractéristiques interactionnelles et morphologiques* des réseaux et enfin des travaux de HAMMER naîtra en 1981 la notion de *support structural* (approche structurale du support social) [106].

2. Evolution des méthodes d'analyse des faits sociaux et des processus de socialisation

a. les méthodes d'analyse

Il est généralement admis que les recherches et théorisations en sciences sociales sont sous-tendues par deux grandes conceptions : l'individualisme et le holisme [43]. Ces deux approches considèrent que les individus agissent en vue d'atteindre des objectifs. Pour ce faire, ils choisissent différentes alternatives en fonction de leurs intérêts. Ce point commun tient cependant une place bien différente dans chacune des théories.

✓ Ainsi, "l'individualisme" donne aux fins poursuivies par les acteurs une place prépondérante pour expliquer l'action sociale. Cette dernière est au départ non déterminée et elle naît de l'agrégation des actions individuelles. Elle n'est donc pas soumise à des contraintes extérieures mais résulte de l'interaction entre les acteurs. Cependant, au sein même de cette conception s'individualisent deux paradigmes :

- Le premier, qualifié "d'atomiste", considère les individus comme des acteurs séparés qui agissent initialement de façon purement rationnelle et individuelle. Dans cette approche, l'individu est guidé dans ses décisions exclusivement par la raison. Il agit donc dans une "sorte de vide social", il est "sous-socialisé".
- Le second paradigme, à l'origine des traditions "interactionnistes", considère que chaque individu est nécessairement lié à d'autres et que ceci influence ses choix.

Ainsi Simmel, en désaccord avec l'approche atomiste de Weber, écrit en 1918 : "A regarder les choses de plus près, les individus ne sont nullement les éléments derniers, les "atomes" du monde humain. En effet, cette unité, peut-être indissoluble que désigne le concept d'individu, n'est pas en général un objet de la

connaissance, mais seulement de l'ordre du vécu... En tant qu'elle se réalise progressivement, la société signifie toujours que les individus sont liés par des déterminations et des influences éprouvées réciproquement."

- ✓ Pour le "holisme", les intérêts individuels n'ont que peu d'importance puisque ce sont les structures qui s'imposent aux individus. Cette théorie a été qualifiée de "sur-socialisatrice" et de "normative" car les intérêts de l'individu sont fixés en fonction de sa dépendance au groupe. Elle repose sur trois propositions : la structure prime l'individu, elle ne se réduit pas à la somme des actions individuelles, elle exerce une contrainte absolue sur ces actions. Dans l'approche de Durkheim, la notion d'individu est prise en compte mais il s'agit d'un individu considéré comme anomique, "sous influence" qui adhère à un idéal moral d'origine collective. Le comportement d'un groupe d'individus est donc attribué à une norme commune qui les pousse à agir de la même façon, les normes sont les causes des comportements. Dans cette approche, la collectivité sociale totalisante existe donc au-delà des individus qui la constituent et agit avec un déterminisme fort. Ce qu'il y a de spécifique dans les relations individuelles est relégué à un rôle minimal par rapport au poids des prescriptions normatives.

- ✓ L'analyse structurale ne s'inscrit ni dans les théories de sur-socialisation ni dans celles de sous-socialisation. Dans cette approche l'action de l'individu est guidé, non seulement par son intérêt objectif, mais aussi par son intérêt subjectif c'est-à-dire fixé relativement aux contraintes de l'interdépendance. L'analyse structurale part de ce principe et a pour but d'effectuer une analyse systématique des structures sociales [43]. Pour elle, les normes sont des effets de la situation structurale des individus ou des groupes. Ce sont donc ces relations concrètes entre individus qui déterminent les opportunités et les contraintes et expliquent que certains ont plus facilement accès à certaines ressources. Les gens appartiennent à des catégories mais aussi à des réseaux et les catégories ne sont que les reflets des relations structurales qui lient les individus ; elles ne peuvent pas être données à priori et une bonne fois pour toutes. Pour l'analyse structurale, il n'existe aucun moyen de savoir par avance comment les groupes ou statuts sont constitués, c'est-à-dire comment se font les combinaisons de relations. C'est l'analyse de l'ensemble de ces relations qui permet de dégager des groupes pertinents pour un comportement donné et, de comprendre concrètement comment la structure contraint les comportements tout en émergeant des interactions. Ce qui est ainsi

analysé peut être un individu mais également une famille, une entreprise, etc. L'essentiel est que l'objet de l'étude soit bien la relation entre les éléments. Chaque dyade de la structure n'a de sens que par rapport à l'ensemble des autres dyades du réseau, tout ce qui la détermine ne peut être envisagé que par sa position au sein de la structure du réseau.

Une analyse de réseau a pour but de montrer en quoi la forme du réseau est explicative du phénomène analysé, en quoi la structure du réseau pèse sur les choix et les comportements des individus. Elle peut s'appliquer à l'examen des relations informelles entre parents, voisins mais aussi à l'étude des relations plus formalisées au sein d'une organisation (entreprise, association, syndicat...).

b. la socialisation

Compte tenu de l'évolution actuelle de nos sociétés et notamment des processus de socialisation, l'analyse de réseaux apparaît de plus en plus comme un instrument incontournable. En effet, si classiquement la socialisation est conçue comme un processus d'intégration à un groupe social défini, en tant qu'ensemble extérieur à l'individu et distingué des autres groupes, actuellement, pour de plus en plus de sociologues, cette conception ne semble plus suffisante pour comprendre les phénomènes contemporains de socialisation. Pour eux, [8] la socialisation est devenue "réticulaire" et pour la comprendre il faut prendre en considération les relations que les acteurs établissent entre eux, sans prescription par un ensemble, mais en élaboration permanente en fonction des opportunités de connexion préférentielles offertes à chaque acteur. Ce type de morphologie est donc caractérisé par "l'éphémérité" et "l'ouverture spatiale."

Cette approche permet de comprendre pourquoi les institutions inscrites dans la durée et la délimitation d'un champ de compétence ne peuvent plus jouer leur rôle social avec la même force. Pour un individu, évoluer au sein d'une entreprise, d'une paroisse, d'un syndicat ou d'un parti politique n'a plus la même signification que par le passé. Son identité ne lui est donc plus conféré par le groupe qui l'inclut mais par l'état de ses relations à un moment donné. Il devient sujet à travers les capacités relationnelles qu'il développe. Les repères qui lui permettent de se situer sont donc beaucoup plus mouvants et incertains.

3. Les principales données de l'analyse de réseaux

Une des difficultés de l'analyse de réseaux provient de ce qu'un réseau social n'a pas de frontière naturelle ; d'un point de vue méthodologique, deux solutions sont possibles : soit l'étude d'un réseau personnel soit celle d'un réseau complet. Nous allons successivement envisager chacune de ces grandes orientations.

a. Étude de réseaux personnels

On définit le réseau social d'un individu, appelé *individu focal* ou *ego* comme étant l'ensemble des personnes avec lesquelles il entretient des liens formels ou informels, quel que soit la nature de ce qui est échangé par l'intermédiaire de ces liens. MITCHELL en 1969 en a donné la définition suivante : "le réseau social est l'ensemble spécifique de liens au sein d'un ensemble spécifique de personnes, ayant comme propriété que les caractéristiques de ces liens pris dans leur ensemble peuvent être utilisées pour interpréter le comportement social des personnes impliquées." [106].

On distingue au sein de ce concept celui de réseau primaire et de réseau secondaire. *Le réseau primaire* est défini comme une entité microsociologique constitué d'un ensemble d'individus qui communiquent entre eux sur une base d'affinités personnelles, hors de tout contexte institutionnalisé. Ce type de réseau se constitue à partir d'une personne, ego, qui en est le centre. *Le réseau secondaire* est défini par rapport à une tâche, une institution, il est constitué de l'ensemble des personnes qui entretiennent des contacts formels.

Chaque réseau est unique et est défini par des caractéristiques morphologiques et interactionnelles.

◆ Caractéristiques morphologiques ou structurales

Elles caractérisent *l'organisation de l'espace d'un réseau*. Ce sont des propriétés sous-tendues par des modèles arithmétiques ou géométriques. Daniel DESMARAIS retient quatre caractéristiques principales [106] :

- *le point d'ancrage* qui désigne l'individu ou le groupe à partir duquel s'élabore l'ensemble des liens sociaux qui constituent le réseau primaire de cette personne.
- *L'accessibilité* qui représente la possibilité pour une personne de rejoindre les membres de son réseau et inversement.

- *La densité* qui permet de distinguer les liens réels (qui représentent le degré d'intimité et les fréquentations réelles) des liens possibles ou probables. Dans le premier cas, on parle de réseau effectif ou de liens serrés ou forts, dans le deuxième cas on parle de réseau étendu, de liens relâchés ou faibles.

- *La portée* qui se définit par le nombre de personnes en contact direct avec la personne concernée.

◆ Caractéristiques interactionnelles

Les caractéristiques interactionnelles se situent au niveau de la *qualité des relations sociales* du réseau. Elles sont au nombre de cinq :

- *Le contenu* qui réfère autant au type de lien (une information, une assistance pécuniaire...) qu'à une identité sociologique de la personne en cause (un parent, un voisin...).

- *La direction* indique si la relation est en sens unique ou réciproque. Cet indice est important pour juger des chances de survie ou du risque d'épuisement du réseau d'une personne.

- *La durabilité* réfère à la notion de projection du réseau dans le temps et comporte des liens étroits avec la densité du réseau.

- *L'intensité des liens* apparaît essentiel dans la qualité des rapports entre les individus : elle se définit en gros comme une série de gestes, de devoirs, d'obligations qu'un membre du réseau se sentira tenu de remplir par rapport aux autres. Cette caractéristique recouvre donc celle du soutien social.

- *La fréquence des contacts* qui permet d'évaluer le dynamisme du réseau mais qui n'est pas déterminant par rapport à la capacité de celui-ci à se mobiliser en cas de crise.

◆ Les propriétés fonctionnelles

Le réseau social d'un individu est également spécifié par ses propriétés fonctionnelles. Celles-ci caractérisent la façon dont les différents contenus d'échange se distribuent dans le réseau, et renvoient principalement à la notion de support social. Bozzini et Tessier ont défini le support social comme "un répertoire de liens, autour d'un individu, susceptible de lui procurer diverses formes d'aide, c'est-à-dire une variété de ressources utilisables pour faire face aux difficultés de la vie". On en distingue trois types :

- le *support tangible* ou support matériel ou support efficace quand les liens échangés sont des choses
- le *support émotionnel* appelé aussi support d'expression ou support fondamental, quand le support est véhiculé par des émotions ou des choses très connotées affectivement
- le *support informationnel* quand il consiste à apporter des informations.

Le soutien social représente un enjeu majeur au sein du réseau. En effet, le processus adaptatif individuel que traverse une personne pour faire face à un ou des événements stressants se divise en quatre étapes ou moments significatifs. Le premier moment est constitué par l'origine ou la source du stress, le deuxième est défini par l'évaluation subjective qui en est faite, le troisième moment comprend les stratégies adaptatives qui sont développées pour faire face à la situation, enfin le dernier moment correspond aux conséquences de ce processus sur la santé. Dans ce processus, le soutien social intervient dans chacune des étapes. Il peut prévenir l'apparition de certains stress, il peut atténuer le degré de stress perçu et vécu, il constitue un outil de réaction et agit donc sur les réactions adaptatives, enfin il agit au niveau de la santé en aidant à rétablir une sensation de bien-être.

b. Études de réseaux complets

Le premier grand courant d'analyse de réseaux a porté sur l'étude des réseaux personnels. Il s'agissait de constituer un échantillon représentatif d'individus que l'on interroge sur leurs relations. Les données ainsi recueillies permettent les statistiques usuelles et des projections à l'échelle d'une population nombreuse. Cependant, ce type d'approche ne permet pas une étude complète de la structure du réseau. Le second type d'analyse de réseau s'est donc attaché à l'étude des réseaux complets [43]. Cette deuxième approche permet d'étudier les mécanismes structuraux à l'œuvre mais elle ne peut être faite que sur de petites populations. Elle n'a donc pas de valeur représentative à grande échelle. Ce type d'étude a donné naissance à la sociométrie en 1943. La technique la plus employée est la réalisation de sociogrammes qui consistent à enregistrer l'ensemble des relations entre les individus d'un groupe. Moréno, fondateur de la sociométrie, a particulièrement étudié les affinités chez les enfants d'âges scolaires.

B. Notion de réseau et organisations

1. Généralités

a. Sociabilité et organisations

A la notion de réseau la sociologie associe celle de sociabilité. Cette dernière ne correspond pas à une valeur intrinsèque de l'individu mais à l'ensemble des relations qu'il entretient et à la forme que prennent ces relations. Ainsi, on peut distinguer la sociabilité informelle et la sociabilité formelle. Chacune d'entre elles correspond à un type de réseaux, d'une part ceux dont l'organisation n'est pas constituée (au sens par exemple d'un réseau d'amis) et d'autre part ceux dont l'organisation est constituée (par exemple une entreprise). Ces deux pôles sont cependant en interrelation puisque un réseau informel peut tout à fait interférer avec le réseau formel d'une organisation et donc agir sur son fonctionnement. Initiée par les travaux de Simmel en 1911, la question de la sociabilité a conduit les sociologues comme Sainsaulieu dans les années 70 a considéré la sociabilité au travail comme une façon de comprendre les fonctionnements ou dysfonctionnements des organisations.

b. Réseau et organisation des entreprises

Actuellement, l'espace professionnel se décline de plus en plus en terme de réseau. Si l'utilisation de ce concept est ancienne pour l'organisation de la distribution de biens matériels, elle est relativement récente en ce qui concerne l'organisation sociale professionnelle : on parle aujourd'hui de plus en plus "d'organisation en réseau", de "management en réseau", "d'entreprises en réseau"... L'origine de l'application de ce concept à l'organisation professionnelle semble pouvoir être attribuée à deux type de travaux [99].

- ✓ Tout d'abord, dans les années trente, les travaux du sociologue J.L. MORENO, l'ont conduit à définir les notions de rôle et de jeu de rôle. Cet auteur définissait le rôle d'une part "comme la manière d'être réelle et perceptible que prend le moi" et d'autre part comme "une fusion d'éléments privés et collectifs". L'observation des interactions

socio-émotionnelles de groupes à travers le jeu l'a conduit à situer la problématique du sujet dans un ensemble de relations et non plus seulement du point de vue de son histoire. Cette approche a permis le développement de techniques de formations centrées sur les jeux de rôle dans les années 60 et une prise en compte plus importante des interactions relationnelles au sein des entreprises.

- ✓ Dans un autre registre, des travaux comme ceux de J. MELESE ont contribué à définir une approche systémique de l'entreprise dans une optique bien différente de celle des thérapies familiales. L'objectif était d'optimiser les résultats économiques en essayant d'identifier et d'améliorer les entrées et les sorties du système de production, les circuits d'information et de décision pour produire mieux et à moindre coût. Ces recherches ont contribué à la mise en place d'une nouvelle représentation de l'espace professionnel avec notamment la multiplication des réseaux de sous-traitants et l'intensification des échanges entre les entreprises.

c. réseaux et services publics

Si le modèle de l'organisation en réseaux s'est développé depuis plusieurs décennies dans la sphère professionnelle privée, il suscite aujourd'hui de plus en plus d'intérêt au niveau de services publics. Cette évolution intervient alors que ces structures ont atteint leurs limites en terme d'efficacité et qu'elles doivent se réorganiser en profondeur pour faire face aux nouvelles exigences sociales et économiques. Nous analyserons, dans la suite de ce travail, cette évolution au niveau du système de soins français.

2. Signification du modèle

L'organisation sociale est, aujourd'hui encore, lourdement marquée par un modèle d'espace social clos et hiérarchisé, un "modèle de guerre permettant à la société de s'abriter derrière les murs tandis que les soldats tentent de repousser l'ennemi" [99]. Cependant, certains événements (mondialisation, bombe atomique, problèmes écologiques) ont fait progresser la notion d'interdépendance dans la conscience humaine. Il n'y a plus moyen de

se barricader contre l'autre et il devient incontournable d'élaborer de nouvelles formes organisationnelles.

De plus, certains auteurs comme Sainsaulieu ont démontré que la logique organisationnelle ne peut plus être fondée uniquement sur l'articulation de l'économique et du technique. La société doit donc, d'une part "trouver une autre légitimation de ses régulations sociales" et d'autre part élaborer "des structures formelles qui permettront de fonder son développement sur l'implication de ses membres en de véritables forces collectives".

Le concept de travail en réseau trouve de plus en plus d'applications car il permet de se représenter les individus ou les unités de travail, non pas comme des unités closes sur elles-mêmes, mais comme des nœuds de relations. Il est donc favorable à une ouverture du système et à une meilleure implication de ses acteurs.

Cette amélioration de l'implication des acteurs est, en outre, sous-tendue par l'hypothèse que les individus ont toujours des comportements rationnels et adéquats par rapport à l'information qu'ils reçoivent. Leur apparente incohérence s'explique par des contradictions dans les messages que leur adresse leur environnement. Cette hypothèse soutient donc que le dysfonctionnement est en lien avec la recherche par chaque acteur d'une zone d'autonomie qui lui permet de redonner un sens à son activité face à un déficit de justifications et d'explications de ce qu'on attend de lui. Ainsi, la réorganisation des entreprises en petites entités organisées en réseaux et responsables de leurs résultats, vise à rendre lisible et visible par tous les finalités de l'organisation en reconnaissant à chacun des compétences qui lui sont propres.

Cependant, ces objectifs ont des limites et la notion de travail en réseau est loin de signifier en elle-même transparence et absence de hiérarchie. L'analyse de la structure d'un réseau peut permettre de mettre en évidence les différences majeures qui existent à ce niveau. Christian D. et I.Orgogozo ont individualisé cinq types de structures [99-1]. Parmi celles-ci, la description du réseau maille et celle du réseau arbre nous paraissent particulièrement importantes à souligner car elles permettent de comprendre le lien direct qui existe entre la structure d'une organisation en réseau et sa finalité.

Le réseau maille qui n'est ni hiérarchisé ni monocentré. Tous les points peuvent entrer en contact les uns avec les autres. L'interaction est permanente et ses extrémités sont ouvertes sur l'extérieur. Le pouvoir, la responsabilité et l'information y circulent de manière relativement égalitaire. Cette forme de réseau est la plus conforme à l'étymologie du mot et elle correspond par exemple au modèle d'Internet. Nous pouvons poser, par anticipation, que c'est cette structure qui répond le mieux aux attentes des professionnels qui ont développé le travail en réseau depuis une quinzaine d'années.

Le réseau arbre qui relie de multiples petites unités relativement étanches entre elles. La hiérarchie tient un rôle déterminant, elle détient l'information et n'en diffuse que ce qui est nécessaire, elle voit sans être vue. Ce modèle est typiquement celui des modèles de la résistance formés pour faire circuler des informations, des ordres, des armes sans qu'il ne soit possible de connaître ses correspondants au-delà de son contact direct. C'est aussi le mode d'organisation préférentiel dans le domaine marchand car il permet de conférer des responsabilités circonscrites sans rendre de compte.

Nous citerons également :

Le réseau étoile où toutes les lignes convergent vers un même point, par exemple les liaisons ferroviaires concentrées sur une capitale.

Le réseau distributeur qui suppose une ou plusieurs sources qui alimentent un grand nombre de destinataires. C'est la forme la plus hiérarchisée.

Le réseau pôle dont tous les éléments convergent vers un but unique (par exemple les différents chemins qui mènent à Rome).

C. Notion de réseau et Thérapie

Parallèlement à l'approche sociologique et parfois en lien avec elle, le concept de réseau a été employé dans différents mouvements de la thérapie systémique. Nous retiendrons successivement quelques auteurs qui, sur les cinquante dernières années ont développé avec leurs équipes des conceptions originales du travail avec le patient et son réseau primaire.

Avant cela, nous voudrions souligner quelques caractéristiques du réseau des malades mentaux. En effet, leur réseau social est marqué par une relative pauvreté, à la fois quantitative et qualitative. Ainsi, alors qu'un adulte autonome a généralement une poignée d'amis intimes et entre dix et trente amis ou connaissances proches, le réseau d'un psychotique se réduit le plus souvent à quelques personnes qui lui sont utiles. Certains auteurs rapportent la taille du réseau d'un patient et le nombre de journées d'hospitalisation : plus le réseau est dense, moins le sujet a besoin d'être hospitalisé. Sur le plan qualitatif, les relations sont le plus souvent unidirectionnelles (en direction du patient), peu diversifiées (parfois réduite aux professionnels de santé mentale) et le plus souvent uniplexes (un seul type de connexion par lien) [1].

1. Bateson

C'est l'anthropologue Gregory Benson qui a utilisé pour la première fois le terme réseau dans la cadre des thérapies systémiques. Cet auteur s'est appliqué à transposer la théorisation de la cybernétique de Wiener (dans le domaine militaire) aux relations entre personnes. Il a ainsi énoncé successivement la première cybernétique qui pose le fait "que le comportement d'un individu est déterminé par l'ensemble des règles qui régissent le système ou réseau familial dont il fait partie". Puis la seconde cybernétique qui précise "qu'il y a auto-émergence de sujets libres et responsables dans la mesure où les individus font partie de plusieurs systèmes qui, les insérant dans des réseaux de règles et d'informations différents, les amènent à s'interroger et à choisir entre plusieurs voies

possibles. Le sujet autonome naît donc des tiraillements qu'il subit entre les différents réseaux auxquels il appartient et des choix qu'il est amené à faire".

2. Speck

En 1964, après avoir pratiqué la thérapie familiale, Ross V.SPECK constatant que les difficultés de ses patients avaient souvent des ramifications au-delà du petit cercle de la famille, s'intéressa aux travaux d'Élisabeth BOTT et de John BARNES et mit au point une technique de travail en réseau. Il s'était rendu compte que de nombreux patients psychotiques s'amélioraient lorsqu'ils étaient séparés de leur famille et qu'ils se retrouvaient dans un milieu accueillant. Ce fut ce milieu là, plus ou moins bricolé (amis, autres membres de la famille...) qui constitua ce qui, par la suite, a été appelé "le réseau" (au sens d'un réseau de soutien du patient). L'originalité de cette approche consistait à relier plus étroitement le patient à un réseau composé de parents et d'amis, plutôt que de le relier à d'autres patients ou à des soignants [1].

La pratique développée par Speck et son équipe s'appuie sur "l'influence qui guérit" (Tobie Nathan) dans le cadre d'une sorte de "guérison tribale". Ce modèle est basé sur la transposition de certains rites des sociétés autochtones d'Amérique. La tribu est constituée des membres du réseau contactés par la famille (20 à 40 personnes en général). L'intervention débute par une "retribalisation" c'est à dire un "raccrochage" du sujet à la dérive. L'équipe thérapeutique a un rôle de catalyseur qui fait progresser l'action, son rôle est analogue à celui du chaman ou du sorcier, et nullement à celui du chef de tribu. Il s'agit d'amener les membres du réseau, eux-mêmes, à modifier la structure et les relations familiales.

Cet auteur est un de ceux qui ont le plus développé le concept de réseau. Pour lui, le réseau est constitué d'un ensemble d'unités, considérées comme équivalentes entre elles et reliées par un certain type de relations. Le réseau social est représenté par "un groupe de gens, membres de la famille, voisins, amis et autres personnes, susceptibles d'apporter à un individu ou une famille une aide et un appui à la fois réels et durables. C'est en somme un cocon autour d'une unité familiale qui sert de tampon entre cette unité et la société".

3. Le modèle de l'équipe de Douglas

Dans les années 80, l'équipe de l'unité de recherche psychosociale du centre de psychiatrie communautaire du centre hospitalier de Douglas à Montréal a créé un modèle d'intervention original. Celui-ci prend appui sur le réseau primaire du patient pour élaborer une prise en charge communautaire de la santé mentale en réalisant une articulation entre les dimensions psychologiques et sociopolitiques.

Ce modèle met en scène trois groupes d'acteurs qui assument tous un rôle actif dans la prise en charge ; le réseau primaire est à la fois sujet et objet d'intervention. Chacun cherche à mettre en œuvre des dispositifs variables pour favoriser la sortie de l'impasse, la résolution de la crise, et à terme le mieux être de chacun des membres du réseau mobilisé et du patient.

Pour cet auteur, le travail en réseau permet, d'une part, d'actualiser une gamme de comportements sociaux plus étendue que lors d'une prise en charge familiale et, d'autre part, constitue un temps de questionnement des idées et du conformisme qui emprisonnent chacun dans des comportements stéréotypés. Dans cette conception "être en bonne santé mentale signifie trouver les ressources, en soi et dans son réseau pour se transformer soi-même et questionner du même coup les contradictions sociales". (DESMARAIS)

III. Réseaux et système de soins.

Le concept de réseau et plus précisément de travail en réseau connaît actuellement un développement considérable dans le domaine de la santé. La raison de ce succès est peut-être à rapporter, dans une première approche, à la définition de la santé donnée par l'OMS et rappelée dans la première partie de ce travail. Parler de la santé d'un individu, c'est le considérer dans sa globalité et prendre soin de cet individu implique une certaine cohérence des actions.

Dans ce chapitre, nous avons cherché à préciser comment s'inscrit la notion de réseau dans la réorganisation du système de soins français. A quelles difficultés tente-t-elle de répondre ? A quels objectifs est-elle employée ?

Si actuellement les pouvoirs publics et de plus en plus de professionnels s'accordent sur la nécessité d'un fonctionnement en réseau, il n'est pas évident que cette volonté qui semble commune, soit sous tendue par des objectifs totalement superposables. Nous essayerons donc de mettre en évidence les différentes représentations liées à ce concept et ce qui en fait, pourtant, toute sa validité et son utilité.

A. Le système de soins français.

Certaines caractéristiques du système de soins français ont concouru à le remettre en question et ont constitué un terrain propice au développement de la notion de réseau de soins.

En effet, il s'agit d'un système marqué par [61] :

- Une spécialisation et une hiérarchisation toujours croissantes de la médecine sous l'effet des progrès scientifiques
- Une sophistication croissante de l'offre de soins avec notamment le recours à des plateaux techniques de plus en plus lourds, qui obligent à une concentration des unités hospitalières pour maintenir sécurité et économie.
- Une divergence croissante entre le progrès technique et scientifique et les capacités d'adaptation du système sur le plan technique et financier.
- Un décalage entre l'offre technique des services de soins et une demande dont la forme apparaît médicalisée mais dont les racines sont le chômage, l'exclusion, la crise du lien social.
- Un fort cloisonnement et donc une faible coordination entre les acteurs médicaux, entre eux, et avec les acteurs sociaux.
- Une tendance à l'exclusion du système d'une partie de la population par différents mécanismes : absence de droits, difficultés à faire valoir ses droits...
- Enfin un contexte économique difficile qui intervient tant au niveau des possibilités de subvention du système qu'au niveau de la demande de soins d'origine sociale.

B. Historique de la formation des réseaux de santé

Face à ce constat, depuis quelques dizaines d'années, les professionnels et les instances gouvernementales ont mené différentes expériences qui s'inscrivaient dans une recherche de réorganisation des soins. Nous retiendrons parmi celles-ci :

- L'apparition au milieu des années soixante-dix des premières expériences visant à un décroisement et à une meilleure efficacité des soins avec l'instauration de l'hospitalisation à domicile (HAD). Celle-ci a été développée à l'instigation de médecins hospitaliers en collaboration le plus souvent avec des associations, elle était en fait surtout conçue pour étendre la capacité hospitalière et même si elle s'est développée dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, elle est restée globalement mal acceptée par le secteur libéral qui l'a vécue comme une concurrence déloyale.
- L'introduction en France dans les années quatre-vingt du concept de "soins coordonnés" en référence au développement aux USA des Health Maintenance Organization. La formule du prépaiement d'un forfait par la Sécurité Sociale, et pour partie par l'assuré, à un groupe de médecins qui devra assurer les soins nécessaires, est débattue. Ce système qui introduit une concurrence entre les assurances et les professionnels et la diminution de la liberté du patient et du médecin apparaît alors incompatible avec le système français.

En fait, en France, nous retiendrons comme origine de la conception actuelle du travail en réseau de soins les dispositifs élaborés pour faire face d'une part au problème de l'exclusion et d'autre part à la complexité des pathologies liées à l'HIV.

1. Réseaux de santé et initiatives de terrain

En effet, en 1984, alors que la presse décrivait dans notre pays l'extension d'une "nouvelle pauvreté", quelques médecins sont allés à la rencontre des malades et ont fondé en 85 la première association médicale intervenant dans l'aide "aux exclus de la protection sociale" : Relais Médical aux Délaissés (RE ME DE). Dans le même esprit, en 1986 la mission France de Médecins du Monde ouvre son premier centre à Paris. Les objectifs de ces centres sont de trois ordres indissociables [16] :

- Offrir des soins gratuits à tous ceux qui n'ont pas accès aux prestations du système de santé (faute de ressources, de couvertures sociales ou de maîtrise des procédures administratives).
- Aider chacune de ces personnes à faire valoir ses droits aux soins dans les structures habituelles
- Alerter l'opinion, les médecins, les pouvoirs publics et les administrations afin que des solutions soient apportées.

La dimension sociale de ces démarches est donc claire et la plupart de ces associations vont rapidement s'intégrer au tissu local de leur territoire d'implantation, développer des partenariats avec les collectivités locales et d'autres organismes intervenant dans la santé et/ou dans l'action sociale. Un travail en réseau a donc ainsi vu le jour en tant qu'élément de la réponse à l'exclusion.

Parallèlement a commencé de se développer un véritable travail de coopération "ville-hôpital" pour les prises en charge de patients sidéens [61-16]. Ces pathologies ont mis en exergue des problèmes de toutes sortes (problèmes sociaux, psychologiques, médicaux, thérapeutiques) pour lesquelles, sans un travail communautaire multiprofessionnel, chaque acteur du système de santé ne peut que se sentir impuissant, donc inefficace voire incompetent. Alors qu'au début des années 80 il existait un fort cloisonnement des pratiques, l'arrivée du SIDA a fait intervenir le psychosocial dans le domaine du soin, a souligné les limites du système de soins et a produit un impact psychologique sur le public. L'approche par pathologie, le cloisonnement des structures, l'individualisme des pratiques professionnelles et la scission du monde sanitaire et social ne permettaient pas une prise en charge adéquate de ces patients.

De plus, les caractéristiques des patients et le dynamisme de leurs associations ont largement contribué à la mise en place de ce mode de prise en charge. Ainsi sont nés des réseaux "ville-hôpital" tel que Rézo 85 en 1985, Argos 94 en 87.

Par la suite la coopération ville-hôpital s'est étendue à d'autres pathologies (toxicomanie, hépatite C...) puis, à la prise en charge des personnes en difficulté [40].

Pour les professionnels, et notamment pour ceux qui se sont regroupés au sein du CNR (Coordination Nationale des Réseaux), l'objectif prioritaire est de permettre au citoyen-malade d'avoir un itinéraire le moins chaotique possible [40]. Ainsi chaque professionnel doit pouvoir faire une évaluation globale de la situation des personnes qui s'adressent à lui.

Il doit également pouvoir les orienter, si nécessaire, vers un partenaire qu'il connaît et avec lequel il aura la possibilité de travailler sur le dossier. Ce travail passe donc par la création d'une interface entre les différentes professions et par la mise en place de temps partagés afin de permettre de décloisonner et d'harmoniser les différentes pratiques dans le respect de chacune. Cette approche repose aussi sur une évolution des rapports entre les professionnels et les personnes à aider et sur une plus grande implication des citoyens dans l'organisation du système de santé [85].

2. Réseaux de soins et législation

Au niveau législatif, c'est seulement en juin 1991 qu'est apparu le premier texte relatif au travail en réseau. Il s'agissait de la circulaire de Bruno Durieux, Ministre de la Santé, qui officialise et reconnaît ce concept comme moyen de prise en charge des personnes infectées par l'HIV. Cette circulaire sera suivie par quatre autres qui portent respectivement sur, les réseaux de prise en charge des problèmes de toxicomanie (mars 94), les réseaux de santé de proximité (décembre 93 et décembre 94), et enfin sur l'organisation des soins pour les patients atteints d'hépatite C.

En 1996, les ordonnances portant réforme du système de santé, introduisent la notion de réseau de soins dans la loi. Ce concept apparaît alors dans deux d'entre elles. Il s'agit de l'ordonnance 96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et qui se rapporte à une modification du code de la Sécurité Sociale [98] et de l'ordonnance 96-346 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée et qui modifie le code de la Santé Publique [97].

La première vise à la mise en place pour une durée de cinq ans, d'actions expérimentales dans le domaine médical et médico-social afin d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans les prises en charge. Ces actions consistent, soit à la création de filières de soins à partir des médecins généralistes, soit à la création de réseaux permettant une prise en charge globale des patients atteints d'une pathologie lourde ou chronique.

La deuxième a pour but une meilleure insertion des établissements de santé dans leur environnement et une organisation plus coopérative et complémentaire. Elle incite donc à de nouveaux dispositifs d'organisation de l'offre de soins tels que les réseaux de soins et les communautés d'établissement.

Par la suite le travail en réseau fera l'objet de plusieurs circulaires "thématiques" et de deux plus générales en avril 97 et novembre 99.

- La circulaire de 97 est relative aux communautés d'établissements et aux réseaux de soins, elle fixe les objectifs de ces derniers [93] :
 - Permettre une meilleure orientation du patient notamment lors des épisodes aigus ou nécessitant un plateau technique lourd.
 - Favoriser le maintien ou le retour à proximité de leur lieu de vie des patients atteints de maladie chronique
 - Assurer la continuité et la coordination de soins, par l'adoption de procédures spécifiques entre établissements, par une plus grande ouverture de l'hôpital sur la ville, par une meilleure participation des praticiens libéraux aux besoins spécifiques de certains établissements de santé.

- La circulaire de novembre 99 fait le point sur les réseaux déjà en exercice, définit les règles et les outils indispensables à leur fonctionnement et donne le cahier des charges des réseaux candidats à un financement de l'Etat. [92]

Ainsi elle distingue trois domaines qui doivent être clairement précisés :

 - La ou les pathologies que le réseau se propose de prendre en charge
Celle-ci doit faire l'objet "de la recherche et de l'écriture de règles scientifiques fondée", d'un diagnostic et d'un bilan initial, de stratégies thérapeutiques et de protocoles de prise en charge et d'accompagnement social.
 - Les patients que l'on veut aider.
Ceux-ci devront être informés de la structure du réseau qui leur est proposé et des choix qu'ils peuvent faire dans l'aire géographique où ils vivent. Le dossier du patient devra être mis à jour régulièrement dans le respect des règles de la déontologie médicale et de celles qui résultent de la loi sur l'informatique et les libertés. Des informations écrites devront être diffusées dans le réseau en sus des informations orales adaptées données au patient.
 - Les acteurs qui seront impliqués.
Ceux-ci devront organiser leur action autour de trois fonctions principales : la coordination, l'animation- formation et l'évaluation.

Cette même circulaire établit également l'évolution souhaitée du travail en réseau à savoir le passage rapide à des réseaux centrés sur le patient, le passage de réseaux par pathologie

à des réseaux polyvalents, le passage d'objectifs de soins à des objectifs de prévention et des actions de santé publique.

C. Les enjeux des réseaux de santé

Le concept de réseau de soins est vu par certains auteurs comme porteur d'enjeux majeurs qui peuvent, à terme, conduire à une transformation radicale du système de soins.

En effet ce concept est porteur, en substance [61-14] :

- D'un dépassement de l'opposition entre le monde libéral/ambulatoire et le monde hospitalier voire de la possibilité d'attribuer à terme des budgets à des entités juridiques plus vastes que l'hôpital.

- D'un dépassement de l'opposition entre spécialistes et généralistes par le développement de pratiques coopératives plus importantes. Ceci suppose que les modalités de rémunération des médecins libéraux évoluent et ne se fassent plus intégralement à l'acte mais aussi en fonction des activités de gestion et de coordination

- D'une amélioration du rapport coût/qualité des prestations offertes envisagée soit sous l'angle de la valorisation de la qualité, soit sous celui de la sanction de la non qualité. Cette question ne semble pas pouvoir être envisagée sans réfléchir aux modalités d'association des usagers/citoyens, afin qu'ils soient plus responsables dans leurs comportements ou leur mode de recours aux soins.

- D'une transformation culturelle du monde professionnel médical, consistant à passer d'un exercice individuel à un exercice collectif. Il s'agirait alors de penser le malade et sa prise en charge d'une façon globale c'est à dire en fonction, aussi, d'un environnement familial, social et économique.

- D'une intégration plus importante des acteurs du secteur social et des acteurs du secteur médical (surtout dans le domaine de l'aide aux plus démunis).

La politique des réseaux apparaît innovante et de nature à apporter une réponse appropriée à la demande toujours plus pressante d'augmenter la qualité des prestations offertes par les services médicaux et sociaux. Elle paraît apte également à optimiser l'utilisation des moyens financiers en permettant l'accès à tous à un équipement et à des services adaptés. Jusqu'à présent le modèle dominant qui a régi l'ensemble du système de

santé a été le modèle bio-médical. Celui-ci a permis des succès fantastiques dans les découvertes médicales, mais il a eu aussi l'inconvénient majeur d'inciter à penser que le progrès médical peut solutionner l'ensemble des problèmes de santé d'une population [40]. La démarche sur laquelle reposent les réseaux de santé est de l'ordre du médico-psycho-social, elle propose donc une approche globale de la santé dans ses différentes dimensions.

De plus, pour certains auteurs les enjeux des réseaux de santé portent, non seulement sur la transformation du système de soins et de protection sociale, mais aussi, sur une transformation de la société dans son ensemble. Ainsi la notion de clandestinité attachée au terme réseau, évoque quelque chose qui se ferait à l'insu de la société, et renvoie à une volonté de changer un système qui ne veut plus (ou ne peut plus) bouger [46]. Dans cet état d'esprit, la fonction d'un réseau, ne se limite pas à un nouveau type de savoir-faire, caractérisé par des mécanismes d'ajustement ou de coordination différents de ceux du système antérieur, mais se doit de susciter et d'accompagner la transformation des liens sociaux.

D. Les différentes représentations du travail en réseaux dans le domaine de la santé.

Dans le domaine de l'organisation de la santé comme dans d'autres domaines, la capacité du concept de réseau à rassembler sous un même vocable des représentations très différentes provient probablement du fait qu'il est riche d'une puissance métaphorique qui entraîne une prolifération d'images et de sens [99]. Cette polysémie peut nuire à la rigueur du raisonnement et être propice à la confusion mais elle permet aussi d'élaborer des innovations impensables avec un vocabulaire trop référencé.

Il en résulte que pour certains ce concept sert à imaginer une métamorphose des relations, entre les hommes, les institutions et les savoirs, en accord avec une idéologie basée sur la solidarité et la coopération. Dans cette approche, le concept de réseau correspond à une véritable révolution des mentalités. Pour d'autres, par contre, il est au cœur d'un travail systématique d'explication et d'objectivation des échanges entre producteurs de soins dans une logique dominée par des impératifs économiques.

Marc Bremond s'est attaché(en forçant parfois le trait) à montrer que ces représentations peuvent s'opposer point par point. [61]

- Une forme de bricolage communautaire spontanée
// une forme de verrouillage systémique imposée
- Une figure de résistance à l'ordre institué
// une construction institutionnelle
- Une dynamique pour travailler dans les interstices du système
// une reconfiguration du système
- Une création de zone d'influence
// une neutralisation de zone d'influence
- Un espace de troc
// un espace où la valeur d'échanges est prévisible de l'extérieur
- Un modèle de coopération volontaire
// un modèle de coopération imposée
- Une mise en clandestinité
// une mise en visibilité

Par ailleurs, ces représentations correspondent à deux types de structures organisationnelles qui sont sous-tendues chacune par une dynamique particulière. Ceci a clairement été mis en évidence par E. Enriquez dans son analyse des structures coopératives et des structures technocratiques. [61]

"La structure coopérative, pour exister, a besoin d'être irriguée par la pulsion de vie dans son aspect de l'amour mutuel, dans la création d'un lien libidinal fort entre des sujets reconnaissant leur altérité et prêts à s'engager affectivement dans leur relations et dans l'efforts de réaliser un projet en commun... Toute structure coopérative a l'ambition de changer quelque peu le monde et la vie ; autrement dit de créer au travers de la production de biens et services, des hommes nouveaux sachant vivre en solidarité... Mais il n'est possible de parvenir à une telle solidité que si se trouve présent une cause à défendre, une idéologie à promouvoir...".

Dans la structure technocratique (coordonnée par les instruments), toute l'énergie est investie dans le travail et la croissance de l'organisation ; chacun pensant que la réussite de l'organisation s'accorde avec sa réussite personnelle. Si les individus échouent, la faute leur en incombe : ils n'ont pas été suffisamment compétents, experts, compétitifs. Ainsi

l'amour que chacun se porte est lié à sa place et à son rang dans l'organisation. C'est une libido froide qui circule dans l'organisation...

Le concept de réseau de soins, en faisant coexister ces deux types de représentations, fait donc obligatoirement naître des tensions qui, globalement, s'articulent autour de la dialectique entre coopération et coordination. En effet, la coordination fait référence à *des mécanismes* qui permettent d'agencer des actions de façon cohérente, elle n'implique pas automatiquement une coopération. Par contre cette dernière devient indispensable lorsque des acteurs de professions ou d'institutions différentes doivent échanger leur point de vue afin d'établir une ligne de conduite partagée. Ainsi, même si chacun d'entre eux est en possession de faits objectifs, il doit négocier la manière de les interpréter et apprendre à considérer l'approche de l'autre. La coopération fait donc référence **aux valeurs** qui motivent les acteurs pour agir ensemble.

Le concept de réseau de santé apparaît donc comme un cadre qui permet de négocier un compromis entre agir coordonné et agir coopératif. Il s'agit, d'une part, de mettre en place des mécanismes de régulation, basés sur des règles formalisées, dévolus à des critères économiques de recherche d'efficacité et d'optimisation d'un système. Ceci, sans d'autre part, défaire la dynamique née d'une réalité de terrain et orientée par la recherche d'une intercompréhension et d'un agir coopératif volontaire et non contraint. Un des enjeux des réseaux de soins est donc d'articuler la dimension humaine et la dimension technocratique au travers d'un équilibre dynamique.

En pratique, la mise en place des réseaux se heurte sans cesse à la confrontation de ces deux approches [40]. En effet, les premiers textes législatifs ont beaucoup inquiété les professionnels car ils ont eu l'impression que tout le travail qu'ils avaient effectué depuis des années était balayé du jour au lendemain. C'est le cas notamment des ordonnances de 96 qui, en s'emparant du concept mais en lui mettant un autre contenu et en lui faisant jouer un rôle purement économique ont réduit la notion de réseau à des structures. En effet, comme l'a souligné le Docteur Alimi, (représentant du Conseil de l'ordre des Médecin du Var lors du colloque régional du CNR en novembre 2000), ces Ordonnances ont repris le concept de réseau pour officialiser la mise en place des filières de soins à partir des médecins généralistes et celle des réseaux de soins expérimentaux entre établissements. Elle sont donc bien loin de la philosophie développée par les professionnels au travers du concept de réseau.

La réponse concertée de ces derniers a été la formalisation en janvier 1997 du CNR. Cette organisation est née d'un refus que le concept de travail en réseaux soit mis au service exclusif de la rationalisation des coûts de la médecine. Ainsi le CNR s'est donné trois objectifs principaux :

- faire circuler l'information et apprendre à se connaître,
- promouvoir les pratiques en réseau et les outils de leur mise en place,
- défendre une certaine définition du concept.

Pour le CNR [40], cette définition comporte trois notions fondamentales :

- La notion de temporalité : l'action du CNR s'inscrit dans la perspective d'une modification en profondeur du système de santé. Sa mission n'est donc pas de construire des réseaux qui ont pour vocation de durer car, à terme, ce sera tout le système qui travaillera en réseau. Ce type de travail doit correspondre à la mise en place d'un ensemble d'outils utiles à la transformation du système. Il ne doit pas donner naissance à une nouvelle institution.
- La notion de territoire : est importante car c'est la "proximité" qui va permettre aux liens entre la population et les professionnels de se créer dans un environnement que tout le monde connaît bien puisqu'il est partagé.
- La notion de communauté : un travail partenarial même très développé ne pourra pas résoudre les problèmes de santé si il ne s'appuie pas sur les ressources de la communauté (celles des personnes malades et celles des citoyens). Ceci renvoie aux droits des malades ou plus précisément, aux droits des citoyens lorsqu'ils sont malades.

Cette définition explique toute l'importance de parler de "réseaux de santé" et non pas de "réseau de soins" car elle insiste sur la nécessité d'un abord global de l'individu et non pas exclusivement sur celui de sa pathologie. Un Réseau de santé correspond donc avant tout à une articulation efficace entre les ressources nécessaires à la prise en charge de l'ensemble des besoins sanitaires et sociaux d'une population.

Pour conclure, nous voudrions ajouter que le concept de réseaux de soins, dans sa complexité, incite à une redéfinition du cadre d'analyse de la performance d'une organisation de santé. En effet, cette évaluation doit prendre en compte non seulement la finalité de l'organisation (son efficience), mais aussi sa capacité à se construire une

légitimité sociale et, à trouver un équilibre entre les valeurs de coopération et les processus de production représentés par les mécanismes de coordination.

E. Du réseau structure au réseau processus

La diversité des réseaux de soins tant au niveau des représentations que des réalisations sur le terrain et de la richesse du concept oblige à concevoir une définition à deux niveaux. Le premier privilégie l'aspect de structure fonctionnelle ou organisationnelle du réseau, c'est le "**réseau structure**". Le second s'attache à l'examen de la dynamique qui constitue un vecteur potentiel de changement des représentations et des modes d'action des acteurs qui le constituent : c'est le "**réseau processus**". [46]

Au cours de la première rencontre nationale des professionnels des réseaux ville/hôpital, le "réseau structure" a été défini comme *"un ensemble organisé de plusieurs personnes physiques ou morales, dites acteurs du réseau, dispersées dans un zone territoriale donnée, de compétences différentes et complémentaires, qui agissent pour un objectif commun et selon des normes et des valeurs partagées, sur la base d'une coopération volontaire, pour améliorer la prise en charge d'une communauté de malades"*.

Si cette première approche implique déjà une dynamique forte entre les acteurs (valeurs partagées, coopération volontaire), la seconde, le réseau processus, privilégie l'examen de la nature des relations existant entre les éléments du réseau. Il s'agit donc dans cette deuxième approche de faire apparaître de nouvelles formes relationnelles, de nouvelles logiques professionnelles qui viennent compléter voire se substituer à celles qui existaient auparavant. Le réseau est alors conçu comme, à la fois, l'objet innovant et le processus d'innovation c'est à dire le processus qui par rétroaction modifie ce qui était à l'origine de sa création.

Ainsi, pour les chercheurs du groupe IMAGE (Ecole Nationale de la Santé Publique), différencier réseau structure et réseau processus se situe dans la même logique que celle qui oppose société et communauté [46] notamment au niveau des liens qui les caractérisent. Les liens sociaux formels et imposés sont remplacés par des liens vivants,

horizontaux et de nature communautaire, les liens hiérarchiques font place à des liens interactifs et égalitaires, fondés sur un libre choix des participants. La nature de ces nouveaux liens explique mieux le comportement des acteurs que ne peut le faire l'analyse de leur position hiérarchique et de leur rôle respectif. Ainsi l'interaction devient un facteur plus déterminant que l'action.

F. Les réseaux de soins en pratique.

1. De multiples réalités

Depuis les ordonnances du 24 avril 96, les réseaux de soins se multiplient mais sous cette dénomination sont amalgamées des réalités bien différentes. Il n'existe pas de modélisation des réseaux mais la circulaire de novembre 99 propose une typologie qui permet d'avoir quelques repères.

- Type I : les réseaux inter-établissements qui dépendent du code de la santé publique et sont prévus par l'ordonnance de 96 portant réforme hospitalière. Ils sont fixés par conventions, sont soumis à l'agrément du directeur de l'Agence régionale d'Accréditation et sont susceptibles d'accréditation. Il s'agit de réseaux entre hôpitaux de différents niveaux, de réseaux de complémentarité d'établissements publics et/ou privés...

- Type II : Les réseaux thématiques purs. Ces réseaux, souvent nés à l'hôpital, ont pour vocation de transmettre un savoir ou un mode de traitement très spécifique, d'abord en intra-hospitalier, puis en inter-hospitalier, puis vers la ville. Ces réseaux sont plus centrés sur les professionnels que directement sur les patients.

- Type III : Les réseaux de santé de proximité centrés sur les populations. Ce type correspond à la grande majorité des réseaux (plus de mille en 99) parmi lesquels se trouvent les plus anciens qui étaient destinés au départ à la prise en charge d'une pathologie ou d'une population complexe et qui sont spontanément passés en une dizaine d'années de réseaux de soins monopathologiques à des réseaux de santé de proximité. Il peut y avoir

une intrication entre les modes de fonctionnement des types II et III, ce qui signe souvent une évolution de l'un vers l'autre.

- Type IV : Les réseaux candidats à l'expérimentation tarifaire prévue par l'ordonnance relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Ces réseaux sont connus sous le nom de RESEAU SOUBIE et correspondent à la recherche d'une organisation des soins autour du problème économique. La durée de l'expérimentation est prévue pour trois ans et a pour objet de vérifier la viabilité de mode d'exercice fondé sur la prise en charge globale des assurés tant au plan des soins que de la prévention et de l'accompagnement social.

Cette typologie peut être précisée par deux modélisations qui renvoient à deux conceptions radicalement différentes du travail en réseau, en définissant une intégration verticale versus une intégration horizontale du système de soins. Même si ces deux approches ne sont pas forcément exclusives, elles renvoient à des idéaux très différenciés.

- *Le modèle biomédical.* Il s'inspire d'une représentation purement biomédicale de la santé qui est fondée sur une conception organiciste de la maladie et donne donc priorité à la fonction de soins curatifs. Il s'inscrit souvent dans la continuité du modèle hospitalo-universitaire et se caractérise par :

- une logique curative principalement,
- un caractère centralisé (autour d'un centre d'expertises techniques et scientifiques),
- un contexte urbain,
- la participation d'acteurs de même discipline,
- l'intérêt pour une pathologie,
- il s'adresse à une clientèle.

Ce sont les réseaux dédiés à la prise en charge d'une pathologie chronique ou des maladies rares et correspondent majoritairement aux types 1 et 2 de la classification précédente.

- *Le modèle biopsychosocial* Ce modèle s'appuie sur le modèle de la bio-psycho-socogénèse des maladies qui envisage la santé dans ses relations avec l'environnement, les structures sociales, économiques et politiques. Il se caractérise par :

- une logique plurielle
- une organisation décentralisée
- la proximité
- la participation d'acteurs multidisciplinaires

- l'intérêt pour des individus
- il s'adresse plutôt à une population

Ce sont des réseaux qui s'adressent à des populations pour un problème ou une situation donnée (réseaux gériatriques, de périnatalité, certains réseaux pour le Sida). Ils correspondent au type trois de la typologie ministérielle. Par exemple, l'approche développée par les politiques de secteur s'inscrit de façon évidente dans ce modèle.

2. Des conditions de fonctionnement

L'expérience acquise depuis les premières créations de réseaux de soins a permis de dégager un certain nombre de points qui conditionne la mise en place de ce type d'organisation. Ces points définis par les professionnels, et notamment par le CNR, ont été repris en partie dans la circulaire de 99 [110-40].

Ainsi le travail en réseau :

- Nécessite un temps de *concertation et de compréhension* de la proposition tant à la phase de conception qu'à la phase opérationnelle sur le terrain. Ce type de travail répond à un besoin effectif de la population. Il implique d'importants changements des comportements, il ne peut donc pas se décréter mais doit venir entériner une nouvelle façon de fonctionner. Il est nécessaire que chaque acteur s'approprie la démarche et donc que l'objet et les objectifs de travail soient préalablement clairement définis et admis. Le travail en réseau doit apporter une "plus-value" aux professionnels. Celle-ci se situe au niveau du ressenti (partager, ne pas se sentir seul face à une situation), au niveau intellectuel (apprendre plus, acquérir de meilleures compétences), au niveau de la gratification apportée par la reconnaissance d'un travail bien fait.

- Doit comprendre tous les acteurs concernés par le problème y compris, lorsque cela est possible, les usagers. Cette *approche transversale* garantit un projet précis et clair et impose un *décloisonnement* qui est un des principes de base de ce type de travail. Les réseaux doivent constituer un espace d'interface dans lequel l'intérêt de chaque profession devient cohérent avec l'intérêt de la population.

- Doit être *centré sur son objet* en l'occurrence, en matière de santé, sur le patient qui devient le centre d'intérêt et dont l'évaluation des besoins va permettre la coordination et la coopération des acteurs. Le rôle d'un coordinateur de réseaux n'est pas d'imposer l'organisation de la prise en charge mais de faciliter les échanges entre professionnels situés sur l'itinéraire du sujet.

- Est fondé sur *l'absence de hiérarchie* entre les partenaires, "chacun a le pouvoir de sa compétence". Ce point implique un changement de mentalités tant dans le rapport médecins/autres professionnels que dans la rapport hôpital/ambulatoire. Chaque maillon doit avoir à la fois sa *pleine autonomie* et la conscience de son *rôle dans le système* ce qui nécessite au préalable l'appropriation par chaque acteur des objectifs du réseau. Ceci trouve une de ses applications dans le choix du référent du patient qui doit correspondre avant tout au choix de ce dernier et qui peut donc appartenir à n'importe laquelle des catégories professionnelles concernées par la prise en charge. Le rôle du professionnel référent est avant tout de servir de guide au sujet.

- Nécessite la circulation de *l'information* entre les différents acteurs et donc, quel que soit le support technique (fax, téléphone, informatique, dossier papier...) utilisé, des *relations de confiance* entre les différents professionnels. A ce sujet l'évolution de la notion de secret médical à celle de secret professionnel paraît importante car elle souligne le respect de chaque exercice professionnel. L'égalité de considération entre les partenaires permet d'échanger les informations nécessaires dans une sorte de "secret partagé". Chaque intervenant reste cependant entièrement responsable de ce que lui confie le patient et les échanges d'informations se feront donc avec l'accord de ce dernier et dans son intérêt.

- Est indissociable d'un travail de formation et notamment d'une *formation pluridisciplinaire* qui permet, d'une part, une adaptation permanente à la demande et une amélioration du service rendu, et constitue d'autre part, un atout pour une meilleure connaissance mutuelle des acteurs et donc une meilleure compréhension et plus de confiance. Ces formations représentent un outil pour cimenter le réseau.

- Doit faire l'objet d'un travail d'évaluation et surtout d'une auto-évaluation qui doit permettre aux acteurs de mieux connaître ce qu'ils font et donc de pouvoir agir sur leurs résultats en adaptant leur pratique. Pour être soutenus dans leur recherche d'amélioration du travail partenarial, les professionnels doivent définir "un contrat d'objectifs" c'est à dire

un ensemble de buts communs mis en perspective dans le travail au quotidien. Ceci est important pour l'histoire du réseau et la traçabilité des actions réalisées. Cette évaluation doit cependant rester réaliste et doit porter tout autant sur les difficultés et les blocages que sur les points positifs. Visualiser les actions et élaborer des réponses face aux difficultés permet d'aller de l'avant. Vouloir à tout prix évaluer l'efficacité d'une organisation qui se met en place relève par contre de l'aberration.

Les critères d'évaluation des réseaux sont à élaborer en fonction de la réalité des pratiques et pas seulement sur des référentiels scientifiques et économiques. Ils doivent donc porter également sur la qualité de vie des patients afin de respecter la prise en compte du concept de santé au delà de celui de soins [85].

- Enfin, l'élaboration d'une charte paraît essentielle car elle permet d'établir les valeurs autour desquelles les différents acteurs se regroupent. La formalisation du réseau doit avant tout porter sur ces valeurs et non pas correspondre à l'application d'un système modalisé.[85]

IV. Conclusion

Dans cette partie de notre travail, nous avons pu constater la richesse du concept de réseau mais aussi sa polysémie et les différentes représentations qu'il suscite. Ainsi, au niveau du système de santé, l'approche des professionnels ne correspond pas toujours à celle des instances organisationnelles. Cette divergence est sous-tendue par des objectifs prioritaires différents. Pour les professionnels, il s'agit avant tout d'adapter leur pratique à la complexité des situations et de redonner ainsi, aux prises en charge, la cohérence qui leur était conférée jadis par le médecin de famille. Pour le gouvernement, il est surtout question d'obtenir une meilleure efficacité et surtout d'enrayer l'augmentation des dépenses de santé : l'incitation est donc surtout économique.

Si ces différences ne doivent pas être négligées, il n'apparaît pas non plus souhaitable qu'elles motivent l'abandon de l'utilisation de ce concept. En effet, celui-ci constitue un cadre dans lequel peuvent se déployer mais aussi se négocier les tensions nées de ces divergences. Cet espace d'échanges est indispensable car aucun des deux "partis" ne peut négliger les impératifs de l'autre. Les professionnels pour élaborer leurs pratiques sont soumis à des impératifs financiers. Le gouvernement ne peut réduire la santé à un budget sans tenir compte de la réalité de terrain. Diaboliser l'un ou l'autre se ferait au détriment des patients-citoyens.

Cependant, pour que les réseaux de santé aient un avenir, sans être transformés en instruments totalitaires au service d'une gestion comptable de la santé, beaucoup d'obstacles restent à surmonter. Pour que l'esprit du réseau ne soit pas dévoyé, une négociation permanente entre les professionnels et les instances dirigeantes est indispensable. De plus, une implication accrue des individus-citoyens semble tout aussi incontournable. En effet, tout comme les associations de patients ont été à l'origine des premiers réseaux, la pérennisation du concept implique un choix de société. Accepter de se satisfaire de discours bien pensants ou sécuritaires pour se rassurer face à certaines situations ou œuvrer pour une société solidaire qui refuse de laisser pour compte ses membres les plus fragiles : il s'agit là de deux alternatives anciennes. Le choix des initiateurs des réseaux de santé s'inscrit très nettement dans la deuxième option, le gouvernement à encore mission de garantir un minimum pour tous malgré les impératifs budgétaires. Cependant que peuvent faire les uns et l'autre si ces choix ne sont pas soutenus par une dynamique sociale partagée ? La première question à se poser est-elle "comment maîtriser les dépenses de santé" ou "quelle santé voulons nous" ?

TROISIEME PARTIE : réseaux de santé et psychiatrie

Le débat autour des réseaux de soins évolue, au plus, depuis une quinzaine d'années. Par contre, ce type de travail transdisciplinaire est inscrit dans les pratiques psychiatriques depuis près de 75 ans. Ceci peut s'expliquer par l'évolution de la représentation sociale de la folie au cours des siècles et par les caractéristiques de la pathologie mentale qui impliquent fortement l'environnement du sujet et impose donc une approche globale de la situation du patient. La psychiatrie est donc au premier plan dans les discours actuels autour du système de santé.

Dans cette troisième partie, nous allons donc envisager les liens qui unissent la psychiatrie à l'évolution des sociétés ainsi que l'inscription historique du travail partenarial dans cette discipline. Nous aborderons ensuite le travail en réseau avec les adolescents en difficulté car ce type de travail nous semble susceptible d'apporter des réponses à la problématique et à la situation actuelle des jeunes.

I. Psychiatrie et société française : du "grand renfermement" au travail en réseau

A. Avant le secteur : grandes lignes historiques

Depuis toujours, la pratique psychiatrique est dépendante des représentations sociales de la folie, des impératifs politico-économiques et des choix de société. L'histoire de la psychiatrie reflète ces imbrications.

Ainsi, pendant longtemps, le fou était un possédé du démon, la folie se situait sur le même plan que la sorcellerie et l'hérésie. Au XVII^e siècle, l'internement, à la fois charité et châtement, constitue également un véritable contrôle social. Il s'agit du "grand

renfermement " décrit par Michel Foucault et qui concerne une population sans ressource, sans travail, sans attache sociale et qui est enfermée par lettre de cachet du roi et soumise à une obligation de travail. Au XVIIIème siècle, la philanthropie et l'esprit des Lumières appellent à une attitude plus humaine à l'égard du malade mental qui est alors considéré comme aliéné par la maladie. C'est Pinel et "le traitement moral" fait de "ferme bonté". Cependant c'est seulement au XIXème siècle qu'apparaît une véritable diversification des réponses institutionnelles. Celle-ci permet, après la réponse indifférenciée de l'hôpital général du XVIIème siècle, d'établir des distinctions entre asile, prison et hospice, en fonction de catégories cliniques fondées sur une série de bipolarisations : responsable/irresponsable, curable/incurable, aliéné/infirmes. Le fou reste cependant un être à part dont le traitement se résume à l'isolement à l'asile. Par excellence l'aliéné est l'homme à changer, l'asile a donc la fonction d'être un laboratoire de transformation de l'humanité défaillante. Il est censé fonctionner comme une machine à guérir et a pour mission de confirmer la conception optimiste d'une possible socialisation de tous. A cette époque la psychiatrie a donc joué une fonction d'expérimentation avec des enjeux qui la dépassaient. A l'idée de la folie comme dépossession irrémédiable et intemporelle s'était substituée l'idée d'une maladie aux effets potentiellement transitoires avec un début (dont la compréhension justifie la naissance d'une étiologie psychiatrique), un déroulement marqué par la variation (on parle alors de manie intermittente, de manie partielle, de folie circulaire), et une fin dont on peut espérer qu'elle sera la guérison. Cette nouvelle conception de la maladie mentale est survenue dans le contexte de la Révolution Française qui, en introduisant l'idée d'une historicité de la société et des individus, a permis que la répétition et l'immuable laissent place à la nouveauté [73-63].

C'est seulement à la fin du XIXème siècle et au début du XXème que l'isolement asilaire n'est plus considéré comme le seul remède à la folie. L'idée de la nécessité d'un accompagnement du patient après sa sortie s'impose progressivement. Parallèlement dans les années vingt, les OPHS (offices publics d'hygiène sociale) qui s'occupaient à l'origine des maladies vénériennes et de la tuberculose ont amorcé des actions extra-hospitalières dans le champ de l'hygiène mentale en intervenant au plus près de la population [63]. Les infirmières et les assistantes sociales avaient alors un rôle majeur puisque c'était sur elles que reposait le dispositif de visites à domicile. Elles effectuaient alors un travail largement fondé sur l'idée de prévention.

B. Le secteur

1. Sa mise en place

C'est dans ce contexte et après le traumatisme de la deuxième Guerre Mondiale que l'idée du secteur voit le jour. Elle s'inscrit dans un mouvement de lutte contre l'enfermement asilaire. Les fondateurs du secteur ont élaboré leur démarche en s'appuyant sur les théories psychanalytiques et sur les thérapies institutionnelles axées sur la prise en charge collective et quasi-familiale des psychotiques (Gentis, Oury, Sivadon). Ils ont conçu un dispositif capable de s'adapter à la situation de chaque patient, notamment à l'absence de reconnaissance de sa souffrance par le sujet. Les objectifs de ce dispositif étaient de raccourcir le temps passé entre l'émergence des troubles et le soin et d'assurer la continuité des prises en charge. Ils nécessitaient donc un travail avec les familles et avec l'environnement social du sujet. Pour être au plus près de la vie du patient, les équipes sont devenues pluridisciplinaires et les possibilités d'accueil se sont diversifiées. La dimension territoriale du secteur s'est donc imposée comme un corollaire à la nécessité de cette inscription sur le terrain. Il s'agissait de créer un mouvement de désaliénation et un changement dans les pratiques et non de déplacer les méthodes asilaires en dehors des murs.

Ce grand mouvement amorcé en 1945 est concrétisé au niveau législatif par la circulaire du 15 mars 1960 qui est le reflet de cette volonté d'humaniser l'hôpital et d'en diversifier les pôles thérapeutiques [73]. Ainsi, elle indiquait *"que le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre la maladie mentale doit être de maintenir les malades au plus près de leur milieu ordinaire de vie et que l'hospitalisation ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organes de prévention et de postcure"*.

2. Les résultats

En quarante ans de secteur, les pratiques psychiatriques ont connu une évolution considérable. Ces transformations ont été reconnues au niveau gouvernemental par le rapport du groupe de travail du ministère des affaires sociales en 1995. Celui-ci souligne les progrès accomplis au niveau des soins ambulatoires : interventions à domicile, actions de réadaptation et de réinsertion sociale, actions de prévention. Le travail extra-hospitalier,

notamment ces vingt dernières années, a permis d'initier un travail partenarial et de mettre en place des interventions dans la communauté. Cette évolution a transformé les pratiques de soins mais aussi la nature de la demande. Alors que celle-ci était jadis adressée uniquement à l'hôpital, sa diversité nécessite aujourd'hui l'intervention de multiples partenaires. Ainsi, les équipes psychiatriques ont également beaucoup progressé au niveau de la coopération et de l'articulation de leurs actions avec celles de leurs partenaires : services sociaux, médecins généralistes, écoles, longs séjours...

3. Les insuffisances du dispositif

Cependant, cette évolution reste très inégale en fonction du dynamisme des professionnels et des particularités locales. Ceci se constate au niveau de la diversification des prises en charge et au niveau de la réalisation des formulations initiales communautaires.

En effet, malgré la multiplication des lieux thérapeutiques proches de la communauté, le circuit psychiatrique reste encore trop souvent autonome et étanche par rapport à l'environnement social. Ainsi, l'hôpital demeure généralement matriciel pour ce qui se fait au titre du secteur et une véritable inclusion sociale reste rare du fait de la persistance du cloisonnement entre les différents secteurs concernés : secteur social, secteur médical, secteur libéral, public... Il n'y a donc pas, de véritable inscription du travail psychiatrique dans le tissu social, "il ne suffit (donc) pas de sortir de l'hôpital pour en abandonner vraiment la dimension de clôture et d'isolement" [20].

Ce manque d'articulation partenariale se vérifie à plusieurs niveaux :

- Tout d'abord, au sein même du dispositif de soins psychiatriques, il existe rarement une véritable coopération entre les composantes libérales, associatives et publiques. [83]
- Ensuite, les relations entre le secteur et les autres acteurs médicaux sont toujours difficiles. C'est le cas notamment avec les médecins généralistes qui sont pourtant amenés à jouer un rôle essentiel pour les patients. Ceci a été mis en évidence par plusieurs enquêtes auprès de ces praticiens : les structures psychiatriques sont en général connues mais les généralistes ignorent leur spécificité et leur organisation ainsi que la démarche à effectuer pour adresser leur patient. De plus, le secteur garde l'image négative d'un monde complexe dont ils se sentent exclus faute d'avoir le sentiment d'être entendus par les équipes[34].

- Enfin, il persiste une coopération insuffisante (parfois superficielle, parfois inexistante) entre le secteur médical et le secteur social [84]. Celle-ci est un frein à la mise en place d'actions efficaces de prévention des troubles et de réinsertion des patients. Elle contribue donc au maintien des malades mentaux en marge de la société. D'un coté, elle incite ou oblige les équipes de soins à gérer tous les aspects de la vie du patient. De l'autre, elle tend à provoquer un certain rejet de la part des travailleurs sociaux par manque de sensibilisation à la dimension pathologique ou par manque de solution adéquate. Ainsi, beaucoup de malades psychiatriques ne bénéficient d'aucun soin lorsque leur symptomatologie les a marginalisés alors que d'autres sont maintenus hospitalisés faute de solution sociale. Ceci peut être illustré par une enquête épidémiologique menée parmi les sans-abri parisiens au cours de l'hiver 96 [71] et qui a montré que les moins de 25 ans constituent une population très touchée par les troubles psychiatriques et que globalement 29% de la population étudiée avait présenté des épisodes pathologiques avérés dans les six mois précédant l'enquête (hors troubles de la personnalité). De même, quelques années auparavant, une étude réalisée auprès des assistants sociaux de trois CHS du Rhône avait mis en évidence l'insuffisance de structures d'hébergement pour les patients en dehors des épisodes aigus. Ainsi sur 243 recherches d'hébergement pour des patients, 57% avaient rencontré des problèmes et parmi ces dernières, 60% s'étaient soldées par un maintien du patient à l'hôpital pour manque de solution. [47]

C. L'évolution vers le travail en réseau en psychiatrie

La psychiatrie se trouve au premier plan dans le débat dont il est question avec la mise en place des réseaux de santé car elle se situe au carrefour du médical, du social et du politique. Les pratiques psychiatriques font, d'ailleurs, depuis longtemps appel à la notion de réseau. Ainsi les thérapies systémiques appréhendent la pathologie mentale du patient au travers de la dynamique de son "réseau primaire". De même la volonté communautaire du secteur implique un travail en réseau avec les différents intervenants. Depuis la circulaire de 1960, les textes déterminant la sectorisation psychiatrique n'ont d'ailleurs pas cessé d'appeler à ce type de travail en réseau.

Secteur et réseau reposent sur des principes communs tout en étant différents et complémentaires. Par rapport à l'organisation des soins et au travail des équipes soignantes, le secteur exerce une *fonction verticale*. Il est devenu l'organisation légale de la

psychiatrie publique. Il est mandaté par la puissance publique pour garantir la continuité des soins et la mise en place des équipements. Par contre, le réseau se construit localement indépendamment des frontières sectorielles psychiatriques ou sociales (PJJ, ASE, ...). Il repose avant tout sur des centres d'intérêt communs et des dynamiques partenariales. Il se caractérise par l'inventivité de ses acteurs, l'adaptabilité et la transversalité de son fonctionnement. Il a donc *une fonction horizontale*. [13]

Actuellement, le travail en réseau trouve un écho particulier chez de plus en plus de professionnels de la santé mentale. Cette évolution intervient à un moment particulier de l'histoire de la psychiatrie. Ainsi, les techniques de soins se diversifient et se spécialisent pour s'adapter au mieux aux caractéristiques sociodémographiques culturelles et économiques de la population. Un secteur ne peut cependant mettre en place cette diversification des prises en charge sans prendre en compte les besoins et l'activité des secteurs voisins. Beaucoup de projets ont donc une dimension intersectorielle.

De plus, les évolutions sociales actuelles font naître de nouveaux besoins et de nouvelles demandes dans le champ de la santé mentale. Les équipes de secteur se retrouvent donc confrontées à une multitude de demandes aussi bien par les usagers que par les professionnels des dispositifs sanitaires, sociaux et médicosociaux. Pour répondre aux besoins de la population les soignants doivent, aujourd'hui plus que jamais, développer l'articulation de leurs actions avec leurs partenaires et édifier une culture commune aux différentes institutions. Les difficultés quotidiennes de la gestion de la différence, la multiplication des problèmes sociaux interrogent la société dans son ensemble, dans ses choix, ses orientations mais aussi dans son ambivalence. Les pratiques psychiatriques ne peuvent pas se défaire lorsque la souffrance psychique est favorisée par les conditions environnementales. Elles ne peuvent pas non plus constituer le remède exclusif aux maux de la société et ne doivent pas renoncer à leur inscription dans le champ de la médecine et à leurs objectifs spécifiques de soins. Cette position impose donc que soient clairement définis le rôle et les missions des équipes psychiatriques et oblige à différencier ce qui revient à une politique de santé mentale de ce qui est de l'ordre du soin spécifique.

“Mener une politique de santé mentale consiste à mettre en place une offre de soins pour le traitement des maladies mentales et à prévenir les risques d’atteintes au bien-être psychique des individus. Le soin spécifique des maladies mentales ressort de la compétence quasi exclusive de la psychiatrie. A l’inverse, la création d’un environnement favorable à l’amélioration du bien-être psychique dépend de l’environnement social dans sa globalité : conditions de vie, politique éducative, politique de l’emploi, société plus ou

moins permissive sur le plan des mœurs...La conduite d'une politique de santé mentale relève donc idéalement de l'action coordonnée et concertée de multiples partenaires sociaux, et il appartient à la psychiatrie de mener des interventions favorables à la santé mentale dans le cadre d'un travail en partenariat notamment avec le secteur social." [70] (Kouchner)

En permettant une meilleure articulation et une plus grande coopération entre les différents acteurs, le travail en réseau doit permettre aux équipes psychiatriques de remplir plus facilement ses missions de prévention et de continuité des soins. De plus, en favorisant "l'altérité et la complémentarité" et en jouant un rôle de tiers entre le sujet et l'équipe soignante ce type de travail garantit un espace de liberté au patient-sujet [20]et permet aux équipes soignantes de se recentrer sur leur spécificité.

II. Le travail en réseau en psychiatrie de l'adolescent :

Nous avons envisagé successivement, dans la première partie de ce travail, la place des adolescents dans nos sociétés, l'importance et l'influence de leurs réseaux sociaux et enfin l'imbrication, particulièrement intense à cet âge, des troubles psychiques, somatiques et sociaux. Ces différents points soulignent l'importance d'une approche globale du sujet en souffrance quel que soit le champ dans lequel il exprime sa détresse. Nous allons maintenant envisager ce qui a conduit de nombreux professionnels à s'impliquer dans un travail en réseau notamment pour les adolescents en grande difficulté, c'est-à-dire ceux dont le comportement ou les manifestations cliniques mettent en jeu leur capital santé et leur avenir dans des proportions parfois dramatiques.

Nous aborderons ensuite les modifications que ce type de travail entraîne pour chaque acteur et au niveau des relations entre leurs institutions.

Enfin nous illustrerons notre propos par la présentation de quelques structures qui nous paraissent représentatives de cette orientation et par des cas cliniques issus de notre pratique en tant qu'interne du CCASA, Centre Communautaire d'Accueil et de Soins pour Adolescents, à Montreuil.

A. Pour les adolescents en difficulté

Suite à la conférence régionale de santé de 1998, le groupe de travail pluridisciplinaire qui a réfléchi sur les nombreuses interrogations concernant le système de prise en charge des jeunes en grande difficulté a fait apparaître que les actions des professionnels doivent répondre à trois caractéristiques : *Cohérence, continuité, diversité*.

Il a également défini trois priorités : *le décloisonnement des professionnels, le repérage de la souffrance psychique, le développement de réponses de proximité (en rendant les lieux institutionnels accessibles et en développant les lieux de sociabilité non institutionnels)*.

1. Le désarroi des institutions éducatives et judiciaires

Ces conclusions renvoient à la constatation faite par beaucoup de professionnels en charge d'adolescents (PJJ, ASE...) de l'insuffisance et parfois même de l'inefficacité de leurs actions dans certains cas. En effet, de plus en plus d'institutions accueillent et tiennent à bout de bras des situations très lourdes dans lesquelles la problématique du jeune s'inscrit dans des carences et des défaillances familiales massives et multifactorielles. Ainsi en 1991, la Direction de la PJJ relevait que "face à la présence croissante de jeunes à la limite du psychiatrique, un certain nombre d'équipes éducatives s'avouent démunies, incompétentes, poussées contre leur gré, au-delà des limites de leur champ normal d'intervention."

De plus, la prise en charge de ces adolescents en un seul lieu, est souvent vouée à l'échec [48] et provoque des phénomènes de rejet de la part des institutions. Les travailleurs sociaux utilisent à ce sujet la métaphore de la "patate chaude", chacun se repassant l'objet brûlant qu'il ne peut maîtriser.

Pour ces jeunes, la nécessité d'un travail partenarial, d'une articulation entre les différentes institutions, s'est donc progressivement inscrite comme une évidence pour les intervenants socio-éducatifs et judiciaires.

2. Evolution des pratiques en psychiatrie de l'adolescent

L'amélioration de la connaissance de l'adolescence dans ses différentes dimensions et une meilleure sensibilité des équipes aux interactions entre réalité psychique et environnement ont motivé l'élaboration de nouveaux outils thérapeutiques, tant au niveau de la prévention qu'au niveau des soins.

Ainsi le déni de sa souffrance par le jeune, et bien souvent par sa famille, s'accompagne d'une peur de tout marquage identitaire de type psychiatrique et donc d'un refus de consulter. Par ailleurs, même lorsqu'elle serait envisageable, une approche psychothérapeutique individuelle pose des problèmes techniques difficiles à surmonter : massivité du transfert, défenses de type déni et clivage...Devant ces difficultés, les équipes se sont donc orientées vers des moyens thérapeutiques plus adaptés à cette classe d'âge :

- Prises en charge multifocales qui permettent une diffraction du transfert et une prise en compte de l'environnement du sujet,
- Prises en charge groupales dont les qualités contenantantes et dédramatisantes permettent de surmonter les réticences tout en offrant un espace thérapeutique.
- Possibilité d'interventions en amont de la demande du jeune. Ceci fait suite à la remise en cause de l'idée selon laquelle cette demande est une garantie de liberté et une condition d'efficacité. A ce sujet Ph. Jeammet souligne *"la dangereuse ambiguïté de la notion de demande à cet âge. En effet, attendre que (les adolescents) manifestent d'eux-mêmes une demande n'est pas nécessairement leur laisser exercer leur liberté de choix. Ceux qui peuvent formuler une demande ne sont pas ceux qui sont le plus en difficulté. Pour les autres, reconnaître cette demande serait admettre une dépendance à l'égard de l'objet que tout leur comportement a justement pour but de nier. Attendre quant à nous qu'ils le fassent, c'est répéter le retrait paternel et la déception qu'il a occasionnée."*
- L'ouverture vers un travail en réseau qui a permis aux équipes, d'une part, d'assumer la demande d'aide adressée par les équipes sociales, et d'autre part, d'élaborer un travail indirect par rapport à l'adolescent en apportant une aide différenciée à leurs partenaires. Pour certains adolescents ce type de travail peut être la seule aide thérapeutique envisageable dans un premier temps.

Cette évolution des pratiques s'inscrit dans la prise de conscience que de nombreuses réponses thérapeutiques peuvent s'élaborer à travers un travail partenarial

transdisciplinaire au sein d'une même institution ou entre différentes institutions [11]. Ces actions partenariales impliquent un dispositif de soins particulier. Celui-ci doit favoriser les articulations fonctionnelles entre les différents partenaires "afin de ne pas matérialiser le risque de déliaison dangereuse majeur à cet âge". Ainsi, par exemple, [50] l'importance de l'articulation entre la pédiatrie et la psychiatrie renvoie à la fragilisation des liens entre le psychisme et le corps, au cours du processus de l'adolescence. "*C'est le jeu dialectique subtil entre les processus de liaisons intrapsychiques des adolescents et le travail de liaison du dispositif de soins qui va conférer à ce dernier son efficacité*"[50].

Cependant, ces articulations ne doivent pas se rigidifier afin que le dispositif ne constitue pas un obstacle au processus d'autonomisation et permette à l'adolescent de déployer son espace psychique dans des limites contenantantes mais ni restrictives ni arbitraires.

3. Approche théorique et place du psychiatre dans le travail en réseau avec les adolescents.

Le travail en réseau nécessite des rencontres et des liens entre les différents protagonistes et les différents lieux investis par l'adolescent. En favorisant les échanges, la parole et la création d'un espace intermédiaire, il permet de donner un sens aux changements, aux renoncements et aux conflits. Il favorise ainsi des réinvestissements narcissiques et l'accès à la différenciation des lieux et des personnes. La fonction des différents intervenants du réseau est donc d'être l'artisan du passage d'une rupture régressive à une crise maturative. Pour ce faire, chacun doit être convaincu de représenter une possibilité d'évolution pour l'adolescent. Il doit définir son rôle par rapport aux autres partenaires ainsi que sa place et sa fonction auprès de l'adolescent et de sa famille [15]. Ceci va permettre à chacun de se situer en tant qu'objet d'identification pour le jeune, sans confusion et dans le respect de la singularité de chacun. Face à une famille défaillante, et d'autant plus s'il y a nécessité de séparation de l'adolescent de son milieu, le réseau doit pouvoir constituer "une double enveloppe" du milieu familial. Sa fonction symbolique est alors de faire exister une contenance et de permettre une élaboration de la crise. [15]

Dans ce travail partenarial, le rôle du psychiatre et de l'équipe psychiatrique doit être clairement spécifié afin que ces derniers ne soient pas entraînés dans des actions ou des interventions sans rapport légitime avec leur fonction. Cette fonction est à repérer à

plusieurs niveaux et peut s'exercer de façon plus ou moins directe par rapport à l'adolescent [50].

Ainsi au sein d'un travail partenarial le psychiatre peut participer à des actions préventives ou thérapeutiques sans intervenir directement auprès du jeune. Son rôle est alors de porter un regard singulier sur la situation. Il est par exemple important de pointer les signes d'alarme et les conduites d'auto-sabotage dont la répétition risque d'enfermer le jeune dans un véritable processus pathologique. Un éclairage psychopathologique peut également contribuer à éviter les réponses au coup par coup qui peuvent être instaurées dans l'urgence face à l'angoisse suscitée par certaines situations. Il peut ainsi, en assurant un regard de liaison entre les différentes réalités, permettre de maintenir un projet d'avenir au-delà des aléas du quotidien.

Par ailleurs lorsqu'un adolescent est placé en institution, il est important de donner sens aux relations qu'il entretient avec celle-ci. Les adolescents rejouent classiquement leur problématique œdipienne en l'extrapolant dans leurs relations extra-familiales. Chaque institution présente un pôle contenant et enveloppant par ses fonctions maternelles (hébergement, protection) et un pôle limitant et régulant par ses fonctions paternelles. "La triangulation œdipienne va (donc) se jouer par rapport à ces pôles sexués des différentes structures". De même les contre attitudes des professionnels et les tensions entre l'institution et l'adolescent ou entre les institutions sont souvent en lien avec la massivité des affects et des mécanismes projectifs en jeu et la répétition des clivages et des failles du système familial. L'analyse de ces tensions est fondamentale car elle permet d'accéder à des éléments de la psychopathologie du sujet et de celle de sa famille. L'élaboration de ces éléments, que l'adolescent amène à son insu, constitue un outil thérapeutique parfois étonnamment efficace. Elle représente souvent le seul accès possible au vécu du sujet et "permet une lecture institutionnelle de ses passages à l'acte".

Dans cette conception, le travail du psychiatre au sein du réseau permet donc de "problématiser" les situations, c'est-à-dire de mettre en relation, parfois de façon indirecte, des éléments dont la rencontre provoque un éclairage neuf de la situation et favorise donc une conception plus fine de la prise en charge. Ce travail est largement favorisé par la mise en place de temps de supervision qui permettent aux professionnels une élaboration dans l'après-coup. [13].

B. Pour les acteurs et leurs institutions respectives.

En France, dans les années soixante, la politique de secteur a donné priorité aux moyens qui permettent de maintenir l'enfant au plus près de son environnement naturel. Les hôpitaux de jour dans un premier temps puis les dispositifs à temps partiel (CATTP notamment...) ont permis d'élaborer des prises en charge qui intègrent un maximum de composantes du milieu de vie habituel de l'enfant (crèche, école, lieux de loisir...).

Cette évolution ne correspond pas seulement à une juxtaposition d'intervenants. Elle implique la création d'une nouvelle organisation qui tient compte du fonctionnement de chacune des institutions impliquées tout en ayant ses propres caractéristiques. Ainsi, tel qu'il a été théorisé dans la continuité des idées du secteur, le travail en réseau doit permettre une organisation plus ouverte et moins hiérarchisée que celle des institutions. La participation des professionnels au travail de réseau repose avant tout sur un engagement individuel motivé par la situation du patient. Sur un plan personnel, l'attente de chaque acteur se joue donc par rapport au patient et secondairement par rapport aux autres membres du réseau mais pas en fonction de son équipe institutionnelle.

En fait, chaque participant doit gérer une double interdépendance : aux liens interpersonnels institutionnels s'ajoutent ceux nés de la pratique partenariale. Cette ouverture est un élément dynamique fondamental car, pour parvenir à une coopération efficace, chacun peut ajuster son comportement en fonction de ce qu'il appréhende de la place et du travail des autres auprès du patient. Il n'agit donc plus seulement par rapport à ses références personnelles ou institutionnelles mais il bénéficie en plus de l'apport du réseau pour aménager son travail, tout en restant dans son milieu naturel. La rencontre de démarches et de points de vue différents doit permettre "de passer d'une confrontation des savoirs à une mise en commun des compréhensions", ceci conditionne la réussite du projet [94].

Par ailleurs, cette coopération entre les intervenants se double d'une articulation entre différents espaces. Ceci est primordial pour lutter contre les relations interinstitutionnelles linéaires qui font appartenir le patient successivement à différents lieux, souvent sans retour possible et sans que cette trajectoire ne prenne un sens. Eviter les ruptures complètes et conserver les lieux de vie habituels du sujet permettent de créer un véritable "espace thérapeutique pluriloculaire"[26].

Dans cette conception du travail en réseau, on retrouve une *dimension transversale* et une *dimension évolutive*. La première correspond à la coordination de différents modes d'intervention mis en œuvre simultanément et permet à la continuité et à la discontinuité de se développer tout en étant porteuses de sens. La deuxième concorde avec l'ajustement permanent des supports utilisés en fonction du vécu de l'enfant et de ses progrès [26].

Le travail en réseau a surtout été élaboré, dans un premier temps, pour les prises en charge des pathologies limites de l'enfance dans le cadre de réseaux non formalisés. Elle garde cependant tout son intérêt dans le domaine de la psychiatrie des adolescents et lorsqu'une charte ou une convention lie les acteurs.

C. Conclusion

Le travail en réseau, développé par l'ensemble des professionnels en charge d'adolescents, a plusieurs objectifs. Tout d'abord, il facilite l'accès aux soins par l'information des équipes pédagogiques et des travailleurs sociaux [105]. Il permet également une intervention thérapeutique même lorsque l'adolescent refuse tout contact direct avec le milieu psychiatrique. De plus, la mise en commun du vécu et des projets des différents intervenants permet d'appréhender l'individu dans sa globalité, donc d'affiner la démarche retenue à son sujet et de lui présenter le sens de celle-ci de façon plus claire. Il doit ainsi faire apparaître la cohérence des adultes auprès de ces adolescents pour lesquels les interventions mixtes (psychiatriques, sociales, judiciaires) sont souvent mobilisées par des situations de carence grave. Enfin, il contribue à prévenir les risques de rupture du suivi, fréquent à cet âge-là. Ce type de travail permet donc de proposer des soins adaptés à la situation psycho-environnementale des adolescents en difficulté.

III. De l'incompréhension à la coopération : exemples de réponses des professionnels face aux situations des adolescents en difficulté.

L'objectif de ce chapitre n'est pas de faire un recensement des structures orientées vers un travail de coopération, mais de présenter quelques exemples qui illustrent ce type d'intervention. Il nous a surtout paru intéressant de mettre en évidence les démarches des

professionnels et ce qu'elles ont permis d'améliorer au niveau de la prise en charge des jeunes et au niveau de la pratique des acteurs.

Nous pouvons remarquer en préambule que ces projets ont été formalisés (convention, chartes) surtout dans le cadre des prises en charge des adolescents qualifiés de "difficiles" et qui mobilisent de nombreux intervenants. Cependant, nous sommes convaincus que le travail de réseau garde toute son importance pour les adolescents qui manifestent leurs difficultés de façon moins bruyante. Lorsqu'il va mal, l'adolescent interpelle l'adulte, qu'il le fasse par le retrait, l'attaque de son corps ou par des conduites psychopathiques. Dans cette logique, la détection des situations à risque concernent chaque professionnel en charge d'adolescents. Le travail en réseau commence donc bien en amont de la confrontation à une situation difficile. La connaissance de l'approche des autres professionnels s'inscrit dans une volonté d'envisager l'adolescent dans sa globalité et de répondre au mieux à ses besoins en évitant une approche réductrice et hégémonique.

A. *Le SHI : une coopération des services de la PJJ et du troisième intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile des Hauts-de-Seine.*

Le SHI (Service d'Hébergement Individualisé) est un service de la PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse) qui gère un ensemble de vingt studios destinés à un hébergement individuel. Parmi ceux-ci, quatre font l'objet d'un partenariat entre les services judiciaires et le troisième intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile des Hauts-de-Seine.

Le partenariat entre ces deux institutions a débuté au sujet d'un adolescent puis a été officialisé en 1992 par une convention de travail sur la gestion d'un appartement qualifié "de lieu de vie, d'éducation et de soins". Si à cette période, la convention liait la justice et la santé mentale par l'intermédiaire du tissu associatif, l'évolution a permis d'aboutir en 1998 à une convention directe entre ces deux institutions pour la gestion de quatre studios. Le financement est assuré depuis cette date à parts égales par l'hôpital et par la PJJ. Ces studios font donc partie de l'équipement du secteur.

La volonté de ce travail en partenariat fait suite pour ces équipes à la constatation des éléments que nous avons précédemment évoqués. Nous voudrions maintenant envisager plus précisément le fonctionnement de ces studios et comment ce type de travail s'inscrit dans la vie de ces jeunes.

Le SHI a été créé en 1983 suite au constat que certains adolescents délinquants ou en danger ne supportent pas l'hébergement collectif et mettent en échec les méthodes

éducatives. Ces studios sont situés dans différents quartiers de Paris et dans des villes de la proche banlieue, tous à distance du siège administratif basé à la Garenne-Colombe. Ces adolescents bénéficient d'une ordonnance de placement et sont accompagnés par un éducateur d'AEMO. Ce dernier est le dépositaire de l'histoire du jeune et de sa famille et son travail consiste à renouer des liens avec l'entourage.

L'objectif du travail est de réinscrire le sujet dans un véritable maillage social. Les éducateurs effectuent un travail de proximité dans le quartier afin d'avoir une perception fine de ce qui se produit dans la communauté et des relations qui se créent entre l'adolescent et son environnement. L'importance des liens qui se développent entre l'équipe éducative et le voisinage constitue un soutien social qui contribue à assurer la sécurité des jeunes. Néanmoins, pour que l'adolescent retrouve une véritable socialisation, il doit acquérir une maturité suffisante et doit être capable d'utiliser, par lui-même, les ressources de son environnement notamment au niveau de la formation scolaire et professionnelle.

Dans un premier temps, confrontés à leur solitude, les adolescents laissent classiquement, les copains envahir leur appartement. Cependant, très rapidement, ils se plaignent de ne plus être chez eux et se tournent vers les adultes pour se protéger de cet empiètement. Une alliance est alors possible pour construire l'espace nécessaire à leur intimité. En fait, de cet hébergement solitaire naît une très forte demande "d'être ensemble". Des rencontres formelles ou informelles au sein "de la maison SHI" va surgir peu à peu un véritable sentiment d'appartenance qui se prolonge même après le départ de la structure. L'équipe éducative se retrouve donc dans une position de parents idéaux ou de chef de bande.

Pour l'équipe psychiatrique, le travail au sein d'une telle structure permet de se rendre compte que ces jeunes présentent d'importantes défaillances de structuration de la personnalité. Si les pathologies psychiatriques avérées restent rares, le risque évolutif morbide est manifeste et met en cause l'aboutissement du processus de l'adolescence. La participation des psychiatres à la prise en charge de ces jeunes s'inscrit dans un objectif de santé publique qui est celui de "la prévention des risques de détérioration de la santé des jeunes en situation de crise ". Le SHI est un lieu privilégié de repérage de ces phénomènes. Une intervention psychiatrique visant à infléchir les évolutions pathologiques y est donc à sa place.

De plus, au-delà des interventions de prévention secondaire chez des sujets à risque, le psychiatre peut y pratiquer une prévention primaire, par sa démarche de formation auprès des professionnels de la PJJ.

Par ailleurs, le dispositif constitue un moyen privilégié pour accompagner ou préparer une demande de soins. L'intervention du psychiatre peut être longtemps indirecte par rapport au jeune. Elle passe par des temps de supervision qui permettent aux adultes de faire l'analyse de leurs propres attitudes, de faire la part des éprouvés induits et d'évaluer leurs propres investissements affectifs. Cet espace de parole permet de réélaborer sans cesse le dispositif sur le plan théorique et pratique. L'intervention du psychiatre n'a pas pour objectif de transformer l'éducateur en psychothérapeute mais de lui permettre d'exploiter sa perception de l'univers interne du jeune pour "aménager de petits décalages, interpréter son rôle sans coller à l'événementiel, laisser un peu de jeu dans le discours éducatif".

Lorsqu'une démarche thérapeutique directe devient possible, elle se fait le plus souvent sous la forme d'un travail psychique médiatisé par le groupe. Le jeune est alors accueilli au sein du CATTP du secteur dans le respect de ses autres investissements. "Le patient n'est plus aspiré dans le champ du soin comme si toute autre référence disparaissait ne lui laissant plus que la dépouille identitaire du malade".

B. Le réseau adolescent du Val de Marne : un exemple de coopération élargie et formalisée.

En 1996, le Conseil Général de Val-de-Marne a réalisé une enquête sur l'accueil en urgence des adolescents dans les établissements de l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance). Les résultats ont montré qu'il s'agit pour les trois quarts d'adolescents en grandes difficultés, très déstabilisés, en ruptures répétées et présentant de graves troubles du comportement : fugues, violence ...qui rendent impossible leur insertion au sein d'une structure.

De plus, leurs attitudes mettent souvent en péril l'équilibre de leur groupe de vie et induisent de la violence au sein des foyers. Ils sont vécus comme des éléments perturbateurs et rejetés à leur tour. Il paraît donc difficile d'effectuer au sein d'une même structure pour adolescents, l'accueil d'urgence et l'accueil à moyen ou long terme.

Ce constat, établi par l'ASE, rejoignait celui des institutions psychiatriques et judiciaires. La nécessité d'un travail partenarial s'est imposée et a conduit les différents professionnels à établir "un réseau de prise en charge des mineurs en grandes difficultés"

dans le Val de Marne. Dans cet objectif, une charte à caractère expérimental a pris effet en septembre 1999. Elle correspond à la formalisation d'une volonté de travail partenarial qui inclut l'ASE, la PJJ, le tribunal pour enfants de Créteil, le Centre d'Actions Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP) pour adolescents du troisième intersecteur de pédopsychiatrie du Val de Marne, l'Unité d'Accueil et d'Hospitalisation d'Urgence de la Fondation Vallée (SAUP) du sixième intersecteur de ce même département. L'objectif de cette démarche était de mettre en place une prise en charge globale et coordonnée des adolescents qui de par leurs difficultés familiales, sociales et psychologiques sont amenés à rencontrer, souvent en vain, ces différents professionnels.

Le fonctionnement du réseau passe par l'élaboration d'un projet concerté pour chaque adolescent et par la désignation d'un coordonnateur qui doit veiller à la mise en œuvre du projet et s'assurer de son organisation. Les différents partenaires se réunissent une fois par mois pour chaque prise en charge. Chacun peut prendre l'initiative de l'entrée du jeune dans le dispositif. L'admission dans le réseau est formalisée par une audience au tribunal pour enfants. Le travail partenarial s'effectue également, au travers de rencontres qui permettent d'évoquer le fonctionnement du dispositif, et grâce à des sessions de formation et de réflexion théorique.

"Le réseau de prise en charge de mineurs en grandes difficultés" est donc un dispositif expérimental transdisciplinaire très formalisé. Il est né d'une volonté commune de différents professionnels d'accroître la cohérence et l'efficacité du travail avec les adolescents dont les difficultés trouvent une expression privilégiée dans le passage à l'acte et la destructivité.

C. Le DERPAD : un lieu tiers pour les professionnels, un lien entre les institutions et un moteur pour l'évolution des pratiques en psychiatrie de l'adolescence.

Créé en 1996, le DERPAD (Dispositif Expert Régional Pour Adolescents en Difficulté), est une structure interministérielle (de la santé et de la justice) [78-48]. Il est destiné aux équipes éducatives, sanitaires, sociales et pédagogiques lorsqu'elles se trouvent en situation d'impasse dans la prise en charge d'adolescents ou quand elles repèrent que la complexité de certains suivis nécessite d'en référer hors de leur propre champ institutionnel. En tant que lieu tiers, le DERPAD constitue une aire de médiation inter-

institutionnelle qui favorise une meilleure articulation entre les professionnels de l'adolescence et un travail de réflexion et d'élaboration de la situation de l'adolescent et de la place de chacun.

Les professionnels reçus au DERPAD, le sont systématiquement par deux intervenants du dispositif, un psychiatre ou psychologue et un éducateur de la PJJ. Ce cadre permet deux écoutes simultanées et complémentaires, celle de la réalité psychique et celle de la réalité externe. Si ces deux écoutes sont parfois conflictuelles, aucune n'est prédominante sur l'autre. Elles sont toutes deux à la base d'une réflexion collective et d'une collaboration authentique loin des enjeux institutionnels. Le travail avec les acteurs éducatifs, judiciaires et médicaux se fait dans le respect des identités et des actions spécifiques de chacun. Il peut se limiter à une seule réunion ou se prolonger et s'approfondir le temps nécessaire.

Pour les professionnels qui choisissent de faire appel à lui, le DERPAD représente un espace et un temps qui renvoie à une volonté de travailler ensemble et autrement. Il s'inscrit donc comme un outil pour concrétiser un travail de réseau sans que ce dernier soit formalisé. Les différents travailleurs sociaux et les équipes psychiatriques qui font cette démarche acceptent de s'exposer. Au-delà de ce qu'ils rapportent des actes et des dires du jeune, c'est leur propre parole et donc eux-mêmes qui se trouvent engagés. Leur démarche témoigne d'un réel besoin d'ouverture et d'écoute mais elle implique également le deuil de l'illusion de maîtrise des situations dont ils ont la charge. En tant qu'espace tiers, extérieur aux institutions et garant d'une confidentialité, le DERPAD favorise une liberté de parole souvent empêchée par les conflits, les mises en concurrence et les enjeux de pouvoir que génèrent les situations difficiles. En permettant une prise de distance et une réélaboration des situations, il permet aux professionnels de penser et de coordonner leurs actions de façon cohérente et donc de lutter contre la répétition des ruptures et des clivages qui émaillent déjà le parcours des jeunes qu'ils ont en soins.

Par ailleurs, le DERPAD est un "lieu-ressource" doté d'une banque de données informatisée qui recense toutes les institutions et structures pour enfants et adolescents en Ile de France et peut donc être utile pour trouver une réponse concrète et appropriée à la situation d'un adolescent.

Enfin, en organisant des colloques transdisciplinaires le DERPAD permet aux acteurs de se rencontrer, de s'écouter et d'échanger leurs expériences. Il constitue donc un élément dynamique de la mise en place d'un travail partenarial.

D. Réseaux et adolescents en difficulté : exemple d'un lieu d'hospitalisation dans le Val de Marne

1. Présentation de la structure

Le CCASA est une unité fonctionnelle intersectorielle créée conjointement par trois services sectorisés rattachés à l'hôpital Esquirol. Les prises en charge, dans cette structure, s'apparentent à celles d'un centre de crise de la psychiatrie générale. Elle repose sur une inscription forte dans la communauté.

Cette perspective de travail s'inscrit dans les orientations actuelles de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents. En effet, la circulaire du 11 décembre 1992 [33] préconise de créer, à côté des moyens hospitaliers traditionnels, des centres de crises pour adolescents définis comme des centres "offrant des possibilités d'accueil immédiat et de séjour de brève durée, favorable au traitement de certaines situations aiguës en lien étroit avec l'entourage". Elle répond également aux incitations du Ministère de la Santé qui en mars 95 soulignait l'importance de tels dispositifs dans le domaine particulier de la prévention du suicide à l'adolescence et incitait les directeurs d'établissement à "mettre en place des lieux spécifiques pour adolescents afin de leur procurer des soins adaptés notamment en situation de crise, dans le cadre du secteur, en milieu extra-hospitalier".

Le choix du lieu d'implantation des locaux matérialise géographiquement cette option : hors hôpital, en ville, dans un environnement comparable à celui dans lequel vit la plupart des adolescents du secteur.

Le fonctionnement de cette structure repose sur un partenariat efficace avec les autres professionnels en charge des adolescents. Son efficacité est donc dépendante d'un incessant travail de nouage avec le réseau primaire (famille) et le réseau secondaire (école, foyer ...) des patients. Ce travail constitue une indispensable articulation entre le temps hospitalier et les temps qui l'entourent. Il donne sa "cohérence ... (à) une approche

thérapeutique qui entend travailler au plus près de la trame existentielle de l'adolescent" et permet de maintenir des durées de séjour brèves. Les liens entre l'unité et les autres structures se créent au fil des prises en charge mais également au cours de différentes rencontres (groupes de réflexion, présentation de l'unité....). Ce dernier point est largement favorisé par la sectorisation de l'unité qui permet à la structure de tisser son propre réseau primaire au sein de son environnement immédiat.

Les indications d'hospitalisation au CCASA recouvrent l'ensemble des pathologies de l'adolescence, qu'il s'agisse des manifestations tenant à l'exacerbation de la crise maturative propre à cet âge ou de décompensations névrotiques ou psychotiques. Cependant, ce qui spécifie l'orientation vers le CCASA "tient davantage de l'arrière-plan de la nosographie qu'à la nosographie elle-même et doit avant tout être repéré dans le registre d'une clinique en situation" [21]. En effet, quelle que soit la détresse psychique, elle est souvent compliquée et aggravée par un climat de tension familiale ou institutionnelle. L'importance de la dimension interactive de ces situations appelle, non à une rupture mais à un travail de séparation et à des soins institutionnels en relation avec l'entourage. Tout en permettant un travail de distanciation et d'élaboration, l'hospitalisation doit donc être compatible avec le maintien des liens thérapeutiques et sociaux de l'adolescent. Le choix d'une orientation au CCASA paraît d'autant plus indiqué lorsqu'il y a nécessité d'une réponse spécifique qui prend en compte la double dimension psychiatrique et environnementale.

La situation extra-hospitalière de l'unité et son fonctionnement posent deux limites claires à l'accueil dans l'unité qui ne pourra pas s'effectuer :

- si l'adolescent refuse les soins et présente des troubles du comportement majeurs nécessitant un cadre plus contenant.
- si son état psychiatrique ou organique requiert des soins somatiques et une prise en charge au sein d'un plateau technique hospitalier.

2. Le CCASA et le travail en réseau

L'esprit dans lequel a été créée cette unité, sa réalité matérielle et géographique nécessite de pouvoir s'appuyer sur un certain nombre de relations. Les partenaires les plus évidents de l'unité sont bien évidemment les équipes des trois intersecteurs fondateurs. Ces trois services sont signataires d'une convention qui a défini l'orientation communautaire de

la structure et les grandes lignes de son fonctionnement. Concrètement, au niveau de l'organisation, le travail partenarial entre ces trois unités passe par des réunions périodiques, des astreintes effectuées par les praticiens hospitaliers, une participation volontaire des assistants au tour de garde, le détachement de temps d'assistante sociale et de psychologue par deux des intersecteurs.

Au-delà de ce partenariat fondateur, le réseau de l'unité se crée au quotidien au travers des rencontres occasionnées par la prise en charge d'un adolescent et grâce à un travail d'ouverture vers l'environnement des membres de l'équipe de l'unité :

- Présentation de la structure à différents partenaires à l'extérieur ou au sein du service, visite de celui-ci.
- Participation à des groupes de réflexion sur l'adolescence.
- Accueil de soignants d'autres structures pour des périodes de stage et formation de l'équipe dans d'autres institutions.
- Travail d'articulation interinstitutionnelle avec notamment l'organisation d'une réunion annuelle où sont invités les différents partenaires de l'unité (ASE, PJJ, psychiatres, médecins généralistes, pédiatres...). Cette réunion est l'occasion de se connaître, d'envisager les attentes de chacun, d'évaluer le fonctionnement de l'unité et de faire le bilan des collaborations engagées.

En pratique, pour chaque hospitalisation, on peut individualiser trois temps par rapport au travail de réseau.

- *L'admission :*

Le premier entretien d'admission ou de préadmission fait une place importante au travail d'évaluation de l'environnement de l'adolescent. Le projet d'hospitalisation s'élabore en s'appuyant sur les réseaux primaire et secondaire du patient. Le déroulement en deux ou trois temps de ce premier contact (parents et adolescent, adolescent seul, parfois parents seuls) marque cette prise en compte du réseau primaire (parents ou tiers demandeur). Le projet de soins dans l'unité est replacé dans le projet thérapeutique et le projet de vie du patient. Il est donc accordé une importance toute particulière d'une part, à ce qui a pu être préparé, élaboré avec le médecin qui a posé l'indication d'hospitalisation, et d'autre part, à l'évaluation de la situation sociale de l'adolescent et de sa famille.

- *L'hospitalisation :*

Pendant l'hospitalisation, les parents sont régulièrement reçus en entretien ou vus de façon informelle par l'équipe. Dans de nombreuses situations, permettre à l'adolescent de parler à ses parents en présence d'un tiers est un élément déterminant de l'évolution de la crise.

L'assistante sociale de l'unité reçoit, également, l'adolescent et sa famille afin de faire plus précisément le point sur la situation sociale et afin d'envisager des solutions concrètes en cas de difficultés. Ce travail est largement facilité lorsqu'il s'agit de faire appel à des professionnels avec lesquels il existe déjà une habitude de travail partenarial.

Chaque soignant participe, selon sa fonction au sein de l'équipe et auprès de l'adolescent, au travail de lien avec le réseau primaire et secondaire du patient.

- *La sortie*

Elle se prépare, en fait, dès l'admission car le séjour doit se dérouler dans la perspective d'un "ailleurs" thérapeutique qui s'inscrit lui-même dans l'ensemble des "ailleurs" du sujet. Ceci apparaît tout à fait fondamental pour le patient et ses proches, mais aussi pour les membres de l'équipe. En pratique, le relais thérapeutique s'organise par des prises de contact téléphoniques et des rencontres entre l'équipe de l'institution et celle de l'intersecteur (ou avec des intervenants privés). Une ou plusieurs consultations au CMP pendant le séjour concrétisent la démarche pour le patient. Celui-ci quitte l'unité avec un rendez-vous avec son psychiatre référent et, parfois, lorsque cela s'avère nécessaire, avec le médecin de l'unité. Pour faciliter ce passage d'un lieu thérapeutique à l'autre, les soignants accompagnent régulièrement les adolescents à leurs consultations extérieures. Selon la même logique, sur le plan social, judiciaire ou scolaire, les démarches entreprises pendant l'hospitalisation doivent avoir permis à l'adolescent et à sa famille d'être en contact avec les professionnels appropriés.

La sortie pose la question de l'aménagement de la séparation, pour le jeune et pour l'équipe. Inscrire l'hospitalisation dans un projet global, avoir en tête "un ou des ailleurs" pour le jeune permet à l'ensemble des protagonistes de donner un sens aux différents temps et à leurs articulations. Connaître et faire connaître à l'adolescent ceux qui l'accompagneront après la sortie, permet que la séparation intervienne sans qu'elle soit synonyme de rupture.

3. Cas cliniques

Cas clinique n°1 : Virginie, 15 ans

Virginie est adressée dans l'unité par un pédopsychiatre du CMP de son secteur après sa deuxième consultation. Cette hospitalisation est motivée par une symptomatologie dépressive avec des idées suicidaires.

✓ Présentation de la famille et de la situation de Virginie

Cette jeune patiente évolue depuis l'enfance dans un contexte psychoenvironnemental très difficile. Elle est originaire de Bretagne. Elle a un frère, Yann, âgé de 17 ans. Les relations entre les parents étaient conflictuelles et tous deux présentaient un alcoolisme chronique. Ils se sont séparés en 1990, les enfants ont alors été confiés à leur mère.

L'année du divorce, le père a eu un grave accident de voiture alors qu'il était en état d'ébriété. Il est resté plusieurs semaines dans le coma et a gardé, par la suite, de graves séquelles optiques. Après plusieurs mois de rééducation, il a dû venir à Paris pour une reconversion professionnelle. Depuis, il est resté ici, il bénéficie d'un emploi protégé et vit seul en appartement. Il semble avoir trouvé un certain équilibre personnel avec l'aide de son amie Patricia. Il ne présente plus de problème d'alcoolisme.

La mère de Virginie s'est remariée en 1993. Le beau-père est décrit comme un homme autoritaire, parfois violent, surtout lorsqu'il a bu. Le couple a eu trois enfants, Sylvain, Kevin et Nolwen qui ont respectivement six, quatre et deux ans. Yann vit depuis 94 dans un foyer de l'ASE suite à de violents conflits avec son beau-père et une maltraitance physique. Virginie et son frère sont restés très proches et gardent des contacts réguliers.

Virginie a été confiée à la garde de son père en janvier 2000. Cette décision du Juge aux Affaires Familiales (JAF) a été prise après une hospitalisation de la patiente dans un service pour adolescent à Brest, suite à une tentative de suicide médicamenteuse.

Scolarité

Sur le plan scolaire, Virginie a réussi péniblement à se maintenir jusqu'au début de l'adolescence. Elle a ensuite redoublé la cinquième puis elle a été orientée vers une quatrième aménagée dans une école privée. Lorsqu'elle est arrivée chez son père, elle a été admise, en cours d'année, en classe de quatrième sans aménagement, dans un collège public. Elle n'est pas parvenue à s'intégrer dans ce nouvel établissement et s'est rapidement retrouvée en situation d'échec puis de décrochage scolaire. Lors de son admission dans l'unité, elle avait arrêté les cours depuis plusieurs semaines sans en avertir son père. De plus, cette déscolarisation se double d'une absence totale de socialisation. Virginie passe

ses journées seule, n'a aucun contact avec ses pairs. Son réseau relationnel se réduit à son père, à Patricia et à son frère avec lequel elle entretient des échanges téléphoniques. Elle refuse tout contact avec sa mère.

✓ Antécédents psychiatriques et sociaux

Les services sociaux de Brest sont intervenus, au sein de la famille, en 1994 au sujet de Yann. La situation des autres enfants n'a, cependant, pas motivé de mesure de protection sociale particulière. En 1997, ces mêmes services interviennent pour Virginie qui, après une violente dispute avec sa mère alcoolisée, fugue de la maison et se réfugie au foyer de son frère. La patiente a alors été placée plusieurs mois dans une famille d'accueil de l'ASE avant de retourner vivre chez sa mère.

Enfin, au cours de l'hospitalisation de Virginie à Brest et sur demande de l'équipe psychiatrique, les services sociaux ont saisi le Juge des Affaires Familiales pour examiner, d'une part la situation de la patiente et d'autre part, celle de ses demi-frères. Au cours de cette hospitalisation, Virginie avait tenu des propos inquiétants sur la situation au domicile. Elle s'était montrée très inquiète pour ses demi-frères dont la mère ne semblait pas capable de s'occuper correctement lors de ses états d'ébriété.

Lors de son arrivée à Paris, Virginie n'a bénéficié d'aucun suivi psychiatrique. Elle a seulement consulté le centre médico-psychologique (CMP) de son secteur sur les conseils d'un médecin généraliste, une semaine avant son hospitalisation dans notre unité. On note, dans ses antécédents, deux ingestions médicamenteuses volontaires (IMV) avec les somnifères de sa mère. La première, en octobre 99, a été révélée par la patiente seulement lors de son hospitalisation à Brest. Ces deux passages à l'acte sont intervenus de façon impulsive, dans des circonstances similaires, c'est à dire lors de dispute avec la mère alcoolisée.

✓ Clinique

Lors de son arrivée dans le service, l'évaluation clinique met en évidence une symptomatologie anxio-dépressive ancienne mais qui s'est visiblement aggravée depuis 2 à 3 semaines. La patiente présente une anxiété diffuse quasi-permanente et accompagnée de ruminations en lien avec son inquiétude au sujet de ses demi-frères et de sa mère. Ces ruminations accompagnées d'idées suicidaires envahissent son fonctionnement mental et la tiennent réveillée tard le soir. Il existe également une asthénie et une incapacité à investir la moindre activité. Virginie n'a aucun projet personnel, elle passe ses journées sur le canapé, devant la TV, sans pouvoir se concentrer et s'intéresser à ce qui se passe sur le petit écran.

En entretien, il n'est, cependant, pas noté de ralentissement psychomoteur évident. Le discours est spontané et cohérent, il est dominé par le récit des alcoolisations de sa mère et par les idées suicidaires qui sont clairement exprimées voire revendiquées. Le traitement par paroxétine 20 mg (Déroxat), 1 comprimé par jour est poursuivi et associé à 1 comprimé deux fois par jour de prazepam 10 mg (Lyzanxia).

✓ Début de l'hospitalisation

Les premiers jours d'hospitalisation, Virginie exprime de façon répétitive son vécu traumatique (divorce et alcoolisme de ses parents, inquiétude pour ses demi-frères...). Le récit de ses préjudices envahit les entretiens et la vie du groupe. Rapidement, la patiente devient plus sthénique. Le discours, plus violent, oscille entre interpellation et rejet de ses parents et s'accompagne d'une exigence implicite de réparation. Elle se montre dans une tentative de maîtrise permanente de son entourage. Elle dicte sa volonté à ses parents puis s'effondre car elle est régulièrement insatisfaite de leur réponse. Dans un premier temps, les récriminations sont surtout dirigées contre sa mère. Cette dernière, contactée par téléphone, s'est montrée très inquiète pour sa fille mais aussi en grand désarroi tant pour Virginie que pour sa situation personnelle. Elle propose spontanément de venir à Paris pour voir sa fille et accepte facilement le rendez-vous que nous lui proposons. Informée de ce rendez-vous, Virginie lui téléphone pour lui interdire de venir que ce soit pour la voir ou pour nous rencontrer. La mère nous contacte alors totalement désemparée et prête à céder devant les exigences de sa fille.

Le jour du rendez-vous, Virginie se présente spontanément à l'entretien. Celui-ci sera très violent, Virginie se montre dans une position de toute puissance envers sa mère, l'accable de reproches, reprend le récit de "tous ce qu'elle a subi". Face à elle, la mère a beaucoup de difficultés pour prendre la parole malgré nos sollicitations et nos encouragements. Elle acquiesce à tout ce que dit sa fille. Prête à s'effondrer, elle se montre très culpabilisée et peut seulement dire qu'elle va de nouveau se faire soigner. Cette promesse apparaît être sa seule réponse aux difficultés de sa fille.

Après cet entretien, Virginie se montre cependant moins agressive envers sa mère et accepte de garder des contacts téléphoniques avec elle. C'est alors avec son père que les relations vont devenir ouvertement conflictuelles alors qu'elles avaient été plutôt distantes en début d'hospitalisation. Elle refuse de sortir en permission car elle ne veut plus le voir,

se scarifie quand il ne vient pas la chercher et informe sa mère de son geste en lui demandant de ne pas nous en avertir. Elle fait le projet de partir en vacances chez sa grand-mère paternelle puis change d'avis lorsque son père se montre favorable à cette éventualité. Elle clame en entretien qu'elle ne veut plus de contact téléphonique avec lui, qu'il ne la comprend pas, qu'elle est très en colère ...mais se précipite dès que le téléphone sonne...Nous devons alors sans cesse soutenir le père pour qu'il se positionne clairement et respecte les permissions décidées en entretien même lorsque Virginie change d'avis.

✓ Evolution

Ce travail avec les parents permet une amélioration du comportement et une évolution du discours de la patiente. Virginie devient, progressivement, moins revendicatrice, parvient à verbaliser ses affects autrement qu'à travers ses récriminations et son opposition. En entretien, elle se plaint surtout de son sentiment de n'être bien nulle part et de sa déception face au comportement de ses parents. Elle parle de son découragement devant les alcoolisations de sa mère et se reproche de l'avoir abandonnée alors qu'elle l'imagine en danger de mort. Par rapport à son père, elle évoque des relations insatisfaisantes et le sentiment qu'il n'y a pas de place pour elle à Paris puisque "maintenant il y a Patricia".

Cette évolution est contemporaine d'un meilleur investissement de la vie du groupe et des activités. Virginie accepte notamment les activités à l'extérieur qu'elle refusait car "elle se sentait moche". Elle a ainsi retrouvé un certain plaisir à fonctionner tant par rapport à elle-même que par rapport aux autres.

✓ Commentaires

⇒ L'importance des problèmes relationnels au sein de la famille et le rôle particulier de Virginie dans l'économie familiale apparaissent incompatibles avec une évolution normale des processus en jeu à l'adolescence.

Ainsi, à Brest, elle devait, à la fois, soutenir et soigner sa mère et mater ses demi-frères. Cette responsabilité associée à l'absence d'étayage ne lui permettait pas de s'engager dans une véritable démarche d'autonomisation. Dans cette perspective, la fugue et sa demande de placement en 97 apparaissent comme une tentative pour sortir d'une situation intenable. Cependant, malgré les très bonnes relations qu'elle a rapidement établies avec sa famille d'accueil, l'absence de réaménagement des relations familiales ne lui a pas permis de rester loin de chez elle. De même en 1999, lors de sa tentative de suicide, Virginie se trouve dans une

impasse : elle ne peut plus vivre chez sa mère qui rechute régulièrement mais elle ne peut pas non plus s'en éloigner.

La décision du juge qui vient mettre un terme à cette situation constitue également une atteinte narcissique pour Virginie. En effet la patiente se retrouve ainsi privée de cette pseudo identité conférée par son rôle au sein de la famille. Ceci est renforcé, lors de son arrivée à Paris, par une absence d'étayage suffisant pour lui permettre de nouveaux investissements narcissiques et relationnels. Cette vulnérabilité présentée par la patiente par rapport à son environnement renvoie à la fragilité narcissique et à la précarité du sentiment d'identité à l'adolescence.

Dans ce contexte, les revendications suicidaires paraissent s'inscrire comme une tentative de reconquête narcissique et une manifestation de son agressivité envers sa mère dont elle vit les rechutes comme un échec personnel. En effet, en menaçant de se tuer, elle utilise l'idée de sa mort comme un moyen de soigner sa mère. En se sacrifiant, Virginie détruit la partie d'elle-même insupportable car porteuse du désir de la mort de la mère. Dans le même temps, elle retrouve sa place et son rôle dans la famille et donc un certain sentiment d'identité. Ces fantasmes ont d'ailleurs déjà trouvé une inscription dans la réalité puisque la fugue de 97 et la tentative de suicide de 99 ont entraîné la mère à se faire soigner.

Par ailleurs, les relations de Virginie avec son père apparaissent peu étayantes et dominées par la réactualisation des fantasmes œdipiens. Même si Virginie s'est montrée très ambivalente dans son choix de venir vivre à Paris ("je ne vais pas le supporter longtemps"), sa demande est quand même à l'origine de la décision du juge, elle a donc choisi son père au détriment de sa mère déjà porteuse d'angoisses de mort. La quête d'étayage de Virginie auprès de son père ne peut pas s'exprimer directement et se traduit par des troubles du comportement et une opposition aussi systématique que décevante. L'impossibilité du père à poser des limites et à s'imposer laisse donc la patiente seule face à son ambivalence. De même, la relation que Virginie entretient avec Patricia apparaît surtout de l'ordre du copinage et de la quête d'un double narcissique. En voulant aller vivre chez Patricia, en s'immiscent régulièrement dans la vie sentimentale de son père ("tu es trop sévère avec Patricia", "je veux que vous vous mariiez"...), Virginie prend la place de Patricia. Cette dernière ne constitue donc pas une protection de la patiente contre ses fantasmes œdipiens.

⇒ Le cadre de l'hospitalisation a permis à Virginie d'exprimer ses revendications tout en limitant son excitation et en évitant une escalade des passages à l'acte. Loin de signifier une rupture, la séparation d'avec sa famille lui a permis de verbaliser ses affects dans un environnement contenant et étayant, à l'abri des menaces extérieures et de sa propre impulsivité suicidaire. De même, le cadre a permis que les relations avec sa famille et les démonstrations d'affection soient moins menaçantes et donc plus acceptables.

De plus, le rythme de fonctionnement du service, les horaires, les activités et les entretiens obligatoires ont évité que Virginie s'enferme dans ses ruminations ou des récriminations sans fin. Par la suite, la dynamique du groupe lui a permis de s'investir dans les activités et dans les relations avec ses pairs et avec les soignants. Ceci s'est traduit par une restauration certaine de l'estime de soi et une amélioration thymique.

Un point important du travail thérapeutique au sein de l'unité a été d'initier un réaménagement des relations de la patiente avec ses parents. Cette évolution a été possible grâce à un étayage systématique des parents par l'équipe de l'unité afin de les aider à se positionner face aux demandes ambivalentes de leur fille. Ainsi, le maintien de l'entretien avec la mère a conforté cette dernière dans sa décision de venir à Paris et a donné à Virginie l'occasion de sortir de sa position de rejet total envers sa mère et d'adopter une attitude plus souple : contacts téléphoniques, projets de week-end et de vacances à Brest. Pour la patiente, "retrouver sa mère" et constater que celle-ci pouvait agir indépendamment de ses injonctions ont eu un effet de réassurance et d'apaisement de la culpabilité de l'avoir abandonnée.

De même, les efforts du père pour se positionner fermement (permissions, poursuite du suivi thérapeutique, refus qu'elle vive chez Patricia) ont permis de réinstaurer des repères générationnels, de replacer Virginie en dehors du couple de son père et de lui redonner sa place d'adolescente.

Ce travail avec les parents a constitué, comme le plus souvent avec les adolescents, un aspect incontournable du travail thérapeutique. Les revendications de la patiente successivement adressées à sa mère puis à son père appelaient à une mise à plat des conflits. Le cadre autorise cette démarche car il sert de tiers médiateur qui permet une mobilisation supportable de par sa fonction étayante et limitante.

⇒ Cette amélioration, obtenue après deux semaines dans l'unité, sur le plan narcissique, clinique et relationnel, demeure cependant fragile et doit se consolider après la sortie. L'hospitalisation n'est qu'un passage, une expérience et doit déboucher sur un "après thérapeutique". Il est donc nécessaire de mettre en place les articulations d'un travail en réseau pour poursuivre les soins.

- Articulation avec le CMP : Des contacts réguliers avec le pédopsychiatre du CMP, ont conduit à l'élaboration d'un projet commun. Une rencontre des deux équipes a été l'occasion de confronter nos vécus respectifs de la patiente et de son père. Ainsi, l'évolution de l'attitude de celui-ci au cours de l'hospitalisation, sa volonté "d'apprendre son rôle de père" et son investissement des soins ont permis de revoir le projet de foyer initialement envisagé par l'équipe du CMP. Ce projet est apparu, de plus, porteur d'une disqualification du père qui risquait de mettre à mal le réaménagement des relations engagées au cours du séjour. De même pour concrétiser cet "ailleurs" thérapeutique, la patiente a été accompagnée deux fois en consultations au CMP par un membre de l'équipe.

Cependant, malgré ces démarches, l'accrochage avec le suivi ambulatoire a été difficile. Virginie se montrait très réticente à consulter arguant "que sa psychiatre était trop vieille et ne la comprenait pas". Ce type de comportement renvoie à la difficulté pour un adolescent de supporter le rapproché de la relation duelle et à la nécessité de mettre en place un cadre suffisamment contenant et des modes d'intervention médiatisés. Pour Virginie l'hospitalisation ne lui a pas permis de repérer suffisamment les enjeux de l'investissement d'un travail psychique, ses capacités d'élaboration étant restées très réduites on peut penser qu'une prise en charge thérapeutique au sein d'un groupe aurait été plus facilement investie. La poursuite du travail débuté dans l'unité est donc également conditionnée par les possibilités d'intervention de nos différents partenaires.

- Sur le plan scolaire : La déscolarisation de Virginie, l'absence total de projet personnel, son isolement social nous ont conduit à prendre contact avec le conseiller d'éducation et le conseiller d'orientation de son établissement scolaire. Ce type de contact pose bien sur la question du contenu des échanges car les équipes soignantes travaillent avec l'histoire familiale, elles en ont une connaissance qui est de l'ordre de l'intime et qui relève donc du secret professionnel. Ceci ne doit cependant pas interdire les échanges et motiver un

repli frileux sous prétexte de confidentialité. Pour l'assistante sociale (AS) de notre unité, il n'était pas question de révéler toute l'histoire familiale. Cependant, souligner les modifications du cadre scolaire, auquel Virginie avait eu à faire face lors de son arrivée à Paris, constitue déjà un partage d'informations qui permet à l'équipe éducative d'adapter son projet de façon cohérente. Ainsi, de façon contemporaine à l'investissement par la patiente des activités dans l'unité, Virginie et son père ont pu être accompagnée à un premier rendez-vous avec le conseiller d'orientation. Ceci a permis d'ébaucher un projet scolaire qui comportait : un retour progressif à l'école avec une remise à niveau pour l'année en cours et une troisième aménagée avec une orientation sur un CAP pour l'an prochain. Virginie et son père doivent cependant se rendre à un second rendez-vous avec la conseillère d'orientation pour des tests et pour arrêter le projet. Notre intervention n'a, bien sur, pas réglé les problèmes scolaires de la patiente mais les démarches, effectuées au cours de l'hospitalisation, l'ont réinscrite dans un projet personnel et lui ont permis de rencontrer les personnes qui peuvent l'aider sur le plan scolaire et professionnel.

- Relations avec sa mère : L'amélioration des relations de Virginie avec sa mère nous a paru très fragile compte tenu de la pathologie alcoolique de la mère et du milieu social. Une médiation des rencontres programmées nous a paru indispensable et a été sollicitée auprès de JAF qui avait prononcé la garde de Virginie par son père. Plusieurs contacts téléphoniques ont permis d'informer les travailleurs sociaux, déjà en charge de la famille à Brest, de la situation de Virginie et du sens et des objectifs de cette médiation. La présence d'un tiers mandaté par le juge permet de réintroduire la Loi et implique donc le respect de valeurs sociales telles que la différence entre les générations et les devoirs de chacun. Inciter la mère et la fille à rester dans leur rôle respectif permet un étayage de leurs relations et offre à Virginie une aide pour qu'elle ne soit pas happée par le contexte familial lors de ses retours à Brest.

✓ Conclusion

Le cadre de cette hospitalisation a permis à Virginie d'accéder à un autre type de relations avec ses parents et de retrouver un minimum d'assises narcissiques. L'articulation avec les différents partenaires a initié la formation d'un réseau de professionnels capable de soutenir la poursuite du travail thérapeutique. Cependant les réticences de la patiente à poursuivre

les consultations au CMP, la fragilité persistante du père et l'éloignement géographique des différents intervenants posent la question de la nécessité d'un référent. Celui-ci en suivant l'évolution de la patiente et de ses relations familiales aurait pu garantir la continuité des soins et faciliter les liens entre les différents acteurs du réseau. Cette fonction pouvant difficilement, dans le cas de cette patiente, être tenue par son psychiatre "référent", il aurait pu être envisagé de demander la mise en place d'une mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert par les services sociaux.

Cas clinique n°2 : Natacha, 15 ans et demi

Natacha, est adressée dans l'unité par un pédopsychiatre de son secteur. Il s'agit d'une jeune adolescente qui présente depuis deux mois une aggravation de troubles du comportement anciens. Elle a, de plus, été victime d'un viol lors de sa dernière fugue.

✓ Présentation de l'histoire familiale de la patiente.

L'histoire de Natacha révèle plusieurs traumatismes survenus depuis l'enfance. Cette adolescente est la cadette d'une fratrie de trois. Elle a une sœur Asha âgée de 20 ans et un demi-frère Erwin âgé de 8 ans. Les parents sont mauriciens, les trois enfants sont nés en France. Le père des deux aînées a brutalement disparu lorsque la patiente avait un an. Nous apprendrons très peu de choses sur ce monsieur. Magasinier pendant des années, il a changé de travail pour vendre des vêtements sur les marchés et peu de temps après " il a disparu". Son étale et son camion ont été retrouvés sur son dernier marché, le compte en banque était vide et il a laissé derrière lui d'énormes dettes. Aucune explication n'a jamais pu être fournie sur cette disparition et il est considéré comme juridiquement mort. La mère s'est alors retrouvée seule pour élever ses deux filles sans soutien familial et avec un soutien social très limité. Elle a dû rapidement travailler et a bénéficié d'un emploi à la mairie. Cette reprise d'activité a entraîné une séparation brutale de Natacha et de sa mère. Cette dernière a visiblement présenté à cette période de graves troubles dépressifs qui n'ont cependant pas été l'objet d'une prise en charge thérapeutique.

Après une longue période de solitude affective la mère a vécu maritalement plusieurs années avec un homme également mauricien. Une grossesse a même motivé le couple à faire des projets de mariage. Le compagnon de la mère est alors parti à l'île Maurice sous prétexte d'une maladie grave de sa mère. Il n'est, en fait, jamais revenu et la mère de Natacha a appris le mariage du père de son troisième enfant quelques jours avant la naissance de son fils.

Asha, la sœur aînée, a alors 14 ans. Elle réagit violemment à ce nouvel abandon et présente de graves troubles du comportement à type de fugues itératives et de manifestations auto ou hétéro agressives. Dans le même temps, la mère présente un nouvel état dépressif accompagné cette fois d'une tentative de suicide. Natacha se rapproche de sa mère et tente de la soutenir. Elle subit, par ailleurs, les violences de sa sœur mais ne s'engage pas dans le même type de comportement. Elle est cependant en grande difficulté face à la situation familiale et au départ de cet homme qu'elle avait fortement investi. Sa détresse va se traduire par un repli sur elle-même et un désinvestissement scolaire.

✓ **Scolarité**

Les difficultés scolaires de la patiente débutent donc à la fin de l'école primaire. L'année suivante, son entrée en sixième est concomitante du déménagement de la famille dans un autre département et de l'aggravation des troubles présentés par Asha. Natacha décroche alors peu à peu, elle présente un absentéisme scolaire de plus en plus marqué et en cinquième elle fugue pour la première fois.

La mère, totalement débordée, demande de l'aide aux services sociaux. Une mesure d'AEMO est alors mise en place. Malgré l'intervention d'une éducatrice, la situation continue de se dégrader. Natacha va irrégulièrement en cours et elle est en conflits permanents avec sa mère et sa sœur. La violence, entre elles trois, se traduit verbalement mais aussi physiquement. En 97, Natacha intègre finalement un foyer de l'ASE sur sa demande. Dans ce foyer, elle se montrera, pendant deux ans, plutôt en retrait, très discrète même si elle continue de fuguer, de loin en loin, soit seule, soit avec une amie. Cette année, cependant, son attitude au foyer a changé. Elle fait partie des adolescents les plus âgés et est devenue un élément perturbateur.

✓ **Antécédents psychiatriques**

Au niveau des antécédents de cette patiente on note également une tentative de suicide médicamenteuse en 1998. Son geste est intervenu lors d'un week-end chez sa mère au cours duquel elles s'étaient violemment disputées. Au sujet de son geste Natacha nous dira très peu de chose, non prémédité, il est intervenu de façon impulsive, "pour que ça s'arrête". Malgré l'ancienneté des troubles Natacha n'a jamais investi un suivi thérapeutique régulier. Elle se rend aux consultations du CMP de façon épisodique et sur sollicitations de ses éducateurs, "quand ça va mal".

✓ **Le début de l'hospitalisation ;**

- Lors du rendez-vous d'admission, Natacha est accompagnée de son éducateur référent du foyer. Physiquement elle paraît plus âgée que ses 15 ans et demi l'auraient laissé prévoir. Sa grande taille et son léger surpoids contribuent certainement à lui donner une apparence de maturité qui contraste avec son look d'adolescente branchée, vêtements moulants et plates-formes boots. Son comportement est effacé, elle donne l'impression de vouloir disparaître derrière ce corps qui semble se poser voire s'imposer malgré elle. Pendant la première partie de l'entretien, en présence de son éducateur, elle affecte un air dégagé, distant, indifférent. Elle ne prend pas spontanément la parole et répond à peine lorsqu'on l'interpelle. La dimension relationnelle de son attitude est cependant évidente. Derrière ce déploiement théâtral de désinvolture, elle écoute raconter sa propre histoire et elle nous observe.

En deuxième partie d'entretien elle nous dit à demi mots qu'elle est là parce que d'autres ont décidé que c'était nécessaire, qu'elle est d'accord pour être hospitalisée même si elle ne voit pas l'utilité de ce séjour. Le récit de ses fugues est pauvre, flou pour ne pas dire inexistant, "elle ne sait plus, elle ne se souvient plus". Pour le viol elle souligne qu'elle veut oublier, surtout ne pas se souvenir et que "si son amie n'avait pas relaté les faits, elle n'aurait rien dit". Le ton et l'attitude ne sont cependant pas hostiles.

- Cliniquement les premiers entretiens permettent de mettre en évidence des troubles anxio-dépressifs anciens mais aggravés depuis environ deux mois. Natacha rapporte un état de tension anxieuse fréquent depuis des années mais quasi-permanent depuis plusieurs semaines. A cet état s'ajoutent des difficultés d'endormissement très marquées et des épisodes d'hyperphagie. Elle décrit également un sentiment d'ennui et de désintérêt non seulement au niveau scolaire mais également dans ses relations amicales et amoureuses et au niveau des activités antérieurement investies (chant, lecture de magazines), elle se plaint d'un sentiment de vide. Si les difficultés relationnelles avec sa mère sont anciennes, Natacha se montre également très irritable dans ses relations au foyer et ceci a été plusieurs fois à l'origine de disputes. Elle passe également de longues périodes sur son lit "à ne penser à rien". Ces instants d'apathie alternent avec des états d'excitation au cours desquels elle entraîne facilement d'autres adolescents dans des conduites de transgression. Elle paraît, de ce fait, avoir une place de leader au sein du foyer depuis la rentrée scolaire. Les fugues se sont multipliées ces dernières semaines mais Natacha ne semble plus avoir d'objectif précis lorsqu'elle part comme c'était le cas auparavant (départ chez une amie, chez son copain...). Elle a été ramenée plusieurs fois au foyer par la brigade des mineurs

après avoir été retrouvée dans la rue. Sa présentation n'a cependant jamais entraîné de consultation psychiatrique en urgence.

Cette symptomatologie a motivé la mise en place d'un traitement médicamenteux par Alprazolam 0.25 (Xanax) à la posologie de un comprimé matin et soir et Miansérine (Athymil) qui sera progressivement augmenté jusqu'à 60mg par jour en une prise le soir. Au cours de l'hospitalisation, on sera frappé par l'importance des troubles mnésiques associés à ces périodes d'errance. L'évolution de l'accrochage aux soins dans l'unité et le désarroi exprimé à ce sujet par la patiente ne sont pas en faveur d'une volonté de dissimulation. Les éléments que nous avons pu recueillir au sujet de ces fugues ne permettent pas de poser le diagnostic de fugues dissociatives (selon le DSM IV), nous n'avons notamment aucune information sur d'éventuels troubles mnésiques ou sur une confusion d'identité au cours de ces épisodes. Ce manque d'information ne permet pas non plus de retenir le diagnostic d'amnésie dissociative du DSM IV car les troubles mnésiques rapportés par la patiente sont surtout en relation avec ses fugues, on ne peut donc pas affirmer le critère B.

Le diagnostic d'Etat de Stress Post Traumatique en relation avec le viol a également été écarté car l'événement n'est pas revécu par la patiente et seul le point 3 du critère B d'évitement peut être retenu (incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme).

- Les premiers jours d'hospitalisation, Natacha se montre très discrète, en retrait au sein du groupe, elle reste également à distance des soignants. Elle est cependant attentive à ce qui se passe autour d'elle, participe à la vie quotidienne de l'unité mais fait plutôt acte de présence aux activités. Elle vient facilement aux entretiens mais s'exprime très peu. A nos sollicitations elle répond le plus souvent qu'elle ne sait pas et qu'elle n'a rien à dire. Le seul sujet qui l'anime un peu est son départ prochain dans un lieu de vie pour adolescents en difficulté dans le Jura. Elle nous dépeint avec horreur cette campagne où il n'y a personne et rien à faire. Elle se dit convaincue qu'elle ne supportera pas l'éloignement de Paris.

✓ Evolution

La première évolution notable du comportement de la patiente interviendra après quelques jours d'hospitalisation et par l'intermédiaire de l'activité art plastique. En effet une de ses réalisations ayant soulevé un enthousiasme général, elle a chaleureusement été félicitée par les soignants mais aussi par le groupe d'adolescents. A partir de ce jour elle participe beaucoup plus activement et avec un plaisir évident à toutes les activités. Elle est

toujours incapable de faire des projets personnels et de mener à bien des activités solitaires mais elle se montre très active lorsqu'on la sollicite, l'encourage et la soutient.

Parallèlement les entretiens s'enrichissent du récit de ses journées et de quelques éléments de son vécu. En nous parlant de son dessin (un perroquet) elle se souvient et nous fait part du plaisir qu'elle avait à chanter "avant", de ce désir qu'elle n'avait plus et de ce plaisir qu'elle avait oublié mais qui "est revenu hier". Les jours suivants elle fait d'ailleurs la démarche auprès de son éducateur pour qu'il lui apporte son radiocassette. Par la suite, elle s'investit spontanément dans la création d'un orchestre dans l'unité en sollicitant les autres patients.

Le deuxième entretien avec son éducateur du foyer et avec son éducatrice référente de l'ASE a été l'occasion d'envisager le projet de la patiente et sa date de sortie de l'unité. C'est seulement suite à cette rencontre que l'on a pu noter une deuxième évolution du discours et un début de verbalisation d'affects en lien avec son passé. Entre soupirs et silences, et toujours à demi mots elle parvient à exprimer une culpabilité relative au viol. Elle nous dit qu'elle considère celui-ci comme une juste punition "puisque'elle n'avait qu'à pas fuguer et qu'on l'avait prévenue que c'était dangereux". Par la suite elle nous fera part, également, de son désarroi face à ses troubles mnésiques dont elle rattache l'apparition à ses premières fugues il y a trois ans. Elle souligne qu'avant elle avait une excellente mémoire et qu'elle ne comprend pas ce qui lui arrive. "Maintenant tout est flou, je ne comprends plus rien". Ces premières interrogations de Natacha sur son vécu soulignent un début d'intérêt pour elle-même et l'abandon de la banalisation de ses troubles du comportement. Cette évolution est donc intervenue dans un second temps de l'hospitalisation. Le travail effectué au sein du groupe d'adolescent et l'investissement de celui-ci par la patiente ont visiblement contribué à cette évolution en permettant un minimum de restauration narcissique.

Le rendez-vous avec la mère aura également un impact important dans l'évolution du discours. Cet entretien met en évidence des difficultés relationnelles majeures et anciennes entre elles. Lorsque Natacha passe le week-end chez sa mère le climat est très conflictuel et une hétéroagressivité verbale voire physique éclatent toujours pour des détails. La tension entre la mère et la fille est permanente et visiblement en lien avec une inquiétude réciproque et une incapacité à communiquer et à verbaliser leurs affects. Le conflit semble être la seule communication possible entre elles deux. La mère explique qu'elle a toujours peur que Natacha fugue une nouvelle fois et qu'elle finisse par disparaître. Elle apparaît comme une femme fatiguée, déprimée, prête à s'écrouler à tout moment. Pendant cet

entretien Natacha restera quasiment tout le temps silencieuse, regardant sa mère, sans intervenir.

Par contre dans les suites de cet entretien Natacha nous parle pour la première fois spontanément de sa mère. Son discours, souvent ambivalent, oscille entre idéalisation, reproches, inquiétudes et culpabilité. La patiente idéalise sa mère ("je n'aurais jamais été capable de faire ce qu'elle a fait") tout en s'autodépréciant et en lui reprochant leur situation ("à sa place j'aurais mis mes enfants à la DDASS, ils auraient été plus heureux"). Elle apparaît également très inquiète pour sa mère ("depuis le temps qu'elle n'arrête pas elle va finir par craquer") et très culpabilisée de ne pas pouvoir l'aider et de ne pas pouvoir faire en sorte que les week-end, à la maison, se passent bien. Après cet entretien familial, Natacha parviendra, pour la première fois, à poser des questions à sa mère au sujet de son père. Jusqu'alors les seuls éléments qu'elle avait au sujet de cet homme étaient les souvenirs d'enfance de sa sœur.

L'entretien avec la mère et la suite de l'hospitalisation nous ont permis d'envisager leur situation actuelle à la lumière de leur passé. Les relations de Natacha et de sa mère sont profondément marquées par une menace permanente de séparation. Ainsi la dyade mère-fille a été brutalement séparée lors de la disparition du père. A ce premier traumatisme fait écho le départ brutal du concubin qui a mis une nouvelle fois la mère en danger de mort (dépression, tentative de suicide). De plus l'état dépressif de la mère entretient les inquiétudes de Natacha qui a eu très longtemps un rôle d'étayage auprès d'elle. Cette situation ne permet pas à la patiente de faire des projets personnels. Les angoisses de mort et la culpabilité qui en résulte rendent difficile un véritable processus de séparation-individuation pour lequel l'adolescence est pourtant essentielle. D.Marcelli précise à ce sujet que "ce parent déprimé constitue une source d'identification potentielle" et que face à cette dépression "l'adolescent n'est pas libre de ses déplacements d'investissement car le retrait d'investissement représente une menace directe pour l'intégrité de l'image parentale". De plus le mystère de la disparition des deux compagnons de la mère et l'éloignement du reste de la famille, inscrit Natacha dans un défaut de filiation que le silence maternel contribue à entretenir.

Ainsi malgré une recherche d'étayage à l'extérieur de la famille (demande de placement), les relations de Natacha et de sa mère n'ont pas pu se réaménager et restent dominées par les angoisses de séparation.

✓ Commentaires :

L'évolution de Natacha au sein de l'unité permet de mettre en évidence l'importance du travail institutionnel et l'importance de son articulation avec les autres acteurs sociaux impliqués dans le soutien à cette adolescente.

Le travail avec l'éducatrice d'AEMO et l'éducateur référent du foyer s'est avéré fondamental, et ce, à plusieurs niveaux. Tout d'abord ils sont apparus comme les dépositaires de l'histoire de la patiente et de sa famille et nous ont ainsi permis d'en connaître rapidement des éléments fondamentaux et de pouvoir replacer les troubles présentés par la patiente dans leur contexte psycho-environnemental. Cet apport des services sociaux a été particulièrement précieux dans la prise en charge de cette patiente pour laquelle le réseau familial se résumait à une mère fragile et une sœur distante que nous n'avons pas pu recevoir.

Ainsi l'aggravation des troubles des conduites deux mois après la rentrée des classes peut être comprise à la lumière de la situation de Natacha. En effet la patiente a été admise en troisième "au bénéfice de l'âge", elle a été séparée de ses amies (en raison de bavardages intempestifs l'année précédente) alors que dans le même temps la conseillère pédagogique d'éducation (CPE) qui était très investie par la patiente a changé l'établissement. Enfin Natacha doit quitter le foyer en fin d'année scolaire. Cet ensemble d'éléments donne l'impression que Natacha n'a plus réellement de place et que son réseau relationnel s'effondre. A l'atteinte narcissique de la situation scolaire s'ajoute donc une perte des relations étayantes alors qu'à l'absence de projet investi fait écho le départ prochain du foyer. Les fugues et autres troubles du comportement s'inscrivent donc comme une tentative pour échapper à une situation narcissiquement insoutenable. Cette défaillance de l'estime de soi et l'incapacité de Natacha à se séparer de sa mère ne lui permettait pas non plus de se saisir du projet proposé par ses éducateurs sans un minimum de réaménagement préalables.

Dans ce contexte l'hospitalisation a permis de mettre un terme à cette mise en danger répétitive. Le cadre thérapeutique par sa fonction protectrice de pare excitation contre la réalité extérieure et de protection contre la récurrence immédiate a permis un apaisement des tensions. Le règlement intérieur, l'organisation géographique et temporelle des lieux ont constitué des repères dont Natacha a su se saisir pour sortir de son retrait et pour ne pas avoir besoin de recourir aux passages à l'acte et à la transgression pour combler son sentiment de vide. Avoir une place dans l'unité, être reconnue par le groupe ont permis un minimum de restauration narcissique qui s'est traduit par le retour d'un certain plaisir à fonctionner et par un réinvestissement des relations au pairs et aux soignants. Le cadre a

également permis de rendre plus supportable la présence et l'absence de sa mère en prenant une fonction de tiers médiateur protecteur et en permettant d'initier des réaménagements relationnels.

Le deuxième entretien avec les éducateurs s'est avéré fondamental pour inscrire le travail thérapeutique dans le projet de vie de la patiente. En effet les premiers temps de l'hospitalisation ont été marqués par un flou concernant ce projet, nous n'avions pas réellement en tête "un ailleurs" pour Natacha, ni au niveau social ni au niveau thérapeutique. Son opposition au projet du Jura nous a beaucoup interrogé sur l'intérêt de cet éloignement et nous rendait perplexe quant à la poursuite des soins.

Cet entretien a permis de mesurer le lien de confiance qui unissait la patiente à ses éducateurs et toute l'ambivalence de celle-ci par rapport au projet. En effet, en leur présence, elle s'est montrée beaucoup plus impliquée que lors des entretiens avec notre seule équipe. La présence de ces tiers à l'entretien nous a ainsi permis d'envisager Natacha sous un autre angle. Son apparente opposition nous est apparue à la hauteur de la confiance qu'elle pouvait avoir en eux. En prenant une place de substituts parentaux, son éducatrice d'AEMO et son éducateur du foyer permettent à Natacha de s'opposer et de s'affirmer sans se mettre en danger. Tirillée entre un besoin de rupture avec la situation présente, exprimé par ses fugues, et son angoisse de séparation Natacha avait besoin que des figures investies décident pour elle.

Par la suite, des contacts avec l'équipe éducative du CFI (centre de formation et d'insertion) et le futur psychiatre de Natacha nous a permis d'imaginer cet ailleurs et de l'investir pour et avec la patiente. Ainsi le fonctionnement du CFI nous a semblé capable de fournir à Natacha l'étayage dont elle a besoin pour s'engager réellement dans un processus d'autonomisation : hébergement chez l'habitant qui permet une plus grande responsabilisation du jeune tout en offrant une sécurité matérielle et un soutien affectif, une rescolarisation orientée vers un projet professionnel (CAP coiffure), une insertion sociale qui passe aussi par des activités de loisir favorisées par des liens tissés entre le CFI et différents partenaires. Enfin le contrat comporte également un suivi thérapeutique qui passe par une première rencontre avec un thérapeute et peut par la suite être aménagé en fonction d'une réflexion commune entre le jeune, le thérapeute et l'équipe d'éducateurs (suivi individuel, participation à des groupes thérapeutiques...). Ce projet est sous tendu par le maintien de liens avec le milieu d'origine ce qui se traduit par des contacts réguliers avec l'éducateur référent et des retours fréquents dans la famille

✓ Conclusion

L'évolution de Natacha au cours de l'hospitalisation nous a permis d'envisager de façon plus positive ses capacités à s'adapter à un nouvel environnement, à s'impliquer dans de nouvelles activités et à oser faire des projets. Au cours de cette hospitalisation la patiente a donc retrouvé un minimum de confiance en elle et a pu, ainsi, prendre de la distance par rapport à son identité de perturbatrice et de fugueuse. Elle a pu également expérimenter une séparation constructive qui l'a incité à s'intéresser à elle-même et à sa propre histoire et l'a autorisée à interpeller sa mère. Ce questionnement et un début de verbalisation des affects peuvent faire espérer un investissement de la prise en charge psychothérapeutique associée au projet social.

La distance n'a pas permis de rencontrer les différents acteurs qui seront impliqués dans le suivi de Natacha. Cependant, les responsables du CFI ayant une conception des prises en charges proche de la notre, nous avons pu élaborer une conduite cohérente et établir avec Natacha des liens entre le déroulement de son séjour dans l'unité et le projet du Jura. Pour la suite, l'éducatrice d'AEMO constitue un référent suffisamment investi par la patiente, et par sa mère, pour constituer un lien entre elles deux et entre les différents intervenants géographiquement éloignés.

Cas clinique n°3 : Kathy, 17 ans

Adolescente de 17 ans, Kathy est adressée dans l'unité par le pédiatre de la clinique soins- études où elle est hospitalisée à temps complet. L'hospitalisation est motivée par trois tentatives de suicide en trois mois.

✓ Antécédents médicaux

La biographie de Kathy est marquée par de très graves antécédents médicaux évoluant depuis l'enfance. En effet, elle a présenté, à trois ans, une insuffisance rénale aiguë terminale pour laquelle, il n'a pas été retrouvé d'étiologie. A cinq ans, une HTA d'origine rénale motive une néphrectomie gauche. La même année, elle bénéficie d'une greffe rénale avec un rein de cadavre. Celle-ci entraîne par la suite un rejet chronique qui motive une nouvelle néphrectomie en 98. On note également une héli-thyroïdectomie pour adénome à 11 ans et un volvulus sur bride à 13 ans. Kathy est dialysée trois fois par semaine.

✓ Situation socio-familiale

Kathy est issu d'un milieu familial très défavorisé tant sur le plan affectif que sur le plan matériel. Elle est la troisième d'une fratrie de six enfants. Les parents se sont séparés, il y a plusieurs années suite à des violences conjugales. Les frères et sœurs de la patiente vivent chez le père pour certains et chez la mère pour les autres. A l'âge de cinq ans, Kathy a été placée dans une famille d'accueil à Angers où elle est restée jusqu'à 14 ans. Ce placement a été motivé par une maltraitance de la mère envers Kathy qui se traduisait surtout par une négligence des soins quotidiens et un soutien inexistant de la patiente lors des épisodes somatiques aigus.

Vers l'âge de 14 ans, Kathy a présenté des troubles caractériels qui ont rapidement débordé les capacités de soins de la famille d'accueil, la patiente a alors été admise à la clinique soins-études. Elle reste cependant très proche affectivement des membres de cette famille et passe les vacances et certains week-end chez eux.

Sur le plan familial, elle a des contacts épisodiques avec son père mais voit régulièrement sa mère.

✓ Scolarité

Malgré ses nombreuses hospitalisations, Kathy est actuellement en Première L aménagée en deux ans.

✓ Sur le plan psychiatrique

Kathy a été suivie régulièrement par un psychiatre lors de ses différentes hospitalisations en médecine à Angers, en 1998. Elle présentait, alors, une humeur fluctuante et des phases d'anxiété en lien avec les événements médicaux et chirurgicaux. Cette anxiété se traduisait surtout par une agressivité verbale qu'elle avait du mal à contenir. Depuis son admission en soins-études, elle est suivie par un psychiatre privé qui lui a prescrit, depuis une semaine, un demi-comprimé de paroxétine 20 mg.

✓ Présentation lors de l'arrivée dans l'unité

Lors de l'entretien d'admission, Kathy est accompagnée par son éducateur référent de la clinique. Sa présentation physique est marquée par la maladie : petite taille, maigreur, pâleur. L'hospitalisation dans l'unité est motivée par des troubles du comportement qui évoluent dangereusement depuis trois mois, et par un désinvestissement scolaire qui a entraîné des absences injustifiées et de mauvais résultats au baccalauréat de français. La

souffrance de Kathy s'exprime à travers une violence verbale et des comportements caractériels anciens mais également, plus récemment, par une mauvaise observance thérapeutique (notamment du Kayexalate) et par des gestes auto agressifs à type d'ingestion médicamenteuse volontaire et de phlébotomie. Ce comportement est accompagné d'une anxiété et a motivé la prescription d'un demi-comprimé de Paroxetine 20ms (Déroxat).

En début d'entretien, Kathy se présente avec un visage sérieux et une attitude hostile et distante. Elle sort, cependant, rapidement de sa réserve et intervient très vite pour compléter ou rectifier le discours de son éducateur. Elle prend alors un air décontracté et un ton léger pour nous parler de sa situation. Elle banalise ses passages à l'acte et justifie ses absences scolaires en disant qu'elle préfère travailler seule car elle ne supporte plus ses camarades de classe. Elle conclut en disant qu'elle ne voit pas vraiment l'utilité de l'hospitalisation même si elle est d'accord pour rester. Son éducateur fait alors remarquer qu'elle avait pourtant semblé impatiente de venir notamment lors de la préparation de ses affaires personnelles.

✓ Evolution dans le service

Dès le premier jour, Kathy demande à aller à une boom organisée à la clinique. Devant notre refus, elle téléphone à son pédiatre pour lui faire la même demande et lui souligner combien cette soirée est importante pour elle. N'ayant pas obtenu satisfaction, elle décrète alors de "faire la grève des médicaments". Au cours d'un entretien infirmier au sujet de ce refus du traitement, elle insulte violemment l'infirmière et claque la porte. Quelques minutes plus tard, elle est au fond de son lit et nous apprend, avec défi, qu'elle vient de manger un kiwi et "qu'elle attend la mort" (par hyperkaliémie). Elle continue ensuite de montrer son opposition en exigeant que nous lui fassions sa prise de sang dans sa fistule veineuse alors qu'elle sait parfaitement que celle-ci est réservée aux dialyses. Notre refus déclenche alors une agitation, des larmes et des manifestations auto et hétéro agressives. L'angoisse est visiblement très importante et il faudra un long moment avant que Kathy s'apaise, accepte de prendre un traitement par anxiolytique, 10 gouttes de Cyamemazine (Tercian), et vienne en entretien.

Cette confrontation marque un tournant dans l'hospitalisation de Kathy. Elle se montre, par la suite, beaucoup moins opposante et elle peut verbaliser ce qu'elle nous signifiait les premiers jours par son comportement. Elle peut ainsi dire que depuis un an, "elle a décidé de ne compter que sur elle-même car les adultes sont des prometteurs, des menteurs", elle rajoute "qu'avant, elle était naïve, qu'elle faisait confiance mais qu'on lui a trop menti". Elle nous informe également qu'elle refuse de participer aux activités du service car elle a

l'impression que tout est organisé pour "savoir ce qu'elle a dans la tête et que c'est insupportable". Malgré cette opposition verbalisée, elle accepte la poursuite de l'hospitalisation et l'instauration d'un traitement supplémentaire par Cyamemazine (10 gouttes, 2 fois par jour).

Après cet épisode, la patiente se montre plus souriante, plus détendue et participe aux activités. Elle trouve parfaitement sa place et se lie d'amitié avec un autre patient de son âge. Celui-ci devient rapidement le grand confident avec lequel elle passe de longs moments de discussion.

L'entretien avec la mère aura également un impact positif sur l'hospitalisation de cette patiente. Bien que la mère apparaisse très fruste et peu aux faits de la maladie de Kathy, les liens affectifs entre elles sont visiblement très forts. Au cours de cet entretien, Kathy expliquera longuement à sa mère que cette hospitalisation n'était pas utile et n'a servi à rien. Cette rencontre qui n'apparaît pas déterminante au niveau de son contenu contribuera à renforcer l'amélioration de la relation de confiance que Kathy a, malgré elle, établi avec l'équipe de l'unité.

✓ Commentaires

⇒ Cette hospitalisation a été marquée par l'ambivalence de Kathy par rapport à la reconnaissance de sa souffrance psychique. La banalisation de ses troubles, lors du premier entretien, contraste, notamment, avec l'empressement qu'elle a montré pour préparer ses affaires. Sa demande pour participer à la boom vient appuyer cette banalisation mais s'inscrit aussi dans une volonté de tester le cadre de l'unité et la cohérence de notre attitude avec celle de son pédiatre.

L'escalade des troubles du comportement permet à la patiente d'éprouver notre aptitude à prendre en charge les problèmes spécifiques de sa maladie, et au-delà, nos capacités à contenir son angoisse. En utilisant les stigmates de son insuffisance rénale (fistule, équilibre potassique fragile) Kathy nous met au défi de la rassurer malgré ce corps meurtri qui a dû, de façon répétitive, être réparé. Les contraintes de sa pathologie chronique deviennent donc une arme au service de sa quête relationnelle. Dans le même temps, en niant ce besoin de réassurance, qu'elle manifeste en attaquant son corps, elle s'affranchit de ce dernier et donc de la maladie. En clamant que les adultes sont des menteurs, elle cherche à affirmer son indépendance malgré les contraintes inscrites dans la réalité.

Après cet "affrontement", Kathy s'est montrée apaisée et, malgré un discours très défensif, envers les soignants, elle a pu investir les relations. Sa dépendance

extrême aux adultes, notamment au monde médical, s'inscrit comme une entrave à son autonomisation. Sa maladie rend difficile une véritable émancipation en fragilisant ses investissements narcissiques et relationnels. Les adultes apparaissent ainsi comme des figures à la fois terrifiantes et rassurantes. Par contre, dans l'unité, Kathy a très fortement investi la relation à son ami. Le lien s'est instauré autour de leur sentiment respectif d'être différent : elle par rapport à sa pathologie chronique, lui par rapport à sa problématique homosexuelle. Cette relation s'est donc établie sur le mode de l'amitié-miroir et a permis à Kathy de retrouver un minimum d'assise narcissique.

⇒ Travail en réseau

La prise en charge de cette patiente dans l'unité a nécessité une coopération avec l'équipe de la clinique, et ce à différents niveaux. Dans un premier temps, cette collaboration a permis, de gérer "la tentative de suicide au kiwi" sans entraîner une mobilisation inadéquate de moyens médicaux (transfert aux urgences, hospitalisation en pédiatrie). Ceci aurait d'ailleurs renforcé la toute puissance de la maladie chronique et mis à défaut notre capacité à nous situer sur un autre plan, celui de sa souffrance psychique. De plus, ces échanges, entre les deux équipes, ont permis à Kathy de s'assurer de la persistance du lien avec son pédiatre de la clinique qui a ainsi pu maintenir, par notre intermédiaire, son rôle de réassurance. Ce lien a d'ailleurs été renforcé par la visite de l'unité par l'équipe de la clinique. Kathy s'est montrée ravie de la présence de son médecin et de son éducateur mais, également, un peu désappointée qu'ils ne viennent pas pour une réunion à son sujet.

✓ Conclusion

Les dix jours d'hospitalisation de Kathy ont mis un terme à l'escalade des passages à l'acte. Le besoin de la patiente de s'assurer à la fois de la persistance du lien avec la clinique, des capacités de contenance de l'unité et de la cohérence des adultes rendaient indispensable une coopération entre les deux équipes pour permettre à Kathy de se poser et d'investir les relations avec ses pairs et avec l'équipe.

La verbalisation des affects est restée très sommaire mais le séjour dans l'unité a permis, à Kathy, de sortir de la banalisation de son comportement et de retrouver un mode d'investissement relationnel autre que l'opposition. Ceci a d'ailleurs été souligné par son

psychiatre référent qui a pu noter lors d'une consultation en fin d'hospitalisation une amélioration du contact et un discours positif de la patiente sur son hospitalisation.

CONCLUSION GENERALE

Dans ce travail, nous avons cherché à comprendre ce que représente l'adolescence aujourd'hui, dans nos sociétés. Nous avons voulu également souligner l'importance, à cet âge, des interactions entre les processus psychologiques en jeu, le contexte psycho-environnemental et la santé. En effet, le passage de l'enfance à l'âge adulte ne peut être conçu de façon univoque et l'intensité des bouleversements psychiques, physiques et relationnels propres à cet âge, rendent l'individu extrêmement sensible et vulnérable au contexte social dans lequel il évolue. L'adolescence ne peut donc être envisagée que dans une conception globale de l'individu. De ce fait, le concept de réseau nous a paru intéressant car il donne des éléments de compréhension du rôle social actuel de cette tranche d'âge et permet également de proposer une réponse cohérente en matière de santé.

La notion de réseau social tient une place importante au niveau du processus d'autonomisation de l'adolescence. Le sujet doit ainsi clairement différencier ses réseaux sociaux de ceux de sa famille pour accéder, à terme, à un statut d'adulte. Cette caractéristique de l'adolescence, bien que classique, semble prendre actuellement une dimension particulière en fonction des mutations sociales. En effet ces dernières se traduisent notamment par un profond bouleversement des processus de socialisation. L'appartenance à un groupe, ou à des groupes spécifiques, est de moins en moins prégnante. Les individus sont donc amenés à se définir individuellement au sein d'un ensemble de relations beaucoup moins stable. Ce mode de socialisation "réticulaire" devient de plus en plus incontournable et n'est pas sans conséquence sur l'identité sociale des adultes et sur la quête identitaire des adolescents. Ces évolutions sont en lien avec l'intensification des brassages culturels et avec l'apparition de nouvelles normes sociales. Elles sont sous-tendues par les processus de mondialisation dans leurs différentes dimensions et par la remise en cause des discours fondateurs des sociétés dites modernes.

Elles renvoient donc à la notion de post-modernité établie il y a une trentaine d'années. De plus, elles impliquent également une perte de crédit des institutions et des systèmes organisationnels qui servaient jusqu'alors de référence. Dans une société qui ne fonctionne plus tout à fait comme avant mais qui peine à assimiler ses propres changements, ces institutions paraissent donc inadaptées même si elles demeurent indispensables.

Ces mutations, en cours dans les sociétés occidentales ou occidentalisées, influent de façon plus ou moins directe sur le processus de l'adolescence. Ainsi la transmission transgénérationnelle, et tout ce qu'elle comporte de repères et de limites, est beaucoup moins soutenue socialement. Elle repose donc plus lourdement sur la capacité des adultes à construire leur propre chemin et à transmettre à leurs adolescents les définitions dont ils ont besoin. De plus, dans une sorte de jeu de miroir entre la société et les adolescents, de nombreux éléments qui tendent à s'imposer en tant que normes sociales, concourent à faire de l'adolescence une référence. Les adultes semblent ainsi chercher, dans la formidable appétence sociale des jeunes, la clé de leur propre adaptation. On peut d'ailleurs, retrouver un parallèle entre le besoin pour l'adolescent de s'autonomiser par rapport au système référentiel familial, et la nécessité pour les adultes d'aujourd'hui de fonctionner autrement que par intégration à des groupes.

Ces bouleversements sociaux modifient le contexte psycho-environnemental des jeunes et impliquent donc leur santé. En effet, parler de la santé des adolescents ne permet pas de dissocier les composantes psychologiques, sociales et somatiques. Envisager un dispositif capable d'améliorer ou de conserver leur capital santé nécessite, en conséquence, un système de soins socialement intégré et articulé. Ceci est incontournable avec les adolescents mais concerne également l'ensemble de la population dans une perspective de prise en compte globale du patient-sujet. Ainsi, depuis une quinzaine d'années, un certain nombre de professionnels du monde médical a participé à la mise en place de tels dispositifs rendus indispensables par la complexité de certaines pathologies et de certaines situations. Progressivement ces "réseaux de santé" se sont imposés pour faire face à la nécessité d'une réorganisation du système de soins français. Cependant, la polysémie du concept de réseau a entraîné l'émergence d'un certain nombre de dissonances entre le discours des professionnels et celui des instances organisationnelles gouvernementales. Malgré ces divergences, sous-tendues par des objectifs prioritaires différents, il n'est pas possible, pour aucun des deux partis, d'ignorer les impératifs de l'autre. Le concept de

réseau de santé apparaît donc actuellement capable de constituer un cadre intéressant de négociation.

En psychiatrie et en psychiatrie infanto-juvénile, ce type de travail partenarial s'inscrit dans une perspective historique car la psychiatrie a toujours occupé une place particulière au carrefour du médical, du social et du politique. Le concept de travail en réseaux permet, ainsi, une réactualisation des idées fondatrices du secteur.

Dans le domaine de la santé des adolescents, la psychiatrie développe progressivement les pratiques capables de lui permettre de tenir le rôle social spécifique qui est le sien. Une meilleure connaissance des mouvements intra psychiques de cet âge et de leurs interrelations avec l'environnement a ainsi motivé le développement d'actions partenariales. Les modes d'interventions thérapeutiques auprès des jeunes en difficulté se sont donc largement diversifiés. Ainsi, à côté de l'abord thérapeutique direct, se sont développées des approches indirectes qui permettent d'effectuer un véritable accompagnement thérapeutique. Celui-ci passe par une collaboration avec les différents acteurs en charges d'adolescents et permet d'inscrire progressivement la psychiatrie infanto-juvénile dans une politique de santé publique.

L'objectif global des réseaux de santé pour les adolescents est de redonner de la cohérence à leur environnement lorsqu'elle est défaillante. Cependant, au-delà de cet objectif immédiat, le travail partenarial peut aussi permettre à l'adolescent d'accéder à un mode relationnel adapté à la post-modernité. La socialisation devient réticulaire, la société s'organise en réseaux, les adultes de demain doivent donc intégrer ces données sous peine d'être contraints à se réfugier dans des systèmes en marge, porteurs de désintégration sociale et d'aliénation. Si certains parents ne peuvent donner des repères suffisants à leurs adolescents, il est impératif que ceux-ci acquièrent ailleurs et avec d'autres les clefs de leur autonomie.

Pour conclure, nous voudrions souligner que la notion de réseau de santé est riche d'implications sociales car elle peut constituer un paradigme de la socialisation réticulaire. La coopération des professionnels et la participation des patients au sein des réseaux de santé renvoient ainsi à la nécessité d'un accroissement de la participation de chacun pour faire face aux problèmes, toujours plus complexes, de nos sociétés.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALBERNHE K., ALBERNHE T. Les thérapies familiales systémiques ; Paris : Masson, 2000 : 269.
2. ALVIN P, EICHER C. Anodins, ces adolescents qui consultent et "ne savent pas pourquoi" ? ; Médecine et enfance ; 1991; janvier : 7-10.
3. ALVIN P. Pourquoi les adolescents ? ; Ann Pédiatr (Paris) ; 1998 ; 45, n° 5 : 293-294.
4. ALVIN P., DESCHAMPS J.P. Santé, risques et "mises en risque" à l'adolescence. Réflexions sur certaines priorités contemporaines ; Ann Pédiatr (Paris) ; 1998 ; 45, n° 5 : 378-384.
5. ARMENGAUD D. Consultation d'adolescents, du sentiment d'impasse à l'ouverture du travail en réseau ; Ann Pédiatr (Paris) ; 1998 ; 45, n° 5 : 336-340.
6. ARSENAULT P.A., GAGNE R., GIRARD M. L'adolescent qui somatise : regards cliniques ; Ann Pédiatr (Paris) ; 1998 ; 45, n° 5 : 303-310.
7. BAILLON G. Le réseau, mot magique ou piège ? ; L'information psychiatrique ; 1999 ; 2 : 133-139.
8. BAJOIT G. DIGNEFFE F., JASPARD J. M., NOLLET DE BRAUWERE Q. Jeunesse et société, la socialisation des jeunes dans un monde en mutation ; Bruxelles : De Boeck Université, 2000: 424.

9. BANTMAN P. La notion de réseau est-elle applicable en psychiatrie de secteur ? Historique du concept réseau et support social et pratique de secteur ; Nervure ; 1997 ; 7 : 4-5.
10. BARRABAND G. CATTP : travail en réseau. Les ailleurs du CATTP, document non publié.
11. BARRABAND G. Entre normal et pathologique ; Santé Mentale ; 1998 ; 31 : 17-21.
12. BARRABAND G. Jeunes en situation de crise : quelles réponses ? ; Conférence régionale de santé d'Ile de France ; 1999 ; novembre ; fiche 6.
13. BARRABAN G. Réseau ; Intervention au Colloque DERPAD "Nouvelles institutions en psychiatrie de l'adolescent : pratiques et théories" ; Espace Reuilly : 20 et 21 mars 2001.
14. BAUBEAU D., MARREL P. H., LE COURTOIS X. Planification et évaluation de l'organisation sanitaire, Apport des réseaux ; Santé Publique ; 1995 ; 2 : 209-215.
15. BEIGBEDER J., DUFOUR J. Les réseaux pour adolescents ; Psy.-Fr. ; 1998 ; n° spécial 98 : 103-106.
16. BEZ G. Les réseaux ville-hôpital dans la lutte contre le sida et la toxicomanie ; Gestions hospitalières ; 1995 ; décembre : 751-756.
17. BONNET C. Le sujet guéri ou conforté ; Actualité et dossier en santé publique ; 1995 ; 15 : 27-28.
18. BOURCIER G. L'autre du réseau ; 1999 : document non publié.
19. BOURCIER G. Quelles institutions pour les adolescents ? ; Perspectives Psy ; 1999 ; 38, n° 1 : 33-38.

20. BOURCIER G. Secteur es-tu las? ; réflexion sur l'esprit de la psychiatrie publique in Colloque adolescence et réseau : l'état des lieux en Ile-de-France ; Paris : 17 et 18 novembre 95.
21. BOURCIER G., BEAUROY R., SEGAL J. Centre Communautaire d'Accueil et de Soins pour Adolescents - Livret de présentation. Paris : Centre hospitalier Esquirol ; mars 1999.
22. BRACONNIER A., CHILAND C., CHOQUET M., POMAREDE R. Adolescentes, adolescents. Du souci au soin ; Paris : Bayard, 1997 : 129.
23. CAFLISCH M., DE GUILLENCHMIDT C, ALVIN P. Les symptômes flous à l'adolescence ; Ann Pédiatr (Paris) ; 1998 ; 45, n° 5 : 295-302.
24. CAHN R. L'approche des adolescents perturbés ; Perspectives psy ; 1999 ; 38, n° 1 : 7-8.
25. Centers for Disease Control. Health risk behaviors among adolescents who do and do not attend school : United States 1992. MMWR, 1994, 43, 231-235.
26. CHABANIER J. De l'équipe au réseau ; Grenoble : Presses Universitaires, 2000 : 272.
27. CHABERT C, BIROT E. Aménagements du processus thérapeutique dans les traitements d'adolescents par une prise en charge bifocale ; Neuropsychiatrie de l'enfance ; 1988 ; 36 (5-6) : 208-212.
28. CHAINE F., COSSERON F., TAIEB N., FOURNIER S., EPELBAUM C. Dépression à l'adolescence : réflexions sur un abord indirect en milieu scolaire ; Neuropsychiatr. Enfance Adolesc. ; 1999 ; 47 (4) : 215-219.
29. Charte établissant un réseau de prise en charge de mineurs en grandes difficultés dans le Val de Marne ; sept 99.
30. CHERYL L. P., STEVEN H. K., KELLI A. K. The social world of adolescents : family, peers, schools and the community. In : Millstein S., Petersen A., Nightingale E.

- ed. Promoting the Health of Adolescents. New York : Oxford University Press, 1993 : 73-96.
31. CHOQUET M., LEDOUX S. Adolescents, enquête nationale ; Paris : INSERM, 1994:346.
 32. CHOQUET M., ISKIL B. Jeunes en insertion. Enquête CFI-Pâque (dispositif 16-25 ans). Vanves : Direction de la Santé, 1994.
 33. Circulaire du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.
 34. COHIDON C., DUCHET N., CAO M. M., BENMEBAREK M., SIBERTIN-BLANC D., DEMOGEOT C. et al. La non-communication entre la médecine générale et le secteur de santé mentale; Santé publique ; 1999 ; 11, n° 3 : 357-362.
 35. COLLIGNON H. Santé des adolescents. Prévention et prise en charge ; Médecine et enfance ; 1991 ; janvier : 37-38.
 36. Colloque européen: santé mentale et adaptation sociale de l'enfant au jeune adulte, 1994, réseau interdisciplinaire en toxicomanie et épidémiologie
 37. Conseil économique et social (1^{er} et 2 juillet 1997). Préventions et soins des maladies mentales : bilan et perspectives. J. Nervure ; 1997 ; 7 : 10-13.
 38. Conseil Général du Val-de-Marne. De "l'urgence"... au "cas lourds" ; Créteil : 1996 : document non publié.
 39. Convention de partenariat pour la création et la gestion d'un dispositif d'accueil familial thérapeutique pour adolescents ; Département des Hauts-de-Seine ; juin 99.
 40. Coordination Nationale des Réseaux. Colloque Régional. 3 et 4 novembre 2000 ; La Valette du Var. Les réseaux : une nouvelle réponse à la politique de santé. 2000 : 142.

41. CORCOS M. La thérapie bifocale dans la dépression de l'adolescent : indications et intérêts ; *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* ; 1999 ; 47 (4) : 191-199.
42. CREMADEZ M., DUSEHU E. Réconcilier aménagement du territoire et maîtrise des coûts de santé ; *Gestions hospitalières* ; 1995 : 506-512.
43. DEGENNE A., FORSE M. Les réseaux sociaux ; Paris: Armand Colin, 1994 : 288.
44. DELAGE M. La nouvelle jeunesse ; *Nervure* ; 1995 ; 8, n° 4 : 21-29.
45. DELBOS PIOT I., NARRING F., MICHAUD P. A. La santé des jeunes hors du système de formation : comparaison entre jeunes hors formation et en formation dans le cadre de l'enquête sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans en Suisse romande ; *Santé publique* ; 1995 ; 1 : 59-72.
46. ELGHOZI B. De l'insertion et de la santé, les réseaux de solidarité ville-hôpital ; *Gestions hospitalières* ; 1994 ; 341 : 790-793.
47. FURTOS J., LAVAL C., BURLOUX G., GODET P. F. "Schizophrénie et exclusion, perspectives actuelles et avenir" ; *L'Encéphale* ; 1996 ; Sp III : 39-48.
48. GAILLIARD F. Un soutien pour les équipes dans l'impasse ; *Actualités Sociales Hebdomadaires* ; 1999 ; 2127 : 21-22.
49. GIRARDON N. L'implication des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile dans le travail d'hospitalisation des adolescents : l'expérience du CCASA ; intervention au DERPAD ; Paris : 20 et 21 mars 2001.
50. GOLSE B. Travail de liaison à l'adolescence ; *Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie* ; 1992 ; 37216L : 1-4.
51. GRANBOULAN V. Problèmes et spécificité de la prise en charge des jeunes en grande difficulté psychologique ; *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* ; 1998 ; 46 (4) : 221-225.

52. GRANBOULAN V., DURAND B. Prise en charge des jeunes suicidants à l'hôpital général ; Perspectives psychiatriques ; 1994/95 ; 45/V : 258-262.
53. GRIVET L. Ados : soutenir les professionnels ; Santé Mentale ; 1999 ; 37 : 13-15.
54. GUEDJ M. J. Errance à l'adolescence ; Nervure ; 1998 ; 11, n° 7 : 27-29.
55. GUTTON P. L'adolescence, un ensemble de remaniements psychiques ; Médecine et enfance ; 1991; janvier : 33-36.
56. HAMON H. L'hospitalisation psychiatrique des adolescents difficiles, point de vue du juge des enfants; Perspectives psychiatriques ; 1990 ; 23/III :185-191.
57. HOCHMANN J. L'institution mentale : du rôle de la théorie dans les soins psychiatriques désinstitutionnalisés ; L'information psychiatrique ; 1982 ; 58 n° 8 : 985-991.
58. HOWARD J. Taking a chance on love : risk behaviour of Sydney street youth. J Paediatr Child Healt, 1993, 29 (suppl 1), S60-S65.
59. HUARD P., MOATTI J. P. Introduction à la notion de réseau ; Gestions hospitalières, 1995 ; décembre : 735-738.
60. HUERRE P., PAGAN-REYMOND M., REYMOND J. M. L'adolescence n'existe pas, histoire des tribulations d'un artifice ; Paris : Odile Jacob, 1997 : 304.
61. IMAGE Pratiques coopératives dans le système de santé : Les réseaux en question ; Rennes : Ecole nationale de la santé publique, 1998 : 99
62. JACQUIN P. Le médecin face à l'adolescent ; Médecine et enfance ; 1991 ; janvier : 23-25.
63. JAEGER M. L'articulation du sanitaire et du social, travail social et psychiatrie ; Paris : Dunot, 2000 : 170.

64. JEAMMET P. Corps et psychopathologie de l'adolescent ; L'information psychiatrique ; 1984 ; 60, n° 8 : 889-903.
65. JEAMMET P. De la psychopathie aux organisations intermédiaires à expressions comportementales ; Neuropsychiatrie de l'enfance ; 1995 ; 43(3) : 85-89.
66. JEAMMET P. Réalité externe et réalité interne : importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence ; Rev. Franç. Psychanal. ; 1980 ; 3-4 : 481-521.
67. JEAMMET P. Une prévention en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est-elle crédible ? ; actualité et dossier en santé publique ; 1996 ; 15 : 37-39.
68. JEAMMET P., CORCOS M. Evolution des problématiques à l'adolescence, l'émergence de la dépendance et ses aménagements ; Paris : Doin, 2001 : 94.
69. KABUTH B. L'enfant dans la cité et la psychiatrie : questions de société, questions d'éthique ; Neuropsychiatr. Enfance Adolesc. ; 1999 ; 47 (12) : 535-538.
70. KOUCHNER B. Discours introductif aux Troisièmes Rencontres de la Psychiatrie ; Paris ; 9 mars 1998.
71. KOVES V., MANGIN-LAZARUS C., TAVARES-CAVAL-CANTI M. La santé mentale des sans-abri dans la Ville de Paris ; ASS L'Elan Retrouvé, 23 rue de la Rochefoucauld, 75009, Déc. 1996.
72. LADAME F., OTTINO J., PAWLAK C. Adolescence et suicide, des aspects épidémiologiques aux perspectives thérapeutiques ; Paris : Masson, 1995 : 198.
73. LAIR D. Rôle social du psychiatre ; Soins psychiatrie ; 1997 ; 189 : 27-29.
74. LEMIEUX V. Les réseaux d'acteurs sociaux ; Paris : PUF, 1999:146.
75. Lien social. Le DERPAD articule les différents acteurs sociaux, éducatifs, médicaux et judiciaires ; Lien social : 1997 ; 404 : 7.

76. LOCUTY J., FERRON C., SPYCKERELLE Y., BON N., FOURNIER B., BRIANÇON S. et al. La santé des adolescents de 16 à 18 ans : inégalité des chances et des risques ; La revue de pédiatrie ; 1988 ; 24 : 433-444.
77. MAFFESOLI M. L'instant éternel ; Paris : Denoël, 2001.
78. MAGOUDI A. Le Dispositif régional expert pour adolescent en difficulté : une structure d'accueil pour les professionnels ; Médecine et Enfance, 1998 ; février : 2-3.
79. MAGOUDI A. Pour une meilleure articulation entre acteurs médicaux et sociaux ; La revue de la MFP ; 1998 ; 1 : 12-13.
80. MARCELLI D. Pédopsychiatrie et juge des mineurs : Quelle collaboration possible ; Neuropsychiatrie de l'Enfance ; 1992 ; 40 (3-4) : 158-164.
81. MARCELLI D., BRACONNIER A. Adolescence et psychopathologie ; Paris : Masson, 1995 : 559.
82. MARTIN A, GASSMANN X, SEBBAH-BREVILLIERO A, PIANT J, BLANCHON E., ROBINEAU S. Réflexion autour de la mise en place d'un travail de réseau ; Nervure ; 1998 ; 11, n° 7 : 23-26.
83. MASSE G. La psychiatrie de l'exclusion ; Nervure ; 1998 ; 11, 7 : 36-39.
84. MASSE G. Les enjeux de la prise en charge psychiatrique ; Actualité et dossier en santé publique ; 1996 ; 15 : 32-34.
85. MASSE G., HOVER J., MARTIN-LERAY C., GRAINDORGE E., KANNAS S. Santé mentale et réseaux ; Encycl Méd Chir ; Psychiatrie ; 2001 ; 37-956-A-10: 1-5.
86. MAURICE D. A propos des réseaux ; Intervention lors d'un congrès ASE ; Grenoble2000 ; document interne.
87. MENDEL G. A propos de la socialisation aujourd'hui, de l'enfant et de l'adolescent ; Nervure ; 1995 ; 8, n° 4 : 43-47.

88. MICHAUD P. A., ALVIN P. La santé des adolescents : approches, soins, prévention ; Paris : Doin, 1997 : 636.
89. MICHAUD P.A. L'émergence de la demande de soins chez l'adolescent en pratique ambulatoire ; Med. et Hyg.; 1986 ; 44 : 1858-64.
90. MICHAUD PA. Adolescence et prévention, le rôle des médecins ; Ann Pédiatr (Paris) ; 1998 ; 45, n°5 : 363-369.
91. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Haut Comité de la Santé Publique ; Santé des enfants, santé des jeunes, Rapport adressé à la Conférence nationale de santé 1997 et au parlement ; Paris : Haut Comité de la santé publique, 1998 : 158.
92. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99/648 du 25 novembre 1999, relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.
93. Ministère du travail et des affaires sociales. Circulaire DH/EO/97 n°97/277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements.
94. MISES R, BOTBOL M. Les interventions en réseau chez l'enfant et l'adolescent ; Psy.-Fr. ; 1997 ; n° spécial 97 : 104-109.
95. MISES R. Interventions en réseau et processus de subjectivation ; Pratiques en santé mentale ; 1998 ; 1 :24-27.
96. NAIDITCH M, OBERLIN P. Les réseaux, des outils pour transformer l'hôpital ?; Gestions hospitalières ; 1995, décembre :739-746.
97. Ordonnance n° 96-346 du 14 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
98. Ordonnance n° 96-345 du 14 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

99. ORGOGOZO I. ; Les réseaux, une nouvelle représentation de l'espace social ; Thérapie familiale (Genève) ; 1997 ; 18, n° 4 : 329-347.
100. ORGOGOZO I. L'enfance et l'adolescence face à la mondialisation et l'effondrement des cadres de référence culturels particuliers : Quelle transmission? Quelle restructuration ? Thérapie familiale ; 1996 ; 17, n° 1 : 3-17.
101. PERROT M, SCHMITT J CL, FARGE A. Adolescents, un pluriel à l'étude des historiens ; Adolescence ; 1985 ; 3, 1 : 43-74.
102. POMMERAU X. L'acte suicidaire à l'adolescence ; Ann Pédiatr (Paris) ; 1998 ; 45, n° 5 : 354-362.
103. POMMERAU X., L'adolescent suicidaire ; Paris : Dunot, 1996 : 238.
104. RENARD L. Une enquête sur les hospitalisations d'adolescents ; Perspectives psychiatriques ; 1990 ; 23/3 : 202-211.
105. RENARD L., PERICONE N. Accueil des adolescents en psychiatrie ; Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie ; 1999 ; 37-218-A-10 : 1-4.
106. Réseau adolescence Ile-de-France. Colloque Adolescents et réseaux, l'état des lieux en Ile de France ; Deuxièmes journées régionales, 17 et 18 novembre 1995 : 152
107. RIST B, DESSANE A, PLANTADE A. Crises et états aigus de l'adolescent ; Perspectives psychiatriques ; 1990 ; 23/III : 170-175.
108. SANCHEZ-CARDENAS M., GIRAUDET K. La demande des adolescents. Propos de quelques cas de non-demande. Comment les entendre, jusqu'où "faire la demande" à leur place ? Neuropsychiatrie de l'Enfance ; 1994 ; 42, 7 : 305-311.
109. SIMONET J., ARVEILLER J.P., FILLOT M.C., MASSON C., COURTOIS F., CHOLLET J. et al. Quand l'exclusion défie le secteur. A propos d'une pratique de réseaux ; Evol. Psychiatr. ; 2000 ; 65 : 705-718.

110. SOULIE A. M. Le travail en réseau : une solution en matière de santé ? ; Gestions hospitalières ; 1995 ; décembre : 747-750.

111. VINOGRADE M. A., GRENIER M. H. Soins ambulatoires pour adolescents en psychiatrie infanto-juvénile : place des parents et aménagements nécessaires ; Perspectives Psy ; 1999 ; 38, n° 3 : 212-217.