

Les « adodifficiles » : un problème public interinstitutionnel

Christian Laval,
Sociologue ONSMP

Bertrand Ravon,
Sociologie MODYS-CNRS,
Maître de conférences
Université Lumière Lyon 2

De la même manière qu'Isabelle Stengers¹ notait qu'il n'y a que des usagers en lutte, on peut avancer que le traitement public de l'adolescence n'identifie que des adolescents en difficulté. Une reprise généalogique² de cette action publique sur les trente dernières années fait apparaître une ronde ou un serpent de dispositifs variés. Nous présentons ici et succinctement quelques caractéristiques de ces « machines » à faire voir et à faire parler l'adolescence en difficulté.

Par définition, un dispositif vient prendre en charge un problème que l'institution qui en est chargée habituellement n'arrive plus à traiter. S'agissant de l'adolescence, le repérage des types de difficultés (l'adolescent en danger, l'adolescent délinquant, l'adolescent toxicomane, la jeune personne anorexique, le jeune en décrochage scolaire, etc.) est indissociable de la mise en avant de telle ou telle préoccupation institutionnelle. Le problème public de l'adolescence se construit par enchaînement progressif de dispositifs de prise en charge, lesquels sont variés et le plus souvent indépendants les uns des autres.

Avec l'allongement de l'adolescence, qui va aujourd'hui de l'entrée au collège jusqu'à la stabilisation des jeunes adultes

dans la vie sociale, professionnelle, voire familiale, les préoccupations relatives à l'adolescence se sont multipliées, de l'extension de la prise en charge des problèmes de santé (tout particulièrement en santé mentale) à celle des problèmes d'insertion sociale, scolaire et professionnelle. Dit autrement, les adolescents difficiles seraient aujourd'hui caractérisés par l'étirement dans le temps de leurs difficultés, lesquelles sont de plus en plus hétérogènes. Si la prise en compte des « adodifficiles » se joue sur une période plus longue et dans une optique transversale qui cherche à éviter le saucissonnage, sectoriel ou thématique, c'est à partir de cette visée d'une action plus globale, multi modale, que le concept de vulnérabilité a pu être introduit. Par exemple, les spécialistes insistent sur le fait que l'adolescent violent est aussi un adolescent en souffrance. Comme le précise un intervenant du social : « est alors taxé de vulnérable, toute situation où se conjuguent des risques d'être pris dans des conduites dangereuses, pathologiques ou déviantes ». Réflexion qui fait écho à celle d'un clinicien : « dans notre champ, en psychopathologie, la vulnérabilité c'est quelque chose qui se construit en donnant un risque supplémentaire de maladie

particulière ; par exemple on peut parler des facteurs de risque qui favorisent un devenir schizophrène ». La vulnérabilité est aussi d'ordre temporel : pour les plus fragiles, l'adolescence est une expérience sociale du défaut d'avenir, ou à tout le moins une expérience de l'impossibilité de s'y projeter.

L'émergence de la catégorie d'adolescent « incasable » et d'adolescent « en souffrance » à la fin des années 90, souligne avec force une telle reconfiguration du problème public. Elle s'accompagne d'un changement de logiciel du côté des politiques publiques sectorielles. Depuis la parution en 1997 du livre blanc de l'adolescence³, en passant par la Conférence de la famille en 2004, on observe ce que nous avons nommé, faute de mieux, une pluralisation des espaces interinstitutionnels à la croisée du travail social et du soin psychique. Ces nouvelles configurations d'action se reconnaissent par le fait qu'elles sont nées sous la double impulsion des politiques nationales, mais selon des montages qui mobilisent des réseaux, des ressources locales. On peut ici parler de véritables réseaux socio techniques entre la justice, la psychiatrie, les associations, parfois l'éducation nationale, et les instances communales et départementales. Les trois configurations les plus illustratives de notre recherche, « montées » pièce par pièce par mobilisation d'acteurs séants pour chacune des institutions participantes, sont la Maison des adolescents, le Diplôme universitaire « ados difficiles » et la Commission départementale dite « cas lourds », rebaptisée ensuite « Commission des ados difficiles ». Chacun des ces dispositifs - dont certains sont présentés dans ce dossier de Rhizome - vise des finalités distinctes. Mais ils ont pour point commun de se construire comme un carrefour où se croisent les rues de l'école, de la justice et du soin.

¹ Isabelle Stengers est philosophe et historienne des sciences, chargée de cours à l'Université Libre de Bruxelles.

² Notre réflexion s'appuie sur une recherche en cours « Généalogie des dispositifs de traitement public de la vulnérabilité sociale et psychique des adolescents de l'agglomération lyonnaise » (C. Laval et B. Ravon avec Y. Desbois, C. Chaurand et C. Cadel). Cette recherche s'inscrit dans un projet ANR (2009-2011) mené en collaboration avec des historiens et sociologues : Lyon-Vulnérabilités-XX^e siècle (coordination A. Brodriez-Dolino, CNRS).

³ L'hospitalisation des adolescents - Etat des lieux et perspectives, Dir. P. Alvin, Ph. Jeammet, X. Pommereau, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'Etat à la Santé/Fondation de France 1997.



Mario Rossi

Les « adodifficiles » : un problème public interinstitutionnel (suite)

*NDLR Les Contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) ont succédé en 2007 aux contrats de ville comme cadre du projet de territoire développé au bénéfice des quartiers en difficultés.

Ces nouveaux dispositifs-phares à l'échelon départemental ne sont bien sûr pas les seuls. Ils sont constellés et innervés par des micros configurations qui se développent sur des territoires plus restreints (territoire de proximité, quartier, commune) à partir d'outils locaux dans le cadre des CUCS⁴, des ateliers santé-ville, des conseils locaux de santé mentale, des chantiers d'insertion, des programmes de réussite éducative. A titre d'exemple, une association de médiateurs sociaux a construit une liste de 127 jeunes d'un même quartier, identifiés comme étant « sans

solution ». La précision du chiffre indique l'ampleur de l'action à mener, mais aussi et peut-être surtout la singularité des situations rencontrées. La réponse au problème public de l'adolescence dans ce quartier passera-t-elle par la mise en œuvre de 127 configurations interinstitutionnelles de prise en charge ?

L'action publique sur mesure a ses limites. Reste que la pluralisation des espaces interinstitutionnels comme réponse à des trajectoires adolescentes de vulnérabilité suppose de remettre sur le chantier la coordination des acteurs. Si l'on repère assez

bien la qualité du tissu urbain qui permet aux différents dispositifs de s'emboîter, la question de la temporalité des processus interinstitutionnels reste entièrement posée. En effet, comment les intervenants se coordonnent-ils dans un temps construit par la successivité de leurs implications respectives auprès de tel ou tel adolescent ou adolescente ? Ce que donne à voir la ronde des dispositifs, c'est aussi différentes processions d'intervenants d'un même territoire qui se succèdent dans le temps sans jamais se rencontrer. ■



Jeanne Comaès

Le recours à l'hospitalisation doit rester rare dans le parcours de l'adolescent (suite)

Dans notre cadre de soins, nous avons privilégié des approches multiples, à la fois basées sur une pratique institutionnelle, le travail groupal et l'utilisation de diverses médiations, pour aider à l'élaboration et à la symbolisation, sans oublier la prise en compte de la famille, essentielle pour permettre le dépassement des conflits en les reformulant, en les négociant. Il s'agit bien sûr de réduire la symptomatologie, mais aussi de permettre à l'adolescent de prendre soin de lui, de devenir porteur d'un projet thérapeutique, autrement dit, de se réapproprier un désir de santé psychique.

En effet, l'hospitalisation est une expérience de séparation qui entre en résonance avec les questions de l'autonomie, de la dépendance à l'adulte, du 2ème

processus de séparation/individuation (P. Blos). Le travail de l'adolescence est en partie de se distancier des imagos parentaux internalisés pendant l'enfance, travail souvent douloureux chez les adolescents que nous recevons, mais parfois impossible faute d'avoir eu des objets suffisamment fiables à internaliser, et n'ayant par conséquent pas acquis une sécurité interne. Philippe Jeammet insiste sur un paradoxe : « La force dont l'adolescent a besoin et qui lui manque pour être autonome, il l'attribue aux adultes dont il dépend et dont il a besoin. Mais ce besoin est vécu comme une emprise de l'adulte sur lui, et dans ce sens, il le perçoit comme une entrave, comme une menace sur son autonomie ». Plus il est fragile, c'est le cas des adolescents

hospitalisés, plus il ressent cette menace sur son autonomie et sur son intégrité narcissique. En retour, cela peut générer une violence défensive, parfois avec un recours à l'agir. La nécessité d'un travail institutionnel permanent est évident, en particulier sur la distance interpersonnelle afin de se dégager de contre-attitudes néfastes, et nécessite une équipe formée, stable, capable de permanence psychique.

L'hospitalisation n'est pas une fin en soi, mais un outil majeur pour les adolescents, à condition de l'intégrer dans un partenariat avec les secteurs mais aussi les autres partenaires (pédiatrie, école, services sociaux...). ■

Bibliographie

Blos P. (1997) Adolescence et second processus d'individuation. In : Perret Catipovic M., Ladame F., *Adolescence et psychanalyse : une histoire*. Editions Delachaux et Nestlé S.A., Lausanne, Paris, 113-150.

Jeammet P. (1990), Les destins de la dépendance à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 38, (4-5), 190-199.

Rochet T. (2004), Hospitalisation des adolescents en psychiatrie. *L'Information Psychiatrique*, 80, (10), 799-802.