

D-CLIC OCCITANIE

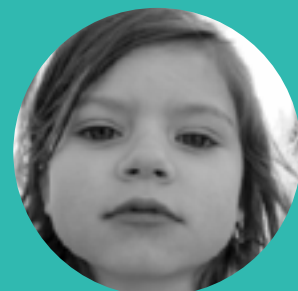
**DISPOSITIFS DE CLINIQUE
INDIRECTE CONCERTÉE**

RÉSILADO (Hérault) • PARCOURS ADOS 81 (Tarn)
Réseau ENFANT-ADO 66 (Pyrénées-Orientales)
ARPEGE (Gard) • RAP 31 (Haute-Garonne)
RÉSADO 82 (Tarn-et-Garonne)

d-clic.info

GUIDE PRATIQUE

**CAPITALISATION DE L'EXPÉRIENCE
DES DISPOSITIFS DE CLINIQUE
INDIRECTE CONCERTÉE D'OCCITANIE**





ÉDITEUR : Collectif D-CLIC Occitanie
COMITÉ DE RÉDACTION : Agnès Chamayou-Douglas,
Mohamed Ghaouti et Dr Séverine Pavoine
COORDINATION : Agnès Chamayou-Douglas
GRAPHISME : Camille Garnier
IMPRESSION : Pure Impression (France)

© D-CLIC Occitanie, février 2023
ISBN : 978-2-9586337-0-7
Licence Creative Commons
Photos de la couverture et du dos de couverture : Unsplash

dclic.occitanie@gmail.com

www.d-clic.info

[in d-clic-occitanie](https://www.linkedin.com/company/d-clic-occitanie)

AUTEURS

Samia Abdelmoumen, Sandrine André,
Isabelle Baldo, Katia Bas, Chantal Boutboul,
Francis Brugaillère, Agnès Chamayou-Douglas,
Jean-Jacques Chauchard, Joanna Chaudot,
Dr Marie-Bénédicte Chevalier,
Bruno Chichignoud, Dr Julie Collange,
Paula Faveur, Laurence Florencio,
Marie Fouade-Vilaceque, Silvia Fournil,
Marion Hottelart, Mathilde Gatinot,
Mohamed Ghaouti, Céline Guillaume,
Delphine Louge, Mélanie Magnin,
Jessica Malgouyres, Mikael Morin,
Élisabeth Nice Pointis, Dr Séverine Pavoine,
Anne Piazza, Nathalie Reymond-Babolat,
Philippe Rigoulot, Élise Tixier, Krystel Treillard,
Mathilde Vilboux et Pascale Villeraze

AVEC LE SOUTIEN FINANCIER DE



REMERCIEMENTS

Un grand merci à 416PROD et à Mélissa Theuriau d'avoir mis à disposition gracieusement des images extraites du film *Incas(s)ables* pour illustrer le présent guide. Ce documentaire écrit et réalisé par Ketty Rios Palma en 2020 suit au quotidien pendant un an Kahina, Alex, Gabriel, Guillaume et Jérémie. Ces jeunes âgés entre 10 et 18 ans vivent ensemble dans une microstructure : un pavillon où chacun a sa chambre et où une équipe de six éducateurs se relaient chaque jour auprès d'eux. Ces enfants placés cumulent traumatismes et troubles psychologiques. On les appelle les cas complexes, au pire, les « incasables ».

Contact : prod@416prod.fr
www.416prod.fr

SOMMAIRE

PRÉFACES

| | |
|-----------------------------|---|
| Pr Patricia Loncle | 2 |
| Pr Guillaume Bronsard | 3 |

INTRODUCTION

| | |
|---------------------------|---|
| Qui sommes-nous ? | 4 |
| Pourquoi ce guide ? | 5 |

1 FONDAMENTAUX

| | |
|---|----|
| Définition de la clinique indirecte concertée | 7 |
| Un D-CLIC, une concertation bien spécifique | 10 |
| Le public « jeunes en difficultés multiples » | 12 |

2 PILOTAGE

| | |
|----------------------------|----|
| Charte éthique | 15 |
| Développer un D-CLIC | 16 |

3 MODE D'EMPLOI

| | |
|-----------------------------------|----|
| La coordination de parcours | 20 |
| L'animation territoriale | 24 |

Fiches D-CLIC

| | |
|------------------------------|----|
| ARPÈGE | 30 |
| RAP 31 | 36 |
| RÉSILADO | 42 |
| RÉSEAU ENFANT - ADO 66 | 46 |
| PARCOURS ADO 81 | 50 |
| RÉSADO 82 | 54 |

4 BOÎTE À OUTILS

Fiches techniques

| | |
|--|----|
| Parcours de vie | 60 |
| Réunion D-CLIC | 64 |
| Secret professionnel et partage d'informations à caractère secret | 66 |
| Repérage d'enfants à risque de difficultés multiples | 68 |
| Formation des professionnels D-CLIC | 70 |

Fiches métiers

| | |
|--------------------|----|
| Coordinateur | 72 |
| Clinicien | 74 |
| Secrétaire | 76 |



Pr Patricia Loncle

Professeure en sociologie à l'École
des hautes études en santé publique (EHESP)

Les politiques de santé mentale des adolescent.e.s et des jeunes s'insèrent dans un paysage complexe et particulièrement éclaté. En effet, si ces politiques publiques ont connu un essor progressif et particulièrement encourageant depuis la création des Maisons des adolescents et des Points d'accueil et d'écoute jeunes depuis le début des années 2000, elles présentent encore un certain nombre de faiblesses. Au moins trois d'entre elles méritent d'être soulignées : elles restent encore partielles, car elles n'atteignent pas l'ensemble des publics adolescents et jeunes (Malinowski, 2021) ; elles ne sont pas encore toujours bien reliées aux autres politiques publiques qui concernent cette population, même si des efforts sont faits dans le champ de la santé comme le montre l'exemple des D-CLIC ; on observe des inégalités territoriales importantes lorsque l'on considère les efforts déployés par les acteurs publics et associatifs en la matière.

Des politiques publiques partielles

Concernant le premier angle, les travaux de Sylvie Malinowski ont permis de montrer que les publics adolescents et jeunes concernent au premier chef les populations issues des classes moyennes et supérieures de la société, alors même que l'on sait que les adolescent.e.s et les jeunes de classes populaires souffrent de nombreuses difficultés sociales ayant des répercussions sur leur santé mentale (isolement, dans certains cas, absence de soutien parental, précarité, mauvaises conditions de logement, etc.). Cette situation est encore plus prégnante depuis la crise de la Covid 19 et plus récemment du fait du contexte anxiogène dans lequel nous nous trouvons (inflation, coût de l'énergie, guerre en Ukraine, dérèglement climatique, etc.) qui expose, certes, l'ensemble des jeunes, mais de manière encore plus forte celles et ceux issu.e.s des classes populaires.

Les explications de ce faible recours des jeunes de classes populaires sont assurément multiples, mais il semble nécessaire de souligner la question des difficultés d'accès aux dispositifs, difficultés liées à la fois à des questions d'information, de mobilité et à un certain rejet de la part de publics qui envisagent la santé mentale avec des perceptions assez négatives.

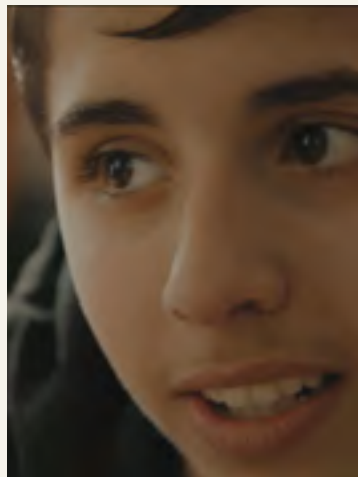
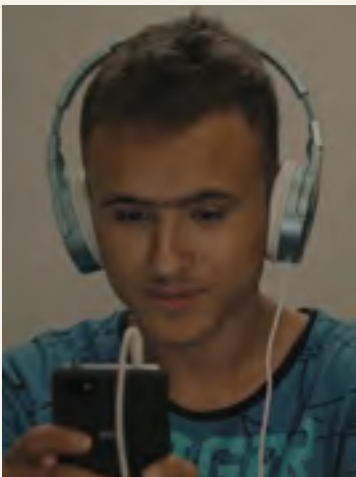
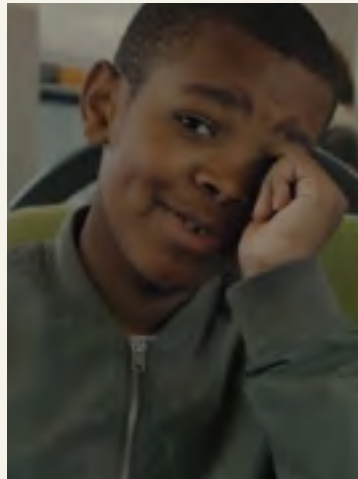
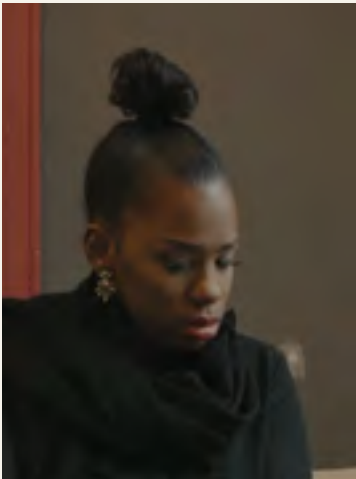
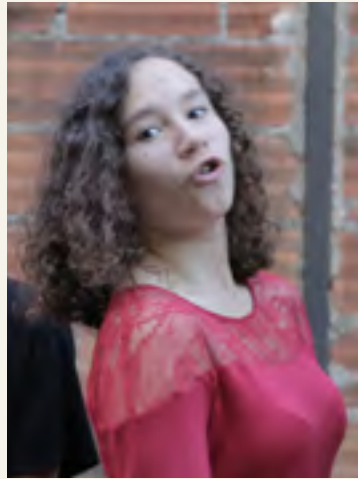
Une offre publique éparpillée

Ensuite, les politiques de santé mentale des adolescent.e.s et des jeunes se heurtent à l'éparpillement plus général des politiques publiques qui s'adressent à cette population. Relevant de l'État et de l'ensemble des niveaux de collectivités locales, ces dernières sont en butte à de nombreux freins : une certaine illisibilité d'une offre touffue et très changeante, au point que même les professionnel.le.s en charge de ces publics ont du mal à se repérer ; des questions de légitimité et de priorisation des publics adolescents et jeunes qui font que ces politiques publiques sont généralement assez peu dotées à la fois en moyens humains et en moyens financiers ; des questions de coordination à la fois à l'intérieur des collectivités territoriales et a fortiori entre les différents niveaux d'intervention et avec l'État. Dans ce paysage difficile à décrypter, les politiques de santé mentale doivent trouver leur place et ce n'est pas chose aisée puisque ce sont des politiques récentes, faisant appel à des référentiels professionnels pas toujours bien identifiés par les autres acteurs, publics et associatifs.

Des inégalités territoriales marquées

Enfin, les politiques de santé mentale des adolescent.e.s et des jeunes, tout comme l'ensemble des politiques publiques s'adressant à la jeunesse, connaissent des variations territoriales très importantes. En effet, selon les territoires, la priorité politique donnée à ces questions apparaît très changeant. Il s'ensuit des prises en compte marquées par des inégalités très fortes : certains territoires vont réussir à développer des réseaux d'acteurs pluridisciplinaires qui parviennent à dégager des objectifs d'intervention communs alors que d'autres vont rester concentrés sur l'approche sectorielle de cette question pourtant très transversale. Les raisons de ces variations sont, là encore, multiples : elles renvoient à la fois à la volonté politique des décideur.se.s locaux.les, au financement des actions de coordination, à l'engagement professionnel des acteurs locaux, mais aussi à l'antériorité de certaines démarches partenariales qui vont permettre ou non une bonne intégration de ces actions (Kalala, thèse en cours).

Pour toutes ces raisons, une démarche comme celle des D-CLIC apparaît comme une des réponses potentielles aux faiblesses actuelles des politiques de santé mentale des adolescent.e.s et des jeunes.



© 416PROD

La problématique principale des « adolescents incasables » n'est pas qu'ils n'aient pas de case, mais plutôt qu'ils en aient trop. C'est parce qu'ils relèvent de plusieurs champs à la fois que leur place ne va pas de soi. La protection, le soin, la justice des mineurs, parfois le handicap sont des champs divers à cultures, éthiques, fonctionnements et tutelles différentes. Ils peuvent facilement se renvoyer les responsabilités car chacun a raison : cet adolescent relève bien des autres champs que le sien... La violence réelle ou supposée, portée ou produite par cet adolescent est bien souvent le levier principal des difficultés de partenariat, en particulier lorsque ces partenariats doivent être réalisés en urgence.

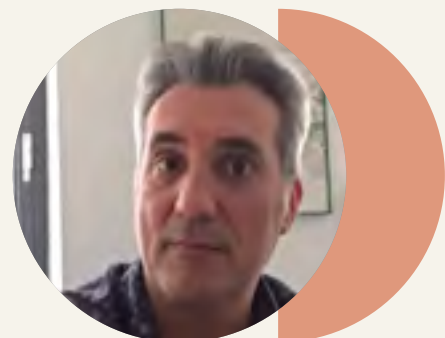
La problématique principale des « adolescents incasables » n'est pas qu'ils n'aient pas de case, mais plutôt qu'ils en aient trop.

Pourtant, ces adolescents nécessitent à l'évidence autant de soin (psychique et souvent aussi somatique), de protection et d'éducation, de façon concomitante. Les pédopsychiatres, les psychologues et les éducateurs ont, souvent sans le savoir, un passé historique commun, autour de ces adolescents-là qui ont permis la constitution de leur corpus théorique, de leur clinique et de leurs projets institutionnels.

Un secteur de l'adolescence unifié serait la solution si l'on sait soigner nos murs et nos liens interprofessionnels. Nous pourrions alors remplir notre mission principale, commune, rassurer cet adolescent pour pouvoir le soigner et l'éduquer.

Pr Guillaume Bronsard

PU-PH, Chef du service hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHRU de Brest
Président de l'Association Nationale des Maisons des Adolescents
Président de l'École des Parents et des Éducateurs de l'Île-de-France



QUI SOMMES-NOUS ?

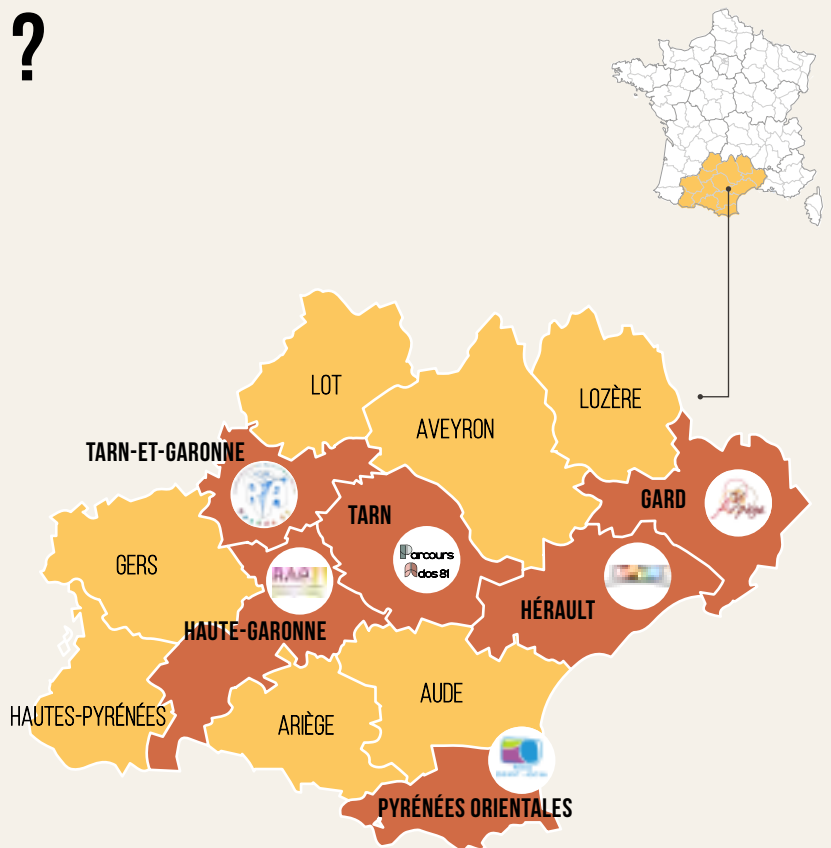
Depuis 2004, des dispositifs de clinique indirecte concertée (D-CLIC) se déploient dans 6 des 13 départements de la région Occitanie, principalement grâce au financement de l'ARS. Ils ont pour vocation de soutenir les professionnels accompagnant des enfants et des adolescents en difficultés multiples. Leur création fait suite à la Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté.

Une spécificité de la région Occitanie

Ce dispositif jeunesse est un modèle d'organisation de travail innovant pour répondre aux ruptures de parcours de ces jeunes impactés par de multiples vulnérabilités. Les besoins des jeunes en grande souffrance se situent à l'interface des dispositifs sociaux, sanitaires, médico-sociaux, éducatifs et judiciaires. Ils ne trouvent pas « leur place » dans les prises en charge classiques. Les D-CLIC proposent un cadre clinique spécifique destiné aux professionnels concernés par une même situation, dans lequel construire de façon concertée un projet personnalisé adapté à la situation du jeune.

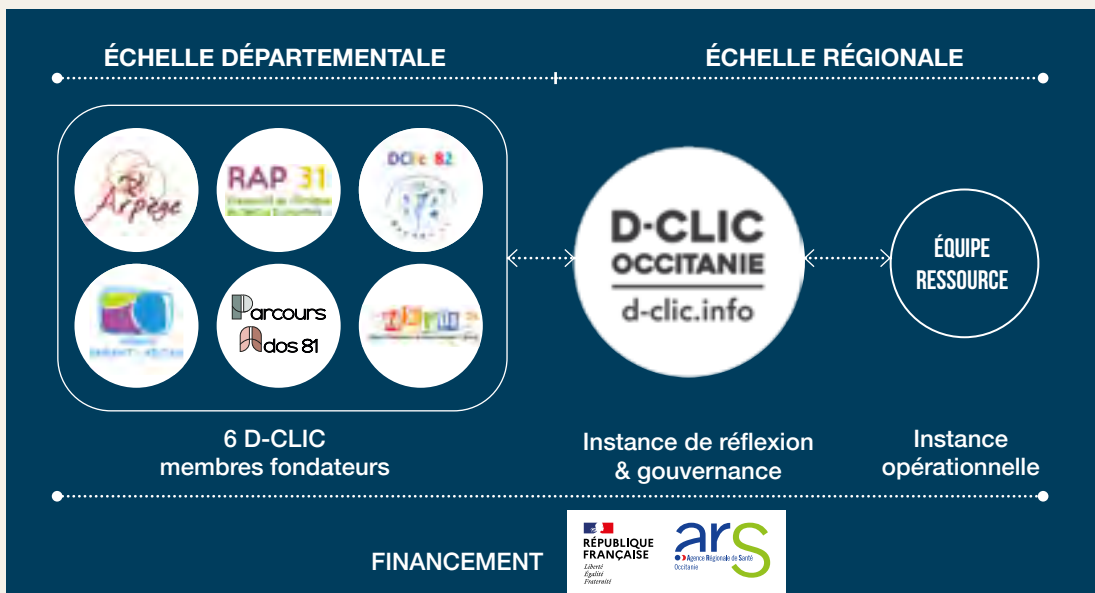
Vers une couverture régionale en faveur de la continuité des parcours de jeunes en difficultés multiples

Ces dispositifs départementaux, représentant à ce jour une quarantaine de professionnels, se sont rassemblés au sein d'un collectif, D-CLIC Occitanie, pour organiser une partie de leur réflexion et pour partager expérience et savoir-faire.



Implantation des D-CLIC en région Occitanie © D-CLIC Occitanie

Par ailleurs, une Équipe Ressource régionale, financée par l'ARS Occitanie, a été mise en place en 2020 afin de diffuser ce savoir-faire dans toute la région et d'essaimer ces dispositifs dans les départements occitans non pourvus.



POURQUOI CE GUIDE ?

Ce guide de capitalisation s'inscrit dans une dynamique d'essaimage et de sensibilisation menée par le Collectif D-CLIC Occitanie et soutenue par l'ARS Occitanie, en vue de contribuer au recul des ruptures de parcours des jeunes en difficultés multiples (0-21 ans) et de rendre plus visible ce public. Il vise plus spécifiquement à partager une partie de l'expérience et des pratiques professionnelles des dispositifs de clinique indirecte concertée (D-CLIC). Quoique le public auquel se destine ce dispositif soit peu connu, ce guide n'a pas vocation à étudier cette population mais à exposer le modèle d'organisation de travail et les modalités d'intervention. Excepté un Référentiel rédigé en juin 2019, le savoir-faire des professionnels des D-CLIC (cf. *Fiches techniques et métiers*) était jusqu'ici intrinsèquement informel.

Ce n'est pas la modélisation qui est recherchée ici mais une logique de transposition. Une attention particulière a ainsi été portée pour fournir des outils adaptables à la singularité de chaque contexte territorial. Un des défis était d'extraire les principaux savoirs, connaissances et savoir-faire sans pour autant effacer la diversité des D-CLIC existants (cf. *6 fiches D-CLIC*).

Le format de restitution - un guide pratique conçu comme une boîte à outils - a été choisi afin de répondre à des attentes opérationnelles. La lecture de ce support permettra d'initier aux grands principes de la clinique indirecte concertée (cf. *1 - Fondamentaux*) et au fonctionnement d'un D-CLIC (cf. *3 - Mode d'emploi*). Toutefois, cela ne remplace en rien une formation par l'immersion et l'expérimentation pour maîtriser cette pratique d'une haute technicité. Cette lecture laissera peut-être aussi un goût d'inachevé dans la mesure où l'exhaustivité n'est pas visée.

Enfin, le présent ouvrage s'adresse aux futurs professionnels de D-CLIC mais pourra aussi intéresser plus largement tout professionnel en lien avec ces jeunes aux parcours bien souvent chaotiques. Il est également espéré que la description du rôle, du périmètre d'actions et des valeurs des D-CLIC (cf. *2 - Pilotage*) contribue à se situer et à s'articuler dans un paysage complexe de dispositifs émergents et dans un contexte appelant aux regroupements professionnels. Le Collectif D-CLIC Occitanie veille toujours à ce que cette population soit au cœur des politiques publiques.



MÉTHODOLOGIE

La capitalisation est un processus qui consiste à « transformer l'expérience en connaissance partageable »

(de Zutter P., 1994)

Ce guide est le fruit d'une démarche de capitalisation entreprise pendant plusieurs mois par l'ensemble du Collectif D-CLIC Occitanie. À cette fin, 23 entretiens semi-directifs ont été réalisés, d'une part auprès de fondateurs pour décrypter la mise en place de leur dispositif, et d'autre part auprès de membres d'équipes D-CLIC pour décrire le fonctionnement et l'animation de leur dispositif. Cette collecte de données a permis de recueillir une diversité de points de vue : psychologues, médecins, éducateurs spécialisés ou encore travailleurs sociaux. Puis l'analyse des données et l'écriture du guide ont été participatives via la constitution de focus groupes.

1 FONDAMENTAUX



DÉFINITION DE LA CLINIQUE INDIRECTE CONCERTÉE

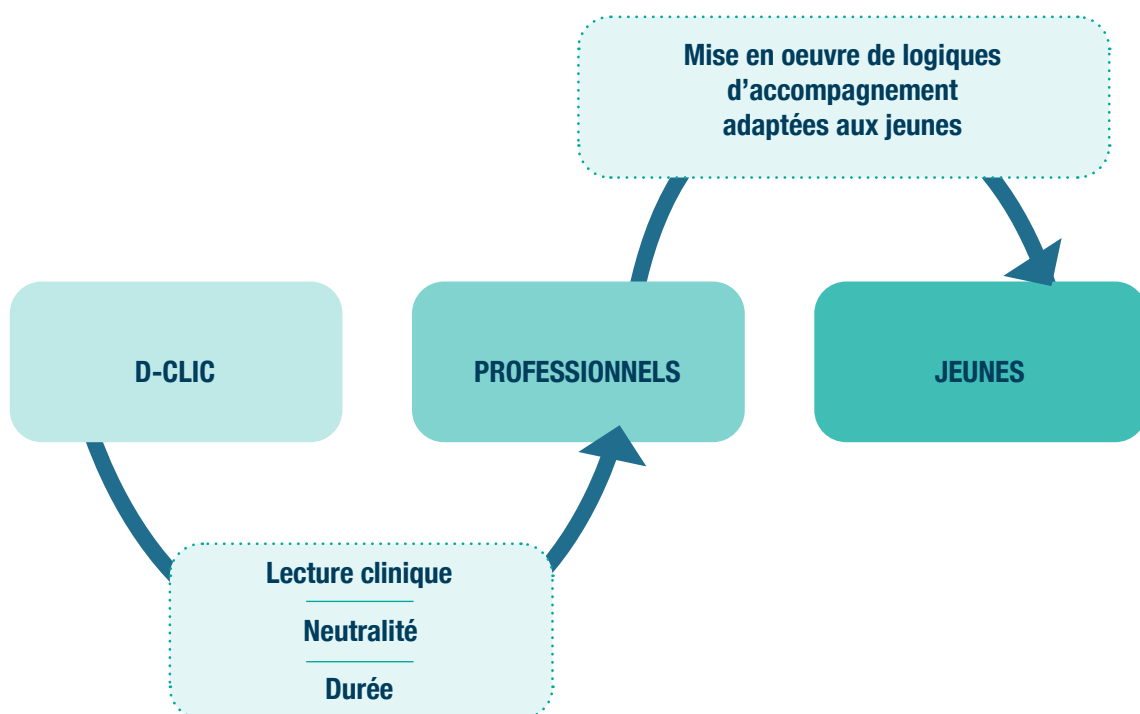
La clinique indirecte concertée est une méthode de travail visant à élaborer collectivement des logiques d'accompagnement adaptées à un jeune, à éclairer les difficultés d'accompagnement et à aider sa prise en charge. Il s'agit d'un cadre clinique spécifique destiné aux professionnels concernés par une même situation d'un enfant ou d'un adolescent en difficultés multiples.

De la clinique sans voir le jeune

Le point de départ n'est pas le discours du jeune mais les récits subjectifs des professionnels qui partagent une vie quotidienne avec lui. La rencontre avec le sujet se fait « autrement ». La compréhension du jeune et de sa famille se fait en s'appuyant sur le discours des professionnels. Aucun des différents intervenants ne détient la vérité sur le jeune. Chacun dispose d'éléments de connaissance de son parcours de vie et de soins.

L'indispensable neutralité du dispositif

La grande originalité de cette clinique est de regrouper les professionnels mobilisés autour d'une même situation complexe au sein d'un espace d'échange et d'élaboration neutre. Les dispositifs de clinique indirecte concertée (D-CLIC) n'appartiennent pas à un champ ou à un secteur précis et ne se substituent pas aux professionnels engagés. Cette position de tiers externe leur permet d'accueillir les professionnels autour d'une situation individuelle dans un cadre de travail serein et rassurant dénué de toute posture hiérarchique.



La clinique indirecte concertée © D-CLIC Occitanie



Découvrir les outils de la clinique indirecte concertée (cf. fiches techniques « Parcours de vie » p. 60 et « Réunion D-CLIC » p. 64) et la pluridisciplinarité des équipes de coordination des D-CLIC (cf. fiches métiers p. 72-76)

Une lecture clinique multidimensionnelle

Ce cadre clinique permet de créer les conditions d'une rencontre et d'un échange inter-partenarial favorables à l'émergence d'hypothèses sur le fonctionnement psychique du jeune, sur ses modes de relation à l'Autre et sur la dynamique familiale. Les D-CLIC étayent le décryptage de la trajectoire de vie, des modalités du fonctionnement du système familial et l'identification de répétitions trans ou intergénérationnelles. Cette distanciation permet aux professionnels de prendre du recul, de porter un autre regard sur la situation et in fine d'appréhender le jeune et sa famille différemment.

Cet éclairage clinique permet également de réfléchir aux interactions institutionnelles et à leurs possibles effets. Ce travail en réseau appuie les professionnels dans leur accompagnement au quotidien. Cela permet de faire émerger des pistes de travail élaborées collectivement, de favoriser l'apparition de ressources mobilisables et de renforcer les liens interinstitutionnels.

Suivre au long cours des situations complexes

Cette pratique clinique s'inscrit dans une temporalité longue. L'inclusion dans la file active d'un D-CLIC ne prévoit pas la fin du suivi. La seule échéance est la limite d'âge des jeunes (21 ans). De surcroît, les D-CLIC n'opèrent pas dans l'urgence. Ils proposent, au contraire, de prendre le temps d'analyser des parcours de vie et de soins conjointement et au rythme de la situation.

Un espace tiers thérapeutique

Cet espace de parole inter-partenarial s'apparente à la création d'un groupe de soins. En agissant auprès des professionnels partenaires, les D-CLIC produisent un effet thérapeutique sur le sujet concerné.

Cet espace participe également à prendre soin des professionnels souvent essoufflés, les prémunir de trauma vicariant pour maintenir leur engagement et pour éviter de nouvelles ruptures dans les parcours. La remise en narration de l'histoire du sujet et la compréhension des impasses d'accompagnement remettent en mouvement les prises en charge. La clinique indirecte concertée concourt ainsi à améliorer la relation des professionnels et du jeune aux multiples vulnérabilités.

LE SOCLE DU TRAVAIL DES D-CLIC EST L'ANALYSE ET LA RÉFLEXION CLINIQUE AUTOUR :

- des parcours de vie
- de la dynamique familiale
- des représentations que les professionnels ont de ces jeunes présentant des vulnérabilités multiples, qui viennent les mettre en difficulté et les confrontent à un fort sentiment d'impuissance
- des problématiques institutionnelles en jeu dans ces situations
- de la dynamique territoriale, au regard de l'histoire du département, des institutions, du contexte, des enjeux...

Mais aussi...

- de la posture de l'équipe de coordination des D-CLIC, qui s'appuie sur une supervision.





© 416PROD

POUR ALLER PLUS LOIN

- BARREYRE Jean-Yves, FIACRE Patricia, « *Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables »* ». *Une dimension nécessaire à la cohérence des interventions* », Informations sociales, 2009/6 (n° 156), p. 80-90.
- BENGHOZI Pierre, « *Le lien réseau* », Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 2007/1 (n° 48), p. 163-174.
- DELION Pierre, « *Clivage(s), psychopathologie et institutions* », Le Carnet PSY, 2015/5 (N° 190), p. 49-51. DOI : 10.3917/lcp.190.0049.
- FLEURY Cynthia, « *La fonction soignante en partage* », SOINS (n°812), Janvier / Février 2017, p. 57-60.
- LAGUEUX Roger, « *L'élaboration en groupe Balint.... Antidote au malaise des soignants* », Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 2013/2 (n° 61), p. 41-54.
- REYMOND-BABOLAT Nathalie, « *Dispositif de clinique indirecte concertée. Lorsque la complexité des situations adolescentes exige la mise en œuvre d'une groupalité inter-institutionnelle novatrice* », Cahiers de psychologie clinique, 2021/2 (n° 57), p. 123-141.

UN D-CLIC, UNE CONCERTATION BIEN SPÉCIFIQUE

Un dispositif de clinique indirecte concertée (D-CLIC) n'est pas aisé à situer dans le paysage institutionnel. À travers diverses présentations, il a pu être relevé que les D-CLIC sont souvent confondus ou assimilés à d'autres instances de concertation pourtant bien distinctes.

De plus, son extériorité institutionnelle et relationnelle garantit la neutralité de l'analyse des situations par son équipe de coordination et permet de soutenir une fonction tierce. Les réunions D-CLIC sont centrées sur les situations individuelles des jeunes et proposent un soutien à divers niveaux :

TROIS CRITÈRES PERMETTENT DE SE DIFFÉRENCIER DE L'OFFRE EXISTANTE :

- **Le NIVEAU DE COMPLEXITÉ**, établi à partir de la Pyramide de Kaiser
 - Niveau 1 - maladies chroniques à faible risque : État de santé simple / Soins primaires
 - Niveau 2 - maladies chroniques à haut risque : Interventions coordonnées de professionnels de santé (1^{er} et 2^e recours) et du social
 - Niveau 3 - grande complexité : Polyopathologies / Santé mentale / Facteurs sociaux de défavorisation
- **L'ORGANISATION**, c'est-à-dire les modalités des temps d'élaboration autour des situations
 - Pluriprofessionnel
 - Pluri-institutionnel
 - Intersectoriel
- **L'INTENSITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT**, mesurée par la fréquence et la durée du suivi

- **Pluriprofessionnel** : éducateurs.trices, psychologues, assistants.es de service social, médecins, infirmiers, assistants.es familiaux.les, pédagogues, cadres intermédiaires, directeurs.trices, para-médicaux...
- **Pluri-institutionnel** : CMP, Hôpital de jour, MECS, lieu de vie, DITEP, IME, SESSAD, établissements scolaires ou de formation, UEMO, AEMO, CER, CEF, EPM, assistants.es familiaux.les...
- **Intersectoriel** : services de protection de l'enfance, secteur social, secteur médico-social, secteur sanitaire, protection judiciaire de la jeunesse, éducation nationale...

L'intervention d'un D-CLIC s'inscrit dans un suivi au long cours d'une haute intensité (rencontres fréquentes et durée du suivi sur plusieurs années) et prend en compte la temporalité psychique du sujet afin de soutenir son développement.

Enfin, au travers d'actions d'animation territoriales, un D-CLIC soutient l'interconnaissance et la reconnaissance mutuelle qui favorisent le maillage et la synergie interinstitutionnel autour des situations singulières des jeunes.

LES CARACTÉRISTIQUES DU D-CLIC

Un D-CLIC prend en considération les besoins mais aussi les possibles et la faisabilité pour le jeune. Son animation s'effectue par la clinique : on se centre sur le jeune, c'est-à-dire sur *la clinique du quotidien* (analyse synchronique) en lien avec celle de son parcours (analyse diachronique), ce qui permet de mettre au travail les représentations de tous les professionnels quelles que soient leur origine professionnelle et institutionnelle.

| COMPLEXITÉ | ORGANISATION | INTENSITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT |
|------------|------------------------|-------------------------------|
| Niveau 1 | Pluri-professionnel ✓ | Faible |
| Niveau 2 ✓ | Pluri-institutionnel ✓ | Moyen |
| Niveau 3 ✓ | Intersectoriel ✓ | Haute ✓ |



Lire La définition de la clinique indirecte concertée (p. 7), les fiches techniques « Parcours de vie » (p. 60) et « Réunion D-CLIC » (p. 64) et les fiches métiers (p. 72-76)

Groupe Opérationnel de Synthèse (GOS)

Dans le cadre de la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT), la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ou la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA) organise un GOS qui rassemble : la personne en situation de handicap, les professionnels des institutions pouvant répondre à ses besoins. Si nécessaire, les financeurs peuvent y être associés.

À l'issue de cette réunion est élaboré un Plan d'Accompagnement Global signé par toutes les parties.

| COMPLEXITÉ | ORGANISATION | INTENSITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT |
|------------|------------------------|-------------------------------|
| Niveau 1 | Pluri-professionnel ✓ | Faible |
| Niveau 2 | Pluri-institutionnel ✓ | Moyen ✓ |
| Niveau 3 ✓ | Intersectoriel | Haute |

Dispositif d'appui à la coordination (DAC)

Le DAC est un point d'entrée unique et gratuit pour les usagers (tout âge, toute pathologie), les professionnels et les structures qui font face à des situations de santé et de vie complexes pour favoriser le maintien à domicile.

Chaque DAC est composé d'une équipe pluri-professionnelle (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux...). Il informe, oriente et accompagne les professionnels, les patients et leur entourage dans les situations complexes. Il leur apporte des réponses concrètes :

- En évaluant la situation et les besoins de la personne ;
- En proposant un parcours de santé personnalisé, coordonné et accompagné, en accord avec le médecin traitant et en lien avec les professionnels.

| COMPLEXITÉ | ORGANISATION | INTENSITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT |
|------------|-----------------------|-------------------------------|
| Niveau 1 ✓ | Pluri-professionnel ✓ | Faible ✓ |
| Niveau 2 ✓ | Pluri-institutionnel | Moyen ✓ |
| Niveau 3 | Intersectoriel | Haute |

Groupes d'analyse des pratiques professionnelles (GAP) / Supervision

« Les métiers de la relation dans le secteur social et médico-social nécessitent une forte implication personnelle.

Les relations avec les usagers, les collègues,

la Direction, les partenaires qui reposent sur la dynamique de la rencontre, requièrent un effort constant d'engagement de la part des professionnels. La supervision permet d'analyser les résonances induites par la relation à l'autre, de s'interroger sur ce qui s'y joue et d'envisager un juste positionnement relationnel.

La supervision d'équipe est un espace privilégié proposé aux salariés, cadres, non cadres, animé par un tiers, pour interroger leurs actes, leurs postures, développer une meilleure connaissance d'eux-mêmes dans leur pratique, identifier et développer leurs capacités et leur pouvoir d'agir, entre pairs. »

Source : irtshdf.fr/accompagnement-des-etablissements

| COMPLEXITÉ | ORGANISATION | INTENSITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT |
|------------|-----------------------|-------------------------------|
| Niveau 1 ✓ | Pluri-professionnel ✓ | Faible |
| Niveau 2 | Pluri-institutionnel | Moyen ✓ |
| Niveau 3 | Intersectoriel | Haute |

Commission Cas complexes de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

Cette instance décisionnaire est centrée sur des problématiques de protection de l'enfance pour des enfants confiés afin de répondre à un besoin urgent.

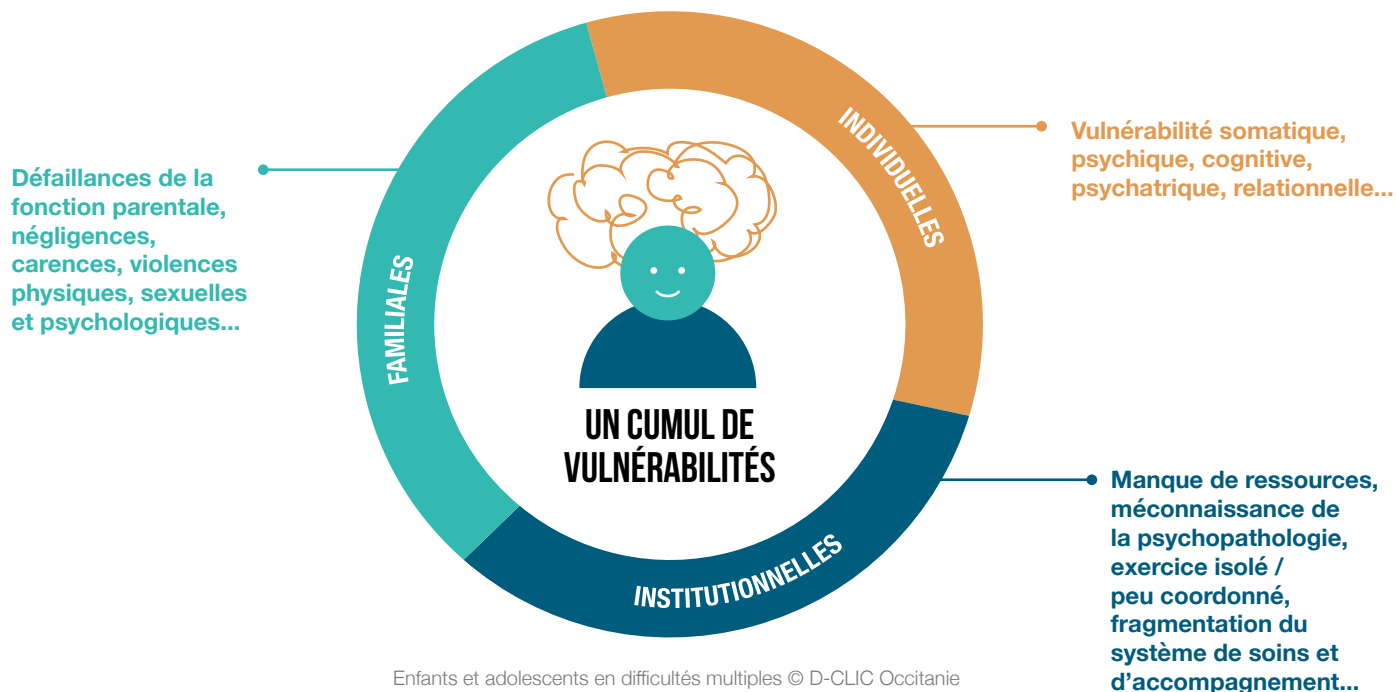
| COMPLEXITÉ | ORGANISATION | INTENSITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT |
|------------|------------------------|-------------------------------|
| Niveau 1 | Pluri-professionnel ✓ | Faible ✓ |
| Niveau 2 ✓ | Pluri-institutionnel ✓ | Moyen |
| Niveau 3 ✓ | Intersectoriel | Haute |

Synthèse / Réunion bilan / Projets

Ces réunions d'évaluation du projet de soin et/ou d'accompagnement sont organisées principalement pour une équipe qui peut y associer des partenaires. Chaque participant partage son point de vue et son analyse sur la situation.

| COMPLEXITÉ | ORGANISATION | INTENSITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT |
|------------|------------------------|-------------------------------|
| Niveau 1 ✓ | Pluri-professionnel ✓ | Faible ✓ |
| Niveau 2 ✓ | Pluri-institutionnel ✓ | Moyen |
| Niveau 3 | Intersectoriel | Haute |

LE PUBLIC « JEUNES EN DIFFICULTÉS MULTIPLES »



Le public cible des dispositifs de clinique indirecte concertée (D-CLIC) n'est qu'une petite proportion de la population « enfants et adolescents » : les jeunes dits en situation complexe, ou en difficultés multiples. Dans les années 1998-2000, ces jeunes sont nommés **incasables**. Une majorité d'entre eux a des difficultés psychiques et dont certains peuvent présenter des troubles plus graves, sans trouver de solution dans les prises en charge classiques.

Ces jeunes très vulnérables connaissent des **ruptures extrêmement fréquentes** dans leurs parcours de vie : changement de composition du couple « parental », exclusions des établissements scolaires ou médico-sociaux, retour en famille mal préparé après une mesure de protection, changements répétés d'institution, sorties sèches de l'ASE...

Leur fonctionnement psychique est marqué par une logique interne particulière : ils ne peuvent s'empêcher de détruire ce qui pourrait les aider et de rester attaché à ce qui leur fait mal. Cette logique - que l'on qualifie souvent d'**abandonnique** - se déploie avec toute personne investie.

Par ailleurs, ces jeunes induisent des relations d'où est exclu tout tiers, des relations de collage, en miroir, difficilement supportables au long cours pour les adultes qui partagent leur quotidien.

Les jeunes en situation complexe sont issus de **familles vulnérables**, avec une surreprésentation de parents porteurs de handicap (dont le handicap psychique), de parents souffrant de troubles mentaux, ayant bénéficié de mesures de protection de l'enfance, souffrant d'addictions ou inscrits dans des parcours délinquantiels. Ils sont souvent victimes de négligences et de violences. Leurs antécédents familiaux repèrent fréquemment des problématiques d'abus sexuels, parfois sur plusieurs générations.

Ces vulnérabilités peuvent se cumuler et s'ajoutent à d'autres de nature institutionnelle, telle qu'une fragmentation du système de soins et d'accompagnement.



Découvrir le travail de coordination de parcours des D-CLIC (p. 20)



VIGNETTE CLINIQUE DE JULIEN, 15 ANS

Afin d'illustrer la description du public cible des D-CLIC, il est proposé la vignette clinique qui suit, dont toute ressemblance avec des personnes existantes serait fortuite.

Julien est un adolescent de 15 ans. L'Aide Sociale à l'Enfance, en charge de la référence placement de Julien, sollicite le D-CLIC afin de coordonner le maillage des accueils qui se complexifient.

De sa trajectoire nous apprenons que sa mère aurait été placée dans son enfance suite à des violences intrafamiliales et avait un lien particulier avec sa grand-mère. Elle est émancipée à 16 ans. Son père n'a plus aucun contact avec ses parents ni ses frères et sœurs.

Le couple parental a deux enfants : Hyppolite, 17 ans, qui a un parcours en Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), et Julien, 15 ans. Le couple se sépare lorsque Julien a 7 ans sur fond de violences conjugales. Julien et Hyppolite vivent alors avec leur mère en banlieue de grande ville. Lorsque Julien a environ 10 ans, il sera placé provisoirement pour carences éducatives. Lors du retour au domicile une orientation DITEP est préconisée et interviendra lors de sa rentrée en 5^{ème}.

La mère refait sa vie et aura une fille, Anna, qui a aujourd'hui un an et demi. Elle est séparée de son compagnon. Elle n'a jamais travaillé.

Le père vit actuellement en couple et travaille de manière irrégulière. Lors de la vie commune entre Madame et le père d'Anna, Julien décrit des violences de ce beau-père ; de nombreuses crises clastiques seront déclenchées dans ce contexte.

L'école primaire décrit Julien comme un enfant turbulent et très touchant ayant un niveau moyen faible avec quelques difficultés de concentration.

La mère de Julien a une présentation changeante face aux professionnels : tour à tour apprêtée et enjouée, fatiguée et éteinte. Les professionnels se questionnent sur un dysfonctionnement.

La crèche recevant Anna fera un signalement pour violences. Après une évaluation sociale Anna et Julien sont placés au sein de deux familles d'accueil distinctes. Hyppolite quant à lui vit alors chez son père.

Des droits de visite et d'hébergement (DVH) sont prévus pour le père et la mère. Le père de Julien ne se rendra pas disponible pour ces DVH. La mère montre une mauvaise coopération face à ce placement. Julien fugue régulièrement du domicile de la famille d'accueil. Il a cependant un discours positif la concernant. L'accueil de Julien au sein de cette famille d'accueil se terminera dans l'urgence, Julien javellise l'aquarium. La famille d'accueil souhaite protéger l'autre jeune accueilli des comportements de Julien. Il sera alors accueilli au Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille (CDEF).

Au sein du CDEF, Julien débute un parcours de consommation et de deal. Sa mère exprime que des mauvaises rencontres l'y ont entraîné. Plusieurs vols seront commis, vols visant toujours l'une des personnes investies par Julien. Ces vols marquent la fin de son accueil au CDEF : Julien est orienté vers une Maison d'enfants à caractère social (MECS).

Le cadre de la MECS est trop excitant pour Julien. De nombreuses crises clastiques

ont lieu avec les éducateurs. Les violences se déroulent principalement au moment du coucher avec les éducateurs ou les veilleurs de nuit. Julien est repéré par l'équipe éducative comme étant un leader négatif ; il entraîne notamment les plus jeunes dans ses fugues. L'équipe dira que Julien est un garçon gentil qui peut « criser », qu'il faut savoir le prendre.

Au retour de ses fugues il revient intoxiqué, ramenant des habits coûteux. À partir de là, Julien montre un désintérêt évident en journée et n'adhère plus au travail éducatif. Sa place autour du deal semble par ailleurs se construire.

Julien se fera arrêter pour trafic de stupéfiants, le magistrat demande un suivi PJJ.

L'éducateur de la PJJ explique le trouver triste. Julien exprime qu'il dort mal, montre une mauvaise image de lui. Interviennent des crises de violences extrêmes, Julien attaque tous les lieux. Il est en sursis au sein de la MECS.

Anna, sa demi-sœur, est revenue vivre au domicile maternel, Hyppolite vit toujours chez son père, Julien est actuellement le seul enfant de sa fratrie placé. Il arrête le DITEP.

L'ASE demande une nuit d'accueil au DITEP ; la MECS exprime également cette demande. Le DITEP dans ce même temps baisse son temps d'accueil et externalise le suivi de Julien. La MECS exprime ne pas parvenir à accompagner Julien. L'ASE sollicite le D-CLIC à ce moment du parcours de Julien. »

⊕ POUR ALLER PLUS LOIN

- BRONSARD Guillaume, « Évaluation en santé mentale chez les adolescents placés. L'épidémiologie à la relance de la pédopsychiatrie dans le champ de l'enfance en danger » (2012)
- CREAL Bretagne pour l'ARS Bretagne, Étude régionale « Jeunes et adolescents en difficulté nécessitant des prises en charge et coordonnées », mars 2016
- DUMARET A.-C., GUERRY E., Crost M., « Placements dans l'enfance et devenir à l'âge adulte : insertion générale et qualité de vie liée à la santé », Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, Août 2011 (Volume 59, Issue 5), p. 289-298
- GARRET-GLOANEC Nicole, PERNEL Anne-Sophie, « Conséquences des négligences parentales sur les bébés », L'information psychiatrique, 2012/3 (Volume 88), p. 195-207
- LACHARITÉ Carl, ÉTHIER Louise S, NOLIN Pierre, « Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants », Bulletin de psychologie, 2006/4 (Numéro 484), p. 381-394
- ROUSSEAU Daniel, RIQUIN Élise, ROZÉ Mireille et al., « Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance », Revue française des affaires sociales (2016), p. 343-374

2

PILOTAGE



CHARTRE ÉTHIQUE

Le Collectif D-CLIC Occitanie se dote d'une Charte éthique de nature à informer l'ensemble de ses partenaires d'une ligne commune autour de deux éléments, des valeurs et des principes, qui viennent soutenir et border les interactions de chacun de ces dispositifs de clinique indirecte concertée (D-CLIC) avec les partenaires territoriaux.



VALEURS

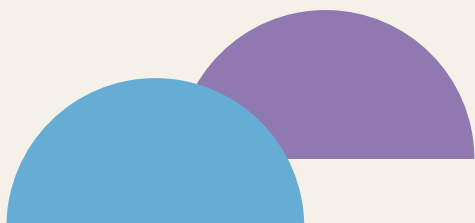


- La préoccupation partagée autour du jeune est première, en ce qu'elle guide la réflexion et l'action des professionnels et institutions concernés. À cet égard, les D-CLIC déploient leur action sur une temporalité longue, autant que nécessaire, au-delà des frontières des politiques sectorielles.
- Les familles occupent une place pleine et entière dans cette préoccupation et dans la réflexion quant à la prise en charge.
- Le travail articulé, coordonné et soutenu en réseau, entre acteurs issus de cultures professionnelles et institutionnelles différentes, renforce les liens entre tous, et permet que s'incarne la dimension soignante de ce maillage. Les interactions qui en résultent sont empreintes de respect mutuel, de bienveillance et d'empathie. La fonction tierce en clinique indirecte facilite l'expression de cette dimension.

PRINCIPES

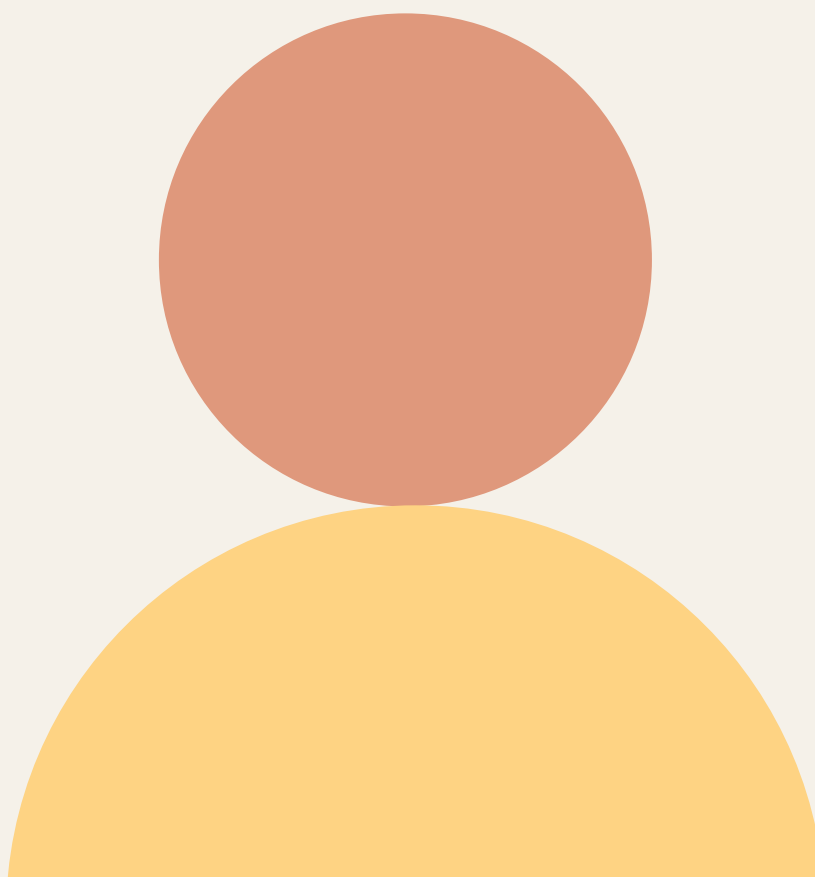


- Les familles et les mineurs font l'objet d'une information claire et appropriée afin de recueillir leur consentement libre et éclairé quant à l'inclusion du jeune dans la file active du D-CLIC.
- La participation aux espaces de travail proposés par les D-CLIC nécessite un engagement des professionnels qui représentent leur institution. Ces dernières reconnaissent cet engagement, et sanctuarisent le temps de travail nécessaire à cette implication.
- Les partenaires s'engagent à explorer, dans le cadre du travail de réseau, les ajustements identifiés collectivement quant à leur implication auprès du jeune. Ils soutiennent la dynamique interinstitutionnelle à l'œuvre et le décloisonnement qu'elle suppose.
- Dans cette élaboration collective, les partenaires respectent l'ensemble des dispositions liées au secret professionnel partagé. Ils s'engagent à utiliser l'ensemble des outils promus par les D-CLIC dans leur fonctionnement quotidien.



DÉVELOPPER UN D-CLIC :

ANALYSE DE L'OPPORTUNITÉ DE CRÉATION, MAINTIEN ET RENFORCEMENT À L'ÉCHELLE DÉPARTEMENTALE





FORCES DU D-CLIC

- ⊕ **Outils** : l'analyse clinique de parcours complexes et les réunions de concertation partenariales, permettent de construire un sens partagé.
- ⊕ **Posture** : la neutralité et l'extériorité liées à la place de tiers, sont un levier de pacification et de compréhension en dehors des affects.
- ⊕ **Temporalité** : les situations sont suivies sur le temps long (anamnèse, évaluation continue et suivi aussi longtemps que nécessaire, mémoire du parcours).
- ⊕ **Envergure** : la composition des équipes de coordination et les réunions D-CLIC pluridisciplinaires et interinstitutionnelles permettent de mutualiser des compétences et des ressources locales, de développer des connaissances et de coordonner l'ensemble des acteurs des champs social, médico-social, judiciaire, éducatif et sanitaire.
- ⊕ **Effets** : l'action des D-CLIC apaise, valorise et remobilise des partenaires qui construisent des engagements durables et concertés, dans une agilité créative au bénéfice du jeune.



FAIBLESSES DU D-CLIC

- ⊖ **File active dense** : les situations sont chronophages (parcours de vie, coordination de partenaires indisponibles ou résistants, charge administrative).
- ⊖ **Décalage** : les attentes opérationnelles des partenaires sont immédiates alors que la proposition des D-CLIC s'inscrit dans une temporalité plus longue tout en répondant de manière réactive aux sollicitations dont ils font l'objet.
- ⊖ **Multiplécité des D-CLIC** : les fonctions et les postures peuvent varier d'une équipe de coordination à l'autre (analyse, synthèse, coordination, animation territoriale, rédaction, mobilité sur l'ensemble du département).
- ⊖ **Accès à l'information** : les parcours de vie peuvent être élaborés avec difficulté.
- ⊖ **Portage juridique** : la nature de ce portage est déterminante du point de vue de la souplesse, de la neutralité et de la légitimité du dispositif.
- ⊖ **Recrutement** : les postes au sein des équipes D-CLIC requièrent des profils exigeants et atypiques, dont les compétences métiers ne sont pas encore consignées dans un référentiel.

OPPORTUNITÉS DU D-CLIC

- ⊕ **Un sujet de société** : la question des enfants et des adolescents en difficulté multiples est désormais portée par les politiques publiques (Secrétariat d'État dédié à la Protection de l'Enfance) et par le monde de la recherche (rapports ONPE, CREAL, COJ et A « h » auteur d'Enfants).
- ⊕ **Besoins des établissements** : la fragilisation des établissements nécessite une contenance tissée à partir d'un remailage des professionnels dans des espaces tiers.
- ⊕ **Contexte institutionnel dégradé** : il y a une forte demande de la part des partenaires en épuisement sur des situations qui débordent.
- ⊕ **Diminution des espaces de pensée partenariaux** : les professionnels manquent d'espaces au sein desquels partager leur épuisement et leurs frustrations et travailler leurs disqualifications réciproques.
- ⊕ **Préoccupation locale partagée en Occitanie** : les délégations départementales de l'ARS, les Conseils Départementaux, les Directions Territoriales de la PJJ, le sanitaire et l'Éducation Nationale sont sensibilisés à la nécessité d'agir auprès des jeunes en difficultés multiples.
- ⊕ **Émergence d'une culture du travail ensemble** : une culture de réseau et d'agilité des dispositifs se développe au sein des équipes et des institutions.
- ⊕ **Documentation de la recherche en santé publique** : il est nécessaire d'avoir accès à des données de terrain en matière de santé des jeunes vulnérables.

MENACES DU D-CLIC

- ⊖ **Faiblesse des ressources locales mobilisables** : le manque de moyens précarise l'implication de partenaires décideurs et entretient la logique de places.
- ⊖ **Disqualifications réciproques** : il peut exister une méconnaissance, des représentations erronées voire historiques entre partenaires.
- ⊖ **Structuration des politiques publiques** : la logique en silo cloisonne les ressources et limite les partenariats transdisciplinaires.
- ⊖ **Terminologie équivoque** : cette population est peu visible, minoritaire et fondue dans un vocable trop général de « situations complexes ».
- ⊖ **Effets des fusions** : le mouvement actuel de fusions éloigne les dispositifs de coordination des réalités de terrain et de la nécessaire proximité avec les partenaires locaux et conduit à une dilution des compétences spécialisées.
- ⊖ **Finances publiques limitées** : les moyens déployés ne sont pas à la hauteur des besoins des ressources des partenaires à mobiliser (pédopsychiatrie, places en institutions) et ne garantissent pas la pérennité des dispositifs (CPOM courts).

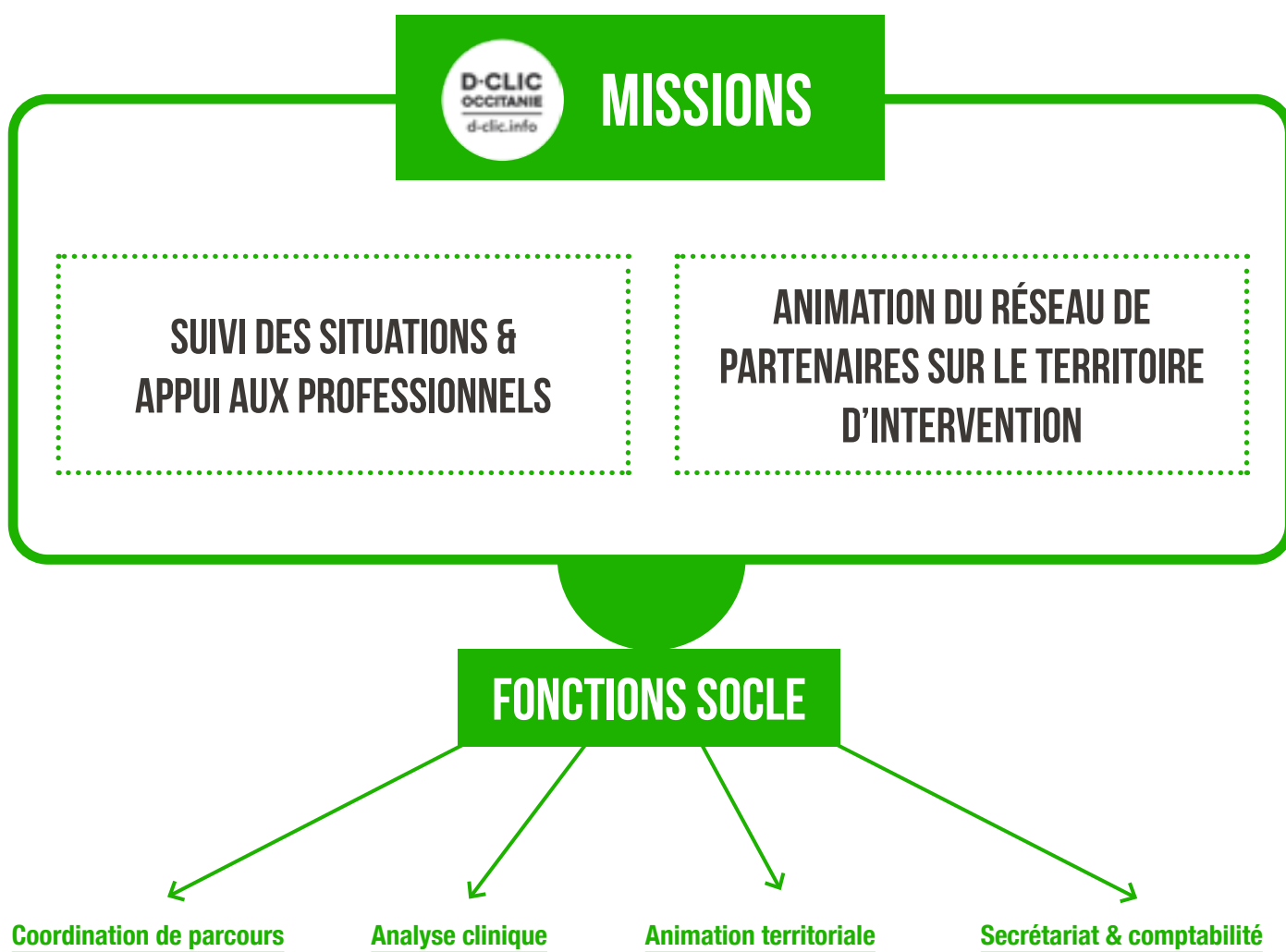
3

MODE D'EMPLOI



Les dispositifs de clinique indirecte concertée (D-CLIC) poursuivent deux missions au moyen de quatre fonctions socle (voir schéma ci-dessous). Cette partie du guide abordera la mise en œuvre opérationnelle de ces deux missions en partageant des conseils pratiques. Compte-tenu des difficultés rencontrées

par les professionnels usagers des D-CLIC (la reconnaissance des troubles psychiques de ces jeunes, des positions en miroir de ces troubles ou encore des difficultés à élaborer ces situations), il est important de leur faire une proposition simple et souple.



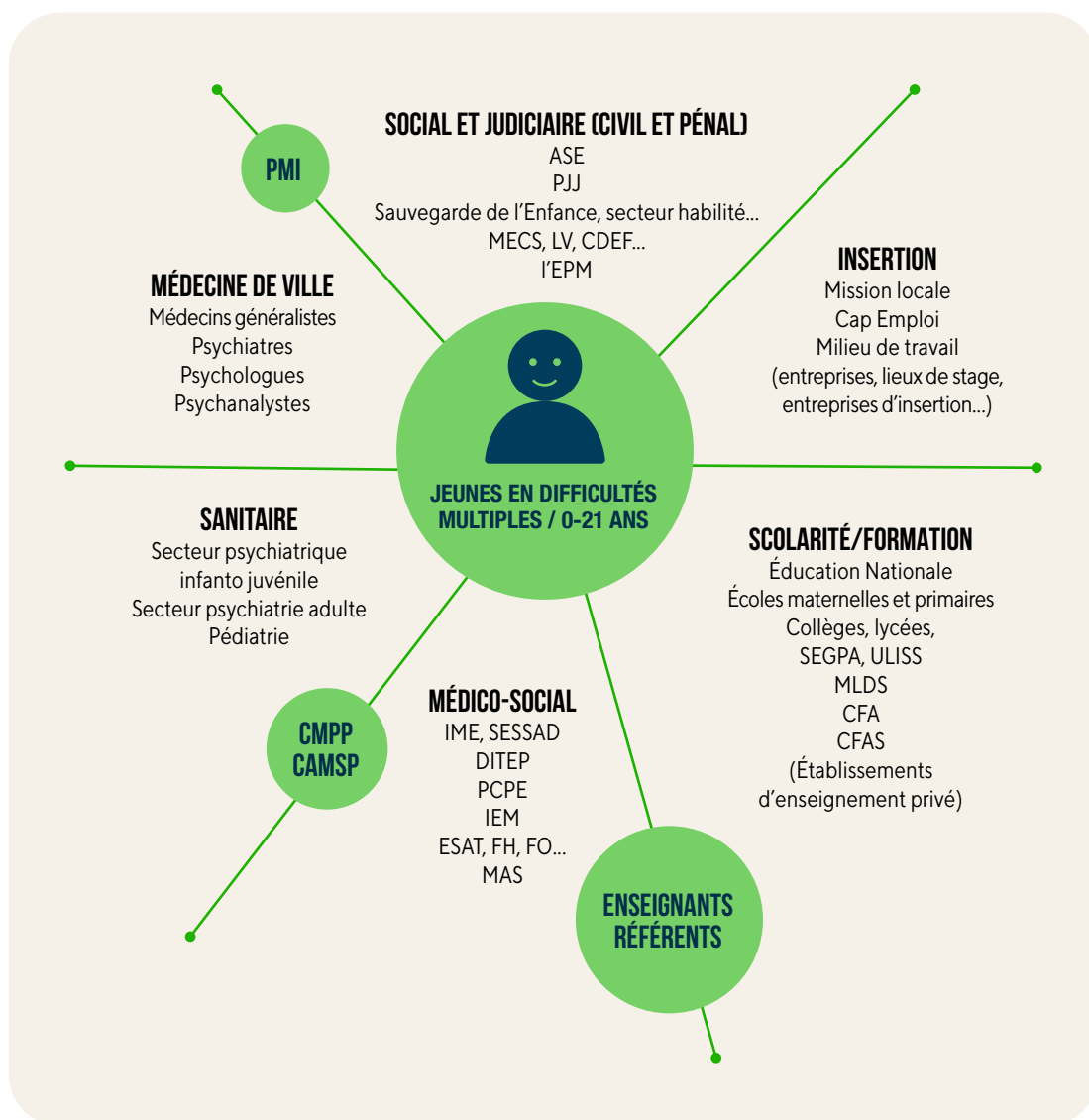
LA COORDINATION DE PARCOURS



Lire la définition de la clinique indirecte concertée (p. 7)

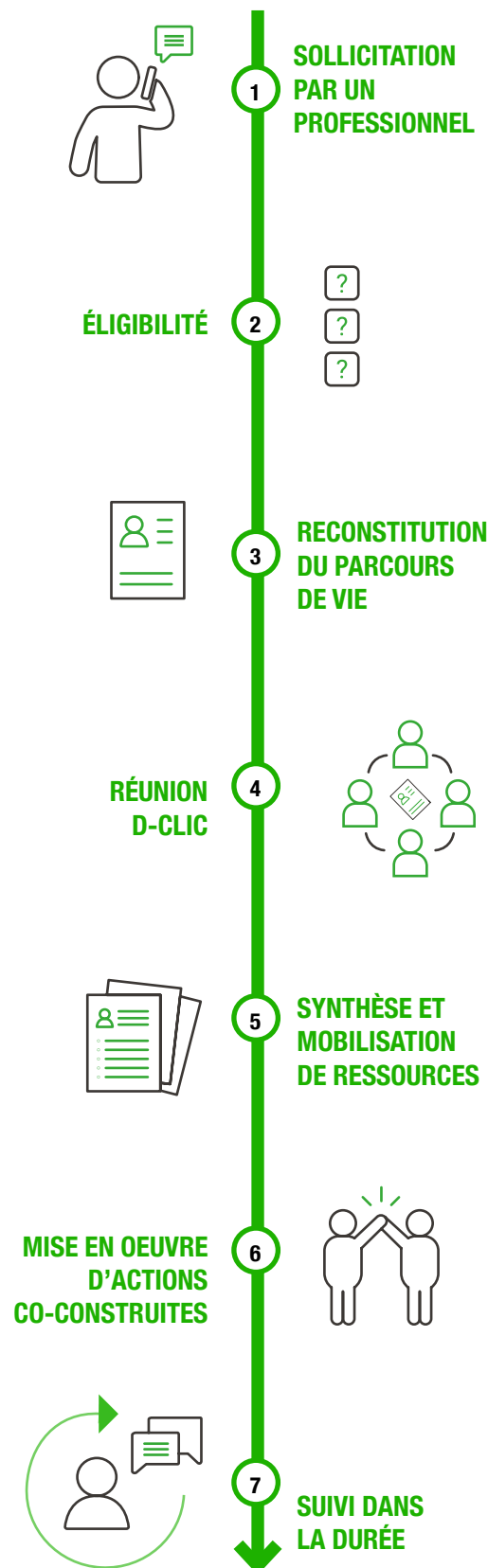
La mission de suivi des situations et d'appui aux professionnels vise à assurer la continuité des parcours des jeunes en difficultés multiples. Ces parcours étant le plus souvent au carrefour de la protection de l'enfance, de la santé mentale et de la prévention judiciaire de la jeunesse (voir schéma ci-dessous), une intervention coordonnée des différents acteurs est indispensable.

Pour ce faire, les D-CLIC ne se substituent pas aux professionnels engagés mais co-construisent le parcours avec l'ensemble des partenaires et suivent la mise en œuvre des mesures validées par l'ensemble des acteurs. Ils sont garants d'un espace de réflexion et d'élaboration sécurisant hors des champs des différentes institutions concernées.



Maillage inter-partenarial © D-CLIC Occitanie

Ici sont présentés les principaux enseignements tirés du retour d'expérience croisé, des 6 D-CLIC existants, en matière de travail en réseau pluri-partenarial auprès de professionnels de proximité.



Process du dispositif © D-CLIC Occitanie

1. Sollicitation par un professionnel

Un professionnel assurant tout ou partie de la prise en charge saisit un D-CLIC (le plus souvent par téléphone).

L'entrée dans le dispositif est une étape clé. Il convient ici de clarifier l'objet de la demande afin de bien comprendre les attentes et les besoins du professionnel ainsi que les enjeux de la situation. Il faut essayer de dégager ce qui sous-tend la demande. Il y a souvent une demande officielle et une sous-jacente, qui émerge rarement immédiatement ; il faut vérifier que le D-CLIC puisse y répondre.

Une écoute active est de rigueur : poser suffisamment de questions, être attentif aux mots employés, voire prendre en note les mots-clés pour disposer de repères. Dès cette étape, le demandeur doit être assuré de la disponibilité, de l'ouverture et du soutien du professionnel D-CLIC. Il faut prendre le temps nécessaire pour préparer les inclusions.



2. Éligibilité

La sollicitation débouche sur le remplissage d'un document (fiche d'inclusion ou dossier de saisine), soit directement par le professionnel demandeur soit par le coordinateur du D-CLIC (éventuellement au cours d'une rencontre dédiée).

Les éléments collectés auprès du demandeur permettent de statuer de l'inclusion. 3 critères sont vérifiés :

- **Géographique** : rattachement de la situation au département d'implantation du D-CLIC
- **Âge** : dont les limites varient selon le D-CLIC (entre 0 et 21 ans)
- **Complexité** : caractérisation des éléments de complexité de la situation (cumul de vulnérabilités individuelles, familiales et institutionnelles)

L'éligibilité s'étudie le plus souvent au sein de l'équipe du D-CLIC. La discussion clinique commence dès ici : analyse des éléments bloquants de la situation, les actions devant être mises en place qui ne le sont pas, etc.

Le dispositif peut ne pas être sollicité pour les bonnes raisons. Parfois la nature de la demande relève plus de l'obtention d'informations que du suivi d'une situation. La saisine se limitera alors à partager des ressources et des conseils avec le demandeur. Une mission autre que celle du D-CLIC peut aussi être invoquée, par exemple la recherche d'une place pour le jeune. L'urgence des situations pousse les professionnels à trouver des solutions immédiates. Or le travail des D-CLIC ne consiste pas à créer ou à imposer une place au sein d'un établissement mais à réaménager de manière concertée les modalités de prise en charge existantes. L'interlocuteur D-CLIC pourra réorienter le demandeur.

Les situations incluses au dispositif peuvent requérir l'accord parental ou une fiche de consentement. Le cadre de l'intervention du dispositif est enfin rappelé au demandeur, en particulier son fonctionnement en vertu du principe de libre adhésion de l'ensemble des partenaires.



3. Reconstitution du parcours de vie

Afin de disposer d'une vision la plus exhaustive possible de la situation, une reconstruction biographique est réalisée par le référent D-CLIC de la situation, à l'aide de témoignages et de pièces accessibles du dossier du jeune.



Lire la fiche technique « Parcours de vie » (p. 60)



4. Réunion D-CLIC

Tous les partenaires sont invités à un temps de décryptage de la trajectoire de vie et des logiques d'accompagnements.



Lire les fiches techniques « Réunion D-CLIC » (p. 64) et « Secret professionnel et partage d'informations à caractère secret » (p. 66)



5. Synthèse et mobilisation de ressources

Après chaque réunion D-CLIC, un compte rendu dans lequel figurent les hypothèses de travail élaborées collectivement, est diffusé aux partenaires concernés par la situation.

Même si chaque D-CLIC dispose de ses propres styles et modalités de rédaction (exhaustif / synthétique / verbatim de professionnels...), les comptes rendus répondent à la même finalité et possèdent des caractéristiques communes : un contenu anonymisé centré sur l'adolescent présentant une discussion clinique et énonçant les perspectives retenues au sortir d'une réunion. La plupart des D-CLIC utilise une trame pour tous leurs comptes rendus.

Il ne s'agit pas d'un écrit anodin. Il a toute son importance dans le dispositif. Il fait fonction de travail, de pédagogie et de mémoire. L'ensemble des comptes rendus incarne un fil rouge pour une situation et sert de repère pour les réunions à venir. Les partenaires s'en emparent pour faire retour au jeune et à sa famille ainsi qu'à leur équipe.

Un gros effort de formulation est fourni. Le choix des mots est précis. Il faut retranscrire à l'écrit les prises de parole avec finesse, en respectant

tous les points de vue (constats, pensées et ressentis professionnels). Le rédacteur adopte une partialité multifocale. Il faut également ménager les possibles conflits institutionnels. Cet écrit contribue à dépasser les disqualifications réciproques pour collaborer de façon plus constructive. Chaque secteur, chaque institution et chaque partenaire ont une importance égale dans la prise en charge du jeune. Dans un souci déontologique et éthique, une grande vigilance est portée afin de ne pas faire des révélations inadaptées (ex. secrets de famille).

L'élaboration du compte rendu prend donc du temps. Le rédacteur recontextualise et recherche du sens tout en évitant des a priori théoriques et la toute-puissance de son propre regard. À défaut de piste d'action, des questions peuvent être soulevées pour ouvrir une nouvelle réflexion et relancer des capacités de pensée grâce à l'analyse clinique. Il peut être nécessaire de réaliser des recherches, comme des ressources disponibles mobilisables pouvant répondre aux besoins spécifiques de la situation.

L'autre atout de cet écrit est le regard complémentaire apporté par les équipes pluridisciplinaires des D-CLIC (travailleurs sociaux et cliniciens). L'écriture se fait généralement à plusieurs mains et plusieurs relectures peuvent être opérées avant leur transmission.

Les modalités de diffusion des comptes rendus varient également : par email ou par voie postale. En principe, tous les partenaires invités à la réunion, y compris ceux non présents, le reçoivent. Toutefois, la liste des destinataires (étendue parfois aux médecins traitants et aux magistrats) est scrupuleusement étudiée pour respecter le secret professionnel. Chez certains D-CLIC, les comptes rendus font partie du dossier patient.



6. Mise en œuvre d'actions co-construites

Dans les intervalles des réunions D-CLIC, les accompagnements des professionnels concernés par la situation se poursuivent. En principe, ces derniers mettent en œuvre les hypothèses émergées durant les réunions D-CLIC.

Cette phase du suivi de la situation consiste à veiller à la réalisation des engagements possiblement pris par les parties prenantes, y compris par le D-CLIC. Une relance peut être nécessaire. Cette vérification des actions à mettre en œuvre est particulièrement utile en amont



Découvrir le fonctionnement propre à chaque dispositif : lire les fiches Arpège (p. 30), RAP 31 (p. 36), Résilado (p. 42), Réseau Enfant - Ado 66 (p. 46), Parcours Ados 81 (p. 50) et Résado 82 (p. 54).

d'une réunion. L'état d'esprit de cette démarche n'est pas coercitif ; de toute façon, un D-CLIC est dépourvu d'autorité et de pouvoir de contrainte. L'enjeu est plutôt de maintenir avec bienveillance une dynamique autour de la situation.

Le dispositif est légitime à procéder à ces relances dans la mesure où ces actions sont issues d'une co-construction et d'une validation collective dans le cadre des réunions D-CLIC.



7. Suivi

La fréquence du suivi fluctue selon les besoins de la situation.

Un suivi proactif dans la durée est assuré afin de rester en lien avec les professionnels en dehors des réunions D-CLIC. Cela peut tout simplement se traduire par un coup de téléphone pour prendre des nouvelles. Les équipes D-CLIC sont attentives au sentiment d'isolement éprouvé par beaucoup de partenaires mais aussi aux risques de ruptures (soins, exclusion des institutions, conduites à risques, maltraitance institutionnelle...) ou encore aux situations silencieuses.

La possession d'un juste niveau de l'information est un équilibre délicat à trouver. Il est inutile de tout savoir. Le D-CLIC n'a pas vocation à être un expert des situations. Il est plus opportun de ne pas rater des échéances bien connues comme par exemple : 18 ans (fin ASE) et 20 ans (fin DITEP). Les D-CLIC participent à l'interface entre le monde enfant / adolescent et celui adolescent / adulte. Ils peuvent rappeler des démarches importantes, comme celle de la mise sous tutelle si un jeune n'est pas autonome.

Les D-CLIC sont également attentifs au tuilage lors de changements d'interlocuteurs dans une situation.

D'autre part, les professionnels peuvent eux-mêmes être à l'initiative de la prise de contact entre les réunions D-CLIC, généralement pour communiquer des changements de la situation. Ils finissent souvent par l'intégrer dans leurs pratiques.

Certains D-CLIC ont développé des stratégies de passage d'information. Un interlocuteur privilégié proche du jeune qui veille en permanence sur la situation, peut être choisi dans le cadre d'une de ces réunions. Cette personne est de préférence un point de stabilité, un référent ASE, ou quelqu'un du quotidien comme un éducateur

MECS. Elle pourra envoyer un e-mail pour notifier des nouvelles importantes à une liste de diffusion (en annexe des comptes rendus). Pour les situations le nécessitant, une boucle de suivi peut être mise en place. Ainsi, les membres du mini-réseau constitué autour de la situation peuvent s'interpeller à tout moment.

Ce maintien de liens vise aussi à s'assurer de la mobilisation de tous les partenaires d'une réunion D-CLIC à l'autre.



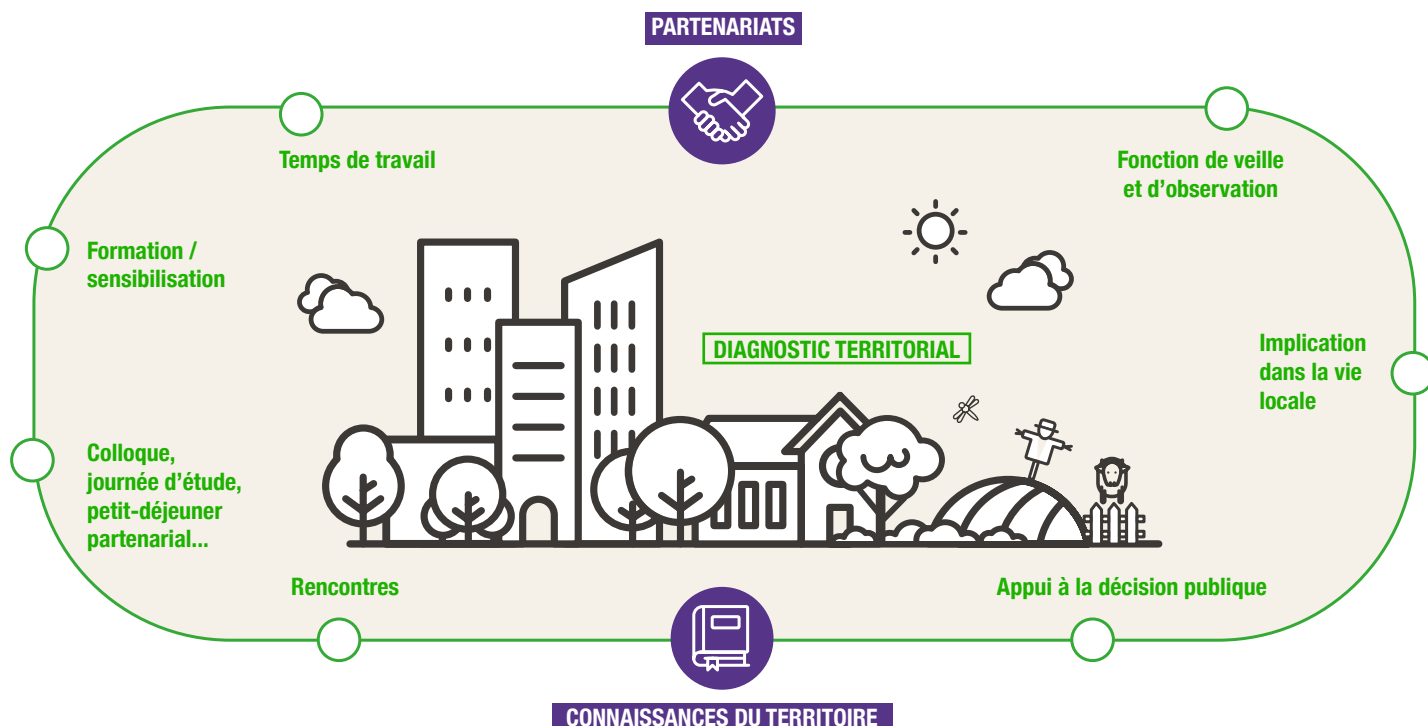
© 416PROD

ACTIONS PRÉVENTIVES

Un axe préventif est développé par les D-CLIC au travers de différentes offres, telles que :

- Certains D-CLIC font entrer des situations de façon préventive et ont élaboré des tableaux de signaux d'alerte permettant aux professionnels d'évaluer la pertinence d'une inclusion préventive. L'objectif est d'éviter et/ou de minimiser la notion de danger, d'urgence, d'échec, de complexité, de rupture en anticipant sur le repérage des situations préoccupantes sans caractère de gravité et en aidant les professionnels à construire le projet du jeune sur le moyen et long terme.
- Certains D-CLIC soutiennent les professionnels œuvrant dès la petite enfance avec la même procédure que pour les adolescents et jeunes majeurs.
- Des D-CLIC prennent en compte les fratries.
- « L'aller vers » : des instances locales de concertation ou des appuis sur site peuvent être sollicités par un service. Le D-CLIC se déplace pour proposer l'analyse clinique d'une situation sans qu'il n'y ait d'inclusion préalable.
- Des actions d'informations et de sensibilisations à la demande d'une institution ou d'un service.

L'ANIMATION TERRITORIALE



CONNAISSANCES DU TERRITOIRE

L'animation territoriale selon les dispositifs de clinique indirecte concertée © D-CLIC Occitanie



Approfondir la question de la prévention : lire la fiche technique « Repérage d'enfants à risque de difficultés multiples » (p. 68)

Les dispositifs de clinique indirecte concertée (D-CLIC) mettent en œuvre des activités complémentaires à celles de l'accompagnement des professionnels dans les situations, qui s'adapte en fonction des besoins, des moyens et des spécificités de son département d'intervention. Un des enjeux est d'apporter des ressources que les professionnels n'ont pas le temps de rechercher. L'animation territoriale est une démarche continue indissociable du travail clinique autour des parcours des jeunes. Elle implique une culture du partenariat et une expertise partenariale.

Cette mission recouvre plusieurs objectifs :

- Favoriser l'interconnaissance des professionnels opérant sur un même territoire
- Soutenir une montée en compétence partagée
- Favoriser la prévention des situations complexes et la fluidification de ces parcours
- Assurer une fonction de veille afin d'éclairer la décision publique

UNE CONNAISSANCE FINE DU TERRITOIRE, CLÉ DE VOÛTE DES D-CLIC

Outre quelques données géographiques essentielles, facilement accessibles (superficie du département, nombre de communes et zones urbaine / rurale), un D-CLIC doit surtout compiler des données sur la population et sur les partenaires actifs dans son département.



Découvrir le public des D-CLIC « jeunes en difficultés multiples » (p. 12)

LA POPULATION

Il s'agit de recueillir les données disponibles suivantes :

- La part des jeunes (0-11 et 11-21 ans) parmi la population générale
- Le taux de pauvreté
- La densité de population / les grands bassins de vie
- Les mouvements migratoires au sein du département

LES ACTEURS LOCAUX

Pour accompagner les jeunes en difficultés multiples, il est indispensable de développer une connaissance la plus large possible afin de disposer d'une vision panoramique du département, c'est-à-dire une connaissance recouvrant tous les secteurs d'intervention : sanitaire, social, médico-social, scolaire, judiciaire... L'idée est de cartographier ce qui existe sur le département pour les jeunes et de repérer les professionnels susceptibles d'agir auprès d'eux. Cela consiste à recenser les principaux acteurs du territoire : la protection de l'enfance, les services pédopsychiatriques et psychiatriques, les structures médico-sociales, l'Éducation nationale ou encore la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ). Les données à rassembler sont vastes : qu'est-ce qui existe sur le territoire ? qui fait quoi ? comment ? La connaissance fine des ressources d'un département émane d'un état des lieux extrêmement détaillé (cf. *exemple de grille de diagnostic territorial* p. 29).



CONSEIL N°1

Viser l'exhaustivité

Le diagnostic territorial mené par un D-CLIC doit balayer l'ensemble du département, y compris les zones rurales qui ne sont pas exemptes de situations complexes. Il faut être vigilant envers les micro-territoires qui peuvent voir des mouvements locaux de population spécifiques. Les jeunes en difficultés multiples étant sans cesse en mouvement, la connaissance fine et actualisée des partenaires institutionnels et associatifs peut parfois s'étendre aux départements limitrophes.

Ce diagnostic doit passer en revue le maximum d'institutions. L'appui aux parcours de ces jeunes requiert de larges connaissances afin d'envisager des hypothèses de travail ad hoc. Si ces travaux sont partiels, on risque de passer à côté de la ressource adaptée aux besoins particuliers d'une situation.

→ **Des données quantitatives** : il s'agit de réaliser un portrait du département en termes de nombre de structures, de places, de lits...

→ **Des données qualitatives** : il faut être attentif aux forces, aux faiblesses et aux besoins des partenaires. Les jeunes en difficultés multiples sont des poly-exclus des systèmes de prise en charge classique. L'identification des manques voire des pénuries d'un département revêt alors toute son importance (ex. files d'attente). Cela permet d'être en alerte sur les facteurs de risque dès l'enfance ou le passage à la majorité (cf. lien avec les secteurs adultes).

→ **Des données sur le fonctionnement** : il est nécessaire de bien connaître les institutions de l'intérieur. Certaines, telles que l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) ou l'Éducation nationale, peuvent avoir un mode de fonctionnement très pyramidal ; ce qui peut être éclairant pour le suivi des situations. Le travail via la clinique indirecte concertée peut croiser les conflits internes aux institutions concernées qui viennent se rejouer lors des réunions D-CLIC.

→ **Des données sur les compétences et le périmètre** : il est utile d'identifier la place de chaque partenaire afin de repérer les principaux interlocuteurs et les contraintes qui sont les leurs.



CONSEIL N°2

Recenser les espaces de concertation

Afin de trouver sa place dans le paysage institutionnel, il peut être très utile de connaître précisément les espaces de concertation existants dans un département. Cela revient à collecter les informations suivantes¹ :

- **Nom de l'espace de concertation**
- **Date de mise en place**
- **Pour quel public ?** âge, critères d'inclusion / d'exclusion...
- **Pour quels professionnels ?** en termes d'institution et de fonction
- **Par qui ?** qui organise ? qui anime ? en termes d'institution et de fonction
- **Où ?** lieu(x) de rencontre
- **Pour où ?** quel(s) territoire(s) concerné(s) ?
- **Quand ?** fréquence, rythme...
- **Objectifs poursuivis**
- **Comment ?** processus pour utiliser cet espace ou présenter une situation, déroulé d'une séance, outils utilisés, livrables fournis
- **Évaluation ?** atouts / plus-values et faiblesses / limites, description de la file active, nombre de professionnels représentés
- **Financements ?** subvention, mise à disposition...

→ **Des données sur les relations entre partenaires** : l'histoire des partenariats est un autre sujet à maîtriser afin de décrypter les dynamiques, les leviers et les freins à l'œuvre dans un département. Cela permet d'être averti des possibles résistances qui peuvent se répercuter pendant les réunions D-CLIC.



Situer un D-CLIC dans le paysage institutionnel : lire « Un D-CLIC, une concertation bien spécifique » (p. 10)



CONSEIL N°3

Constituer une base de données ergonomique

Un des principaux outils de travail d'un D-CLIC est un annuaire ou répertoire des ressources locales. Cette base de données se décline le plus souvent par champ d'intervention. Outre les coordonnées des partenaires, il est intéressant qu'elle renseigne les missions et les modalités d'intervention.

Il convient de la mettre à jour régulièrement afin d'intégrer les actualités des structures, comme les renouvellements des équipes mais aussi les changements de fonctionnement ou la diversification de missions.

¹ Trame issue des travaux de l'Équipe Ressource régionale dans le cadre de sa mission d'exploration des départements non pourvus en D-CLIC

LA MISE EN PLACE ET LE DÉMARRAGE D'UN D-CLIC

Le lancement d'un D-CLIC s'appuie sur un travail préparatoire, pour lequel il faut prendre le temps (de 12 à 18 mois d'après l'expérience des dispositifs existants). Outre un diagnostic de territoire complet (présenté ci-dessus), de multiples rencontres sont à prévoir en vue de présenter les objectifs et les missions du D-CLIC, avec un appui possible de l'Équipe Ressource régionale.



Prendre connaissance des valeurs et des principes du Collectif D-CLIC Occitanie : lire la « Charte éthique » (p. 15)

CONSEIL N°4

Concevoir des outils de communication accessibles

Un discours très clair et humble à dérouler pendant les diverses rencontres doit être préparé. Il est important de transmettre le message de - *remettre le jeune au centre des préoccupations* - et d'explicitier les destinataires du dispositif - *les professionnels* -.

Plusieurs supports de communication sont pertinents à distribuer pendant ces rencontres préliminaires : une charte, un dépliant de présentation, des fiches explicatives...

L'« **aller vers** » est particulièrement important à cette étape. Il convient de nouer des liens avec tous les partenaires qui pourraient solliciter le dispositif, autrement dit ceux centrés sur le quotidien de ces jeunes, même ceux qui paraissent lointains et qui n'ont pas l'habitude de travailler la clinique. L'enjeu est de connaître les personnes et de rapidement savoir sur lesquelles s'appuyer au départ. Il s'agit de constituer un premier noyau dur composé de personnes volontaires, puis d'avancer par couches concentriques au fur et à mesure de la diffusion de la présentation du D-CLIC. Pour ce faire, il faut mobiliser un réseau aussi bien formel qu'informel.



CONSEIL N°5

Adopter une stratégie d'approche des acteurs locaux

Ce démarchage repose sur un important travail de contacts téléphoniques et d'argumentaire afin de décrocher des rencontres. Si le premier contact se fait au niveau des responsables, il faut néanmoins toucher toute la structure aussi bien son sommet (la direction et les cadres intermédiaires) que sa base (les équipes de terrain). De plus, il ne faut pas hésiter à être ambitieux dans les prises de contact en allant par exemple à la rencontre d'élus, accompagné d'un administrateur.

La posture vis-à-vis des partenaires rencontrés importe énormément. Le but est de construire des relations de confiance pérennes. À cette fin, plusieurs précautions sont à prendre :

- Ne pas donner l'impression d'importance inégale entre partenaires
- N'oublier aucun partenaire
- Valoriser et reconnaître le travail des professionnels
- Ne pas être perçu comme un concurrent
- Éviter les enjeux de pouvoir
- Faire preuve de bienveillance et de respect mutuel

Au vu de l'ampleur de la tâche, une priorisation dans la prise de contacts peut être opérée. La plupart des D-CLIC historiques ont commencé par faire connaissance avec les services pédopsychiatriques ainsi que ceux de la protection de l'enfance, notamment en faisant le tour des circonscriptions ASE.

Malgré les difficultés de mobilisation, il demeure important de se faire connaître des médecins généralistes, du fait de leur place vis-à-vis des patients s'inscrivant dans une histoire familiale et de leur pratique psychique et somatique très intriquée. En outre, même si le public des D-CLIC est des jeunes plutôt déscolarisés, l'Éducation nationale est un poste d'observation précieux pour une dimension préventive. Le mal-être adolescent se traduit inévitablement à l'école. Les échanges avec les infirmières scolaires, recevant souvent les paroles des jeunes en difficulté, sont particulièrement utiles.



CONSEIL N°6

Favoriser l'engagement des partenaires

Il existe plusieurs leviers pour contribuer à la légitimité d'un D-CLIC.

- La **pluridisciplinarité** et les **capacités relationnelles** de l'équipe de coordination, proposant une expertise plurielle et incarnée par un coordinateur doté d'une expérience institutionnelle et clinique conséquente.
- Des **instances de gouvernance** représentatives des institutions locales (comité de pilotage, comité technique...): s'assurer de la présence des acteurs les plus concernés et choisir des administrateurs estimés par les donneurs d'ordres.
- La **pertinence des actions mises en place** : pour amorcer une relation collaborative avec les acteurs locaux, un groupe de travail sur les cas complexes peut, par exemple, être mis en place. Cela peut consister à étudier plusieurs situations de façon à identifier les acteurs s'en occupant dans le département et à analyser les freins éprouvés par les professionnels.

Les D-CLIC fonctionnant selon un principe de libre adhésion, il n'est pour autant pas indispensable de convaincre l'ensemble des partenaires.

LA PRATIQUE COURANTE D'UN D-CLIC

Cette mission d'animation territoriale s'effectue en dehors des temps d'élaboration collective des prises en charge en réunions D-CLIC. Construire et animer un réseau pluri-partenarial, de même qu'être identifié dans le paysage local, nécessite d'y consacrer des moyens. Certains D-CLIC y dédient jusqu'à un tiers du temps de leur équipe de coordination.

La géographie d'un département étant intrinsèquement singulière, les activités d'animation territoriale différeront d'un D-CLIC à l'autre.

→ **Rencontres bilatérales** : Les rencontres des acteurs locaux ne concernent pas que l'étape de lancement du D-CLIC. Au contraire, elles font partie du quotidien du dispositif. Il est opportun de les réactiver pour une présentation mutuelle avec des structures qui ne sollicitent plus le D-CLIC ou auprès de territoires ne faisant pas ou peu l'objet de saisine.

L'idéal est d'être mobile et d'aller rencontrer les partenaires dans leurs locaux. La visite des lieux, des équipes et des espaces de travail permet notamment de comprendre leurs contraintes et d'être informé de leurs changements internes. Cela permet d'actualiser son diagnostic territorial.



CONSEIL N°7

Entretenir son réseau en continu

L'entretien d'un réseau est un travail ininterrompu. Il faut multiplier les rencontres, faire régulièrement la tournée de ses partenaires et rester à l'écoute de leurs besoins. Cela implique de se rendre visible et accessible et de maintenir des relations étroites avec eux.

Il faut impérativement sanctuariser un temps pour faire un maillage et travailler les partenariats. Même si cela peut paraître chronophage, il faut définir un temps de rencontre, une fois par mois ou tous les deux mois par exemple. Cela est bénéfique pour le suivi des situations. Le travail de clinique indirecte concertée ne peut pas avoir lieu sans les autres.

→ **Événementiel** : Les D-CLIC proposent également des espaces de réflexion ou de rencontre entre partenaires de plus grande envergure afin d'appuyer les synergies sur leur territoire et de partager les problématiques et les enseignements remontés dans le cadre de leur file active. Cela peut revêtir différentes formes : des colloques départementaux ou

régionaux (sous l'égide du Collectif D-CLIC Occitanie), des journées d'étude autour d'une thématique et/ou d'un retour d'expérience, des portes ouvertes ou encore des immersions croisées inter-institution ou inter-secteur. La plupart des D-CLIC organise des petits déjeuners partenariaux pour présenter un dispositif, un changement d'équipe ou encore un témoignage mais aussi pour faire du lien de façon informelle et conviviale. Cela concourt à la promotion de la connaissance entre les structures (modalités d'accès, compétences...) et au développement d'une culture partagée.

→ **Formation / sensibilisation** : Les D-CLIC peuvent aussi participer au renforcement des compétences via des journées de formation ou de sensibilisation, dont le thème est tiré des situations de sa file active ou des besoins exprimés par les professionnels (psychose, autisme, prise en charge institutionnelle des psychotiques, etc.). Il s'agit souvent de rassemblements pluridisciplinaires et pluriprofessionnels, toujours dans un esprit de neutralité détaché des situations abordées, pour se décaler et pour ensuite réinvestir les réunions D-CLIC de manière pacifiée et constructive.

→ **Temps de travail** : Un autre levier pour réunir des partenaires et pour harmoniser les pratiques est d'organiser des groupes de travail : autour de situations, thématiques (santé psychique, violences, addictions...) ou infra-territoire. Certains D-CLIC interviennent aussi sur site ponctuellement pour appuyer les équipes d'institutions partenaires, notamment sous la forme de retour d'expérience ou d'intervention.



CONSEIL N°8

Participer à l'intelligence collective locale

De même que les réunions D-CLIC, les activités d'animation territoriale ont pour vocation à favoriser la créativité. Pour cela, elles fonctionnent autour d'un principe d'horizontalité, se matérialisant notamment par l'encouragement et la prise en compte de toutes les paroles. Une constellation de professionnels amène chacun une compétence pour travailler ensemble.

→ **Fonction de veille & d'observation** : Les D-CLIC se tiennent informés aussi bien de l'actualité de leur département que de l'évolution de la législation en vigueur. Plusieurs d'entre eux restituent ce travail de veille continue à leur réseau sous forme de lettre d'information.



En savoir plus sur la formation des professionnels D-CLIC : fiche technique (p. 70)



Appréhender l'espace de concertation partenariale incarné par les réunions D-CLIC : fiche technique (p. 64)



© 416PROD

Leur file active contient une mine d'informations pour développer une meilleure connaissance de cette population. Les données statistiques disponibles permettent de réaliser une typologie précise des jeunes en difficultés multiples : âge moyen d'entrée dans le dispositif, nombre d'équipes engagées, types de pathologies...

Les D-CLIC occupent également une place privilégiée dans l'observation de phénomènes émergents et de coopérations nouvelles répondant aux besoins spécifiques de cette population très vulnérable. Ils sont souvent précurseurs de la détection de conduites, de comportements ou de symptômes nouveaux, à l'instar de la prostitution des mineurs, des maternités précoces ou bien des ivresses aiguës. Ils sont témoins de l'évolution épidémiologique des modes d'expression du mal-être adolescent ainsi que des difficultés des équipes concernées par leur accompagnement. Il s'agit d'une observation clinique complétant les enquêtes de santé publique d'un point de vue qualitatif. Toute cette matière peut faire l'objet d'études plus approfondies voire de publications scientifiques.

→ **Vie locale** : Les liens avec les instances partenariales locales sont essentiels. Autant que possible, il faut essayer de devenir membre des instances de concertation existantes dans le département. Il est bon de compléter cette implication dans la vie locale par un travail de relations publiques afin de développer des liens particuliers avec les partenaires : être présent aux assemblées générales, aux vœux...

Ce travail est souvent assumé par le coordinateur du D-CLIC.

CONSEIL N°9

Cultiver la complémentarité avec la mdph

En raison du nombre de jeunes avec des notifications dans les files actives des D-CLIC, d'étroites relations avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) sont indispensables. Certains dispositifs sont ainsi membres de la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT), du groupe opérationnel de synthèse (GOS), du Plan d'Accompagnement Global (PAG) ou de commissions (selon les départements : « 16-25 ans », « cas complexes » ...).

→ **Appui à la décision publique** : Les D-CLIC peuvent aussi éclairer les politiques publiques en matière d'enfance, d'adolescence et de parentalité. Ils peuvent formuler des préconisations pour faire évoluer l'offre institutionnelle au sein d'instances de construction de l'action publique. À savoir principalement : Projet Régional de Santé (PRS), Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), Contrats Locaux de Santé (CLS) et Schéma Départemental des Services aux Familles (SDSF) des Conseils départementaux et des Caisses d'allocations familiales (CAF).

Il est de leur devoir également de faire remonter aux tutelles leurs observations de terrain : les ressources du territoire nouvelles ou faisant défaut ainsi que les phénomènes émergents (exposés plus haut).

Il est enfin recommandé de répondre favorablement aux sollicitations pour participer à des espaces de réflexion sur la structuration des dispositifs dédiés à la santé des jeunes.



Parcourir la « fiche métier du coordinateur D-CLIC » (p. 72)

ANNEXE : EXEMPLE DE GRILLE DE DIAGNOSTIC TERRITORIAL

Pour mener à bien sa mission d'exploration des départements non pourvus en D-CLIC, l'Équipe Ressource régionale s'appuie sur l'outil ci-dessous, répondant à une logique fonctionnelle. Le but est de renseigner des données quantitatives (nombre de structures, de places, de lits...) et qualitatives (leviers / freins).

RESSOURCE

« L'officiel des lieux de vie » réalisé par le Conseil Départemental de l'Essonne : répertoire national des 465 lieux de vie et d'accueil recensés par département (mise à jour : mai 2021) <http://www.ldva.essonne.fr>

| | | |
|-----------------------------|--|--|
| SOCIAL / JUDICIAIRE | Protection de l'enfance | Aide Sociale à l'Enfance (ASE) |
| | | Famille d'accueil |
| | | Maison d'enfants à caractère social (MECS) |
| | | Lieux de vie |
| | | Services habilités |
| | Services sociaux | |
| | Justice / pénal | PJJ / Services Territoriaux Éducatifs de Milieu Ouvert (STEMO) |
| | | Tribunal / Juge des enfants |
| | | Centre d'Information sur les Droits des femmes et des Familles (CIDFF) |
| | | Conseil Départemental d'Accès au Droit (CDAD) |
| JEUNESSE | Maison des adolescents (MDA) | |
| | Équipe mobile pour enfants et adolescents en situation complexe (EMAC) | |
| | Points Accueil et Écoute Jeunes (PAEJ) | |
| | Autres ? | |
| ÉDUCATION NATIONALE | Écoles maternelles et primaires | |
| | Collèges | |
| | Lycées | |
| | Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (SEGPA) | |
| | Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) | |
| | Mission de Lutte contre le Décrochage Scolaire (MLDS) | |
| | Centre de Formation d'Apprentis (CFA) | |
| INSERTION | Insertion professionnelle | Mission locale d'insertion (MLI) |
| | Hébergements / Logement | Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) |
| | | Foyer jeunes travailleurs (FJT) |
| | | Résidence Accueil |
| Culture | | |
| Milieu associatif et sports | | |

| | | |
|---|--|--|
| SOIN / SANTÉ | Structures et services hospitaliers | Hôpital public |
| | | Unité d'hospitalisation temps plein ados |
| | | Hôpital de jour ados |
| | | Pédiatrie |
| | | Centre Médico-Psychologique (CMP) |
| | | Centres Médico-Pscho-Pédagogiques (CMPP) |
| | Libéraux | Médecins généralistes |
| | | Médecins spécialistes libéraux Psychiatres Pédiatres |
| | | Paramédicaux Psychologues Orthophonistes Psychomotriciens |
| | | Autres ? |
| Autres professionnels de santé | Infirmiers | |
| | Infirmier en pratique avancée (IPA) | |
| Modes d'exercice regroupés | Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) | |
| | Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) | |
| Protection Maternelle et Infantile (PMI) | | |
| MÉDICO-SOCIAL | Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) | |
| | Établissements de santé et médico-sociaux (ESMS) | Dispositif Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (DITEP) |
| | | Institut Médico-Éducatif (IME) |
| | Autres médico-social hors établissements | Équipe Mobile d'Expertise et d'Appui à la Scolarisation (EMEAS) |
| | | Établissement et service d'aide par le travail (ESAT) |
| | | Ateliers protégés |
| | | Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) |
| Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMPS) | Pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE) | |
| | Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) | |
| | | |
| DIVERS | Associations usagers et famille | |
| | Autres ? | |

ARPÈGE



IDENTITÉ

Année de création

- 2008 : Création au Centre Hospitalier Alès-Cévennes
- 2016 : Intégration dans la Maison des Adolescents du Gard (MDA 30)

Portage juridique MDA 30 (association Loi 1901)

Gouvernance

- Conseil d'administration de la MDA 30
- Comité technique restreint composé de représentants de la Délégation départementale du Gard de l'Agence Régionale de Santé (ARS), de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) et d'un administrateur de la MDA 30
- Comité technique élargi composé d'un représentant de tous les partenaires d'Arpège

Public cible Adolescents et jeunes majeurs âgés de 10 à 21 ans

Usager Tout professionnel gardois concerné par une situation complexe d'un adolescent (10-21 ans)

Territoire d'intervention Tout le département du Gard



RESSOURCES

Subvention 250.000 € de l'ARS pour 2021 (issus d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, CPOM 2020-22) + 8.850 € (par an) du Conseil départemental du Gard

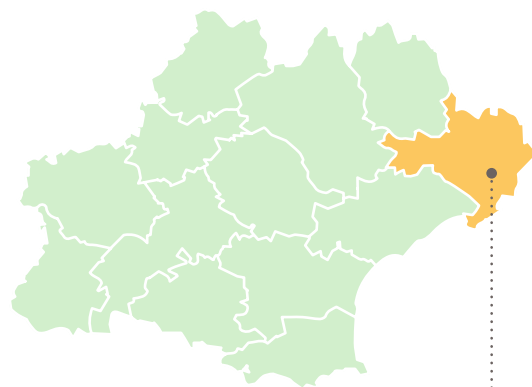
Mise à disposition institutionnelle 1 éducateur de la PJJ à hauteur de 0.4 ETP



COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE COORDINATION

Au 31/12/2022
4,2 ETP au total

- 1 responsable coordinatrice (0,5 ETP)
- 1 psychologue clinicienne et coordinatrice clinique (0,5 + 0,3 ETP)
- 4 psychologues cliniciens (0,5 + 0,5 + 0,4 + 0,4 ETP)
- 1 éducatrice mise à disposition par la PJJ (0,4 ETP)
- 1 assistante administrative (0,5 ETP)
- 1 chargée de communication (0,2 ETP)



CONTACT

Email contact.arpege@mda30.com

Adresse postale 15 rue Sainte-Anne, 30 900 Nîmes

Site internet www.mda30.com/arpege

OBJECTIFS & MISSIONS



- Soutenir la continuité des parcours d'adolescents en situation complexe
- Offrir un espace de réflexion et d'élaboration interinstitutionnel neutre
- Animer un réseau de partenaires dans le département du Gard

MODE D'INTERVENTION

SAISINE

1. Modalités de saisine du D-CLIC

Arpège peut être saisi par téléphone ou par email.

INSTRUCTION

2. Critères d'éligibilité

- Accompagnement institutionnel dans au moins une institution gardoise
- Âge : 10-21 ans
- Complexité de la situation caractérisée par l'équipe de coordination

3. Analyse de la demande

La demande est traitée en amont par la psychologue coordinatrice, qui prend contact avec le demandeur pour vérifier l'éligibilité de la situation et pré-orienter vers une inclusion ou à défaut prodiguer un conseil au demandeur (« fonction ressource »). Si une inclusion est pressentie, la demande est alors mise à l'ordre du jour de la prochaine réunion d'équipe, durant laquelle l'orientation définitive et la distribution de la référence est décidée.

L'étude de la complexité porte sur différents aspects :

- Le cumul de vulnérabilités de l'adolescent : personnelles, familiales et institutionnelles
- L'instabilité du parcours : ruptures, exclusions, changements répétés d'institution, retours en famille non souhaités et/ou non préparés
- L'état des professionnels : impasse d'accompagnement avec un.e adolescent.e ; difficultés avec ses partenaires ; ou se retrouvant seul dans une situation

Depuis 2015, Arpège peut inclure des situations pour les moins de 10 ans quand il s'agit d'une fratrie.

Le référent de la situation désigné, il propose au demandeur une réunion d'inclusion, à laquelle d'autres professionnels peuvent être associés par le demandeur. L'objectif est de collecter le maximum d'informations sur la situation afin de remplir un dossier de saisine renseignant :

- **la demande** : contexte de la saisine, professionnel(s) demandeur(s), objet et motifs de la demande
- **une présentation de l'adolescent et de sa famille** (ex. génogramme)
- **le parcours institutionnel** : mesures sociales et pénales, placements, accompagnement médico-social, mesure de protection juridique, parcours scolaire et parcours de soin
- **les manifestations de souffrance observées** : conduites à risque, violences, troubles, addictions... et leur intensité
- **les partenaires concernés** (coordonnées)

Pour cette réunion d'inclusion, le psychologue référent se rend dans les locaux de la structure. Cette mobilité dans l'espace de l'autre permet de découvrir le cadre institutionnel du demandeur et de l'entendre dans ce qui est pour lui, sa zone de confort.

INCLUSION

4. Collecte du consentement

Au cours de la réunion d'inclusion, le psychologue référent remet au demandeur un document à faire remplir aux parents, au responsable légal ou au jeune majeur, les informant des modalités d'intervention du dispositif et leur rappelant leurs droits.

5. Référence des situations

- 1 psychologue référent par situation
- Pour les fratries, 1 référent différent par enfant
- De façon exceptionnelle, une coréférence pour les situations les plus complexes (2 psychologues ou 1 psychologue + 1 éducateur PJJ)

6. Enregistrement dans la file active

Autant que possible, dans un délai de 3 semaines.

SUIVI

7. Reconstitution du parcours de vie

Cette démarche constitue une anamnèse exhaustive des trajectoires familiales et institutionnelles des adolescents inclus dans le dispositif. Il s'agit d'un portrait partagé et objectif visant à apporter du sens aux professionnels concernés par la situation, notamment pour identifier des répétitions et des dysfonctionnements institutionnels.

La production du parcours de vie est demandée par un ou plusieurs professionnel(s). Cette demande est étudiée par l'équipe de coordination à partir des critères suivants :

- **Le Demandeur** est un partenaire concerné par la situation et sa demande fait l'adhésion des autres professionnels mobilisés.
- **La Temporalité** : il est nécessaire que le partenariat autour de la situation soit stable (c'est-à-dire pas de nouveau partenaire et au moins 2 réunions de coordination Arpège préalables). De plus, la durée de prise en charge institutionnelle de l'adolescent.e doit comprendre un dossier ASE ou judiciaire d'au moins 2 ans.
- **Les Besoins** auxquels doit répondre cet exercice : une compréhension (les professionnels individuellement et collectivement ont besoin d'un éclairage clinique sur la situation ou de mettre en commun des récits) ; une médiation (le maillage partenarial a besoin d'être consolidé) ; ou bien la qualité des liens (la relation entre les professionnels et l'adolescent.e nécessite d'être retravaillée - ex. travail sur les transferts / contre-transferts - à partir d'un récit partagé, ou bien la relation entre les partenaires).

Cet outil est réalisé par le référent de la situation à partir de la lecture des écrits professionnels disponibles. Ce dernier partage une analyse du parcours de vie de l'adolescent. La place interstitielle occupée par Arpège permet une lecture différente de la situation, multifocale et exhaustive. La psychologue coordinatrice veille au respect des procédures tout au long de sa réalisation.

Ce récit de vie prend la forme d'un génogramme, d'un historiogramme, d'un tableau Excel ou encore d'un récit de vie. Il est uniquement transmis aux institutions disposant d'un accès aux pièces judiciaires ayant permis sa réalisation. Une réunion de restitution interinstitutionnelle est organisée afin de présenter cette analyse et de mettre en discussion avec les partenaires les éléments de connaissance construits.

Cet outil, fondamental de la clinique indirecte concertée, revêt à la fois un intérêt clinique et partenarial. Il tend à réinscrire l'adolescent.e et les professionnels dans une historicité. Il permet d'élaborer collectivement des hypothèses cliniques quant au fonctionnement de l'adolescent.e et de sa famille ainsi que des hypothèses de travail et des perspectives.

8. Réunion D-CLIC

Arpège invite tous les partenaires concernés à participer à des **réunions de coordination** durant lesquelles les actualités de la situation sont partagées et des perspectives et engagements réciproques sont recherchés. Il est aussi possible de convier les professionnels ayant suivi l'adolescent dans le passé afin de partager leur connaissance de la situation avec les partenaires actuellement impliqués dans la prise en charge : un relais s'instaure entre deux institutions qui font séparation et non rupture dans le parcours. De même, des institutions vers lesquelles des perspectives d'accompagnement sont pensées, peuvent être conviées afin de définir un projet avec elles.

Ces réunions sont animées par le référent de la situation, qui garantit le cadre de cet espace pluri-partenarial autour des principes et valeurs suivants : neutralité, bienveillance et confidentialité. Le temps de parole pour chacun est respecté. La fréquence de ces réunions est adaptée aux besoins et à l'évolution de la situation : classiquement chaque trimestre mais si nécessaire bimestriellement.

9. Compte-rendu

Le psychologue référent rédige un compte-rendu pour chaque réunion de coordination, envoyé à l'ensemble des partenaires mobilisés autour de la situation.

Cet écrit comprend :

- L'ensemble des **coordonnées des professionnels** engagés dans la situation afin de faciliter la communication entre eux ;
- La **retranscription des observables** à partir des différents champs, permettant de mettre en avant ce que l'adolescent donne à voir dans les différents lieux qu'il fréquente ;
- Une **discussion clinique** alimentée par le référent qui partage ses éléments d'analyse clinique sur la situation et le maillage partenarial ;
- Une partie « **perspectives et engagement inter-partenarial** » pour tracer les engagements pris par chaque institution vis-à-vis de la situation et de ses partenaires ainsi que les perspectives, à plus ou moins long terme, permettant de continuer à se projeter et tendant à éviter le sentiment d'usure et d'impasse.

10. Temps inter-réunions D-CLIC

Ces temps consistent essentiellement en des contacts téléphoniques avec les partenaires, en particulier avec ceux absents d'une réunion de coordination.

VEILLE

11. Mise en veille de la situation

Si une situation est stabilisée ou un.e adolescent.e perdu.e de vue, le référent peut passer la situation en veille. Cette veille, fixée pour une durée d'un an, repose sur des échanges de mails ou téléphoniques avec les professionnels.

SORTIE DE LA FILE ACTIVE

12. Critères de fin de suivi

La sortie de la file active se décide en concertation entre le référent de la situation et la psychologue coordinatrice : changement de département (relais possible s'il s'agit d'un département pourvu d'un D-CLIC), âge (+ de 21 ans et situation stabilisée depuis plus d'un an) ou encore fin de toutes les prises en charge institutionnelles. Cela conduit à informer les partenaires de la fin du suivi et à archiver le dossier Arpège de l'adolescent.e.



ANIMATION DU TERRITOIRE

Offre du D-CLIC

Organisation de colloques départementaux, petits déjeuners partenariaux et diffusion d'une lettre d'information (« D-CLIC info »)

Participation à la vie locale

- Membre de la commission de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) « 16-25 ans »
- Participation à l'élaboration des politiques publiques territoriales : Projet Régional de Santé (PRS), Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) et Schéma Départemental des Services aux Familles (SDSF) des Conseils départementaux et des Caisses d'allocations familiales (CAF)



SPÉCIFICITÉ DU D-CLIC

- **Mobilité** : Arpège a fait le choix d'organiser ses réunions de coordination alternativement chez un des partenaires concernés par les situations. Cela participe à l'interconnaissance entre les institutions et peut permettre de favoriser la participation des médecins très peu disponibles.
- **Place des adolescents et des familles** : Contextuellement et ponctuellement, Arpège peut inviter l'adolescent.e et/ou les familles à participer à un temps de réunion de coordination, avec l'accord de tous les partenaires engagés. Un compte-rendu peut aussi leur être spécifiquement adressé.



OUTILS

Outils de travail à usage interne

- Tableau statistique de la file active (suivi des situations + description des inclusions)
- Répertoire des partenaires Arpège
- Livret d'accueil du nouvel arrivant (schémas des process internes, trames des documents de travail et des correspondances emails)

Outils de travail à usage externe

- Charte du dispositif
- Dossier de saisine
- Outils de communication (dépliant succinct + dossier détaillé de présentation)



CHIFFRES & ACTIVITÉS EN 2021

FILE ACTIVE

129
situations au total

50
actives

22
veille

14
ponctuelles

19
sorties

INCLUSION

NOMBRE D'INCLUSIONS **24**

dont Protection de l'Enfance 72 %

dont Parcours Handicap (ESMS, PCPE, notifications non effectives...) 56 %

dont Mesure pénale 24 %

dont Soins psychiatriques ou indication de soins 78 %

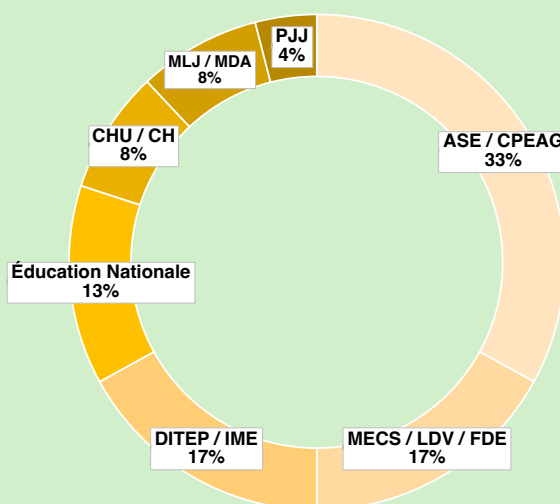
dont Scolarité adaptée (ULISS,...) ou ordinaire 47 %

dont Mesure de protection de jeunes majeurs « vulnérables » (contrat jeune majeur) 4 %

Délai moyen d'inclusion Non comptabilisé

Répartition des demandes par secteur d'intervention

Partenaires à l'origine de la demande



Professionnels à l'origine de la demande

Prépondérance de la fonction d'éducateur dans les demandes d'inclusion

RÉUNIONS D-CLIC

139 réunions organisées

1 012 participants aux réunions

7,2 participants en moyenne par réunion de coordination

PARCOURS DE VIE

16 parcours de vie réalisés

RÉSULTATS QUALITATIFS


Dans le cadre de son rapport d'activité de 2021, Arpège a fait circuler un questionnaire auprès de ses partenaires pour faire remonter des appréciations qualitatives sur son activité. Certains s'étaient notamment exprimés sur les réunions de coordination en ces termes :


- « Elles sont un espace de neutralité dans la situation, elles équilibrent et garantissent les places de chacun, elles sont un lieu d'expression libre (...) »
- « Elle marque un temps de réflexion important et repéré dans des parcours de vie souvent décousus, instables. »
- « Intéressantes et nécessaires car elles évitent l'isolement des services face à des situations complexes. Elles permettent par la présence d'Arpège de faire tiers dans certaines relations compliquées entre les partenaires, de mettre en commun nos observations afin d'approcher d'une vision plus juste et moins simpliste de la situation. Arpège a ainsi un rôle d'observateur extérieur pour effectuer des renvois et mettre en lien les partenaires (...) »
- « Très intéressantes dans le sens où elles permettent une réflexion commune chacun dans son champ d'action. »
- « Ces rencontres demeurent intéressantes et sont particulièrement bénéfiques quand les partenaires peuvent conclure sur des objectifs et des actions partagées. »


🔍 POUR EN SAVOIR PLUS

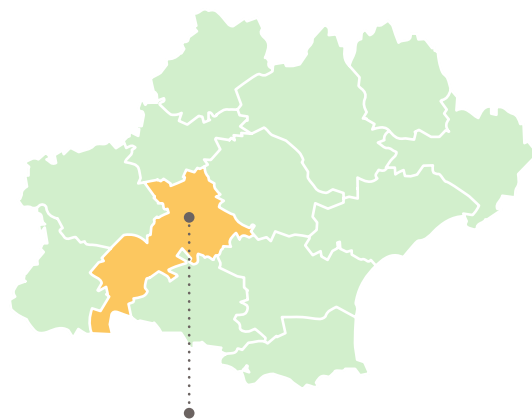
- MaDAzine 2021 : bilan d'activité Arpège p. 28 à 43 - <https://fr.calameo.com/read/0054820363704f3762925>
- MaDAzine 2020 : bilan d'activité Arpège p. 82 à 119
https://www.mda30.com/wp-content/uploads/2021/11/Madazine-2020-MDA-30-EDITION-NUMERIQUE_compressed.pdf
- MaDAzine 2019 : bilan d'activité Arpège p. 36 à 55
<https://www.mda30.com/wp-content/uploads/2020/07/Bilan-2019-VF-interactif.pdf>
- MaDAzine 2018 : bilan d'activité Arpège p. 38 à 55
<https://www.mda30.com/wp-content/uploads/2019/07/MaDAzine-MDA30-2018-interactif.pdf>
- REYMOND-BABOLAT Nathalie, « Dispositif de clinique indirecte concertée. Lorsque la complexité des situations adolescentes exige la mise en œuvre d'une groupalité inter-institutionnelle novatrice », Cahiers de psychologie clinique, 2021/2 (n° 57), p. 123-141.

RAP 31

|  IDENTITÉ | |
|---|--|
| Année de création | 2005 |
| Portage juridique | Association loi 1901 |
| Gouvernance | Bureau et Conseil d'Administration |
| Public cible | Jeunes âgés de 11 à 21 ans |
| Usager | Professionnels accompagnant des adolescents à difficultés multiples : champs social, médicosocial, sanitaire, éducatif et judiciaire |
| Territoire d'intervention | Tout le département de la Haute-Garonne |

|  RESSOURCES | |
|---|--|
| Subvention | 320 000 € ARS + 40 000 € Conseil Départemental de la Haute-Garonne (CD 31) |
| Mise à disposition institutionnelle | 0,6 ETP Direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse - Haute-Garonne, Ariège et Hautes-Pyrénées (DTPJJ) |
| Hébergement à titre gratuit | Les locaux de la Maison Départementale des Adolescents 31 (CD31) |


|  COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE COORDINATION | |
|--|--|
| Au 31/12/2021 | Coordinateur : 1 ETP |
| 4,96 ETP au total | Médecins Psychiatres : 1,16 ETP Éducatrice/Éducateur : 1 ETP Éducatrice (mise à disposition DTPJJ) : 0,5 ETP Conseillère santé PJJ (mise à disposition DTPJJ) : 0,1 ETP Assistants administratives : 1,2 ETP |



RAP 31
Dispositif de Clinique Indirecte Concertée

|  CONTACT | |
|--|---|
| Email | reseau.rap31@gmail.com |
| Adresse postale | 16 rue Pierre Paul Riquet, 31 000 TOULOUSE |
| Site internet | www.rap31.fr |
| Réseaux sociaux | in : rap-d-clic-de-la-haute-garonne |

OBJECTIFS & MISSIONS



- Suivi de parcours d'adolescents en situation complexe, soutien aux professionnels
- Actions d'appui aux médecins de premier recours (généralistes, médecins scolaires...) : hotline dédiée
- Actions de veille sanitaire (à partir des éléments récoltés auprès des partenaires)
- Animation du réseau sur le département de la Haute-Garonne
- Soutien aux équipes du Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille (CDEF)
- Animation de la commission de concertation et de cohésion, du dispositif départemental réactif de psychiatrie infanto juvénile de la Haute-Garonne
- Participation mensuelle en tant que membre permanent à la commission Groupe Opérationnel de Synthèse (GOS) gérée par la MDPH
- Mise en œuvre des Instances Locales de Concertation (ILC)

MODE D'INTERVENTION

SAISINE

1. Modalités de saisine du D-CLIC

La saisine du RAP 31 se fait directement par l'un des acteurs intervenants auprès de l'adolescent et souvent en concertation avec ses partenaires, à l'aide d'une fiche de saisine. Il est vérifié qu'il s'agit bien d'une situation complexe d'adolescent à difficultés multiples.

Elle peut se faire également par téléphone.

INSTRUCTION

2. Critères d'éligibilité

- La situation présentée concerne l'accès aux soins psychiatriques d'adolescents qui depuis plusieurs années sont engagés dans des comportements pathologiques avec un refus constant de l'acceptation de leur trouble, induisant ou s'appuyant sur une tendance au déni de la part des familles et de l'entourage.
- Elle concerne des adolescents dont la prise en charge thérapeutique est particulièrement difficile, dans la mesure où elle suppose l'articulation de plusieurs équipes soignantes et éducatives dont l'action doit être mieux coordonnée.
- Lorsque le passage vers des dispositifs de soins d'adultes s'avère source de malentendus et de remises en question des soins.

3. Analyse de la demande

La commission d'inclusion du RAP31 procède à l'analyse des demandes. Selon l'intensité de la complexité de la situation, elle propose 3 niveaux d'inclusion :

- **Le niveau 3** : correspond à des situations, présentées par un ou plusieurs partenaires, d'adolescents aux parcours de vie chaotiques, jalonnés d'exclusions ou de difficultés multiples, qui connaissent un blocage ou ont abouti à des impasses.

Un travail d'investigation précis est engagé afin de retracer la biographie des parents et de la famille tout en replaçant l'histoire de l'adolescent dans son contexte culturel souvent singulier. À l'aide de la consultation de dossiers dans différents services, le parcours est reconstitué chronologiquement en distinguant les champs du parcours familial, du parcours scolaire, de celui des prises en charge spécialisées, du judiciaire, de l'accompagnement social et du parcours de soins.

Ce travail d'investigation ne serait pas complet sans les témoignages directs des acteurs passés. Aussi, sont interrogés les enseignants depuis la maternelle, les travailleurs sociaux qui ont pu suivre la famille, la puéricultrice de la pouponnière, les familles d'accueil, tout intervenant (sportif,

culturel...) qui peuvent exposer leur point de vue, de leur place, sur ce que donnait à voir l'enfant à ce moment-là. Le médecin de famille est également sollicité et invité à la RCP (réunion de concertation partenariale), il est systématiquement destinataire du compte-rendu.

- **Le niveau 2** : correspond à l'organisation plus simplifiée de réunions où ce travail préalable de reconstitution de parcours de vie n'est pas effectué. Il appartient alors aux partenaires présents à la RCP de raconter ce qu'ils savent de cette histoire. Les partenaires sont déjà mobilisés, l'histoire est bien connue. Cela permet d'être plus réactif en s'économisant un lourd travail de reconstitution biographique. Pour cela, il est proposé aux équipes qui ont saisi le RAP31, un outil (grille de recueil) à renseigner avec la famille, si possible, qui permet une co-construction et une appropriation par les parents de la démarche. Cela participe à la fonction d'aide à la parentalité mise en œuvre par le professionnel de proximité.

- **Le niveau 1** : correspond à un déplacement de l'équipe de coordination du RAP 31 auprès d'une équipe éducative (lycée, foyer...) pour un conseil, une analyse dédramatisée d'une situation racontée en direct.

INCLUSION

4. Collecte du consentement

Charte (autorité parentale ou du responsable légal) ou jeune majeur avec notice d'information

5. Référence des situations

Travailleurs sociaux de l'équipe

6. Enregistrement dans la file active

La file active est constituée de situations de jeunes inclus dans l'année (Réunion de Concertation Partenariale - RCP d'inclusion), de jeunes déjà inclus les années précédentes (RCP de suivis et/ou sollicitations sous forme de réunions téléphoniques), de situations complexes de jeunes dans le cadre des rencontres avec les équipes du CDEF.

En fonction du niveau d'inclusion, la 1^{ère} RCP débute de 1 à 3 mois après la saisine. En cas d'urgence, la RCP peut être organisée quasiment immédiatement.

SUIVI

7. Reconstitution du parcours de vie

- À partir de témoignages, interview, consultation de dossiers (rapports, comptes rendus), contact avec les partenaires
- Avec des outils : grille de recueil biographique, tableau chronologique, construction de génogramme...

8. Réunion D-CLIC

L'invitation à la RCP est préparée par le référent de la situation (proposition de dates, doodle, mails, appels téléphoniques) puis mise en forme et envoyée par mail par le secrétariat.

Les réunions ont lieu dans un espace neutre, la plupart du temps dans les locaux du RAP 31 ou dans des salles « extérieures » (Espace des Diversités et de la Laïcité...). Elles sont animées par le travailleur social en présence de deux pédopsychiatres du D-CLIC.

RCP d'inclusion :

L'équipe de coordination ne rencontre pas les adolescents, ni leur famille. La seule écoute est la parole des professionnels témoins de cette histoire, ceci favorise une position de tiers externe.

Tous les partenaires du parcours de vie de l'adolescent jusqu'au moment de la saisine sont sollicités et invités à contribuer.

La clinique du sujet est au centre de l'aide proposée. La RCP initiale dure 2 à 3 heures environ. Elle retrace de manière chronologique l'histoire et le parcours de l'adolescent jusqu'à la période actuelle par l'intermédiaire des professionnels témoins. Cette reconstruction biographique, organisée à partir des témoignages mais aussi de la présence à la réunion des différents professionnels qui se sont occupés du jeune depuis son histoire initiale jusqu'à aujourd'hui, permet souvent d'avoir un œil neuf sur les conflits et les souffrances endurés.

Il s'agit non seulement de déplier un espace de pensée écrasé par le poids des réalités, des contraintes et par la dimension mortifère des répétitions concernant le jeune inclus dans le réseau, mais également de lire à travers la biographie une sémiologie à la fois sociale, anthropologique et psychopathologique qui, sur un seul entretien ou un seul point de vue, échappe en grande partie. On peut ainsi percevoir comment les impasses dans la prise en charge sont liées à des facteurs multiples allant de la psychopathologie du jeune et de sa famille aux carences des dispositifs.

Cette démarche de lecture clinique permet de redéfinir la place des acteurs, de donner des orientations qui vont ensuite être pour la plupart retravaillées en équipe (DITEP, MECS, hôpital de jour...).

Pour la plupart des jeunes exempts de pathologie mentale, les orientations proposées dans la conclusion, réalisée avec tous les partenaires présents lors de la réunion, sont censées permettre de reprendre un projet de vie et un étayage adapté.

RCP de suivi :

Après la RCP d'inclusion, tout partenaire peut solliciter une réunion de suivi (faits nouveaux, besoin de réajustement des orientations, nouveaux partenaires...).

9. Compte-rendu

Le compte-rendu reprend brièvement le déroulé de la réunion avec la présentation biographique du jeune et la conclusion reprenant les préconisations réfléchies par les participants à la RCP. Rédigé par les médecins puis retravaillé par le référent, il est envoyé par mail anonymisé à tous les partenaires de la situation (présents/excusés/absents et médecin traitant). Il est intégré au dossier patient.

10. Temps inter-réunions D-CLIC

L'équipe de coordination reste à la disposition de tous les protagonistes de la RCP par téléphone autant que de besoin.

Une liste de diffusion peut être mise en place pour la communication des différents événements sur la situation dans le but d'une meilleure coordination.

VEILLE

11. Mise en veille de la situation

La situation est mise en veille lorsque le RAP 31 n'est plus sollicité pendant une année mais peut être réactivée dès qu'une nouvelle sollicitation se présente, même après les 21 ans révolus du jeune.

SORTIE DE LA FILE ACTIVE

12. Critères de fin de suivi

- Sur demande de l'institution ou du jeune majeur
- Changement de territoire
- Atteinte de la limite d'âge
- Décès



ANIMATION DU TERRITOIRE

Animation du réseau

- Rencontres mensuelles du RAP Clinique à Toulouse et du Rap Clinique en Comminges, dans le sud du département : échanges d'actualités entre les partenaires du réseau ; présentation d'un dispositif particulier ou d'un nouveau partenaire
- Journée d'étude annuelle : une thématique liée à l'adolescence avec un film-débat le matin et des conférences l'après-midi. Trois conférenciers : un du champ sanitaire, un des sciences sociales et un acteur de terrain (témoignage)
- Journée d'étude inter-réseaux tous les 2 ans avec RESADO 82 puis le Collectif D-CLIC Occitanie
- Diffusion d'un bulletin semestriel sur l'actualité adolescente
- Mise en place de groupes de travail dans le cadre de la veille sanitaire : à partir des situations étudiées en RCP et de l'observation clinique, le RAP 31 est témoin privilégié de l'évolution des problématiques, des modes d'expression du mal-être adolescent (anorexie, transition adolescent/adulte, ivresse aigüe adolescente, grossesses adolescentes, sorties d'hospitalisations, prostitution des mineures...).

Formations

- CDEF : rencontres fréquentes et régulières avec les différentes équipes de l'internat et celles des dispositifs spécifiques sur des situations cliniques qui interrogent.
- Mise en place de formations, en coordination avec la PJJ, sur le repérage des troubles psychiques des adolescents
- Participation aux formations continues des médecins généralistes sur la problématique adolescente



SPÉCIFICITÉ DU D-CLIC

→ **Une ligne téléphonique réservée aux médecins de premier recours (Hotline) :** Mise en place depuis juin 2011, elle garantit une réponse professionnelle médicale dans les 48h, conseil, soutien, aide à la prescription, orientation, liens avec les autres intervenants... Cette intervention articule également le rôle des médecins libéraux et scolaires avec l'offre de la Maison des Adolescents (où les adolescents peuvent être accueillis seuls ou avec leur famille) ou d'autres structures présentées aux médecins comme des ressources dans leur pratique.

Cette possibilité, initialement offerte aux médecins de premier recours, a été étendue dans un second temps à d'autres thérapeutes (en particulier aux psychologues) de façon à éviter un recours trop tardif à un diagnostic psychiatrique.

La hotline est ouverte 24h/24 (répondeur) et un médecin de la coordination contacte systématiquement l'appelant dans les 48 heures.

→ **Capacité de l'équipe à répondre à de nouvelles problématiques (réactivité / innovation) :**

- inclusions « préventives » (les moins de 11 ans)
- sollicitation de la part de l'ARS sur des situations nécessitant une hospitalisation dans le cadre de soins sur décision d'un représentant de l'État (SDRE)



OUTILS

Outils de travail à usage interne

- Mise en réseau des données (SharePoint) pour permettre à tous les salariés de suivre les dossiers
- Dossier jeune numérique + papier
- Agenda partagé
- Base de données interne permettant de récolter les informations concernant les jeunes et ainsi de pouvoir faire des recherches ou établir des statistiques
- Tableaux de suivi de l'envoi des invitations + des comptes rendus

Outils de travail à usage externe

- Fiche de saisine, Charte, Information parents, jeunes ou responsables légaux
- Grille de recueil biographique, invitation pour les RCP, compte-rendu des RCP, mails et contacts téléphoniques

CHIFFRES & ACTIVITÉS EN 2021*

FILE ACTIVE

| | | | |
|---------------------|--|--|-----------------------------|
| 99 | 30 | 32 | 37 |
| situations au total | adolescents inclus en 2021 - RCP d'inclusion et de suivi | adolescents inclus les années précédentes - RCP de suivi | adolescents suivis hors RCP |

INCLUSION

| | |
|--|--|
| NOMBRE D'INCLUSIONS | 30 |
| dont Protection de l'Enfance | 36 % |
| dont Parcours Handicap (ESMS, PCPE, notifications non effectives...) | 22 % |
| dont Mesure pénale | 14 % |
| dont Soins psychiatriques ou indication de soins | 22 % |
| dont Scolarité adaptée (ULISS,...) ou ordinaire | 6 % |
| dont Mesure de protection de jeunes majeurs « vulnérables » (contrat jeune majeur) | 14 % |
| Délai moyen d'inclusion | <ul style="list-style-type: none"> • Quasi immédiate pour des réunions de niveau 1 • Environ 2 mois pour des réunions de niveaux 2 • Jusqu'à 4 à 6 mois pour des réunions de niveau 3 <p>Dans ces délais est inclus le temps passé à trouver une date commune permettant de réunir des professionnels issus de différents champs, de différentes structures, ainsi que les aléas dus au changement de professionnels partenaires.</p> |
| Partenaires à l'origine de la demande | <ul style="list-style-type: none"> • Secteur social (ASE, CDEF, MECS, Lieu de vie...) : 36 % • Secteur sanitaire (CMP, HdJ, Hôpital, Clinique, généralistes) : 27 % • Secteur médico-social (DITEP, IME, MDPH) : 16 % • Secteur judiciaire : 15 % • Autres secteurs (ARS, Associations, Club de prévention...) : 5 % • Éducation Nationale : 1 % |
| Professionnels à l'origine de la demande | Référent ASE, Éducateur/trices spécialisé-e, Médecins, Psychologues, Assistants de Services Sociaux, Directeur/trice et Chefs de service |

* L'année 2021 n'est pas caractéristique du volume d'activité du RAP31, du fait des périodes de confinement et de désorganisation des institutions.

RÉUNIONS D-CLIC

Nombre de réunions D-CLIC organisées

80 RCP :

27
inclusions

53
suivis

Nombre de participants aux réunions

1 019
professionnels pour
les activités globales

506
RCP

238
Rap clinique
Toulouse &
Comminges

33
Soutien
téléphonique

256
Autres
(CDEF, 3CO)

Taux de participation aux réunions

70 %
pour les RCP

PARCOURS DE VIE

**26 parcours
de vie réalisés**

(RCP de niveau 2 et 3)

RÉSULTATS QUALITATIFS

Le RAP 31 peut devenir « le fil rouge » de la situation lorsque celle-ci bénéficie d'un suivi sur le long terme.

Étude prospective réalisée en 2015 sur 164 dossiers de jeunes pour lesquels la sortie du RAP 31 était effective. Objectifs : Que sont devenus les jeunes une fois devenus adultes ? Le RAP 31 a-t-il été utile au parcours de vie des jeunes inclus ? A-t-il été une aide pour les professionnels qui les accompagnaient ?

L'intervention du RAP31 a permis le maintien du lien avec le jeune.

https://www.rap31.fr/sites/rap31.fr/files/upload/pdf/rap31_etude_prospective.pdf

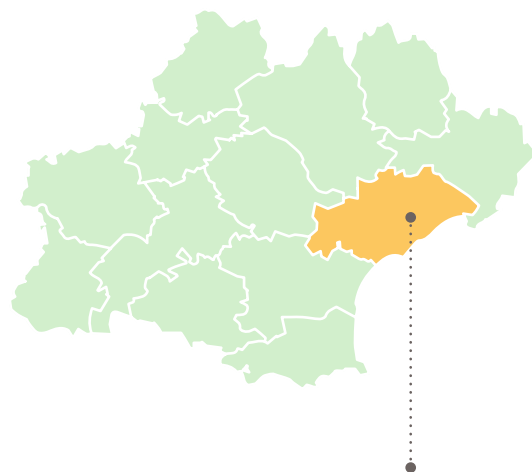


RÉSILADO



IDENTITÉ

| | |
|----------------------------------|--|
| Année de création | Fusion des deux dispositifs précédents RESADO (Béziers) et PHILADO (Montpellier) en 2020 |
| Portage juridique | GCSMS Maison des Adolescents de l'Hérault (MDA 34) composé du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, Centre Hospitalier de Béziers, Adages et Montpellier Ados |
| Gouvernance | Comité de pilotage (réuni 2 fois par an) : ARS, PJJ, Éducation Nationale, Direction Enfance Famille Conseil Départemental de l'Hérault, DITEP, CHU Montpellier et CH Béziers |
| Public cible | 11-21 ans |
| Usager | Professionnels |
| Territoire d'intervention | Tout le département de l'Hérault |



CONTACT

| | |
|------------------------|--|
| Email | resilado@mda34.org |
| Adresse postale | MDA 34 - 9, rue de la république, 34 000 Montpellier |
| Site internet | reseau-pro.mda34.org/resilado |
| Réseaux sociaux | in : ReSiLaDo 34 |



RESSOURCES

| | |
|--|---|
| Subvention | 350 000 € de l'ARS |
| Mise à disposition institutionnelle | 1 ETP par la Direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse de l'Hérault (DTPJJ 34) dont 0.3 ETP à titre gracieux (soit 155 000 €) |



COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE COORDINATION

| | |
|-----------------------|---|
| Au 01/09/2022 | 1 directeur (0,2 ETP) |
| 4 ETP au total | 1 assistante de direction (0,7 ETP) |
| | 1 conseiller technique - coordinateur (0,9 ETP) |
| | 1 conseillère technique (0,9 ETP) |
| | 1 conseiller clinique psychologue (0,5 ETP) |
| | 1 conseillère clinique psychologue (0,4 ETP) |
| | 1 médecin pédo psychiatre (0,4 ETP) |

OBJECTIFS & MISSIONS



Mission principale

Accompagnement des professionnels en charge de situations individuelles complexes (clinique indirecte concertée, coordination des parcours)

Mission complémentaire

Mission d'animation du réseau des partenaires sur le département (développement des pratiques partenariales, participation à la montée en compétence des professionnels, fonction de veille et recherche)

Objectifs

- Constituer un espace tiers de réflexion et d'élaboration de travail partagé venant appuyer l'action de chaque institution (les propositions / orientations sont nécessairement concertées)
- Permettre la continuité et la coordination des parcours d'adolescents en situation complexe
- Aider à la mobilisation des ressources et à la mise en liens des acteurs
- Appréhender les contraintes et les leviers de chaque institution pour favoriser les indispensables coopérations
- À partir du recueil des éléments de situations, proposer et partager des analyses de l'évolution des problématiques rencontrées et des pratiques professionnelles

MODE D'INTERVENTION

SAISINE

1. Modalités de saisine du D-CLIC

- Par fiche de liaison simplifiée pour saisine
- Par téléphone pour conseils

INSTRUCTION

2. Critères d'éligibilité

Âge, territoire et complexité (vérification de l'utilisation des ressources auprès du professionnel)

3. Analyse de la demande

En réunion d'équipe regroupant les professionnels du dispositif

INCLUSION

4. Collecte du consentement

Information aux parents par le biais du professionnel requérant. Recueil de consentement si besoin d'aller recueillir des informations auprès de professionnels n'intervenant plus dans la situation.

5. Référence des situations

Un conseiller technique ou clinique

6. Enregistrement dans la file active

La situation est enregistrée dans un tableau de bord dès la sollicitation en pré-inclusion (sauf si conseil, c'est-à-dire un échange téléphonique avec le professionnel ne débouchant pas sur une saisine). Après la première réunion d'élaboration de parcours (qui est un temps de travail entre le professionnel requérant et le référent en amont des Réunions de Concertation Pluri-professionnelles (RCP)), la situation du jeune est enregistrée comme suivi actif.

SUIVI

7. Reconstitution du parcours de vie

Il est réalisé lors d'une réunion d'élaboration de parcours avec le/la professionnel(le) requérant(e) complétée par des entretiens téléphoniques avec les autres professionnels engagés. Cet écrit sert de trame à la première partie de la première RCP afin de partager les éléments recueillis. Ensuite ces éléments sont regroupés dans le compte-rendu de la première RCP. Un génogramme est réalisé afin de faciliter la lecture des informations familiales.

8. Réunion D-CLIC

La Réunion de Concertation Pluri-professionnelle (RCP) s'emploie à réunir l'ensemble de professionnels engagés dans la situation, dans un lieu neutre vis-à-vis des institutions impliquées dans l'accompagnement de l'adolescent concerné.

Le plus souvent, les réunions se déroulent dans les locaux de RÉNILADO, à la Maison des Ados

de Montpellier. Elles sont souvent hybrides, visio / présentiel, ce qui réduit la convivialité mais augmente le taux de fréquentation. Certaines RCP se déroulent à la MDA de Béziers ou encore, mais plus rarement, dans un lieu engagé dans l'accompagnement du jeune (invitation d'un lieu de vie par exemple).

Le référent anime la réunion. Le co-référent prend des notes et formule des hypothèses cliniques. Un premier temps est consacré à la lecture synthétique du parcours de l'adolescent, ce qui permet que chacun se mette au même niveau d'information concernant la situation de l'adolescent puis de faire émerger collectivement les hypothèses de travail (autre regard sur le comportement, propositions d'actions...).

En fin de RCP est fixée la date de la prochaine réunion. Leur fréquence dépend de la complexité de la situation et peut varier entre 2 et 6 mois.

9. Compte-rendu

Le référent rédige le compte-rendu anonymisé à partir de ses notes et de celles du co-référent de la réunion, le plus souvent dans la semaine qui suit.

Le compte-rendu contient une alerte rappelant expressément de ne pas diffuser tout ou partie de ce compte-rendu. Il comprend la liste des hypothèses de travail et les coordonnées des professionnels qui se sont engagés à tenter de les mettre en place.

L'envoi se fait par mail à tous les participants présents et excusés sans que ne figure ni dans le mail ni dans l'écrit le nom de famille du jeune concerné.

10. Temps inter-réunions D-CLIC

- Lien variable avec les professionnels entre les RCP. Prise de contact pour rester informés des éléments de la situation.
- 15 jours avant la prochaine RCP, une piqûre de rappel sur la date et l'éventuel lien de visio permet de récupérer de récentes nouvelles.

VEILLE

11. Mise en veille de la situation

La mise en veille est décidée avec les professionnels lorsque la situation semble s'être apaisée ou lorsque les partenaires ne pensent plus voir évoluer la situation. Un lien est maintenu pour envisager une éventuelle réintégration dans le dispositif. Au bout d'une année sans contact, la situation est sortie du dispositif.

SORTIE DE LA FILE ACTIVE

12. Critères de fin de suivi

Sortie du territoire, âge, décès, inactivité du dossier après un an de veille...



ANIMATION DU TERRITOIRE

Offre du D-CLIC

- Proposition de formations et de colloques. En 2022, organisation d'une journée interprofessionnelle sur l'évolution de la loi de protection de l'enfance avec Jean-Pierre Rosenczveig et des acteurs locaux (DEF, PJJ, Psychiatrie, DITEP, Juge des enfants, MDPH, MECS).
- Participation à la journée de travail sur le rapport de la défenseure des droits en décembre 2021
- Animation d'un dispositif de stages d'immersions croisées : VIMAVIPRO qui vise à décloisonner les institutions en favorisant les rencontres entre professionnels de différents secteurs

Participation à la vie locale

- Participation à : groupes de travail de l'observatoire départemental de la protection de l'Enfance, dispositif PJJ DECLIC sur les situations complexes et journées départementales de travail sur les adolescents à double vulnérabilités
- Échanges bimestriels avec la RAPT
- Mises à jour régulières des connaissances sur les nouveautés du secteur adolescent du département par des liens réguliers avec divers acteurs et demandes d'actualités institutionnelles systématiques à chaque RCP



SPÉCIFICITÉ DU D-CLIC

- Fonction de conseils aux professionnels par appel téléphonique
- Rencontre possible pour présenter le dispositif au jeune ou à sa famille



OUTILS

Outils de travail à usage interne

- Tableau de bord ajusté permettant au-delà d'un pilotage précis de regrouper des éléments mis à jour sur les institutions et les professionnels ainsi qu'un volet statistique.
- Annuaire précis des partenaires

Outils de travail à usage externe

Fiche de liaison, trame de compte-rendu, charte, convention des partenaires, information (représentant légal / jeune majeur), Conventions VIMAVIPRO (cf. *rubrique « Animation du territoire / Offre du D-CLIC »*)



CHIFFRES & ACTIVITÉS EN 2021

FILE ACTIVE

| | | | | |
|-----------------------------------|----------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------|
| 116 situations au total | 49 actives | 2 en veille | 12 ponctuelles | 1 sortie |
|-----------------------------------|----------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------|

INCLUSION

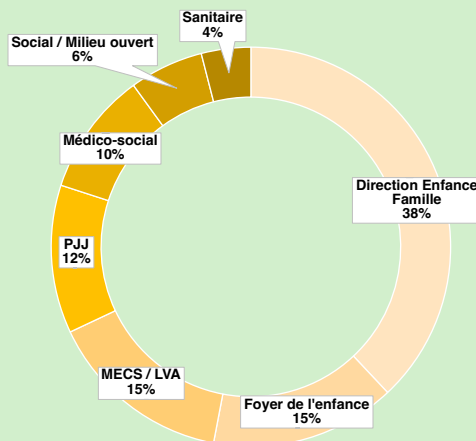
NOMBRE D'INCLUSIONS **52**

| | |
|---|--|
| dont Protection de l'Enfance | 85 % |
| dont Parcours Handicap (ESMS, PCPE, notifications non effectives...) | 56 % bénéficient d'une notification MDPH parfois non mise en œuvre faute de place |
| dont Mesure pénale | 10 % |
| dont Soins psychiatriques ou indication de soins | 45 % sont suivis auxquels s'ajoutent 30 % de refus de soin et 8 % en liste d'attente |
| dont Scolarité adaptée (ULISS,...) ou ordinaire | 21 % mais 42 % d'adolescents déscolarisés |
| dont Mesure de protection de jeunes majeurs « vulnérables » (contrat jeune majeur) | 8 % |

Délai moyen d'inclusion 1 semaine

31 institutions partenaires requérantes en 2021

Partenaires à l'origine de la demande



Professionnels à l'origine de la demande

Essentiellement des professionnels de l'accompagnement social (Assistants de service social (ASS), éducateurs spécialisés, chefs de service de MECS). Seules 2 saisines ont été portées par des médecins.

RÉUNIONS D-CLIC

59 réunions organisées avec une montée en charge tout au long de l'année

6,4 professionnels présents en moyenne aux réunions

85 % de taux de participation aux réunions

PARCOURS DE VIE

52 parcours de vie réalisés soit 1 par suivi

RÉSULTATS QUALITATIFS

Au cours de ses premiers mois d'exercice, l'équipe Résilado a constaté une participation importante des partenaires invités, une augmentation des sollicitations, une grande variété des institutions requérantes et une présence très régulière des médecins psychiatres invités.

Résilado a reçu de multiples invitations à des instances œuvrant sur les politiques publiques autour de la protection de l'enfance (ODPE, PJJ...).

POUR EN SAVOIR PLUS

- Rapport d'activité 2021
- Projet VIMAVIPRO
- Intervention Élisabeth Nice-Pointis aux journées VIDEOPSY Montpellier Mars 2022

RÉSEAU ENFANT - ADO 66



IDENTITÉ

| | |
|----------------------------------|---|
| Année de création | <ul style="list-style-type: none"> • 2006 : création du réseau, portage par le Centre Hospitalier de Thuir • 2010 : passage sous statut associatif |
| Portage juridique | Association ADO 66 |
| Gouvernance | <ul style="list-style-type: none"> • Conseil d'Administration (Gestion) • Comité de Pilotage (orientations stratégiques) • Comité Technique, composé de 21 représentants des principaux secteurs d'intervention médico-social, soin/santé, social/scolaire, justice et MDPH (réflexion et expertise pour les situations individuelles) |
| Public cible | 0 - 21 ans |
| Usager | Ensemble des professionnels du territoire en charge des situations de jeunes en difficulté (sanitaire, social, médico-social, justice, enseignement...) |
| Territoire d'intervention | Tout le département des Pyrénées-Orientales |



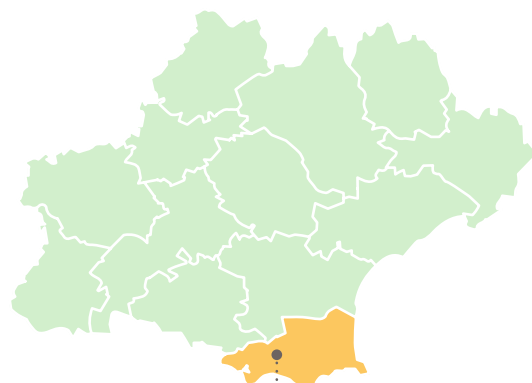
RESSOURCES

| | |
|-------------------|-------------------------------|
| Subvention | 280 000 € ARS + 4 000 € CD 66 |
|-------------------|-------------------------------|



COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE COORDINATION

| | |
|--------------------------------|---|
| Cellule de coordination | 1 Responsable (0,5 ETP) |
| 5 ETP au total | 1 Chargée de suivis Réseau Ado (0,7 ETP) et coordinatrice du réseau (0,3 ETP) |
| | 1 Psychologue clinicienne Réseau Ado (0,8 ETP) |
| | 1 Psychologue clinicienne Réseau Enfant (0,5 ETP) |
| | 1 Chargée de suivis Réseau Enfant (0,7 ETP) |
| | 1 Secrétaire Réseau Ado et Association (1 ETP) |
| | 1 Secrétaire Réseau Enfant (0,5 ETP) |



CONTACT

| | |
|------------------------|---|
| Email | contact@reseauado66.fr contact@reseauenfant66.fr |
| Adresse postale | 23 rue François Broussais, 66 100 Perpignan |
| Site internet | reseauado66.fr |



OBJECTIFS & MISSIONS

- Favoriser la synergie des acteurs et la mise en œuvre d'une prise en charge globale, pluri-professionnelle et pluri-institutionnelle (articulation entre les champs médical, psychologique, social, éducatif et juridictionnel / décloisonnement des secteurs d'intervention)
- Veiller à la continuité des suivis et des accompagnements, à la cohérence des diverses interventions et à une offre de prestations adaptées au public (individuelles / collectives, internes / externes...)
- Améliorer la prévention, notamment par le biais de la surveillance des clignotants retenus comme pertinents par les intervenants et précurseurs de situations à suivre
- Mettre en œuvre des actions de communication et d'information en direction des partenaires du département, ainsi que l'organisation de formations communes aux acteurs concernés

MODE D'INTERVENTION

SAISINE

1. Modalités de saisine du D-CLIC

La sollicitation du réseau s'effectue par un professionnel qui accompagne l'enfant / l'adolescent, en contactant un référent institutionnel du Comité Technique du Réseau Enfant-Ado. Pour ce faire, ce professionnel renseigne une fiche saisine.

INSTRUCTION

2. Critères d'éligibilité

Difficultés des professionnels pour élaborer un projet pour le jeune : difficulté d'élaborer un projet de prise en charge, difficulté inter-partenaire, symptômes de l'adolescent, difficulté de travail avec la famille, rupture scolaire, rupture de soins, rupture de prise en charge éducative...

3. Analyse de la demande

Inclusion « classique » : l'objectif est de favoriser l'élaboration d'un projet d'accompagnement global (pluridisciplinaire et pluri-institutionnel) pour enfants / adolescents en grande difficulté dont la complexité de la prise en charge met les professionnels en situation d'impasse.

La situation est analysée par l'ensemble de la cellule de coordination, qui élabore une fiche préparatoire notant les réflexions cliniques et les questionnements. Ces réunions d'inclusion classique se font via le Comité Technique (1/2 journée par mois). Les fiches saisine sont envoyées aux membres du Comité Technique 10 jours avant. Ces derniers sont chargés de rapporter d'éventuelles informations s'ils ont connu la situation antérieurement.

Ces réunions sont animées par le responsable et le binôme concerné : tour de table, présentation de la situation (possibilité de 2 co-présentateurs supplémentaires), échanges entre les participants, analyse et élaboration d'hypothèses d'action. Elles se déroulent chez un partenaire différent chaque mois.

Inclusion « préventive » : il s'agit d'identifier les jeunes dont la situation se complexifie mais sans notion de gravité et d'urgence. En détectant les signes de difficultés d'ordre psychologiques, sociales, éducatives, scolaires... pour lesquelles un regard extérieur préventif peut permettre d'anticiper des évolutions en adaptant la prise en charge par l'élaboration d'un projet pluri-partenarial.

Les situations ne concernant pas les jeunes en grandes difficultés et l'action se positionnant dans le cadre de la prévention, ces situations ne sont pas présentées en Comité Technique. La cellule de coordination pourra toutefois décider du passage en Comité Technique si la situation le nécessite.

Ces réunions d'inclusion préventive se font avec les partenaires impliqués dans la situation et se déroulent habituellement sur le lieu d'implantation du Réseau ENFANT - ADO 66.

INCLUSION

4. Collecte du consentement

Les professionnels prescripteurs sont chargés de recueillir

l'accord parental ou du représentant légal ou du jeune majeur, document indispensable pour finaliser l'inclusion.

5. Référence des situations

Un binôme psychologue / chargé de suivis

6. Enregistrement dans la file active

- Inclusions préventives : entre 15 jours et un mois
- Inclusions classiques : 2 à 3 situations un jeudi après-midi par mois (sur 11 mois)

SUIVI

7. Reconstitution du parcours de vie

- Recueil d'information via la saisine
- Élaboration d'un tableau « parcours de vie »
- Compléments d'informations via les professionnels de proximité et les membres du Comité Technique lors de la présentation de la situation
- Génogramme / Historiogramme (si accès aux dossiers ASE, en cours de négociation avec le CD)

8. Réunion D-CLIC

• **Réunion de concertation** (à la demande et une seule fois) : c'est une réunion où tout type de professionnels d'une même institution en questionnement sur une situation peut échanger avec la cellule de coordination sur la / les problématique(s) rencontrée(s). Ce temps d'échange peut permettre une nouvelle approche, lever des freins et apporter un regard extérieur dans le cadre de la clinique indirecte. Un temps de rencontre autour de la situation anonymisée est convenu, par mail, sans formalité spécifique et sans obligation d'inclusion.

La cellule intervient une seule fois auprès des professionnels en charge du jeune. Un compte-rendu anonymisé est adressé aux participants. Ce temps d'échange peut également permettre d'évaluer la pertinence d'une inclusion ou non et si oui selon quelles modalités (préventive ou classique).

• **Réunion de réajustement** : chaque inclusion donne lieu à une réunion de réajustement systématique dans les 2 à 3 mois suivants. La fréquence du suivi est définie en fonction des besoins de la situation. Les professionnels peuvent solliciter le Réseau ENFANT - ADO 66 pour faire un point sur la situation du jeune chaque fois que nécessaire (un document à cet effet est disponible sur le site internet de l'association). Un mois avant la date de réunion, les partenaires à convier sont repérés et les référents de la situation peuvent avoir des contacts téléphoniques. Une semaine avant la rencontre, le binôme s'octroie un temps de réflexion clinique.

Ces réunions se déroulent habituellement sur le lieu d'implantation du Réseau ENFANT - ADO 66. La date de la 1^{ère} réunion de réajustement est fixée le jour du comité technique, avec relance par mail 10 jours avant sa tenue. À l'issue de chaque réunion, si nécessaire, une nouvelle date est arrêtée collégialement. Si de nouveaux partenaires entrent dans la situation entre 2 réunions, l'invitation leur est adressée par mail un mois avant la réunion. Pour les autres, un rappel est envoyé par mail 10 jours avant la date de la rencontre. Ces réunions sont animées par le binôme concerné : tour de table, reprise des hypothèses d'action de la précédente réunion, point d'actualité par institution sur la

situation du jeune et de son environnement, échanges entre les participants, analyse et élaboration de nouvelles hypothèses d'action, date de la prochaine réunion ou suspension du suivi si la situation est stabilisée.

9. Compte-rendu

Chaque réunion fait l'objet d'un compte-rendu exhaustif. La prise de note est réalisée par le binôme concerné. En moyenne, ils sont adressés à tous les partenaires invités dans les 15 jours suivant la réunion.

10. Temps inter-réunions D-CLIC

- Échanges téléphoniques, par mails sur l'état de la situation
- Réception et envoi de comptes rendus issus des instances des partenaires (commissions enfance, synthèses, audiences...)
- Soutien et appui des partenaires sur certaines hypothèses d'action, recherche d'informations sur les dispositifs de prise en charge ou lieux d'accueil, d'experts pouvant éclairer des situations

VEILLE

11. Mise en veille de la situation

- Situations stabilisées / situations perdues de vue / absence de sollicitation des partenaires
- Le binôme concerné interpelle les partenaires dans un délai de 4 à 6 mois après la suspension des réunions pour une actualisation de la situation et propose la mise en place d'une rencontre si besoin.

SORTIE DE LA FILE ACTIVE

12. Critères de fin de suivi

Déménagement hors département, âge limite ou décès.



SPÉCIFICITÉ DU D-CLIC

- Binôme dédié à la petite enfance et enfance (0-10 ans)
- Démarrer les inclusions des situations individuelles complexes par leur présentation à un comité technique : cette instance ponctuelle fournit une expertise pluri-professionnelle apportant un regard pluridisciplinaire et partenarial sur le parcours du jeune et ce dans tous les aspects de sa vie. Le comité technique peut élaborer des hypothèses de travail et faciliter leur mise en œuvre par les professionnels de proximité.



ANIMATION DU TERRITOIRE

Offre du D-CLIC

- Colloque annuel
- Groupes de travail thématiques
- Petits déjeuners partenaires
- Présentation du D-CLIC à de nouveaux partenaires et auprès d'étudiants (IRTS, IFSI, organismes de formation privés Aide Médico-Psychologique (AMP) et Moniteur Éducateur (ME)) et actualisation auprès des anciens partenaires

Participation à la vie locale

Contrats Locaux de Santé (CLS), Conseil Local de Santé Mentale (CLSM), Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance (ODPE), réunions Caisse d'allocations familiales (CAF) / Dispositif Régional d'Appui en Prévention et Promotion de la Santé Occitanie (DRAPPS) / Instance Régionale d'Éducation et de Promotion Santé (IREPS)...



OUTILS

Outils de travail à usage interne

- **Tableau descriptif des inclusions** : recueil des données en fonction des différents items retenus (institutions à l'origine de l'inclusion, motifs de l'inclusion, mesures au moment de l'inclusion, âge au moment de l'inclusion, sexe, situation du couple parental, scolarité, lieu d'hébergement, étude des symptômes du jeune)
- **Tableau de bord de la file active** : mise en place d'un tableau avec codes couleur systématiquement actualisé en fonction de l'état de la situation
- **Tableau récapitulatif des situations actives** : caractérisation de l'évolution de la situation sur une année (comparatif état de la situation début / fin d'année)

Outils de travail à usage externe

- Annuaire accessible via le site internet du D-CLIC
- Plaquette de présentation du D-CLIC
- Livret de présentation du dispositif
- Malette partenaires : notice d'utilisation, information pour les parents sur le D-CLIC, schémas d'inclusion, demande de réunion de concertation, consentements des parents, consentements des parents ou du représentant légal du jeune majeur protégé, consentement jeune majeur, saisine, demande réunion de réajustement
- Charte à destination des partenaires
- Convention de partenariat

CHIFFRES & ACTIVITÉS EN 2021

FILE ACTIVE

171
situations
au total

59
actives
dont 37 avec réunions régulières
et 22 avec actualisation (ados)

55
en veille
+ 8 hors départements
(ados)

22
sorties

INCLUSION

| NOMBRE D'INCLUSIONS | INCLUSIONS CLASSIQUES | INCLUSIONS PRÉVENTIVES |
|--|---|--|
| 27 | 15 (10 ados et 5 enfants) | 12 (8 ados et 4 enfants) |
| dont Protection de l'Enfance | <ul style="list-style-type: none"> Réseau Enfant : 43 % mesures administratives et 57 % mesures judiciaires Réseau Ado : 100 % mesures judiciaires | <ul style="list-style-type: none"> Réseau Enfant : 75 % de mesures préventives et 0 % de mesures judiciaires Réseau Ado : 25 % de mesures administratives et 75 % de mesures judiciaires |
| dont Parcours Handicap (ESMS, PCPE, notifications non effectives...) | 80 % avec une notification MDPH (enfants) et 100 % (ados) | 100 % notification MDPH (enfants) et 37,5 % (ados) |
| dont Mesure pénale | Uniquement pour les ados : 10 % suivi PJJ lors des inclusions classiques | |
| dont Soins psychiatriques ou indication de soins | <ul style="list-style-type: none"> Réseau Enfant : 33 % suivis psy en CMP / HJ et 66 % en médico-social (CAMSP, CMPP, DITEP) Réseau Ado : 20 % suivis psy en CMP / HJ, 30 % en médico-social et 30 % suivis non effectifs | <ul style="list-style-type: none"> Réseau Enfant : 100 % suivis psy en médico-social (CAMSP) Réseau Ado : 50 % suivis CMP / HJ et 50 % sans soins |
| dont Scolarité adaptée (ULISS,...) ou ordinaire | <ul style="list-style-type: none"> Réseau Enfant : 80 % scolarité ordinaire mais 60 % avec AESH Réseau Ado : 20 % ordinaire et 10 % contrat pro | |
| dont Mesure de protection de jeunes majeurs « vulnérables » (contrat jeune majeur) | 0 % (en 2021, la totalité des inclusions ados sont des moins de 18 ans) | |
| Délai moyen d'inclusion | 15 jours à 1 mois | |
| Partenaires à l'origine de la demande | <ul style="list-style-type: none"> Réseau Enfant : 20 % CAMSP, 20 % AFD, 20 % DITEP et 40 % MECS Réseau Ado : 30 % ASE, 20 % Foyer enfance, 20 % DITEP, 20 % AEMO et 10 % PJJ | <ul style="list-style-type: none"> Réseau Enfant : 100 % CAMSP Réseau Ado : 50 % AEMO, 25 % ASE + Foyer enfance, 12,5 % IME et 12,5 % SESSAD |
| Professionnels à l'origine de la demande | 17 éducateurs spécialisés, 5 psychologues, 3 chefs de service, 1 assistante sociale, 1 psychomotricienne, 1 médecin et 1 auxiliaire de puériculture | |

RÉUNIONS D-CLIC

100
réunions organisées
(4 enfants et 96 ados)

Entre **2** et **12** participants
aux réunions

Entre **60** et **70 %**
en moyenne de taux de
participation aux réunions

PARCOURS DE VIE

27 tableaux de vie

RÉSULTATS QUALITATIFS

Plus-value des réunions de réajustement (cf. [Rapport d'évaluation de 2016](#))

- Lieu de travail neutre réunissant les partenaires : faire des synthèses que l'on ne peut faire ailleurs avec tous les acteurs de la prise en charge
- Travail d'élaboration autour de la problématique complexe d'un jeune
- Conditions de travail favorables réunies pour un échange fructueux
- Temps professionnel identifié comme un « repère » dans les pratiques professionnelles des partenaires
- Réflexion et échanges des points de vue interinstitutionnels sur une situation complexe

PARCOURS ADOS 81



IDENTITÉ

Année de création

- Septembre 2018 à février 2020 : expérimentation financée par le Centre Hospitalier Spécialisé Pierre Jamet
- Juillet 2020 : création du D-CLIC Parcours Ados 81

Portage juridique Centre Hospitalier Spécialisé Pierre Jamet (Albi)

Gouvernance

- Comité de Pilotage (orientations stratégiques)
- Comité Technique (réflexion sur les situations individuelles et la prise en charge des adolescents en situation complexe sur le territoire)

Public cible Adolescents et jeunes majeurs âgés de 10 à 21 ans

Usager Professionnels

Territoire d'intervention Tout le département du Tarn



RESSOURCES

Subvention 280 000 € de l'ARS

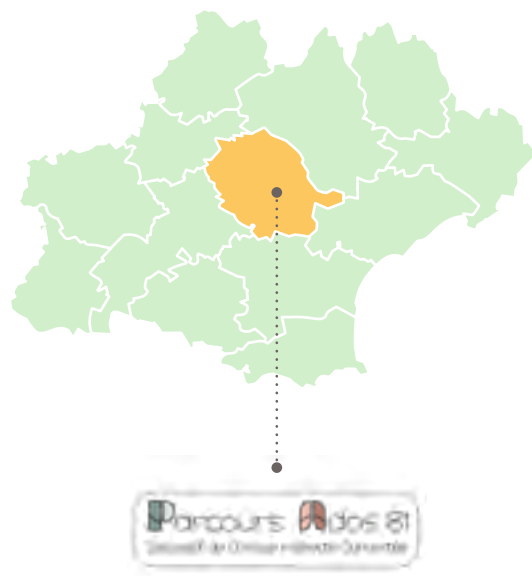
Mise à disposition institutionnelle 0.5 ETP Éducateur mis à disposition par la PJJ



COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE COORDINATION

Au 01/06/2022
3,4 ETP au total

- Médecin psychiatre (0.15 ETP)
- Responsable coordinatrice (1 ETP)
- Secrétaire assistante (1 ETP)
- Psychologue clinicienne (0,75 ETP)
- Educatrice PJJ (mise à disposition 0,5 ETP)



CONTACT

Email contact@parcoursados81.fr

Adresse postale Lieu-dit « la plantade »
81 440 Montdragon

Site internet www.parcoursados81.fr

Réseaux sociaux **in** : D-CLIC Parcours Ados

OBJECTIFS & MISSIONS



Missions :

- Accompagnement des professionnels sur les situations individuelles complexes
- Animation territoriale, réflexion inter-institutionnelle, développement du partenariat
- Appui aux professionnels de premiers recours (libéraux)
- Sensibilisation et formation
- Implication dans le Collectif D-CLIC Occitanie

Objectifs :

- Éviter les ruptures dans les parcours des jeunes
- Éviter l'essoufflement des professionnels
- Co-construire des solutions adaptées et innovantes
- Créer une dynamique partenariale sur le territoire autour de l'adolescence
- Être partie prenante de la réflexion autour des adolescents en situation complexe au niveau régional

MODE D'INTERVENTION

SAISINE

1. Modalités de saisine du D-CLIC

Parcours Ados 81 est saisi directement par un professionnel intervenant auprès du jeune, souvent après concertation avec les partenaires.

Lors du premier contact téléphonique, il est vérifié qu'il s'agit d'une situation complexe d'adolescent présentant des difficultés multiples. Si la situation exposée ne correspond pas, le professionnel est réorienté vers les services ou dispositifs adéquats (MDA, CMP, CMPP...).

Depuis 2022, Parcours Ado 81 va à la rencontre des professionnels pour recueillir les éléments nécessaires à la préparation de la première Réunion de Concertation Partenariale (RCP) et pour remplir la fiche de saisine avec les partenaires, dans une temporalité relativement courte. Cela permet de visualiser l'environnement dans lequel évoluent les jeunes et les professionnels, de rencontrer les équipes et certains professionnels qui ne viennent pas forcément en RCP, comme les secrétaires, ou les maitresses de maison pour les MECS ou les lieux de vie.

Aller vers les professionnels, sur leur lieu de travail, c'est prendre le temps d'aller entendre la demande, de recueillir les éléments qui amènent les professionnels à solliciter Parcours Ados 81 et d'amorcer le travail d'accompagnement.

Lors de cette première rencontre, le travail de clinique indirecte s'amorce. Les difficultés ressenties par le professionnel ou par l'équipe sont entendues, et déposées auprès d'un tiers externe, permettant ainsi de sortir de l'isolement. Le cadre d'intervention du Parcours Ados 81 et le déroulement des différents temps de rencontre proposés sont également présentés.

Si la famille a déjà signé le consentement ou le consentement jeune majeur, une RCP de présentation peut être programmée.

INSTRUCTION

2. Critères d'éligibilité

- Difficulté ressentie par les professionnels
- Demande qui appelle une réponse coordonnée plurisectorielle

3. Analyse de la demande

Le premier niveau d'intervention : Pour les situations les moins complexes, l'équipe peut proposer un appui ponctuel. Il s'agit d'une réunion unique anonymisée qui, de ce fait, ne nécessite pas l'autorisation des détenteurs de l'autorité parentale. Les partenaires présents sont réunis à l'initiative de l'équipe ou du professionnel demandeur.

Le deuxième niveau d'intervention : Cette modalité d'intervention est destinée à soutenir les professionnels qui accompagnent des adolescents au parcours de vie bien souvent traumatique, rythmé par de nombreuses ruptures. Les professionnels qui travaillent auprès de ces jeunes au quotidien se sentent dans une impasse, aux prises avec un sentiment d'impuissance. Pour ce niveau d'intervention, l'accord des détenteurs de l'autorité parentale ou du jeune majeur est indispensable.

INCLUSION

4. Collecte du consentement

Consentement recueilli par le professionnel demandeur auprès des deux parents (ou du jeune majeur) en leur faisant signer la fiche de consentement.

5. Référence des situations

Un professionnel de l'équipe de coordination réfère par situation

Le travail et la réflexion autour des situations se font en lien avec toute l'équipe de coordination.

6. Enregistrement dans la file active

Moins d'un mois

SUIVI

7. Reconstitution du parcours de vie

- Élaboration d'un historiogramme. Possibilité de consultation des dossiers à l'ASE. Contacts de tous les professionnels qui ont jalonné le parcours du jeune. Travail qui demande du temps. Environ une quarantaine d'heures pour tout recueillir, réordonner et rédiger
- Élaboration d'un génogramme, associé à l'historiogramme depuis janvier 2022

8. Réunion D-CLIC

Les réunions ont lieu dans les locaux de Parcours Ados 81.

RCP de Présentation :

- Présentation du parcours du jeune
- Dure 2 à 3 heures en fonction de la situation
- Possibilité de positionner 2 RCP de présentation par mois environ. Une fois par mois, certains membres du Comité Technique peuvent être invités pour participer à la RCP.
- Invitation de tous les professionnels qui ont jalonné le parcours du jeune et des professionnels actuellement engagés dans la situation (+ parfois membres du CT).

Déroulement de la réunion

- Introduction de la réunion et du cadre des échanges par la coordonnatrice + tour de table (10 min environ)

- Co-animation référent / coordonnatrice
- Prise de notes par la secrétaire assistante
- Présentation chronologique du parcours du jeune par la référente Parcours Ados 81 en lien avec les professionnels présents (1h30 environ)
- Échanges sur la situation actuelle – mise en exergue de pistes de travail (synthèse des conclusions).
- Si les professionnels le souhaitent, une date pour une RCP de suivi est fixée (délai en fonction des professionnels).

RCP de suivi :

- Dure entre 1h et 1h30
- Ne sont présents que les professionnels concernés par la situation du jeune ou qui vont l'être.
- Reprise des démarches en cours, hypothèses de travail, élaborées lors de la précédente réunion
- Échanges sur la situation actuelle – mise en exergue de pistes de travail, synthèse des conclusions – si les professionnels le souhaitent, programmation d'une date pour la prochaine RCP de suivi. Le rythme des RCP de suivi dépend de la demande des professionnels.

9. Compte-rendu

- Rédaction par le référent et relecture par l'équipe de coordination
- Envoi par la secrétaire assistante uniquement aux professionnels présents à la RCP de présentation

10. Temps inter-réunions D-CLIC

Liens avec au moins un des professionnels engagés dans la situation entre deux réunions, notamment pour s'assurer qu'il n'y ait pas d'autres partenaires à inviter.

VEILLE

11. Mise en veille de la situation

Situation mise en veille à la demande des professionnels. Le D-CLIC peut être resollicité à tout moment. Une nouvelle RCP de suivi est organisée à condition que :

- le jeune ait moins de 21 ans (et qu'il ait signé le consentement s'il a plus de 18 ans)
- il réside toujours dans le département du Tarn.

SORTIE DE LA FILE ACTIVE

12. Critères de fin de suivi

Sortie du département, âge (+ de 21 ans), demande d'arrêt à la demande de la famille ou du jeune.



© Adobe Stock #69691044 - chamillew



ANIMATION DU TERRITOIRE

Offre du D-CLIC

- Mise en place de « petits déj' partenaires » depuis mai 2022 (1 par mois) : présentation d'un dispositif, d'une équipe, d'un service par un professionnel
- Colloque / journée de sensibilisation à prévoir en 2023

Participation à la vie locale

- Membre du COPIL du Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)
- Participation aux groupes de travail dans le cadre du schéma départemental de la protection de l'enfance
- Participation aux matinales du DRAPPS



SPÉCIFICITÉ DU D-CLIC

Possibilité de faire un appui ponctuel sur une situation anonymisée



OUTILS

Outils de travail à usage interne

Tableau de bord de la file active, tableau de recensement du taux de participation aux RCP, tableau descriptif du profil des jeunes accompagnés, dossier de saisine pour équipe de coordination, trame de compte-rendu

Outils de travail à usage externe

Dossier de saisine (pour partenaire), plaquette de présentation, cartes de visite, consentement parental ou jeune majeur

CHIFFRES & ACTIVITÉS EN 2021

FILE ACTIVE

41
situations au total

17
actives

11
en veille

2
ponctuelles

INCLUSION

NOMBRE D'INCLUSIONS 11

dont Protection de l'Enfance 83 %

dont Parcours Handicap (ESMS, PCPE, notifications non effectives...) 83 %

dont Mesure pénale 33 %

dont Soins psychiatriques ou indication de soins 88 %

dont Scolarité adaptée (ULISS,...) ou ordinaire 57 %

dont Mesure de protection de jeunes majeurs « vulnérables » (contrat jeune majeur) 0 %

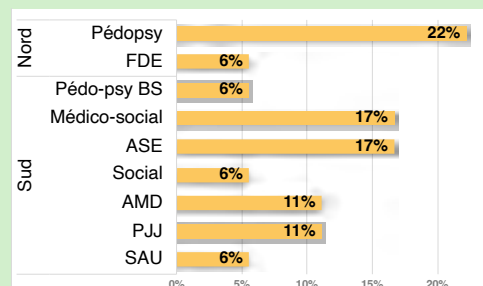
Délai moyen d'inclusion 1 mois

Partenaires à l'origine de la demande

- Pédiopsychiatrie secteur Nord = 22 %
- Foyer Départemental de l'enfance = 6 %
- Pédiopsychiatrie secteur sud = 6 %
- Aide sociale à l'Enfance = 17 %
- Maison du département = 6 %
- AMD = 11 %
- PJJ = 11 %
- Service d'Accueil d'Urgence = 6 %

Professionnels à l'origine de la demande

Origine institutionnelle des professionnels ayant fait une demande d'inclusion



RÉUNIONS D-CLIC

11 RCP de Présentation

41 RCP de suivi

Entre **1** et **31** personnes présents aux réunions

Taux de participation aux réunions :

| Institutions / services venus | | |
|-------------------------------|---------------|------------|
| type | participation | suivi |
| Médico-social | 81% | 66% |
| Social | 64% | 60% |
| Sanitaire | 39% | 46% |
| Judiciaire | 75% | 55% |
| Libéraux | - | - |
| Scolaire - Formation | 50% | 30% |
| TOTAL | 61% | 51% |

| Professionnels venus | | |
|----------------------|---------------|------------|
| type | participation | suivi |
| Médico-social | 63% | 50% |
| Social | 60% | 50% |
| Sanitaire | 39% | 37% |
| Judiciaire | 88% | 50% |
| Libéraux | 33% | 48% |
| Scolaire - Formation | 50% | 30% |
| TOTAL | 52% | 42% |

PARCOURS DE VIE

11 parcours de vie réalisés

RÉSULTATS QUALITATIFS

Fin 2021, l'équipe de coordination a transmis un questionnaire à 140 partenaires du territoire ayant participé à au moins une RCP dans l'année. L'objectif était d'avoir un retour d'expérience pour ajuster la pratique, afin de répondre au mieux aux besoins formulés par les professionnels de terrain.

22 professionnels ont répondu au questionnaire. Ils sont issus de 14 institutions de différents champs et répartis sur l'ensemble du département (secteur social, médico-social, judiciaire, sanitaire, insertion, formation, protection majeurs vulnérables...) Tous sont concernés par la prise en charge d'adolescents et de jeunes majeurs en situation complexe, cumulant plusieurs vulnérabilités.

Les professionnels sont « satisfaits » (59 %) ou « très satisfaits » (41 %) de Parcours Ados 81 et indiquent que :

- « Les échanges entre professionnels permettent de clarifier la situation et de donner des pistes de travail »
- « Les situations des jeunes bougent, cela permet d'avoir certains éléments clés en amont pour préparer la suite »
- « Réunions de suivi intéressantes pour suivre l'évolution des situations »,
- « Cela permet d'avoir un regard croisé sur les situations et comprendre leur parcours »
- « Ces rencontres permettent de prendre du recul, de partager les dernières informations concernant la situation et d'engager un travail conjoint pour trouver une solution »
- « Très bonne initiative »
- « Intéressant car l'historiogramme permet d'avoir un regard croisé sur le parcours »
- « Dispositif intéressant »

Des pistes d'amélioration nous ont également été suggérées :

- « Il serait intéressant d'intervenir plus tôt dans les situations »
- « Dispositif qui manque encore de visibilité sur le territoire »
- « Les RCP de présentation sont parfois trop longues et trop de personnes sont présentes, ce qui ne facilite pas les échanges »

RÉSADO 82



IDENTITÉ

| | |
|----------------------------------|--|
| Année de création | 2004 |
| Portage juridique | Association La Raison des Ados (loi 1901) |
| Gouvernance | Conseil d'administration, bureau associatif |
| Public cible | 0 à 21 ans |
| Usager | <ul style="list-style-type: none"> • Les enfants et adolescents en difficultés multiples, leur famille (bénéficiaires indirects) • Tous les partenaires concernés par cette population : sociaux, médico-sociaux, sanitaires, Éducation nationale, Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)... |
| Territoire d'intervention | Tout le département du Tarn-et-Garonne |



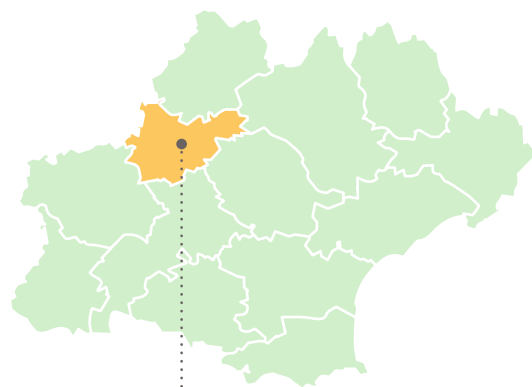
RESSOURCES

| | |
|-------------------|---|
| Subvention | 283 000 € ARS (Direction de la Santé Publique) |
|-------------------|---|



COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE COORDINATION

| | |
|-------------------------|---|
| Au 04/11/2022 | Secrétaire médicale (0,9 ETP) |
| 3,2 ETP au total | Psychologue coordonnateur (0,8 ETP) |
| | Chargée de suivi-assistante sociale (0,5 ETP) |
| | Pédopsychiatre (0,8 ETP) |
| | Directrice (0,20 ETP) |



CONTACT

| | |
|------------------------|---|
| Email | contact@resado82.com |
| Adresse postale | 20, rue de la banque, 82 000 Montauban |
| Site internet | www.resado82.com |
| Réseaux sociaux | in : La Raison des Ados |

OBJECTIFS & MISSIONS



L'objectif principal est de participer à l'accompagnement et aux soins des enfants et des adolescents en difficultés multiples (0-21 ans) par la clinique indirecte concertée :

1. En retraçant et en comprenant leur trajectoire de vie
2. En assurant au long cours la continuité de leur parcours
3. En soutenant les partenaires de tous les secteurs concernés dans leur considération des besoins de cette population

MODE D'INTERVENTION

SAISINE

1. Modalités de saisine du D-CLIC

Par téléphone, lors d'un échange avec la coordonnatrice

INSTRUCTION

2. Critères d'éligibilité

- Ancrage départemental : adresse des représentants légaux, prise en charge
- Âge : entre 0 et 21 ans
- Complexité de niveaux 2 et 3

3. Analyse de la demande

Point de butée dans l'accompagnement avec ses pratiques habituelles, échec de partenariat mis en place

INCLUSION

4. Collecte du consentement

Les représentants légaux et le mineur ou le jeune majeur signent une fiche information patient.

5. Référence des situations

Un référent principal et un co-référent, représentant si possible un binôme travailleur social/clinicien

6. Enregistrement dans la file active

3 mois, si possible

SUIVI

7. Reconstitution du parcours de vie

Le référent et le co-référent contactent toutes les institutions, structures ou tous les professionnels qui ont jalonné la trajectoire d'un jeune et sa famille. Le suivi de ces contacts est collecté dans l'outil « En Quête Biographique ».

Ces données sont collectées dans l'Outil Parcours Individuel. Ce dernier est un tableau dont les lignes correspondent à une période de vie et chaque colonne correspond à un thème (situation familiale, droit de visite et d'hébergement, situation de la fratrie, suivi social, suivi judiciaire ou pénal, scolarité ou formation professionnelle, médico-social, suivi sanitaire). La dernière colonne synthétise les éléments émergents à l'analyse de cette trajectoire de vie.

Lors de chaque temps de travail (Présentation Clinique, synthèses, Instance de Réflexion Clinique) avec des professionnels, sont interrogés les dates et les modalités de prise en charge, la situation clinique de l'enfant ou de l'adolescent et de ses parents lors de cette phase d'accompagnement, les partenariats mis en place, les logiques de travail soutenues, ainsi que les souvenirs laissés par le jeune. L'outil Parcours est ainsi régulièrement mis à jour.

D'autres outils peuvent être créés selon le besoin de la situation. Exemple : Roman Photo qui permet de visualiser les adultes qui entourent les enfants sur différentes années.

8. Réunion D-CLIC

- **La présentation clinique (2h)** : Cette première réunion permet à l'équipe de coordination d'entendre les partenaires impliqués sur la situation actuelle du jeune et ce qui fait difficulté pour eux. Elle matérialise l'engagement du réseau dans la situation. À son terme, une première problématisation de la situation peut être posée, sous forme d'hypothèses. Il est proposé aux partenaires de fournir les éléments de l'histoire du jeune. L'équipe de RÉSAO 82 se met en quête de la biographie.
- **La séquence d'analyse de trajectoire (2h)**, 4 mois après la présentation clinique : L'équipe de coordination partage alors l'outil parcours à l'ensemble des partenaires
- **La synthèse de suivi (1h)** rassemble l'ensemble des partenaires impliqués dans la situation du jeune. Elle est animée par le binôme de référence. Elle se répète autant de fois que nécessaire, à des espaces d'environ 2 à 3 mois pour les situations suivies à fréquence élevée ; 2 à 3 fois par an pour fréquence moyenne. Un projet partenarial se met en place, élaboré avec et pour le jeune (répondant à l'idée du Projet Personnalisé de Soins) ; il est suivi et adapté à chaque réunion.
- **L'instance de Réflexion Clinique (3h)** est animée par le binôme de référence et le psychanalyste. Elle s'appuie donc sur une lecture analytique de la situation. Ces rencontres se réalisent à la demande de l'équipe de coordination et/ou des partenaires. Se retrouvent les équipes qui s'occupent du jeune, mais aussi toutes celles qui ont traversé sa trajectoire. Il s'agit ici de croiser différents axes temporels, d'utiliser les enseignements du passé pour éclairer le moment présent et tenter de mieux construire l'avenir. L'orientation clinique permet de faire travailler ces professionnels sur les répétitions dans la trajectoire du jeune, en croisant histoire entière du jeune et situation actuelle.
- **Les « Retour d'Expérience » ou Rex (3h)** : C'est un temps de travail inspiré du modèle hospitalier autour d'un événement indésirable ou à risque pouvant mettre en péril la prise en charge du patient. Il s'agit de reprendre des « événements indésirables » et d'en comprendre la logique pour faire expérience dans une situation similaire. Cependant, des « Rex Positifs » sont organisés pour reprendre l'expérience d'un maillage positif qui a permis au jeune d'avancer et de s'inscrire dans un réel projet. Cette réunion est à l'initiative de l'équipe de coordination. Elle est animée par un membre de l'équipe de coordination qui connaît le moins cette situation (neutralité dans l'analyse de la situation).

9. Compte-rendu

Un compte-rendu, rédigé par l'équipe de coordination, fait suite aux rencontres. Il est adressé aux professionnels présents lors de la réunion. C'est un document interne au réseau : les partenaires s'engagent à ne pas le diffuser en dehors du cadre de RÉSAO 82.

Ce document est modifiable si le professionnel évalue que sa parole n'a pas été retranscrite comme il se doit (rédaction d'une version corrigée, envoi à tous les participants).

Les comptes rendus sont adressés par voie postale, en absence de messagerie sécurisée disponible pour tous les partenaires du réseau.

10. Temps inter-réunions D-CLIC

Le suivi de la situation est assuré par la coordonnatrice, par téléphone, mail ou lors de rencontres pour s'assurer que les préconisations peuvent être mises en œuvre.

Les événements aigus sont communiqués par les partenaires, par mail ou téléphone, à l'équipe de coordination qui veille à sa diffusion à l'ensemble de professionnels concernés.

VEILLE

11. Mise en veille de la situation

Une situation est mise en veille après accord de tous les partenaires engagés, quand la situation est stable et avant les 21 ans du jeune ou en absence de partenaires engagés (par exemple à la majorité).

Tant que le jeune n'a pas atteint ses 21 ans, un suivi à fréquence élevée ou moyenne peut être réactivé en cas de besoin pour toute situation en veille

SORTIE DE LA FILE ACTIVE

12. Critères de fin de suivi

À la demande des représentants légaux ou du jeune majeur, à sa sortie du département, à l'atteinte de l'âge limite de 21 ans, en cas de décès...



SPÉCIFICITÉ DU D-CLIC

- La même équipe de coordination intervient autant pour les enfants que pour les adolescents (renforts de la continuité parcours).
- Réunion d'appui à une équipe : intervention ponctuelle, sur site, d'un ou de deux membres de l'équipe de coordination, dans des moments de tension importante et/ou pour travailler avec l'entièreté d'une équipe quand elle ne peut se déplacer en réunion de concertation (renforts de la cohésion interne).



ANIMATION DU TERRITOIRE

Offre du D-CLIC

- Réunion mensuelle avec l'ensemble des professionnels de l'Association La Raison des Ados : PAEJ, Maison des Adolescents, GEM' ado et Plateforme Parcours Jeunesse
- Groupes de travail départementaux, en tant qu'organisateur, co-organisateur participant sur des thématiques émergentes (ex. insertion sociale et professionnelle des jeunes en grandes difficultés, complexité pendant la petite enfance, passage à la majorité)
- Appui sur site : un clinicien et si possible la chargée de suivi se rendent sur site pour soutenir l'équipe de terrain
- Appui ponctuel : un partenaire confronté à une difficulté dans sa prise en charge, souhaitant un soutien vient sur RÉSAO 82 la présenter. Il a seulement besoin de l'accord oral de la famille (enfants de 0 à 12 ans)
- Colloque départemental, en co-organisation avec la Maison Des Adolescents
- Diffusion d'informations sur le site Internet ou via le profil LinkedIn
- Formations aux équipes partenaires : catalogue de formation (cliniques de la psychose ou de l'autisme, principe de prise en charge institutionnelle des jeunes psychotiques...), en particulier, formation pluriannuelle avec le service enfance famille de l'ASE 82

Participation à la vie locale

- Participation aux instances de concertations stratégiques ou politiques : Contrats Locaux de Santé (CLS), Conseil Local de Santé Mentale (CLSM), Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), schémas départementaux...
- Membres de la commission cas complexe de l'ASE 82



OUTILS

Outils de travail à usage interne

- **Tableau des sollicitations** : un partenaire s'appuie sur la chargée de suivi pour évaluer la complexité de la situation. Selon le niveau, celle-ci entre dans le D-CLIC ou est réorientée vers le droit commun. Chaque sollicitation est consignée. Ce tableau aide au calcul des statistiques annuelles.
- **Tableau des synthèses en cours** : permet de suivre la rédaction et l'envoi des comptes rendus de chaque réunion D-CLIC.
- **Tableau d'organisation des synthèses** : permet de consigner les adresses mails de chaque partenaire engagé, les différentes dates des rencontres sur l'année, de tracer les présents et absents et d'envoyer les invitations pour les temps de travail.
- **Tableau suivi point jeunes** : permet de consigner les informations autour des jeunes échangés en réunion d'équipe le lundi matin (temps de débrief).
- **Outil En quête Biographique** : Le référent et le co-référent contactent toutes les institutions, structures ou tous les professionnels qui ont jalonné la trajectoire d'un jeune et sa famille. Le suivi de ces contacts est collecté dans cet outil.
- **Cahier de recueil de données individuelles** : permet de recenser des données objectives sur le jeune afin d'alimenter un observatoire départemental sur les caractéristiques de ces jeunes en difficultés multiples.
- **Dossier « en attente de lecture »** : nous permet de consigner les rédactions des comptes rendus mis par la suite en forme par notre secrétaire médicale et relus par le co-référent.
- **Dossier Patient** : permet d'enregistrer toutes les données concernant le jeune suivi dans le D-CLIC (fiche info patient, comptes rendus des synthèses, outil parcours...)
- **Tableau File active** : date de naissance, âge, numéro de dossier, identité du jeune, référent et coréférent, niveau de complexité
- **Contacts Outlook** : fiche par partenaires

Outils de travail à usage externe

- **Fiche information patient** : signée par les détenteurs de l'autorité parentale + le jeune ou le majeur
- **Fiche identification jeune** : remplie par le partenaire sollicitant
- **Fiche identification partenaire** : remplie par le partenaire sollicitant, y est renseigné les partenaires actuels et les anciens
- **Charte**



CHIFFRES & ACTIVITÉS EN 2021

FILE ACTIVE

140
situations au total

61
actives

37
en veille

15
ponctuelles

6
sorties

INCLUSION

| | |
|--|--|
| NOMBRE D'INCLUSIONS | 21 |
| dont Protection de l'Enfance | 71 % |
| dont Parcours Handicap (ESMS, PCPE, notifications non effectives...) | 62 % |
| dont Mesure pénale | 9,5 % |
| dont Soins psychiatriques ou indication de soins | 62 % |
| dont Scolarité adaptée (ULISS,...) ou ordinaire | 42,8 % |
| dont Mesure de protection de jeunes majeurs « vulnérables » (contrat jeune majeur) | 0 % |
| Délai moyen d'inclusion | Plus de 3 mois |
| Partenaires à l'origine de la demande | Services de protection de l'Enfance / Secteur sanitaire / Secteur Handicap enfant |
| Professionnels à l'origine de la demande | Référent de protection de l'enfance ou chefs de service, médecin référent, chefs de service ou directeurs adjoints du secteur handicap et professionnels de terrain (éducateurs spécialisés, psychologues, assistants sociaux) |

RÉUNIONS D-CLIC

232 réunions organisées

284 participants

PARCOURS DE VIE

En principe, toute inclusion

RÉSULTATS QUALITATIFS

Quoique les résultats qualitatifs ne soient pas objectivés par une étude rigoureuse, au cours des 18 années d'expérience de RÉSA DO 82, l'équipe a développé une connaissance fine de cette population. Elle a pu observer qu'en moyenne ces jeunes, à 15 ans, ont rencontré 7 équipes différentes.

- Ils sont suivis depuis l'enfance, de manière quasi-continue, dans tous les champs professionnels. Malgré la multitude d'intervenants, ils ne se souviennent d'aucun en particulier.
- Ils présentent des troubles psychiques de forme atypique mal identifiés pour lesquels les orientations vers des dispositifs d'aide éducatifs ou scolaires ne répondent que partiellement.
- Leurs troubles trouvent leur origine dans une histoire traumatique de l'enfance et de la famille (problématiques transgénérationnelles de maltraitance, dynamique familiale pathogène, pathologies du lien...).
- Les liens familiaux sont rarement rompus mais sont très complexes. Les parents présentent eux-mêmes des troubles psychiques peu repérés car non décompensés, qui entravent leur fonction parentale. Ils sont loin du soin.
- Ces jeunes ont des difficultés relationnelles qui désorientent ceux qui partagent leur quotidien. Ils supportent difficilement toute relation d'aide. Ils sont loin du soin, quelles qu'en soient ces formes.
- À leur insu, les professionnels, épuisés, sidérés, dévalorisés sont à risque de devenir acteurs de la répétition d'événements traumatiques.

✚ POUR EN SAVOIR PLUS

PAVOINE Séverine, ANDRÉ-DELOHON Valérie, CANTAU Jean-Marc, « RésAdo82 : un réseau de santé pour adolescents en grandes difficultés, sur le Tarn-et-Garonne », dans : Éliane Bouyssié-Catusse éd., Adolescents difficiles : penser et construire des partenariats. Toulouse, Érès, « La vie devant eux », 2012, p. 241-249

4

BOÎTE À OUTILS

Fiches techniques p. 60

Fiches métiers p. 72



PARCOURS DE VIE

Chaque dispositif de clinique indirecte concertée (D-CLIC) travaille sur les parcours de vie chaotiques et fragmentés des enfants, adolescents ou jeunes adultes, pour lesquels il est sollicité. Afin d'en permettre une lecture facilitée, toutes les équipes proposent un support visuel regroupant l'ensemble des informations relatives à l'histoire individuelle et familiale de ces jeunes.

UN PARCOURS DE VIE, C'EST...

- La reconstruction aussi bien chronologique que biographique et généalogique, à partir de la place tierce du D-CLIC qui rend compte de l'ensemble de la vie du jeune.
- La mise en évidence des interactions entre les divers espaces de vie du jeune (interinstitutionnel et familial) et leurs répercussions des uns par rapport aux autres.
- Un outil clinique de médiation qui lie les professionnels autour du parcours singulier du sujet. C'est un document dynamique actualisé au fur et à mesure du suivi par l'équipe de coordination du D-CLIC.

UN PARCOURS DE VIE CONTIENT...

→ L'ensemble des événements internes à la dynamique familiale :

- Naissances
- Mariages
- Séparations / divorces
- Déménagements
- Qualité des liens (ressource, rupture, maltraitant, fusionné...)
- Incarcérations
- Hospitalisations
- Procédures pénales
- Décès
- Répétitions transgénérationnelles
- ...

→ L'ensemble des événements institutionnels de la vie du jeune (tous secteurs confondus) :

- Champ social (administratif, contractuel) et lieux d'accueil
- Champ judiciaire en assistance éducative (durée Ordonnance de Placement Provisoire, Mesure Judiciaire d'Investigation Éducative, Assistance Éducative en Milieu Ouverture, Droits de Visite et d'Hébergement, Délégation d'Autorité Parentale, Procédure de délaissement...)
- Champ judiciaire au pénal (Centre Éducatif Fermé, Mesure Éducative Judiciaire, Incarcération, Centre Éducatif Renforcé...)
- Champ scolaire / formation / insertion pro
- Champ sanitaire (somatique, psychique, paramédical)
- Champ médico-social

TRAVAILLER SUR UN PARCOURS DE VIE IMPLIQUE...

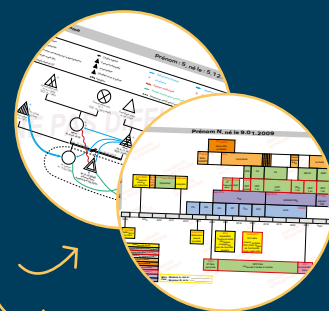
RECUEIL DU CONSENTEMENT

Le recueil du consentement éclairé (des détenteurs de l'autorité parentale ou du jeune majeur) faisant parti du process d'inclusion et permettant à l'équipe de coordination du D-CLIC d'avoir accès aux différentes informations au travers de :

- La prise de contact auprès des institutions qui sont intervenues par le passé ;
- La lecture des écrits professionnels accessibles par l'équipe D-CLIC.

ÉLABORATION

L'élaboration de divers supports : tableau parcours, génogramme ou encore historiogramme (cf. Annexe p. 62-63)



En moyenne, une quarantaine d'heures réparties sur un trimestre est nécessaire pour réaliser un parcours de vie.

L'ANALYSE CLINIQUE ET LE PARTAGE INTERINSTITUTIONNEL DU PARCOURS DE VIE INDUIT...

→ Des effets directs sur les professionnels :

- En permettant l'accès à un même niveau d'information
- En modifiant leurs représentations vis-à-vis du jeune et de la famille
- En favorisant la compréhension de :
 - la dynamique familiale
 - des enjeux dans le système ou l'organisation familiale
 - des mécanismes de répétitions :
 - . Trans et/ou inter générationnels
 - . Institutionnels
 - des retentissements d'un passé traumatique
- En initiant une modification du processus d'homéostasie¹ institutionnelle

→ Des effets sur le maillage interinstitutionnel :

- En permettant de créer un espace d'élaboration à plusieurs et en soutenant une synergie partenariale intersectorielle
- En permettant que ce maillage soit plus malléable et résistant face aux attaques du lien provoquées par les jeunes

→ Des effets indirects sur les jeunes et leurs familles :

- En favorisant son sentiment de sécurité au travers d'une meilleure contenance et cohérence interinstitutionnelle
- En initiant une modification du processus d'homéostasie familiale
- En travaillant sur les événements des parcours de vie, ils s'inscrivent davantage dans un processus de séparation que de rupture.



© D-CLIC Occitanie

⊕ POUR ALLER PLUS LOIN

Parcours de vie

- ABELS-EBER Christine, *Pourquoi on nous a séparés ? Récits de vie croisés : des enfants placés, des parents et des professionnels*. Érès, « Sociologie clinique », 2006
- Gherghel, A. et Saint-Jacques M-C., *La théorie du parcours de vie. Une approche interdisciplinaire dans l'étude des familles*. Presses de l'Université Laval, 2005
- De Montigny, P. & De Montigny, F., *Théorie du parcours de vie*. Gatineau, 2014
- Sapin, M. et al., *Les parcours de vie. De l'adolescence au grand âge. Le savoir suisse*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, 2014, p. 33-34

Contenance

- MELLIER Denis, *La fonction à contenir. Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel*, La psychiatrie de l'enfant, 2005/2 (Vol. 48), p. 425-499.
- DECOOPMAN Françoise, *La fonction contenante. Les troubles de l'enveloppe psychique et la fonction contenante du thérapeute.*, Gestalt, 2010/1 (n° 37), p. 140-153.

Génogramme

DAURE I. et BORSCA M., *Les génogrammes d'aujourd'hui*, collection psychologie et psychothérapie – ESF éditeur, 2020

RESTITUTION ORALE OU ÉCRITE

- Aux partenaires, en respectant la réglementation en vigueur qui encadre le partage d'informations à caractère secret, lors d'une réunion D-CLIC
- Aux jeunes et à leurs familles, de manière indirecte par les partenaires, en s'ajustant à leurs questionnements.

ACTUALISATION

Une actualisation continue du support pour une utilisation régulière visant à soutenir la réflexion collective tout au long du suivi par le D-CLIC.



¹ « Mécanisme de régulation au sein d'une famille visant à maintenir sa structure constante chaque fois que celle-ci est menacée, amenant chez elle une forte résistance au changement : extension au domaine psychique du concept physiologique de W.B. Cannon (1926) » D. Jackson (Palo Alto, 1954)

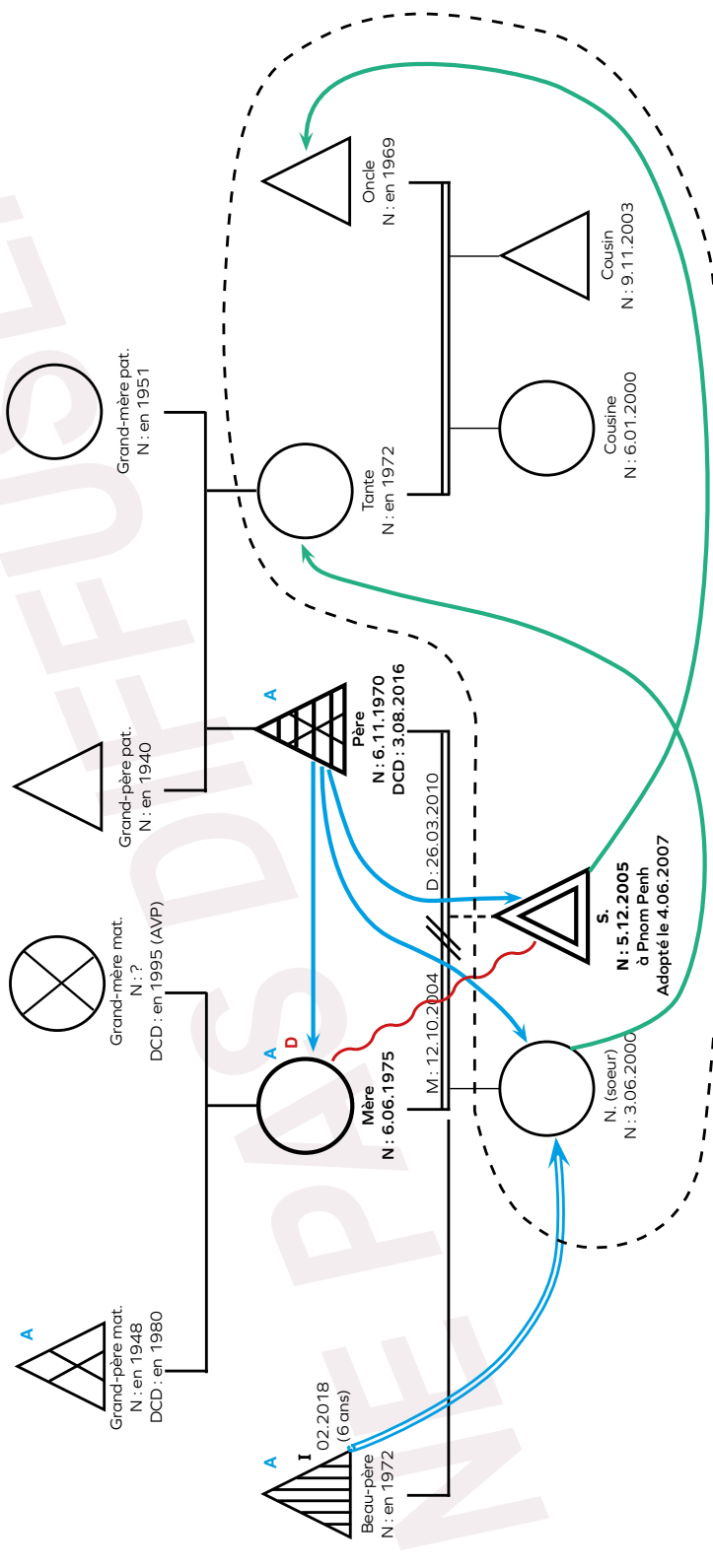
ANNEXE : EXEMPLES DE RESTITUTION ÉCRITE

Géogramme (fictif)

Prénom : S, né le : 5.12.2005

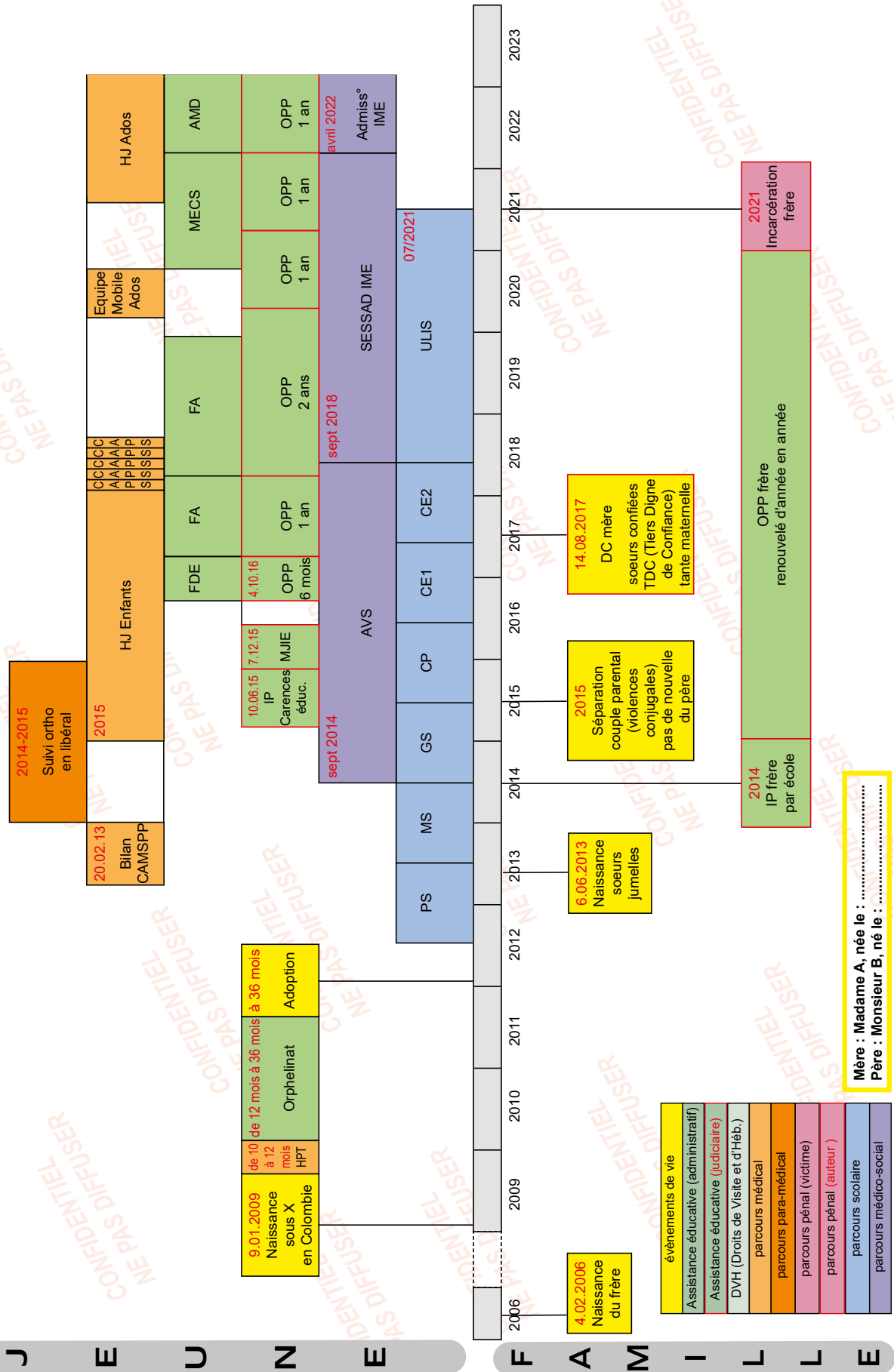
LÉGENDE

| | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|---|-------------------------|-----|------------------------|-----|---|
| ○ | Sexe féminin | ✕ | Couple séparé | → | Maltraitance physique | → | Relation incestueuse, viol |
| △ | Sexe masculin | △ | Personne décédée | A | Alcoolisme | D | Dépression |
| △ | Personne concernée par le géogramme | △ | Incarcération | ~ | Relation conflictuelle | → | Modèle identificateur positif pour le sujet |
| ≡ | Couple marié (M) | △ | Démêlés avec la Justice | --- | Adoption | --- | Personnes vivant sous le même toit |
| ≠ | Couple divorcé (D) | | | | | | |



Historiogramme (fictif)

Prénom N. né le 9.01.2009





RÉUNION D-CLIC

1/ QU'EST-CE QU'UNE RÉUNION D-CLIC ?

Définition

La réunion des dispositifs de clinique indirecte concertée (D-CLIC) consiste en une Réunion de Concertation Partenariale (RCP). Cette réunion est un outil de travail clinique permettant de « penser » à plusieurs l'enfant, l'adolescent ou le jeune majeur en difficultés multiples dans une dimension aussi bien actuelle que passée.

Objectif

Mettre en œuvre des analyses professionnelles croisées d'une situation complexe afin d'organiser et de coordonner le suivi de la prise en charge.

Plus précisément, il s'agit de faire du lien entre professionnels qui n'ont pas forcément le même regard sur le jeune, d'éviter ainsi le travail en silo et de nouvelles ruptures dans les prises en charge. Il s'agit de mieux connaître la situation mais aussi de mieux se connaître entre professionnels afin de sortir de l'impasse en co-construisant des préconisations d'accompagnement adaptées aux besoins spécifiques de ce public.

Pour quelles situations ?

Enfants et jeunes âgés entre 0 et 21 ans en difficultés multiples pour lesquels les professionnels se trouvent démunis dans leur projet d'accompagnement et parfois en désaccord sur la perception du profil et de la situation.

Le cadre éthique

Les réunions D-CLIC s'organisent le plus souvent au sein des locaux du D-CLIC afin de garantir la neutralité du lieu et des échanges. Un D-CLIC garantit en effet un cadre immuable grâce à :

- sa neutralité par l'absence de tout lien hiérarchique avec les professionnels réunis,
- son objectivité par l'absence d'implication dans les enjeux institutionnels,
- son apport clinique par la clinique indirecte,
- sa charte protégeant le partage d'informations à caractère secret,
- sa bienveillance vis-à-vis des professionnels et de la situation exposée,
- la réception du consentement du détenteur de l'autorité parentale ou du jeune majeur par le D-CLIC ou l'information des parents.

2/ LE DÉROULEMENT

L'Invitation

Elle concerne les partenaires œuvrant à la prise en charge du jeune. Les chefs de services y sont également conviés. Ils peuvent donc participer ou déléguer à un professionnel connaissant la situation.

Les immuables

- Une attention particulière est apportée à l'accueil des partenaires afin que chacun puisse se sentir à l'aise.
- Une feuille d'émargement est remplie afin de garder trace des personnes présentes et de leur transmettre le compte rendu de la réunion.
- Une réunion D-CLIC est le plus souvent co-animée à deux ou trois professionnels de l'équipe de coordination, au moins un clinicien et un coordonnateur.trice.
- Tour de table de présentation
- Rappel des règles déontologiques
- Les préconisations et les hypothèses d'actions sont systématiquement co-construites avec les partenaires présents.
- Mise en avant des apports cliniques
- Partage d'informations sur l'actualité du jeune
- Chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu co-rédigé par les professionnels du D-CLIC et transmis aux partenaires. Ces écrits cherchent à être le plus fidèle possible aux échanges et proscrivent toutes interprétations du discours émis. Consignés dans le dossier du jeune, ils sont la mémoire de la situation sur le long cours. Ils aident au passage de relais, à la transmission d'informations vers de nouveaux intervenants.

Réunion initiale (inclusion dans le dispositif)

- La première réunion est un temps d'échange formel (de 2 ou 3h) organisé par l'équipe du D-CLIC qui réunit, selon l'organisation des différents D-CLIC, soit les partenaires actuels et antérieurs soit les professionnels œuvrant aujourd'hui dans l'accompagnement du jeune, soit un comité d'experts.



Prendre connaissance de l'ensemble de la coordination de parcours par un D-CLIC (p. 20)



Découvrir la pratique autour du « Secret professionnel et partage d'informations à caractère secret » : fiche technique (p. 66)

- Rappel des motifs de la saisine de D-CLIC et de l'accord parental ou du jeune
- Lors de cette réunion, sont relatés les éléments du parcours à l'aide de différents outils tel que l'historiogramme, le génogramme, l'outil parcours amendé par les personnes présentes. Les freins, les ruptures, les difficultés que rencontrent les professionnels y sont également évoqués.

Réunions de suivi

- Le rythme des rencontres suivantes s'établit selon le niveau de complexité de la situation en accord avec les partenaires présents.
- Mesure des effets de la mise en œuvre des hypothèses de travail
- L'objectif est de faciliter l'évolution de la situation dans tous les domaines de vie du jeune (scolarité, relation familiale, soins, insertion professionnelle...)
- L'intention de ce suivi est de partager l'actualité du jeune et de réajuster les préconisations de la réunion initiale et de suivi.
- L'outil de reconstitution du parcours continue d'être alimenté pendant les réunions de suivi.

3/ LES ANIMATEURS

Lors des réunions D-CLIC, les animateurs sont attentifs :

- à ce que tous les points de vue puissent s'exprimer
- aux interactions
- à l'apport d'hypothèses cliniques
- à l'arbitrage si besoin
- à leur prise de notes pour rédiger le compte rendu

La fonction des animateurs est :

- d'amener les professionnels à être créatifs et qu'ils soient le moins négatif possible
- à aller chercher de la vitalité en partant du postulat que l'intérêt du jeune, sa protection, la cohérence de son parcours sont la finalité commune

La posture des animateurs

Cette posture s'appuie sur les compétences des professionnels réunis. Lors des réunions D-CLIC, des fils sont tirés ensemble, il est mis en exergue ce qui pourrait fonctionner chez le jeune afin de construire des pistes de travail adaptées à ce qu'il est et à ses besoins.

4/ LES EFFETS CONSTATÉS

Sur les professionnels

L'espace de bienveillance et de neutralité dans le cadre de la clinique indirecte concertée permet aux professionnels réunis de :

- Se parler en toute liberté
- Déposer ce qui les empêche
- Se centrer sur le jeune en dehors des cultures, des fonctionnements et des enjeux institutionnels
- Sortir du sentiment d'isolement
- Se sentir écoutés, redynamisés
- Réguler les relations partenariales

Sur les jeunes

- Dans les réunions D-CLIC, il est pris soin des professionnels qui à leur tour vont prendre soin des jeunes.
- Prise en compte globale de ses besoins
- Identification des répétitions d'impasse et analyse des ruptures
- Construction d'une prise en charge sur mesure
- Nouveau regard des professionnels sur la situation
- Le professionnel ayant sollicité le D-CLIC se charge de faire un retour des préconisations issues des réunions D-CLIC aux parents et aux jeunes : les professionnels prennent du temps pour parler de lui, les jeunes sont surpris de ces attentions. Lors de ces retours c'est aussi l'occasion de reparler des éléments de son histoire qu'il avait parfois oubliés.

Plus globalement

Lors des réunions D-CLIC, les liens hiérarchiques entre professionnels s'effacent au profit de la recherche de préconisations émanant du groupe. Cette collaboration collective et constructive recherche in fine la prévention de nouvelles ruptures.

Ces enfants, ces jeunes dont un D-CLIC s'occupe sont si difficiles à accompagner que leur exclusion d'un dispositif peut être vite acté ou générer des tensions interinstitutionnelles. L'espace de bienveillance, de neutralité, la clinique indirecte au cœur du D-CLIC favorise l'espace de pensées et permet l'élaboration de la cohérence et de la continuité entre les professionnels des différentes structures. Comprendre et maîtriser son histoire, repérer des ressources, s'appuyer sur des éléments cliniques aident à la construction d'un accompagnement cohérent et au maintien des professionnels à ses côtés. Ces temps de travail permettent d'identifier les missions de chacun, de se connaître, de se reconnaître dans les compétences et les limites respectives. Mieux se connaître pour mieux agir est à la base de cette recherche de cohérence.



En savoir plus sur l'outil « Parcours de vie » : fiche technique (p. 60)



Connaître les compétences des coordinateurs et des cliniciens D-CLIC : fiches métiers (p. 72 et p. 74)



SECRET PROFESSIONNEL ET PARTAGE D'INFORMATIONS À CARACTÈRE SECRET

LE SECRET PROFESSIONNEL

Définition

Le secret professionnel est l'interdiction faite à celui qui y est soumis de divulguer les informations dont il a été dépositaire. Il s'agit donc d'une obligation à laquelle est soumis le professionnel, et non d'un droit ou d'une « protection » dont il pourrait user à son initiative ou dans son intérêt.

Il ne doit pas être confondu avec les notions de devoir de discrétion professionnelle, de devoir de réserve ou de respect de la vie privée (voir l'article 9 du code civil commenté).

Le secret ne peut être levé que dans des conditions restrictives et précises prévues par un texte de loi.

Dans un cadre règlementé, chaque professionnel peut partager les informations qui lui semblent nécessaires dans l'intérêt du jeune et de sa famille et dans l'objectif de l'élaboration d'un projet coordonné.

Textes de loi

- **L'article 226-13 du Code pénal** précise la sanction dont est passible le professionnel soumis au secret qui commet l'infraction de divulguer une information à caractère secret.
- **L'article R1110-2 du Code de la santé publique** modifié par Décret n°2016-994 du 20 juillet 2016 définit et liste les professionnels soumis au secret.
- **L'article L 121-6 du Code général de la fonction publique** de mars 2022 indique que tout fonctionnaire est soumis au secret professionnel.

LE PARTAGE D'INFORMATIONS À CARACTÈRE SECRET

Définition

Le partage d'informations à caractère secret est un acte de discernement des informations qui, partagées ou révélées, peuvent sous certaines conditions être utiles à la prise en charge de la personne.

Textes de loi

- **La nouvelle loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016** facilite les échanges d'informations entre professionnels de santé et professionnels du social et du médico-social.
- **L'article L 1110-4 du décret n°2016-994 du 20 juillet 2016** précise les conditions dans lesquelles les informations peuvent être échangées.
- **L'article L 1110-12 du Code de la santé publique** redéfinit la notion d'équipe de soins.

Jurisprudence

L'arrêt de la chambre criminelle de la Cour de cassation du 8 juin 2021 énonce qu'en matière de protection de l'enfance, la loi autorise l'échange d'informations, non pas en considération d'un statut mais à raison d'une mission ou d'une finalité commune (sous réserve que l'objet du partage soit légitime et que les parents aient été préalablement informés).

DISPOSITIF DE CLINIQUE INDIRECTE CONCERTÉE (D-CLIC)

Quelles pratiques ?

Les pratiques des D-CLIC peuvent varier d'un territoire à un autre mais les objectifs sont communs. Elles sont adaptées au territoire d'action et à leurs modalités de fonctionnement.

- **Consentement** : Les D-CLIC informent et proposent un droit d'opposition ou recueillent le consentement écrit des représentants légaux les autorisant à partager des informations à caractère secret avec les professionnels engagés auprès du jeune.
- **Retracer le parcours** : ce travail de parcours suppose de retracer l'histoire de vie du jeune qui implique de solliciter les équipes passées, présentes et futures (équipes de soins et équipes élargies). Les équipes de coordination des D-CLIC font fil rouge dans ces parcours souvent chaotiques.
- **Rappeler le cadre du partage d'informations à caractère secret** à chaque réunion (à l'oral ou à l'écrit).
- Si, lors d'un déménagement, la situation doit être transmise à un autre D-CLIC, la famille sera informée par le D-CLIC d'origine et devra donner son autorisation à ce transfert.

Quelles plus-values ?

Éviter les ruptures

Il est important d'avoir un parcours aussi précis que possible pour comprendre les répétitions qui sont à l'œuvre et ainsi fluidifier les parcours.

Lecture clinique

Une lecture fine des situations facilite la co-construction d'hypothèses d'action, de pistes de travail.

Créer un maillage partenarial

Penser ensemble, créer de la synergie interinstitutionnelle en vue de créer un dispositif de soins au sens large autour du jeune.

Actualisation de l'évolution de la situation du jeune.

POUR ALLER PLUS LOIN

- Site internet ressource : secretpro.fr
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm), *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance* (Décembre 2010) https://www.lagazettedescommunes.com/telechargements/anesm_partage_infos_web.pdf

REPÉRAGE D'ENFANTS À RISQUE DE DIFFICULTÉS MULTIPLES

L'étude des parcours complexes des adolescents a permis d'identifier que la complexité peut se manifester avant l'adolescence, par de multiples difficultés individuelles, familiales ou institutionnelles.

La complexité résulte du cumul de vulnérabilités individuelles et familiales associé à l'impossibilité à construire une réponse aux besoins spécifiques de l'enfant multivulnérable, et stabiliser son environnement et sa trajectoire de vie.

C'est pourquoi, les dispositifs de clinique indirecte concertée (D-CLIC) s'engagent dans une démarche de prévention, en se positionnant dès la petite enfance et l'enfance, afin d'anticiper des ruptures de parcours et une dégradation des situations par le repérage des enfants à risque et des dysfonctionnements dans les dynamiques familiales.

En s'appuyant sur les trajectoires de vie des adolescents et des enfants suivis dans les D-CLIC, un ensemble de critères a été proposé qui peut alerter les professionnels sur une complexité potentielle ou déjà existante.

Dans ce cas, créer une enveloppe interpartenariale en s'appuyant sur un espace tiers pour penser et mettre en place un « *travail à plusieurs* » permet de construire des prises en charge répondant aux besoins de l'enfant, de se préparer aux remaniements de l'âge adolescent et à absorber le tumulte de l'adolescence.

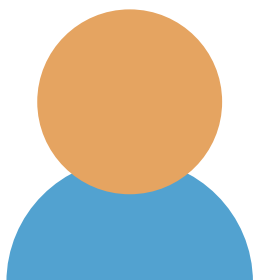
Le présent recueil des critères n'est pas exhaustif. Ces critères peuvent être cumulatifs. L'évaluation de l'impact de chacun d'entre eux doit être corrélée à l'âge de l'enfant : plus il est jeune, plus son développement peut être perturbé.

CRITÈRES LIÉS AUX ENFANTS ET AUX PARENTS

- Enfant victime d'inceste ou d'abus sexuels par l'entourage proche
 - Exposition à des violences familiales
 - Absence de réponses aux besoins fondamentaux de l'enfant, pas de reconnaissance des besoins fondamentaux, absence d'adaptation des parents aux besoins de l'enfant malgré un soutien de la parentalité
 - Absence de procédure après la révélation de violences, de maltraitances, d'abus sexuels...
 - Confusion des places dans les générations :
- relations incestuelles, organisation spatiale du domicile respectant peu l'intimité de l'enfant, enfant issu d'une relation incestueuse...
 - Répétitions sur plusieurs générations et/ou au sein de la famille de mesures de protection de l'enfance, de maltraitances, de violences, d'abus sexuels, d'évènements traumatiques, de maladies psychiatriques, de suicides...
 - Délaissement
 - Mises en danger et/ou conduites suicidaires de l'enfant
 - Absence d'évolution positive de l'enfant, de ses parents ou de la situation globale, malgré un accompagnement multiple
 - Négligences, carences, défauts de soins et défauts de stimulation
 - Troubles de l'attachement : à la séparation et aux retrouvailles avec une figure d'attachement, manifestations chez l'enfant d'une indifférence, familiarité excessive, crises répétées de colère, agitation voire désorganisation
 - Troubles psychiatriques, perturbations psychologiques avérées, handicap, addictions entravant l'exercice de la fonction parentale
 - Grossesse à risque, grossesse adolescente...
 - Ruptures récurrentes de la trajectoire de vie, du lieu d'hébergement ou de résidence de l'enfant, changements répétés de lieux de vie, des lieux de scolarité, des lieux de soin...
 - Dénî de grossesse total, enfant né de viol ou d'inceste, grossesse non suivie, conduites à risque pendant la grossesse...
 - Transmission à l'enfant par ses parents d'un rapport transgressif à la loi
 - Radicalité d'un parent : religieuse, politique ; embrigadement sectaire...
 - Impossibilité ou grandes difficultés à rentrer dans les apprentissages, désinvestissement scolaire, dégradation des résultats, perte d'efficacité scolaire...
 - Transgressions répétées, actes délinquantiels précoces (avant l'adolescence) : vols, violence, comportements sexualisés inadaptés, harcèlement dont cyberharcèlement...
 - Consommations et conduites addictives avant l'adolescence : alcool, stupéfiant, tabac ; surexposition aux écrans et réseaux sociaux...



Découvrir le public « jeunes en difficultés multiples » (p. 12)



- Dangers liés aux écrans : surexposition, exposition à la pornographie, harcèlement...
- Conduites de prostitution et risque prostitutionnel
- Troubles du comportement avec impact durable sur la vie quotidienne : agitation, agressivité, troubles du sommeil, troubles alimentaires, opposition, réticence à l'autorité ; passivité, repli, inhibition, mutisme...
- Perte d'une personne ressource
- Isolement, précarité, marginalisation de la famille / des parents
- Enfant qui nécessite une ou des prises en charge spécialisées précocement et/ou par dérogations d'âge : CAMSP, Hôpital de Jour avant 6 ans, SESSAD avant 3 ans...
- Désinvestissement des lieux de socialisation de l'enfant et/ou repli relationnel

inadéquates par rapport aux besoins de l'enfant (comme le maintien de rencontres parents-enfants malgré l'impact négatif sur l'enfant suite à un climat insécurisant, culpabilisant, maltraitant...)

- Professionnels démunis devant la symptomatologie de l'enfant : violence, troubles comportementaux, troubles relationnels, imaginaire envahissant...
- Manque d'alliance de la famille avec de multiples professionnels, et/ou non adhésion aux propositions d'accompagnements
- Professionnels en miroir du fonctionnement de la famille : rejet de la situation, déliaisons, rivalité, concurrence...
- Difficultés dans l'évaluation globale des troubles de l'enfant : difficultés à réaliser l'évaluation, évaluation incomplète, divergences des avis, difficultés à orienter vers le professionnel compétent...
- Défaut de coordination ou de concertation entre les professionnels
- Ruptures ou discontinuité des prises en charge pour des raisons organisationnelles
- Réponses tardives des professionnels pour la mise en place des suivis ou accompagnements (dans le secteur sanitaire, médico-social, la protection de l'enfance...)
- Difficultés à organiser et à accompagner des rencontres parents-enfants, de façon adaptée à l'enfant

CRITÈRES LIÉS AUX PRATIQUES ET AUX INSTITUTIONS

- Défaut de protection dans un lieu de protection : violences physiques, psychologiques, sexuelles
- Absence de réponse des professionnels pour la mise en place des suivis ou accompagnements, par manque de ressources, méconnaissance des problématiques, par manque de formations...
- Réponses insuffisantes ou inadaptées ou

+ POUR ALLER PLUS LOIN

- RMFIELD Jason, GNANAMANICKAM Emmanuel, W JOHNSTON David, PREEN David, S BROWN Derek, NGUYEN Ha, SEGAL Leonie et al., « *Intergenerational transmission of child maltreatment in South Australia, 1986–2017 : a retrospective cohort study* », *Lancet* (2021) : [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00024-4/fulltext#](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00024-4/fulltext#)
- GARRET-GLOANEC Nicole, PERNEL Anne-Sophie, « *Conséquences des négligences parentales sur les bébés* », *L'information psychiatrique*, 2012/3 (Volume 88), p. 195-207.
- LACHARITÉ Carl, ÉTHIER Louise S, NOLIN Pierre, « *Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants* », *Bulletin de psychologie*, 2006/4 (Numéro 484), p. 381-394.
- MARTIN-BLACHAIS Marie-Paule, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHÉSION SOCIALE, SÉVERAC Nadège, « *Rapport Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance* », *Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes* (2017) : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demarche-de-consensus-pe_fevrier-2017.pdf
- ROUSSEAU Daniel, RIQUIN Élise, ROZÉ Mireille et al., « *Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance* », *Revue française des affaires sociales*, p. 343-374.

De chaleureux remerciements pour leur collaboration

- Dr Isabelle ABADIE, pédopsychiatre, Secteur Psychiatrie Infanto-juvénile Centre hospitalier Montauban
- Mme Jacqueline ALOMAR, éducatrice spécialisée, Service AEMO, Enfance Catalane
- Mme Élisabeth CALBRIS, chef de service, DITEP Peyrebrune Caminem, Association Joseph Sauvy
- Mme Delphine LOUGE, éducatrice PJJ, UEMO Albi
- Mme Olivia MADENIAN, assistante de service social, Service AEMO, Enfance Catalane
- Dr Cécile MANIN, pédiatre, Centre hospitalier Perpignan
- Mme Florence MARGARIA, assistante de service social, CRIP Conseil Départemental du Tarn-et-Garonne

FORMATION DES PROFESSIONNELS D-CLIC

ORIGINE DE CETTE FORMATION

Afin de garantir la pérennité d'une communauté de pratiques autour de la clinique indirecte concertée en permettant une certaine hétérogénéité, garantie de l'enrichissement mutuel, le Collectif D-CLIC Occitanie propose de s'investir dans une démarche de formation interne continue, destinée notamment aux nouveaux salariés et/ou nouveaux D-CLIC.

Il a ainsi été choisi de pratiquer des journées d'immersion dans les D-CLIC volontaires.

POURQUOI UNE FORMATION PAR IMMERSION ?

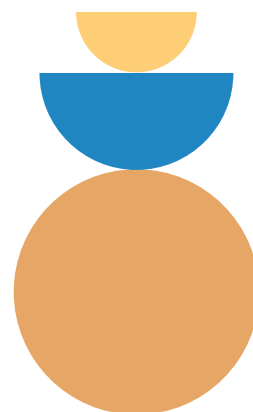
La pédagogie de l'immersion est très souvent adoptée dans les formations en langue étrangère : c'est un accélérateur de compétences, grâce à un apprentissage situé et contextualisé, favorisé par un climat bienveillant et agréable. Hors de leur contexte habituel, les apprenants prennent alors le temps de se consacrer exclusivement à la découverte de la langue étudiée. La clinique indirecte n'est pas une langue étrangère mais c'est une pratique qui réclame une acculturation et une certaine expérimentation.

L'apprentissage par immersion est grandement amélioré quand il s'accompagne d'une analyse réflexive et rétrospective, c'est-à-dire quand on combine apprentissage par l'action et apprentissage par l'analyse de l'action¹.

Il est fait référence ici à une pédagogie qui s'appuie sur l'expérience de l'individu dans cette immersion, une implication à la fois intellectuelle, sociale et affective pour mieux créer des liens et des réseaux. Les apprenants peuvent davantage se projeter car ce cadre permet de reproduire parfaitement les situations dans lesquelles ils interviennent déjà. La formation doit donc coïncider avec les besoins de développement professionnel dont on peut stimuler l'émergence.

1. PRÉ-REQUIS POUR CETTE FORMATION

- Cette formation par immersion peut concerner tous les professionnels des D-CLIC, indépendamment de leurs fonctions (coordinateur, psychologue, médecin, éducateur spécialisé, travailleur social, assistant administratif...).
- Le profil du professionnel accueillant est choisi par l'équipe qui reçoit : qui est le plus à même de transmettre au regard de la fonction de l'accueilli.
- Ce temps de formation doit s'inscrire en complément d'une formation préexistante.
- Dans l'idéal, l'immersion se fait à plusieurs, sur des temps différents, ceci afin de pouvoir échanger sur ses perceptions, ses surprises et de les confronter.
- Écrire ce que l'on a vu, compris, observé, permet de s'inscrire dans une « *pédagogie de l'étonnement* »² où les découvertes jouent un rôle important dans le renversement d'un rapport de docilité passive de l'apprenant en l'entraînant dans une démarche d'enquête où vont être collectées des ressources potentielles.
- La question de la participation active est posée : l'immersion par la participation est celle qui est souvent essentielle dans le processus de compréhension qu'elle met en œuvre. Cependant, elle semble plus appropriée pour l'immersion de professionnels déjà expérimentés dans un autre D-CLIC.



2. OBJECTIFS

INTÉGRER LA COMMUNAUTÉ DE TRAVAIL D-CLIC OCCITANIE

Découvrir la pratique de la clinique indirecte concertée et ses outils (le procédé de reconstitution de parcours, l'animation et la conduite des réunions D-CLIC ou encore la rédaction des comptes rendus)

IDENTIFIER LES INVARIANTS ET ENRICHIR LE MODÈLE

- Observer les postures des professionnels, de leurs fonctions, de leurs interactions...
- Repérer les similitudes et les différences entre D-CLIC

¹ SAVOYANT Alain, « *L'activité en situation de simulation : objet d'analyse et moyen de développement (2005)* », Travail et Apprentissages, 2010/1 (N° 5), p. 127-142.

² THIEVENAZ Joris, *De l'étonnement à l'apprentissage. Enquêter pour mieux comprendre*. De Boeck Supérieur, « Perspectives en éducation et formation », 2017. p. 39-58

3. PUBLIC CIBLE

Réservés aux professionnels D-CLIC nouvellement embauchés dans un D-CLIC déjà en exercice (recherchant un enrichissement et approfondissement de leurs pratiques). Il est préférable de ne pas mélanger pour une même formation, des stagiaires issus de D-CLIC différents ou à la condition que leurs niveaux d'attente et leurs préoccupations soient les mêmes.

Pour que l'immersion se déroule dans les meilleures conditions et pour assurer la rupture à son contexte habituel, il est recommandé de limiter le nombre d'accueillis à 3 maximum.

4. THÈMES DE L'IMMERSION

- **N°1 : Procédure d'inclusion / de sortie dispositif** : modalités de saisine, courriers officiels, délais, accord parental / représentant légal...
- **N°2 : Reconstitution de parcours de vie** : méthodologie, outils utilisés, co-écriture et modalités de restitution
- **N°3 : Réunions D-CLIC** : modalités d'invitation (qui, comment, où), préparation, animation & conduite
- **N°4 : Rédaction de comptes rendus**
- **N°5 : Vie d'équipe de coordination** : temps inter-réunions D-CLIC (assister et participer aux réunions d'équipe)

5. MODALITÉS D'INSCRIPTION

- Choisir le ou les D-CLIC accueillant(s)
- Puis contacter le/la coordinateur-trice du D-CLIC pour organiser l'immersion du-des professionnels

6. DÉROULÉ DE LA FORMATION

| | |
|----------------------------|---|
| AVANT L'IMMERSION | Pour l'accueillant : <ul style="list-style-type: none">• Choisir les situations qui paraissent représentatives de l'activité (éviter les situations exceptionnelles de par leur contenu comme leur traitement)• Adresser les éléments anonymisés de connaissance de la situation avant l'arrivée des collègues (précédents comptes rendus, fiche de liaison, éléments biographiques, etc.) et tout document de travail utile à l'immersion Pour l'accueilli : <ul style="list-style-type: none">• Établir un « projet d'immersion » énonçant ce qu'on cherche, qu'est-ce qu'on sait et qu'est-ce qu'on imagine• Lectures préparatoires des documents supports (forme et fond) remis par l'accueillant |
| PENDANT L'IMMERSION | Pour l'accueillant : <ul style="list-style-type: none">• Prévenir les partenaires de la présence de collègues en immersion• Prévoir un temps d'accueil, de présentation, de visite des locaux et d'explicitation du fonctionnement du D-CLIC à l'arrivée des collègues Pour l'accueilli : <ul style="list-style-type: none">• Prendre des notes sur ce qui a été vu, compris et observé Pour accueillant/accueilli : <ul style="list-style-type: none">• Débrief à chaud et analyse a posteriori des situations et documents observés NB : Observation participante : à déterminer en fonction des desideratas adressés auparavant |
| APRÈS L'IMMERSION | Pour accueillant/accueilli : <ul style="list-style-type: none">• Débrief pour revenir et réfléchir à l'expérience immersive Pour l'accueilli : <ul style="list-style-type: none">• Rendre compte par écrit des observations sur les points visés initialement mais également des éléments plus surprenants afin de le partager avec l'équipe du D-CLIC de l'accueilli |

🔍 POUR ALLER PLUS LOIN

- BRETON Hervé, « *L'expérience du voyage : immersion dans l'ailleurs et formation de soi* » (2014) https://www.researchgate.net/publication/333058945_L%27experience_du_voyage_immersion_dans_l%27ailleurs_et_formation_de_soi
- CRISTOL Denis, MULLER Anne, « *Les apprentissages informels dans la formation pour adultes* », *Savoirs*, 2013/2 (n° 32), p. 11-59. DOI : 10.3917/savo.032.0011. <https://www.cairn.info/revue-savoirs-2013-2-page-11.htm>

COORDINATEUR

DESCRIPTION DE LA FONCTION

Missions principales

- Piloter le dispositif de clinique indirecte concertée (D-CLIC) d'un département donné, en assurant la mise en place d'outils et de documents nécessaires au suivi des parcours des jeunes (enfants et adolescents) pour lesquels le D-CLIC est sollicité
- Contribuer au maillage partenarial du D-CLIC, au travers de l'étude de situations des jeunes et d'actions d'animation territoriale, dans un esprit de neutralité, de transversalité et de décloisonnement
- Coordonner l'équipe du D-CLIC

Activités & tâches

Coordination clinique

- Gestion des inclusions des situations en lien avec l'équipe (écoute et évaluation de la demande du partenaire, décision d'inclusion, répartition des références des situations...)
- Suivi de la file active (outils d'analyse et de gestion des prises en charge)
- Échanges sur les parcours avec le/la référent.e de la situation (point sur les suivis, contacts avec les partenaires, relecture et avis sur les comptes rendus de réunions D-CLIC...)
- Garant des process internes (collecte accord parental et/ou information des représentants légaux, respect des délais et des règles de confidentialité...)
- Co-animation de réunions D-CLIC
- Organisation des supervisions de l'équipe

Coordination territoriale

- Animation et développement du réseau de partenaires du D-CLIC (ex. conventions de partenariat, rencontres, lettre d'information, événementiel, formation, groupes de travail...)
- Organisation de la participation aux instances locales et aussi éventuellement régionale (CLS, schémas départementaux, PTSM...) et représentation du D-CLIC
- Participation au Collectif D-CLIC Occitanie et aux travaux régionaux (colloque, immersion inter D-CLIC, capitalisation...)
- Responsable des outils d'animation territoriale (ex. annuaire départemental)

Coordination fonctionnelle

- Organisation des instances de pilotage du D-CLIC
- Animation de l'équipe du D-CLIC (réunions d'équipe, gestion des plannings...)
- Rédaction des projets de financement et pilotage de l'élaboration des rapports d'activité
- Gestion administrative en liaison étroite avec le secrétariat et, selon le portage du D-CLIC, suivi budgétaire du dispositif



PROFIL DU PROFESSIONNEL



Formation / diplôme

- Niveau Master 2 en sciences sanitaires et sociales / santé publique
- Travailleur social / Responsable éducatif avec au moins 10 ans d'ancienneté



Expériences professionnelles

- Auprès des enfants et/ou adolescents en grandes difficultés
- Articulation partenariale plurisectorielle
- Ingénierie de projets en développement social (facultatif)



Compétences

| Savoirs | Savoir-faire | Savoir-être |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">✓ Secteur de l'enfance et/ ou de l'adolescence : acteurs, missions, logiques institutionnelles des divers champs professionnels (social, sanitaire, médico-social, judiciaire, éducatif...) et politiques publiques✓ Psychopathologie et psychodynamique de l'enfant et de l'adolescent✓ Ressources et limites du réseau à l'échelle départementale et éventuellement régionale | <ul style="list-style-type: none">✓ Animation d'équipes pluridisciplinaires✓ Communication orale et écrite✓ Gestion administrative, financière et ressources humaines | <ul style="list-style-type: none">✓ Adaptabilité✓ Sens de l'écoute, du dialogue et diplomatie✓ Qualité relationnelle, bienveillance & empathie✓ Capacité d'analyse et de synthèse✓ Éthique✓ Rigueur✓ Persévérance |

CLINICIEN

DESCRIPTION DE LA FONCTION

Missions principales

- Le clinicien ou la clinicienne du D-CLIC s'engage dans un travail clinique, partagé et indirect, auprès des professionnels impliqués dans la prise en charge du jeune en difficultés multiples, là où les complexités sont multifactorielles, protéiformes et émanent de problématiques imbriquées (nombre de professionnels impliqués, rupture de prise en charge, évolution du tableau clinique de l'enfant, de l'adolescent ou du jeune adulte).
- Il ou elle contribue à la conception et à la mise en œuvre de l'ensemble des missions du D-CLIC et conduit des actions d'évaluation et d'analyse sur les situations orientées.
- Il ou elle soutient des fondements cliniques aux projets d'accompagnement de chaque jeune.
- Il ou elle s'inscrit à part entière dans une démarche de partenariat avec tout intervenant concerné par des situations de jeunes en difficultés multiples.

Activités & tâches

Préparation des admissions, recueil des données

- Accueillir, informer et orienter les professionnels en vue d'une admission au sein du D-CLIC
- Collecter des données auprès des professionnels accompagnant ou ayant accompagné le parcours du jeune
- Réaliser le parcours de vie du jeune

Analyse clinique, réflexion, élaboration

- Analyser et restituer le parcours de vie
- Contribuer à la compréhension du fonctionnement psychique du jeune par la clinique indirecte
- Participer à la réflexion et à l'élaboration, lors des réunions, en apportant un éclairage clinique sur le jeune, son histoire, son environnement et/ou sur une situation dans sa globalité
- Sensibiliser les partenaires aux particularités des dimensions psychiques et relationnelles des jeunes en difficultés multiples
- Soutenir la réflexion et l'élaboration autour des pratiques pertinentes pour les jeunes

Activité relative aux réunions

- Co-animer les réunions
- Participer à la rédaction des comptes rendus de réunions
- Effectuer un suivi de l'évolution des situations

Vie partenariale

- Participer aux actions de communication du dispositif (présentation du D-CLIC, information, sensibilisation)
- Faire vivre le réseau partenarial au travers de diverses manifestations
- Mettre en place et participer aux actions de sensibilisation, information et/ou formation
- Participer, en fonction des besoins, aux différentes réunions organisées par les partenaires

Vie institutionnelle

- Contribuer à la réflexion sur le fonctionnement et aux projets du D-CLIC
- Participer aux réunions d'équipe
- Pouvoir participer au travail de coordination d'équipe
- Prendre part à l'écriture du rapport d'activité, dont la partie clinique
- Collaborer à la construction des outils d'évaluation (CPOM, indicateurs, qualité...)
- Prendre part aux temps de supervision
- Contribuer aux réunions du comité de pilotage quand nécessaire

Collectif D-CLIC Occitanie

- Collaborer aux rencontres du Collectif et à l'élaboration des outils et documents communs

Veille professionnelle

- S'informer et réactualiser en permanence ses connaissances des dispositifs dédiés aux enfants, adolescents et jeunes adultes
- Effectuer une veille documentaire autour de la problématique de l'enfance, de l'adolescence et du jeune adulte en difficultés multiples
- Participer à la rédaction de publications

Fonction observatoire / Politiques publiques

- Apporter un regard clinique dans les liens avec DT-ARS et ARS région
- Effectuer un suivi de cohorte
- Transmettre les résultats aux partenaires et aux tutelles



PROFIL DU PROFESSIONNEL



Formation / diplôme

- Médecin psychiatre, pédopsychiatre
- Autres formations attestant d'une capacité d'élaboration clinique



Expériences professionnelles

- Expérience clinique
- Expérience institutionnelle auprès des enfants, adolescents et/ou jeunes adultes recommandée



Compétences

| Savoirs | Savoir-faire | Savoir-être |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">✓ Connaissance du développement et de la psychopathologie des enfants, adolescents et jeunes adultes✓ Connaissance des différentes problématiques des jeunes en difficultés multiples✓ Connaissance des secteurs social, médico-social, judiciaire, éducatif et sanitaire✓ Connaissance des politiques publiques en faveur de l'enfance et de la jeunesse | <ul style="list-style-type: none">✓ Animer des groupes de réflexion/une réunion pluri-partenariale✓ Capacité orale et rédactionnelle✓ Animer une formation | <ul style="list-style-type: none">✓ Capacité à garder une position de neutralité et d'extériorité dans le suivi des situations✓ Travailler dans le cadre du « partage d'informations à caractère secret » |

SECRÉTAIRE

DESCRIPTION DE LA FONCTION

Missions principales

- Remplir la fonction support de l'équipe de coordination du D-CLIC
- Effectuer les tâches propres à la fonction de secrétaire et/ou assistant.e

Activités & tâches

Les tâches présentées ci-dessous peuvent varier d'un D-CLIC à l'autre.

1. Gestion administrative

Du dispositif :

- Accueil physique et téléphonique : réception, filtrage, orientation et transmission des messages
- Gestion des courriers postaux et électroniques : envoi, tri, distribution, traitement
- Archivage et classement de documents
- Co-organisation et co-gestion des plannings avec les professionnels du D-CLIC (agenda partagé)
- Rédaction et saisie de documents : courriers, rapports, notes, comptes rendus
- Veille documentaire
- Création et mise à jour régulière de l'annuaire partenaires
- Mise à jour des tableaux de représentants du Conseil d'Administration, Bureau, Comité Technique et Comité de pilotage
- Si le D-CLIC est une association, gestion de la mise à jour des statuts et changements
- Transmission d'informations entre le D-CLIC et les différents partenaires
- Organisation des déplacements des membres de l'équipe

Concernant les salariés :

- Actualisation des informations personnelles et réglementaires
- Gestion de l'organisation des congés, RTT, formation, arrêt maladie de l'équipe pluridisciplinaire, enregistrement sur un logiciel spécifique
- Élaboration des notes de frais et transmission aux personnes concernées

2. Réunions des suivis enfants / adolescents

- Réception et diffusion des éléments de dossiers d'inclusion et de suivi des situations
- Création des dossiers papiers et informatiques des enfants et adolescents, suivi et mise à jour, classement et archivage
- Participation à l'organisation des réunions, en collaboration avec le coordinateur : envoi des invitations, rappels, annulations, reports
- Contribution aux réunions D-CLIC : feuilles d'émargement, prise de notes, préparation et envoi des comptes rendus rédigés et validés par l'équipe
- Saisie de supports visuels condensant le parcours du jeune avant son admission au D-CLIC (historiogramme, génogramme)

3. Participation à diverses réunions

- Réunions de fonctionnement d'équipe hebdomadaires : prise de notes, transmission d'informations

- Préparation et appui aux réunions de Copil, CA, AG, réunions de bureau, CT, groupes de travail : saisie de diaporama, préparation des dossiers, réservation de salles, invitations, émargements, prise de notes, rédaction et envoi de comptes rendus
- Participation active aux supervisions proposées à l'équipe pluridisciplinaire, émargement
- Rencontres et travail en collaboration avec le Collectif D-CLIC Occitanie : travaux de capitalisation, rencontres inter-D-CLIC, colloque régional...

4. Rapport d'activité

- Création et gestion d'outils de suivi d'activité du D-CLIC, tableaux de bord, suivi de réunions, suivi statistique
- Participation à la rédaction du rapport d'activité : préparation des données chiffrées, finalisation technique, tableaux statistiques et graphiques
- Co-élaboration, gestion et suivi des dossiers de demandes de subventions

5. Communication

- Création, mises à jour et transmission des supports de communication et de fonctionnement du D-CLIC : livret d'information, mallette pour les partenaires, bilans d'activité, enquêtes...
- Création, animation, et mise à jour du site internet (en collaboration avec les membres de l'équipe)
- Transmission aux partenaires d'informations sur des événements spécifiques organisés par le D-CLIC, un autre D-CLIC, ou un partenaire

6. Animation territoriale

Aide à l'organisation des actions d'animation territoriale telles que groupes de travail, formations, petits déjeuners partenaires, colloque annuel départemental : recherche et réservation de salle, invitations, gestion des inscriptions, règlements et factures si nécessaire, émargement, accueil des participants, attestation de présence

7. Gestion du matériel

- Gestion du fond de fournitures et matériel de bureau : commandes, gestion des stocks, règlement des factures (pour certains D-CLIC)
- Gestion du matériel informatique, en lien avec un service spécialisé
- Gestion en lien avec le supérieur hiérarchique des conditions de location des bureaux et d'exécution des contrats de maintenance, bureautique, assurance, entretien du matériel et des locaux

8. Gestion financière

- Assurer la comptabilité du dispositif en lien avec un cabinet expert, ou lien avec la direction des services financiers / économiques
- Vérification des encaissements (colloque, divers remboursements) et mise en banque
- Gestion des pièces comptables (élaboration et suivi mensuel de tableaux de bords de gestion de la trésorerie, des mouvements comptables : dépenses, recettes)
- Participation à l'élaboration du budget prévisionnel du D-CLIC



PROFIL DU PROFESSIONNEL



Formation / diplôme

Baccalauréat + 2



Expériences professionnelles

Expérience professionnelle dans un emploi de secrétariat ou de secrétariat de direction



Compétences

| Savoirs | Savoir-faire | Savoir-être |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">✓ Justifier d'une bonne connaissance de l'un ou plusieurs des secteurs : sanitaire, social, médico-social, judiciaire, scolaire, insertion✓ La connaissance du champ de l'enfance et/ou de l'adolescence est un plus. | <ul style="list-style-type: none">✓ Gestion du secrétariat✓ Compétences en informatique✓ Capacité d'analyse et de synthèse✓ Capacité rédactionnelle✓ Aptitude à prendre des initiatives✓ Sens de l'organisation et de l'anticipation des échéances✓ Décloisonnement par des pratiques interdisciplinaires et interinstitutionnelles✓ Encadrement d'agents administratifs si nécessaire | <ul style="list-style-type: none">✓ Sens de l'écoute et de l'accueil, bienveillance✓ Capacité de souplesse et d'adaptation, volonté d'implication✓ Autonomie✓ Discrétion, respect de la confidentialité✓ Capacité de travail en équipe et en partenariat, logique de complémentarité et de synergie✓ Respect mutuel, confiance, reconnaissance du rôle et de la compétence de chacun✓ Respect des valeurs décrites dans la Charte du D-CLIC |



**D-CLIC
OCCITANIE**

DISPOSITIFS DE CLINIQUE
INDIRECTE CONCERTÉE

d-clic.info

ISBN : 978-2-9586337-0-7

