

# Rapport

## d'activité

2019



# SOMMAIRE

Page

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>I – LES MISSIONS DU RAP 31</b> .....	<b>3</b>
<b>1 - INCLUSIONS DES ADOLESCENTS EN DIFFICULTES MULTIPLES</b> .....	<b>3</b>
1.1 - Les Réunions de Concertation Partenariales .....	5
1.1.1. Les objectifs.....	5
1.1.2. La saisine et les différents niveaux d’inclusions .....	5
1.1.3. Le déroulement de la RCP .....	6
1.1.4. Les RCP de suivi .....	7
1.1.5. Bilan quantitatif 2019.....	8
1.2 - Panoramique des activités du RAP 31 en 2019 liées aux inclusions des adolescents .....	9
<b>2 - ACTION D’APPUI AUX MEDECINS DE PREMIER RECOURS</b> .....	<b>12</b>
<b>3 - LA VEILLE SANITAIRE</b> .....	<b>14</b>
3.1 - L’hospitalisation complète .....	14
3.2 - Les Maternités adolescentes .....	14
3.3 - La commission de concertation et de cohésion du dispositif réactif départemental de psychiatrie infanto-juvénile de la Haute Garonne.....	15
3.4 - Le « refus scolaire anxieux » .....	15
<b>4 - ANIMATION ET COORDINATION DU RESEAU</b> .....	<b>16</b>
4.1 - Le RAP Clinique .....	16
4.2 - Le bulletin du RAP 31 .....	17
4.3 - La journée thématique du RAP 31 .....	18
4.4 - Panoramique des professionnels impliqués en 2019 dans les activités du RAP 31.....	18
<b>5 - INSTANCES LOCALES DE CONCERTATION</b> .....	<b>19</b>
<b>II - AU DELA DES MISSIONS, LES ACTIONS DU RAP 31</b> .....	<b>20</b>
<b>1 – LE PARTENARIAT</b> .....	<b>20</b>
1.1 – La Fédération Réso Occitanie – (Acteur de la coordination en santé).....	20
1.2 – Le Collectif des réseaux adolescents d’Occitanie.....	21
1.3 - Une collaboration avec l’EMac 31 .....	22
<b>2 – LE PARTENARIAT INSTITUTIONNEL</b> .....	<b>22</b>
2.1 - Participation et intervention des membres de la coordination du réseau à la dynamique partenariale... ..	22
2.2 - L’ARS .....	22
2.3 - Conseil Départemental de la Haute Garonne .....	23
2.3.1 - La Maison Des Adolescents.....	23
2.3.2 - L’ASE.....	24
2.3.3 - La MDPH.....	24
2.3.4 - Le CDEF.....	25
2.3.5 - L’Observatoire Départemental de la Protection de l’Enfance .....	25
2.4 - La Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse .....	25
2.5 - Le Tribunal pour Enfants.....	27
2.6 - L’Inspection Académique.....	27
<b>III – L’EQUIPE DE COORDINATION</b> .....	<b>28</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>29</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>30</b>

---

# INTRODUCTION

---

Après douze ans d'activités, le RAP 31 devient, avec les autres réseaux adolescents d'Occitanie et après accord de l'ARS, un Dispositif de Clinique Indirecte Concerté (D-CLIC).

Cette nouvelle nomination ne modifie en rien les fonctions et prises en charge du réseau, mais elle permet d'accéder à un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens avec un fonctionnement garanti et contrôlé sur trois ans.

Ainsi, nous sortons de la précarité annuelle qui est notre contrainte depuis les débuts en 2008 et qui ne nous permet pas d'avoir des projets et des actions à moyen et long terme telle que, par exemple, la modification des pratiques professionnelles des uns et des autres de nos partenaires pour améliorer les concertations et les partenariats en introduisant plus de transversalité.

Notre pratique de la clinique indirecte, lors des réunions de concertation partenariale, nous a montré, entre autres, que le langage utilisé par les travailleurs sociaux, par les psychologues ou les médecins n'était pas le même et nous contraignait à faire en permanence des traductions accessibles à tous, sans trahir la pensée de chacun. Cet exercice *d'esperanto clinique* n'est pas facile et nécessite du temps et des formations sur plusieurs années.

D'autant, que la compréhension mutuelle ne doit pas laisser penser que le travail d'un pédopsychiatre et celui d'un éducateur de MECS soient identiques, chacun se trouve à une place spécifique dans le parcours de soin d'un adolescent en difficultés multiples.

Les parcours des adolescents en difficultés multiples nous montrent leur grande agilité pour mettre en échec les propositions spécifiques des uns et des autres et pour monter les équipes les unes contre les autres.

La position de tiers externe et la clinique indirecte pratiquée par le RAP 31 permettent le plus souvent de renouer le dialogue entre les différents partenaires malgré les conflits institutionnels et cette mise à plat est la première pierre pour transformer un parcours d'errance et d'échecs en un itinéraire de circulation moins chaotique. Pour cela il n'y a pas de recette préétablie et c'est l'inventivité et la souplesse des partenaires qui peut changer la donne.

Nous poursuivrons ce travail transversal de réseau dans les cinq axes qui nous sont confiés par convention :

- Aide à la prise en charge des adolescents en difficultés multiples par la clinique indirecte,
- Appui aux équipes de premier recours (médecins généralistes, scolaires...),
- Assurer une action de veille sanitaire,
- Animation et coordination du réseau pluri professionnel sur tout le département,
- Mise en place d'Instances Locales de Concertation (ILC).

## Les missions du RAP 31

- **Le suivi de 74 situations d'adolescents en situation complexe** avec une généralisation cette année des réunions de suivi et une augmentation des « gestions de cas ». La prise en compte des situations complexes discutées en Groupe Opérationnel de Synthèse de la MDPH a également trouvé son rythme (11 situations étudiées) et nous a amené à intégrer de nouveaux partenaires dans le réseau : les IME, IEM, IES, MAS ...

- **Les actions d'appui aux équipes de premier recours.** Au-delà de la « hotline » toujours repérée par les médecins libéraux, un travail a été engagé avec le DUMG pour une sensibilisation aux problématiques adolescentes des étudiants en médecine, pour l'enseignement postuniversitaire, ainsi que pour élaborer un arbre décisionnel à l'attention des médecins généralistes.
- **Les actions de veille sanitaire** mettent en évidence les évolutions des conduites adolescentes et l'émergence de nouveaux comportements et symptômes qui apparaissent au travers des parcours des adolescents ou des témoignages des professionnels. Cela nous conduit à mobiliser les acteurs concernés et à élaborer des réponses ou des propositions adaptées et consensuelles par la mise en place de temps de rencontres et de réflexions. Cette année, nous avons entamé un travail autour de la question du refus scolaire anxieux avec la clinique Marigny et la MDA. Une réflexion autour de l'hospitalisation complète avec tous les acteurs concernés s'est également mise en place.
- **L'animation du réseau sur tout le département** en diffusant les informations ayant trait à l'adolescence (bulletin, informations envoyées régulièrement par mail à tous les partenaires), en organisant mensuellement les réunions du Rap Clinique à Toulouse et dans le Comminges et en proposant notre journée d'étude annuelle, cette année sur le thème des changements des rapports des adolescents avec leurs familles.
- **La mise en place d'Instances Locales de Concertation.** Nous nous sommes attachés à finaliser le cahier des charges des ILC avec la DDARS et la MDPH ainsi qu'à maintenir le réseau déjà constitué avec les acteurs du territoire de Villefranche du Lauragais.

#### Au-delà de ces quatre missions :

- Nous assurons l'animation de la **commission de concertation et de cohésion**, du dispositif départemental réactif de psychiatrie infanto juvénile de la Haute-Garonne, sur le suivi du dispositif réactif partagé pour adolescents en crise autour des Consult'ADO, des équipes mobiles (UMES) et du CeRCA 31 (Centre de Régulation et de Crise pour Adolescents de la Haute-Garonne).
- Nous avons participé au diagnostic territorial de la future **Plateforme Territoriale d'Appui** (PTA) en lien avec le porteur de projet, l'association Reliance, au comité de lecture du projet, ainsi qu'à la présentation du dispositif auprès de CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) et FMC (Formation Médicale Continue).

#### Des travaux sont d'ores et déjà engagés :

- Pour formaliser les interventions, toujours plus nombreuses de l'équipe de coordination auprès des équipes du CDEF (Centre Départemental de l'Enfance et la Famille), pour venir en **soutien aux professionnels** dans leurs locaux, souvent après une Réunion de Concertation Partenariale (RCP).
- Pour mettre en place une **messagerie sécurisée** avec le GIP e-santé, nous permettant d'échanger des données en toute sécurité avec les partenaires du sanitaire, mais aussi d'autres secteurs.
- Pour nous doter d'outils numériques performants sur notre fonction de **case ou care management**.

---

# I – LES MISSIONS DU RAP 31

---

## 1 - INCLUSIONS DES ADOLESCENTS EN DIFFICULTÉS MULTIPLES

---

- **Les évolutions du RAP 31**

Une partie essentielle du travail du RAP 31 reste réalisée en amont des réunions de **concertation partenariale** (RCP) par l'équipe technique qui est chargée de retrouver les « traces » du passage des jeunes inclus et de leurs familles, d'en proposer une synthèse raisonnée qui sera présentée à la RCP. Les dimensions de présence et d'échange groupal restent pour l'instant incontournables au moins pour les RCP inaugurales.

En effet, la RCP, animée par deux ou trois membres de l'équipe médico technique du RAP 31, reste l'outil principal du travail d'élaboration qui consiste à apporter de l'aide et du soutien à un ou plusieurs professionnels impliqués dans une prise en charge complexe, souvent difficile et frustrante. Il s'agit aussi de proposer, dans chaque situation et pour chaque jeune, un projet de vie et de soins adapté et construit collectivement, alors même que ces jeunes mobilisent des mouvements de rejet ou d'exclusion, entraînent des sentiments d'impuissance et de solitude dont la seule issue ne saurait être l'adresse vers un autre type de compétence (psychiatrique par exemple) ou vers un autre établissement du même type (changement de MECS, d'ITEP, d'IME...).

Leur **nature** est variable. Outre les divers niveaux de 1 à 3, déjà évoqués à plusieurs reprises, on distingue :

- La RCP inaugurale, c'est-à-dire la toute première réunion qui permet de reprendre, concernant le jeune lui-même et son environnement, les antécédents, le parcours et l'état actuel du projet. Ces RCP sont volontiers longues (2 à 3 heures) et continuent à mobiliser, en plus des aidants et soignants actuels, des intervenants qui ne sont plus auprès du jeune, mais dont on suppose qu'à travers la restitution du parcours et les réflexions qui s'en suivent, ils pourront bénéficier d'un processus de formation tout en sortant d'un vécu d'échec dont on connaît l'effet délétère sur le fonctionnement des équipes.

- Les RCP de suivi qui tendent aujourd'hui à être plus brèves, sont proposées à des horaires de début de matinée ou entre 12 et 14h. On pourrait d'ailleurs imaginer qu'avec des moyens adéquats, certaines de ces RCP puissent utiliser les ressources de la télémédecine.

Leur **fréquence** est variable. Les RCP uniques sont de plus en plus exceptionnelles, ce pourrait être interprété comme une habitude prise par les professionnels de travailler en réseau spontanément, sans l'assistance de tiers.

La demande des professionnels est plus volontiers celle d'une coordination au long cours dans des situations médico-sociales et judiciaires où les événements de vie multiples, associés au processus développemental, obligent à adapter régulièrement les projets en fonction des résultats obtenus et des ressources disponibles, tout en garantissant l'engagement de chacun.

Leur **fréquentation** a changé. Elles se sont ouvertes aux lieux de vie et aux familles d'accueil.

Les **ressorts** de leur caractère opérant persistent :

- D'un point de vue pragmatique et opérationnel, c'est la construction commune et la définition d'un projet avec l'engagement contractuel des protagonistes, quel que soit leur champ ; le compte rendu fait alors office de référence pour chacun des professionnels engagés et il définit également une personne ou une institution chargée de faire circuler les informations essentielles entre deux RCP.

- D'un point de vue proximologique, la parole donnée à chacun, la prise de contact téléphonique avec les absents ou les excusés, la dynamique même de la RCP avec une reprise des conclusions consensuelles avant la fin de la séquence, sont autant d'outils permettant aux équipes engagées de sortir d'un vécu traumatique, d'un épuisement lié à la répétition et à l'échec apparent.

La **restitution** conserve la forme d'un résumé de la séance et d'une liste de conclusions dans le respect de l'éthique du réseau. La restitution à la famille de façon directe par l'équipe de coordination (dans ce cas, toujours associée à un professionnel de terrain reconnu par le jeune et sa famille) peut être envisagée si nécessaire.

### ● **Du care au case management**

Le travail de réseau permet que le sens des actions, des interventions et des vécus soit discuté et élaboré à partir des éléments cliniques apportés par les partenaires, mais aussi à partir des investigations de recueil de données du professionnel du RAP 31.

Si la multiplicité des acteurs introduit de la compétence, elle construit aussi une complexité qui complique les parcours. Il convient donc, non seulement de prolonger l'évolution en cours pour aller d'une logique d'établissement à une **logique transversale de parcours** de plus en plus personnalisé.

Au gré de son expérience, le RAP 31 a permis la mise en place d'une synergie cohésive favorisant un langage commun autour des savoirs et des expériences et sur lesquels les partenaires s'appuient.

Nous constatons, par là, une remobilisation des professionnels de la prise en charge qui s'orientent vers de nouvelles constructions : **le care collectif**.

Cependant, dans un paysage où de plus en plus de dispositifs coexistent et viennent en appui aux professionnels, nous sommes de plus en plus sollicités pour assurer un suivi de parcours afin de faciliter l'accompagnement et la prise en charge des adolescents en situation complexe.

Dans cette optique, au-delà de la communication et de la coordination, aspect technique, une « reprise » des différentes interventions est nécessaire et doit être partagée au fil de l'eau pour que ne soient pas perdus la place de chacun des partenaires et le sens de leurs interventions.

La diversité des opérateurs ou les fragilités des partenariats ne sont pas seules en cause. Le passage, pour un adolescent dit à difficultés multiples, d'un dispositif à un autre, le confronte parfois à des problématiques de nature administrative et financière pour le moins compliquées.

La connaissance des dispositifs et la plasticité du RAP 31 permettent d'assurer la continuité des parcours aux points de passage d'un dispositif à un autre, points qui représentent des risques forts de rupture.

Cette dimension de **case manager**, assurée de plus en plus par le RAP 31 à la demande des partenaires, aide les professionnels à trouver des solutions concrètes, mais aussi à éviter les ruptures de parcours et favorise la prévention des hospitalisations inutiles ou évitables.

À partir des RCP et des comptes rendus, le RAP 31 remémore et se trouve garant des moments de vie, d'une trame de vie, assurant une permanence du récit, de la narrativité permettant de rétablir un fil d'existence qui prend cohérence dans des moments de bouleversement, mais aussi d'apaisement.

La dispersion est source d'angoisse, elle tend à faire disparaître la pensée et à activer l'agir.

Il ne peut y avoir de bonne réponse sans mémoire de l'histoire.

La valeur ajoutée à travers quelques situations se situe tout autant au niveau des adolescents complexes (soutenus et accompagnés) qu'au niveau des professionnels (coordonnés et cohérents).

- **Les situations complexes qui ont nécessité le déclenchement d'une procédure SDRE**

Fort de son expérience de coordination de cas complexes, le RAP 31 a été sollicité à deux reprises pour intervenir sur des situations singulières où deux mineurs de tout juste 15 ans ont mobilisé les instances décisionnaires au point de déclencher une procédure de « soins sans consentement sur décision d'un représentant de l'État (SDRE). Ces situations, qui engageaient fortement du point de vue médico-légal les partenaires impliqués, ont nécessité une gestion délicate où, malgré la gravité de celles-ci, la réponse dans l'urgence n'a pas été retenue au profit d'une réflexion plus approfondie avec tous les acteurs. La position de tiers de l'équipe de coordination a pu permettre, après maintes discussions, de trouver une issue avec l'intervention de l'ARS et du Préfet.

## **1.1 - Les Réunions de Concertation Partenariales**

### **1.1.1. Les objectifs**

- Sortir des impasses dans les situations d'adolescents difficiles par une lecture multiaxiale (points de vue clinique, socio anthropologique, éducatif...)
- Éviter l'errance institutionnelle destructrice et coûteuse
- Aboutir si possible, et si nécessaire, à un engagement formel des professionnels en partenariat dans la prise en charge de l'adolescent pour qui nous avons été sollicités.
- Éviter pour les équipes l'épuisement dû à la répétition des vécus d'échecs
- Améliorer l'articulation des équipes pluridisciplinaires
- Lutter contre l'inégalité d'accès aux soins

### **1.1.2. La saisine et les différents niveaux d'inclusions**

**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. Nous vérifions à ce moment-là qu'il s'agit bien d'une situation complexe d'adolescent à difficultés multiples.

- Si les difficultés présentées ne correspondent pas à une inclusion dans le réseau, nous proposons une réorientation vers des partenaires ciblés (MDA – dispositif de prévention – information sur des lieux de vie – secteur et adresse du CMP (CMPP) en fonction du lieu d'habitation), il s'agit alors d'un niveau 1.
- Dans le cas contraire, la demande est présentée en commission d'inclusion.

**La commission d'inclusion** procède à l'analyse des demandes, vérifie que tous les dispositifs internes et de droit commun ont été sollicités en vain, peut demander des précisions complémentaires, peut proposer une intervention autre avant celle du RAP 31 (ex : UMES ; EMIHP ; EMAC).

#### **L'inclusion est validée,**

- soit parce que 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,
- soit parce qu'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,
- ou encore parce que le passage vers des dispositifs de soins d'adultes s'avère source de malentendus et de remises en question des soins.

Nous proposons alors un niveau 2 ou 3.

**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.

Nous procédons alors à un travail d'investigation précis 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 au Tribunal pour Enfants, à l'ASE ou bien dans un service d'AEMO, nous reconstituons chronologiquement le parcours 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, nous interrogeons 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 donner 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, il est systématiquement destinataire du compte-rendu.

**Le niveau 2** correspond à l'organisation plus simplifiée de réunions où nous ne faisons pas ce travail préalable de reconstitution de parcours de vie. 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, nous proposons aux équipes qui nous ont saisis un outil (grille de recueil)<sup>1</sup> 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.

### 1.1.3. Le déroulement de la RCP

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

Cependant, nous demandons l'autorisation à l'adolescent lui-même et à ses représentants légaux qui sont informés du recours à la coordination du RAP 31 et sont sollicités pour lire et ratifier la charte qui prévoit que, dans des conditions de confidentialité suffisante, tous les partenaires du parcours de vie de l'adolescent jusqu'au moment de la saisine seront sollicités et invités à contribuer.

La clinique du sujet est au centre de l'aide proposée. À l'inverse d'une synthèse classique que réalisent toutes les équipes, c'est-à-dire se réunir pour parler de façon synchronique du problème posé, des difficultés rencontrées et de l'orientation immédiate, il s'agit, dans la RCP, de retracer par l'intermédiaire des professionnels témoins, toute l'histoire du sujet depuis ses origines familiales jusqu'à la situation présente. Le travail est donc diachronique, la reconstruction par les témoignages des professionnels va des premiers épisodes éducatifs sociaux et psychologiques jusqu'au conflit et à l'impasse actuels.

Cette reconstruction biographique, organisée à partir des témoignages, mais aussi de la présence à la réunion des différents professionnels qui se sont occupés de ce sujet depuis son histoire initiale jusqu'à aujourd'hui, permet souvent d'avoir un œil neuf sur les conflits et les souffrances endurées.

Lors de la réunion de concertation initiale, sur une durée de deux à trois heures environ, nous retraçons de manière chronologique l'histoire et le parcours de cet adolescent jusqu'à la période actuelle.

---

<sup>1</sup> Annexe 6 – Grille de recueil biographique ; Annexe 7 – Tableau chronologique



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. Nous percevons ainsi beaucoup mieux 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.

C'est ici, la démarche de lecture clinique qui importe le plus, appuyée sur l'histoire dans la longue durée de l'adolescent et de sa famille. Elle permet de redéfinir la place des acteurs, de donner des orientations qui vont ensuite être pour la plupart retravaillées en équipe que ce soit au sein d'un ITEP, d'une MECS ou même d'un hôpital de jour.

Pour la plupart des jeunes qui sont exempts de pathologie mentale, les orientations proposées sont censées permettre de reprendre un projet de vie et un étayage adapté.

#### 1.1.4. Les RCP de suivi

Systematiquement, une deuxième réunion est proposée quelque temps après afin de vérifier comment les préconisations élaborées ensemble ont pu être engagées et quels en sont les effets.

Il s'agit également d'inclure les nouveaux partenaires pressentis qui pourront être alors au même niveau d'information concernant le parcours du jeune et sa situation actuelle. Cette réunion permet d'analyser les interactions du jeune suite au projet mis en place, de réajuster celui-ci, d'imaginer d'autres perspectives.

Dans certaines situations, ces réunions de suivi se multiplient. En effet, les équipes demandent à être soutenues plus longtemps, si bien que 20 % des situations ont bénéficié de plusieurs réunions dans l'année (de 2 à 5 RCP) et pour 22 d'entre elles, le travail est engagé depuis plus de 2 ans.

Le RAP 31 prend alors la fonction de fil rouge et permet que la transition vers l'âge adulte soit soutenue. Ainsi de nouveaux partenaires intègrent le réseau : ceux du secteur adulte, FAM, MAS, FOC, CMP et hôpitaux de jour adultes.

On pourrait résumer cette évolution par l'idée que les pratiques du RAP 31 se rapprochent progressivement d'un « case managing » (Santé Mentale mars 2017). Or, même si cette nouvelle pratique s'en rapproche, **la notion même de « case managing » doit ici être revisitée et adaptée. Il s'agit, non pas d'inclure des patients dans un dispositif piloté et géré, mais bien de rester garant dans ce pilotage de l'investissement de nombreux partenaires** qui ne sont pas utilisés comme ressources, mais qui constituent chacun une part de l'étayage et de l'investissement, y compris dans sa dimension affective.

### 1.1.5. Bilan quantitatif 2019

En 2019, la file active globale du RAP 31 est de 112 adolescents

74 adolescents ont été suivis en 2019, dont :

- 43 adolescents nouvellement inclus pour lesquels ont été organisées des RCP de 1<sup>ère</sup> inclusion. Ces adolescents et adolescentes sont repérés comme difficiles dans leurs parcours de vie et pour les professionnels qui s'en occupent. Ces inclusions nécessitent le travail de retour sur parcours de vie et la mise en place d'une RCP dans laquelle tous les professionnels ayant jalonné le parcours sont invités. Pour un nombre croissant d'entre eux, une réunion de suivi sera mise en place à leur demande, dans l'année ou les années qui suivront, le RAP 31 assurant là sa fonction de fil rouge.

→ Pour ces 43 adolescents, 43 RCP d'inclusion ont été organisées

→ Pour 5 de ces 43 adolescents, 1 RCP de suivi a aussi eu lieu, et pour 2 d'entre eux, 2 RCP de suivi ont été nécessaires.

- 31 adolescents inclus les années précédentes ont bénéficié de RCP de suivi.

Dans le cadre de ces RCP, seuls les professionnels présents dans la prise en charge au jour J sont invités. Le nombre des équipes autour de la table est variable, toutefois, pour certains adolescents, nous notons la présence de jusqu'à 13 équipes différentes avec une moyenne de 6, d'où l'importance de la continuité de la coordination du réseau.

→ Pour ces 31 adolescents, 57 RCP de suivi ont été organisées

Au total 107 RCP ont été organisées.

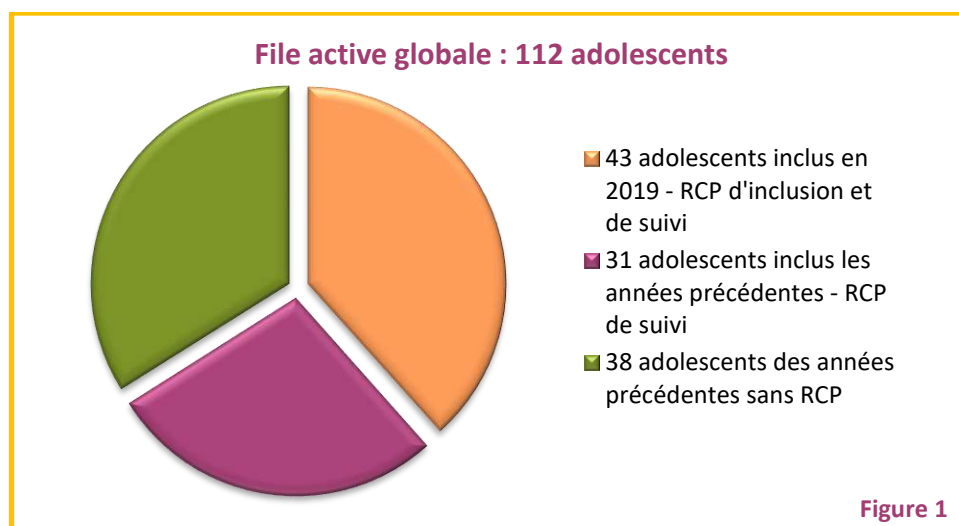
- 38 adolescents inclus les années précédentes, et pour lesquels nous avons été sollicités.

Le soutien s'est alors organisé, sans RCP, sous forme de réunions téléphoniques avec le ou les professionnels qui les accompagnent. Comme le contact n'a pas été rompu, nous n'avons pas sorti ces adolescents de la file active du RAP 31 en 2019.

De plus, ces chiffres ne prennent en compte que les situations d'adolescents pour lesquels il y a eu une action, de l'orientation à l'organisation de RCP d'inclusion ou de suivi.

Or **une trentaine de demandes** effectuées en 2019 n'a pas pu être traitée au cours de l'année et le sera en 2020.

Une dizaine, pour lesquelles plusieurs heures de préparation ont été nécessaires, a été mis en attente, soit parce que la situation s'est apaisée et il nous est demandé d'attendre, soit parce que nous n'avons pas eu de réponse à nos questions malgré plusieurs rappels ou bien parce que les parents (ou le jeune majeur) ont refusé de signer l'autorisation.



Pour rappel, pour chaque situation nouvellement incluse de niveau 3, il faut compter près de quarante heures de travail (retour sur parcours, contact avec les professionnels ayant jalonné le parcours, mise en place d'une RCP en tenant compte des disponibilités de chacun). Ce temps-là est incontournable, il est la base et un préliminaire indispensable au travail mené en réunion.

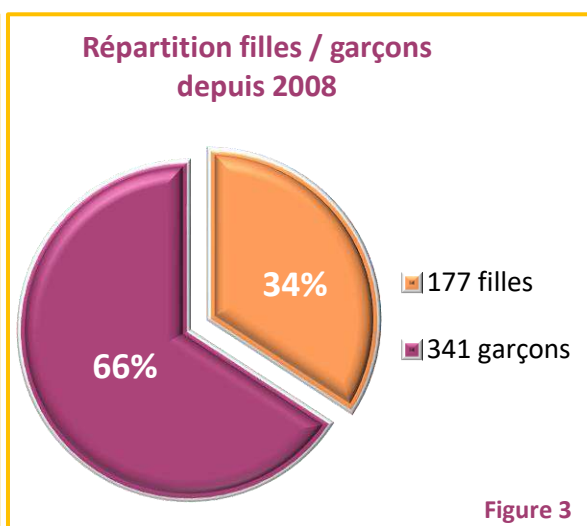
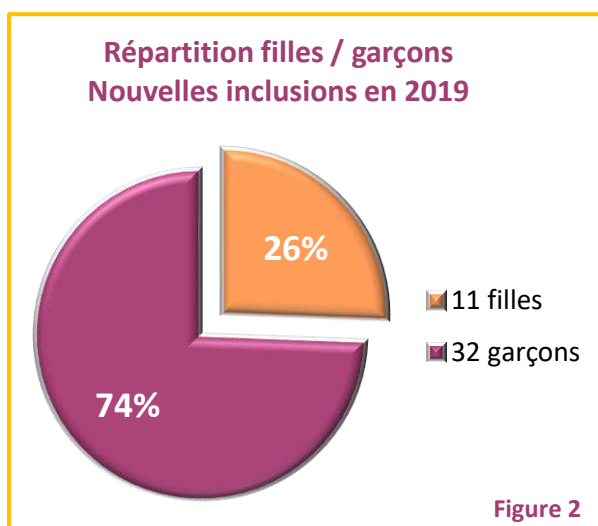
Il est aussi l'occasion d'un travail de fond pour maintenir la dynamique du réseau (retour d'informations après coup aux équipes qui ont connu le jeune, sortie de l'isolement des professionnels, actualisation des données concernant les lieux de soins et de vie).

L'origine géographique et institutionnelle des demandes de saisine reste très diversifiée.

La coordination du réseau et son offre technique sont donc maintenant bien repérées par les professionnels, quel que soit leur champ (cf. rapport détaillé Annexe 1).

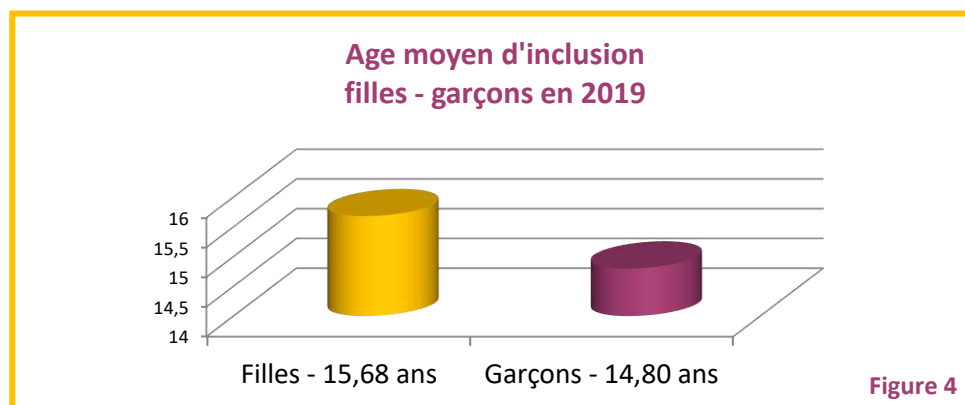
## **1.2 - Panoramique des activités du RAP 31 en 2019 liées aux inclusions des adolescents**

- Répartition par âge et sexe des adolescents nouvellement inclus en 2019**



**Âge moyen d'inclusion en 2019 : 15 ans**

< 10 ans	11-12 ans	13 - 14 ans	15 – 16 ans	17 – 18 ans	19 – 21 ans
1	7	11	15	9	0



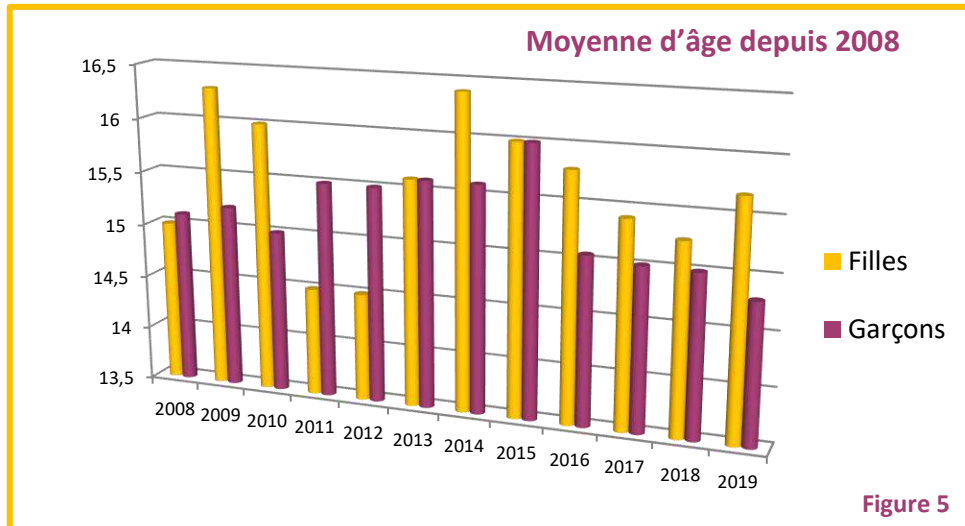


Figure 5

- 74 adolescents suivis avec organisation de 1ère RCP et RCP de suivi en 2019

La charte éthique du RAP 31, conforme à la loi de 2002 et mise en œuvre en accord avec le Conseil de l'Ordre des Médecins dès les premières RCP, est systématiquement présentée aux parents ou au jeune majeur. Elle comprend une notice d'information sur le respect du secret médical et le droit des bénéficiaires, ainsi qu'une autorisation pour l'intervention du réseau. Le consentement éclairé du jeune est vivement souhaité<sup>2</sup>.

- Origine géographique des 74 adolescents suivis en 2019

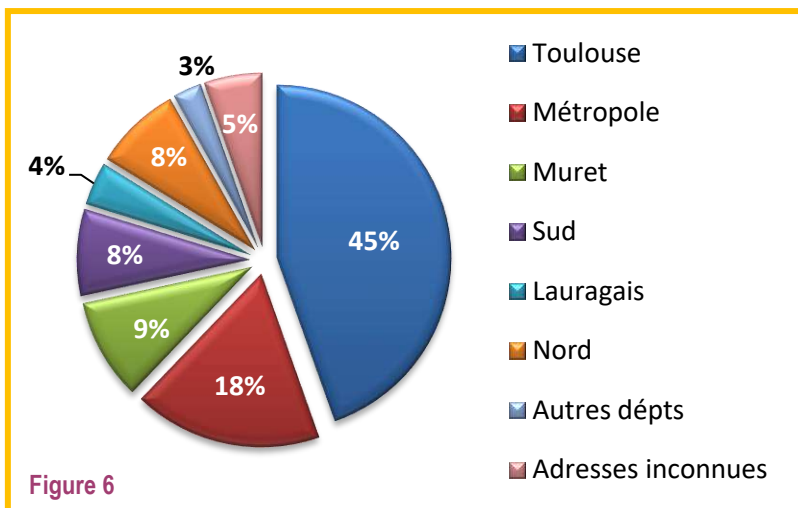


Figure 6

**Toulouse**

**Métropole :** Aucamville – Aussonne – Balma – Blagnac – Bruguières – Colomiers – Cugnaux – Mondonville – Saint Alban – Villeneuve Tolosane

**Muret :** Carbonne – Fonsorbes – La Salvetat Saint Gilles – Le Vernet – Muret – Saint Lys

**Sud :** Cazères – Montréjeau – Montsaunès – Saint-Gaudens –

**Lauragais :** Castanet – Ramonville

**Nord :** Bessières – Bouloc – Gémil – L'Union – Villaudric

La grande majorité des inclusions continue à se situer à Toulouse et dans la Métropole.

<sup>2</sup> Annexes 8 – Notice Famille et Ado ; 9 – Charte Ado et parents ; 10 – Charte Ado ; 11 – Charte représentant légal

- **770 professionnels<sup>3</sup> présents dans les RCP pour adolescents en 2019 dont 520 professionnels différents**

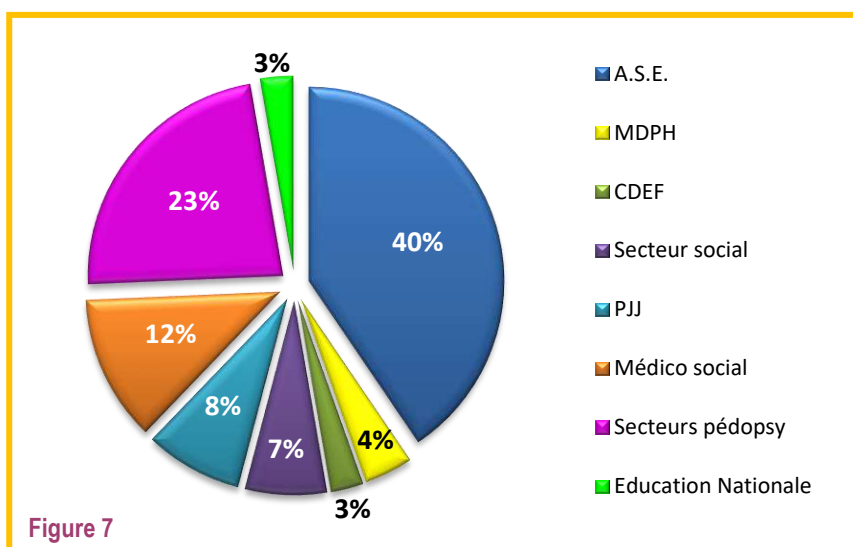
Les professionnels peuvent participer plusieurs fois aux RCP :

- soit, parce que la situation pour laquelle ils sont invités aux RCP donne lieu à plusieurs réunions,
- soit, parce qu'ils suivent plusieurs situations différentes qui donnent chacune lieu à une ou plusieurs réunions dans l'année,
- soit, parce que, même si certaines équipes nouvelles rejoignent le groupe de travail, en général une ou deux équipes anciennes sont toujours présentes dans les RCP de suivi afin d'assurer le lien et le passage de relais.

Les médecins libéraux, même s'ils sont impliqués dans la démarche du RAP 31, sont toujours peu présents dans nos réunions. Toutefois ils sont informés, nous prenons leur avis et ils reçoivent systématiquement les comptes rendus des réunions.

Nous constatons, pour 2019, l'implication toujours réelle des professionnels de la pédopsychiatrie dans les RCP, ainsi que celle des médecins psychiatres adultes accueillant des adolescents à partir de 18 ans, mais pour certains dès 15 ans.

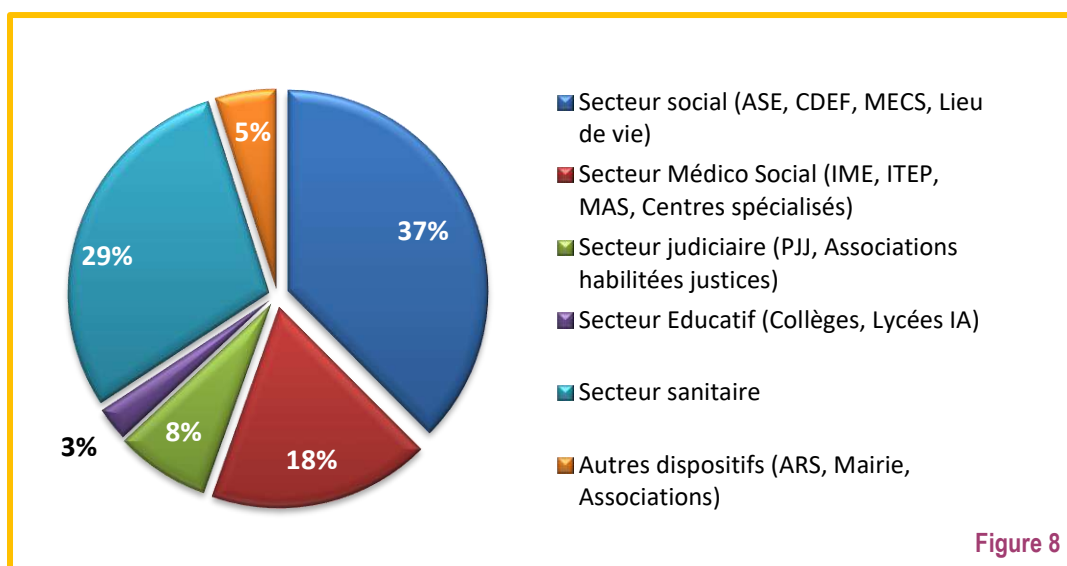
- **Origine institutionnelle des professionnels ayant fait une demande de RCP en 2019**



Les demandes de l'ASE sont toujours majoritaires. Cependant, nous savons que bon nombre d'établissements ne nous saisissent pas directement et préfèrent passer par l'intermédiaire de l'ASE. Le pourcentage est donc à modérer.

<sup>3</sup> Annexe 1 – Tableau professionnel

- **184 services ou établissements différents présents dans les RCP pour adolescents en 2019<sup>4</sup>**



Le multi partenariat réel est confirmé en 2019, comme les années précédentes, ceci dans le souci constant de mieux connaître et respecter les possibilités et les limites de chacun, préciser les indications et élaborer des suivis conjoints en désignant des personnes « fils rouges » identifiées (ou choisies) par l'adolescent comme référent.

De par la nécessité de travailler au mieux la transition entre les prises en charge durant l'adolescence et le secteur adulte, nous faisons de plus en plus appel aux professionnels de ce secteur et par là de nouveaux partenaires rejoignent le réseau : des FAM, MAS, FOC, CMP adultes ...

## **2 - ACTION D'APPUI AUX MÉDECINS DE PREMIER RECOURS**

- **Médecins de premier recours : médecins libéraux et médecins scolaires**

Le soutien aux médecins de premier recours, et notamment les médecins généralistes libéraux, est une des premières missions du réseau, historiquement créée avec leur coopération.

Le fonctionnement de la « hotline » est désormais instauré et consiste surtout à guider, orienter et soutenir les prises en charge d'adolescents en difficulté psychique.

L'information, la sollicitation et parfois l'implication des médecins traitants en amont, puis à l'issue des RCP, sont également effectives pour les **74** jeunes en situation complexe suivis en 2019.

L'idée est bien qu'à terme, les médecins traitants puissent reprendre la coordination du parcours une fois que la situation devient moins complexe.

Afin d'élargir les possibilités d'accès à l'information, dans le cadre du développement de notre site **Internet** nous prévoyons un espace dédié aux médecins de premier recours où ils pourront trouver un **arbre décisionnel clinique** qui présentera, selon les différentes situations se présentant à eux, les orientations préconisées.

<sup>4</sup> Annexe 2 – Tableau Etablissements

- **La ligne téléphonique réservée aux médecins<sup>5</sup>**

Mise en place depuis juin 2011, elle garantit une réponse professionnelle médicale dans les 48 h, 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 à d'autres thérapeutes (en particulier aux psychologues) de façon à éviter un recours trop tardif à un diagnostic psychiatrique.

Avec l'augmentation de l'offre de soins et d'aide aux aidants, il est nécessaire d'articuler notre dispositif avec ceux qui émergent. Nous travaillons donc actuellement avec le Centre de Régulation de Crise pour Adolescents (CeRCA) afin de bien définir les frontières des dispositifs, de façon à offrir aux professionnels une offre lisible de services non redondants. Notre hotline est ouverte 24h/24 (répondeur) et un médecin de la coordination contacte systématiquement l'appelant dans les 48 heures.

**50 appels en 2019** : en majorité des médecins libéraux, mais aussi quelques psychologues en libéral et travailleurs sociaux.

En plus des appels sur la hotline, d'autres se font souvent directement sur le portable des médecins : une fois repéré le numéro du médecin du RAP 31 qui les a contactés, les médecins libéraux prennent l'habitude de les appeler directement sur leur portable professionnel.

Depuis que les médecins ont reçu par courrier l'annonce de l'ouverture de cette ligne qui leur est réservée, les appels sont réguliers (en moyenne 1 par semaine)

Nous constatons également que nombre de médecins ne connaissent pas l'existence de cette « hotline » et découvrent ce service lors de réunions où il est évoqué. Aussi, nous rediffusons une information sur cet « appui de premiers recours » à chaque occasion. Le futur site Internet sera également un support pour cette information.

De plus, nous constatons que **des professionnels du réseau**, essentiellement **des travailleurs sociaux, appellent régulièrement** au RAP 31 afin d'obtenir des adresses, des informations sur le fonctionnement de structures partenaires, pour demander des conseils de réorientation pour un adolescent pris en charge. Nous évaluons ce type d'appels à une vingtaine.

- **Invitation systématique** lorsqu'ils sont connus ou repérés, des médecins généralistes, psychiatres et pédiatres libéraux, aux RCP d'inclusion ou de suivi. Un compte-rendu des conclusions de la RCP leur est envoyé, ce qui permet aux médecins d'être informés des préconisations de travail en partenariat et d'avoir connaissance des partenaires présents dans la prise en charge de l'adolescent.
- **Une intervention en Formation Médicale Continue à Saint-Gaudens** a été réalisée au mois d'avril par l'équipe du RAP 31 sur le thème des troubles des conduites alimentaires chez les adolescents. Après un exposé théorique, il s'agissait d'échanger sur les signes précurseurs et la place du généraliste. Pour finir, une présentation est faite des nouveaux dispositifs réactifs pour adolescents mis en place par les trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

---

<sup>5</sup> Annexe 12 – Plaquette médecins

## 3 - LA VEILLE SANITAIRE

---

Par le mode de fonctionnement transversal et pluriprofessionnel du réseau, les acteurs de la coordination sont les témoins privilégiés de l'évolution épidémiologique des modes d'expression du mal-être adolescent, de la difficulté des équipes chargées du soin, dans tous les sens du terme. Il s'agit d'une observation clinique qui vient compléter sur le plan qualitatif les enquêtes de santé publique.

La méthode dite des réunions de concertation partenariales (RCP) permet de repérer les invariants dans les trajectoires des adolescents difficiles et aussi d'initier une amélioration des pratiques professionnelles par un travail commun de lecture après coup.

C'est pourquoi nous initions régulièrement des groupes thématiques de travail afin de questionner plus précisément les problématiques repérées.

### **3.1 - L'hospitalisation complète**

Le problème de l'embolisation des lits d'hôpitaux en pédiatrie est bien connu au RAP 31 : un certain nombre de situations est concerné ; un jeune est même hospitalisé à la Villa Ancely depuis plusieurs années. Nous avons donc proposé une réflexion sur cette problématique du manque de solution en aval, de sortie d'hospitalisation, mais aussi de la difficulté à trouver une place d'hospitalisation après un passage aux urgences. À partir d'une commission regroupant tous les dispositifs réactifs pour adolescents en crise, l'ARS a été sollicitée. Initiée par le RAP 31, c'est finalement au sein de la CPT-PEA (Communauté Psychiatrique de Territoire – Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent) que s'est engagée cette réflexion.

### **3.2 - Les Maternités adolescentes**

Nous avons poursuivi la réflexion autour des maternités adolescentes à partir de la prise en charge des mères adolescentes accueillies au Pôle mère-enfant du CDEF 31 avec leurs nourrissons. Ce projet partenarial qui s'est poursuivi tout au long de l'année 2019 consiste à élaborer une analyse préalable des processus singuliers des maternités adolescentes avant d'entamer une recherche-action ajustée aux situations. Après la reconstitution de l'histoire de l'adolescente devenue mère, nous recherchons des éléments bibliographiques, anthropologiques et épidémiologiques pouvant soutenir le projet. L'analyse de la dimension symbolique vient en soutien aux professionnels impliqués dans l'accompagnement de l'installation de la parentalité à l'adolescence. Nous traitons également de la place du père, des influences culturelles et des conduites de séparation-individuation mère-enfant.

Une convention partenariale entre le CDEF 31 et le RAP 31 porte sur une dimension scientifique correspondant à un besoin de penser et d'améliorer les pratiques concernant un ensemble de publics. Notamment, elle inclut la prise en charge des mères adolescentes accueillies au centre parental du CDEF.

Les activités partagées entre le CDEF 31 et le RAP 31 s'appuient sur un partenariat ancien et impliqué sur les problématiques adolescentes. La mission de service public sur ces sujets problématiques est engagée pour envisager une amélioration des types de prise en charge.

Dans le cadre de cette action d'accompagnement des maternités adolescentes, les étapes du partenariat ont visité les problématiques suivantes, l'annonce de la grossesse, la question de comment conforter la décision de poursuite de la grossesse et sa projection, la place du père, les influences culturelles, les conduites de séparation mère-enfant, les déliaisons (père, crèche, ASFAM, etc...), le rôle de la PMI, le placement précoce.

Les rencontres ont conservé un rythme mensuel.



### **3.3 - La commission de concertation et de cohésion du dispositif réactif départemental de psychiatrie infanto-juvénile de la Haute-Garonne**

Le RAP 31, de sa position de tiers et de son observation, a ces dernières années régulièrement témoigné de l'efficacité et du bien-fondé des dispositifs sanitaires réactifs pour adolescents. En 2016, l'ARS a permis aux trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de mettre en place ou de renforcer sur leur territoire respectif une consultation réactive pour adolescents et une équipe mobile en s'inspirant des modèles existants.

Dans un souci de démocratie sanitaire, et afin que ces nouveaux dispositifs puissent se développer et évoluer de façon harmonieuse, équitable et concertée sur les trois secteurs, il a été décidé de réunir au sein d'une commission de concertation et de cohésion, le responsable médical de chaque secteur, les responsables des unités, les représentants de la direction de chaque établissement et de l'encadrement soignant de chaque secteur. L'animation de cette commission a été confiée au RAP 31 et la clinique Marigny, partenaire incontournable de la pédopsychiatrie de notre département, est un « invité permanent ». Le service des urgences psychiatriques adultes est aussi régulièrement invité et l'ARS est présente. Cette année, le CeRCA, nouveau service de régulation, orientation, mais aussi avec la possibilité d'un accueil en consultation de crise, a rejoint la commission. Il s'agit là de la deuxième étape du dispositif réactif départemental pour adolescents en crise, avant la troisième étape qui consistera en la création de lits de crise. Cette évaluation continue du dispositif montre, que ce soit du côté des urgences adultes ou du côté des urgences à l'hôpital des enfants, l'existence des Consult'ados a fluidifié les parcours et diminué le temps de séjour dans le service concerné (cela a bien sûr réduit considérablement le nombre de consultations post urgences à l'Hôpital des Enfants désormais limitées au moins de 12 ans du fait de la réactivité encore limitée des CMP et CMPP).

### **3.4 - Le « refus scolaire anxieux »**

À la demande de la clinique Marigny, nous avons constitué un groupe de travail sur les parcours de soins pour les phobies scolaires ; la Maison des Adolescents y est présente. L'état des lieux a permis de mettre en évidence qu'il s'agit d'un problème majeur présent sur tout le territoire où cette question clinique est à la fois transversale et très actuelle puisque le nombre ne diminue pas, bien au contraire. Il semble bien qu'elle pose problème puisqu'on a l'intention d'aller vite avec beaucoup de moyens très coordonnés. Or, de fait, les déscolarisations peuvent durer et, par ailleurs, il est constaté des « lâchages » du suivi libéral. On sait pourtant que plus la déscolarisation s'installe, associée à une désocialisation, plus les troubles sont difficiles à traiter.

Du côté de la Maison des Adolescents, où cette « porte d'entrée » est fréquente, on ressent la pression des parents pour obtenir un certificat médical permettant l'accès au CNED. Il y a de plus en plus de jeunes décrocheurs (11 ans).

Du côté des urgences de l'Hôpital des Enfants, on a affaire à des situations critiques avec geste suicidaire ou attaque de panique.

L'expérience la plus structurée concerne les plus de 16 ans avec le dispositif DALY organisée autour de l'hôpital de jour (15 à 25 ans) à la clinique Marigny.

Le constat est fait que ce dispositif est une étape intéressante qui a permis d'avancer beaucoup sur cette problématique en structurant la prise en charge. Cependant, le sentiment existe que les choses se jouent aux premières années de collège.

La question est donc posée du côté de la clinique Marigny de ce qu'il est possible de proposer aux plus jeunes, en l'absence d'hôpital de jour dédié à cet âge. Actuellement, les hospitalisations séquentielles qui sont proposées sont insatisfaisantes.

Progressivement, les deux hôpitaux de jour réactif sont saturés, le délai d'entrée est autour de 8 semaines ce qui est trop long. Par ailleurs, la durée de prise en charge proposée apparaît trop courte pour éviter les décrochages tardifs. Il semble que les Consultados sont beaucoup saisis pour ce type de problème. Cependant, là encore, la durée de prise en charge est courte et ne paraît pas adaptée (aller régulièrement

aux équipes éducatives ; accompagner au long cours, intensifier le cas échéant... etc.). Pour l'instant, à partir de l'expérience pilote de la clinique Marigny, la méthodologie n'est pas évidente. On serait enclin à proposer l'hospitalisation de jour pour les plus jeunes.

La question se pose sur l'opportunité d'élargir le groupe de travail aux Consultados-UMES et aux deux hôpitaux de jour réactifs. Il apparaît indispensable que les équipes de santé scolaire soient présentes.

## 4 - ANIMATION ET COORDINATION DU RÉSEAU

*Il n'y a pas de réseau sans animation et c'est en s'appuyant sur différents supports que nous maintenons la dynamique partenariale qui assure la permanence et qui bénéficie, en fin de compte, aux adolescents.*

### 4.1 - Le RAP Clinique

La réunion mensuelle « Rap Clinique », programmée de façon annuelle, rassemble autour d'une table des professionnels du médical, du social, du médico-social, de l'éducatif et de la justice. Elle se déroule en deux temps.

Une première partie d'une demi-heure de 8h00 à 8h30 est consacrée à l'échange et aux informations. On y aborde l'actualité locale, mais aussi plus générale dans le champ de l'adolescence (nouveaux services, nouveaux dispositifs ...). Il s'agit en effet de présenter systématiquement les innovations et les structures ouvertes ou modifiées récemment.

La deuxième partie, de 8h30 à 10h00, est consacrée à l'exposé d'un cas clinique difficile ou exemplaire, anonymisé, qui permet d'illustrer et de présenter au groupe une pratique ou un dispositif. On s'efforce de donner successivement la parole à une équipe du champ social, médico-social, sanitaire ou judiciaire. Ainsi, chaque professionnel peut avoir une idée plus précise des conditions d'exercice de l'autre, des difficultés rencontrées par les institutions, de la nécessaire mise en commun des savoirs et des prises en charge pour proposer aux adolescents en souffrance un parcours de soins moins morcelé, moins marqué par les clivages et plus cohérent.

#### • À Toulouse

Cette année, différents dispositifs ont été présentés :

- **Le Pôle Adolescents du CDEF** (Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille) - IAD (Dispositif d'Interventions A Domicile)
- **La MECS Castelnouvel** – pour une situation en lien avec le CMP de Blagnac
- **Cap Nomade** – un dispositif de création audiovisuelle et d'ateliers d'éducation aux médias.
- **Le Centre de Régulation de Crise pour Adolescents (CeRCA)**
- **L'École des Parents et des Éducateurs** – présentation d'un livret destiné aux professionnels du secteur médico-socio-éducatif pour évoquer la place de chacun au quotidien dans la prévention de la radicalisation
- **Le SIAO** (Service Intégré d'Accueil et d'Orientation) - présentation de l'**Équipe Mobile Sociale et de Santé**.
- **Le lycée Sainte-Marie de Nevers** et son dispositif « **Point Écoute** ».
- **L'UEHDR – Mercadier**, un dispositif d'hébergement de la PJJ
- **Le Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) MicroSillons** : son projet et ses activités.
- **Le Centre d'Accueil Familial Spécialisé (CAFS)** de l'ARSEAA : Présentation du service, illustré d'une vignette clinique.
- **L'Association Route Nouvelle** (réhabilitation psychosociale) : centre de postcure ; SAMSAH psy ....

Cette réunion se tient généralement au 16 rue Riquet, en plein cœur de Toulouse, un jeudi matin par mois.

**En 2019,**  
**11 réunions du RAP Clinique ont rassemblé :**  
**- 222 professionnels dont 110 professionnels différents, représentants**  
**- 53 services, établissements, institutions du département**

## • En Comminges

L'équipe du RAP 31 participe de façon régulière et engagée à une coordination des professionnels concernés par les adolescents à difficultés multiples sur le territoire du Comminges. Tous les mois, un vendredi après-midi, nous organisons une réunion sous la forme du RAP clinique, et ce avec l'aide active de l'infirmier local de l'UMES, des responsables de la MECS *Le Céciré*, et du centre d'addictologie de l'ANPAA. La continuité de cette action a permis de mobiliser tous les acteurs concernés de ce territoire, ceux des DITEP, de l'IME et des MECS, du club de Prévention, de l'ASE, de l'équipe d'AEMO, de la PJJ, de l'Éducation Nationale, du CMPP de l'ASEI, de l'ANPAA, de l'équipe mobile UMES du CH Marchant, des lieux de vie... et depuis peu, de thérapeutes en libéral, d'associations diverses et de l'animatrice du contrat local de santé (CLS).

Cette coordination, que nous appelons *RAP Clinique en Comminges*, permet, dans cette région du piémont pyrénéen, dont le maillage médical et surtout psychiatrique est insuffisant, de répondre aux situations les plus difficiles. La densité des établissements du médico-social et la migration de population en difficulté économique (le logement y est moins cher) ont comme conséquence une forte présence des adolescents à difficultés multiples. Tout au long de l'année, nous avons pu analyser des situations présentées par diverses équipes et des informations ont été apportées sur quelques dispositifs : l'IME Dinguirard, le DITEP de Saint-Ignan et celui de Montsaunès, la MECS le Céciré, le Centre Mathis de l'ASEI, l'ANPAA, le Centre Social Azimut et le collège de Montréjeau.

**En 2019,**  
**10 réunions du RAP Clinique en Comminges ont rassemblé :**  
**- 154 professionnels du Comminges dont 57 professionnels différents, représentants**  
**- 27 services, établissements, institutions du sud du département.**

## **4.2 - Le bulletin du RAP 31** <sup>6</sup>

Il est, pour le réseau, le moyen d'informer les **3000** professionnels qui à ce jour reçoivent par mail le bulletin d'information.

En 2019, deux bulletins ont été réalisés, les **bulletins N° 22** et **N° 23**.

---

<sup>6</sup> Annexes 13 - Bulletins

### 4.3 - La journée thématique du RAP 31 <sup>7</sup>

- « **Adolescents, famille, familles** »

Nous ouvrons avec cette édition 2019 un cycle autour de la famille.

Cette journée organisée à l'hôtel du département le 15 octobre, un peu perturbée par des mouvements sociaux, a quand même réuni près de 180 professionnels concernés par l'adolescence.

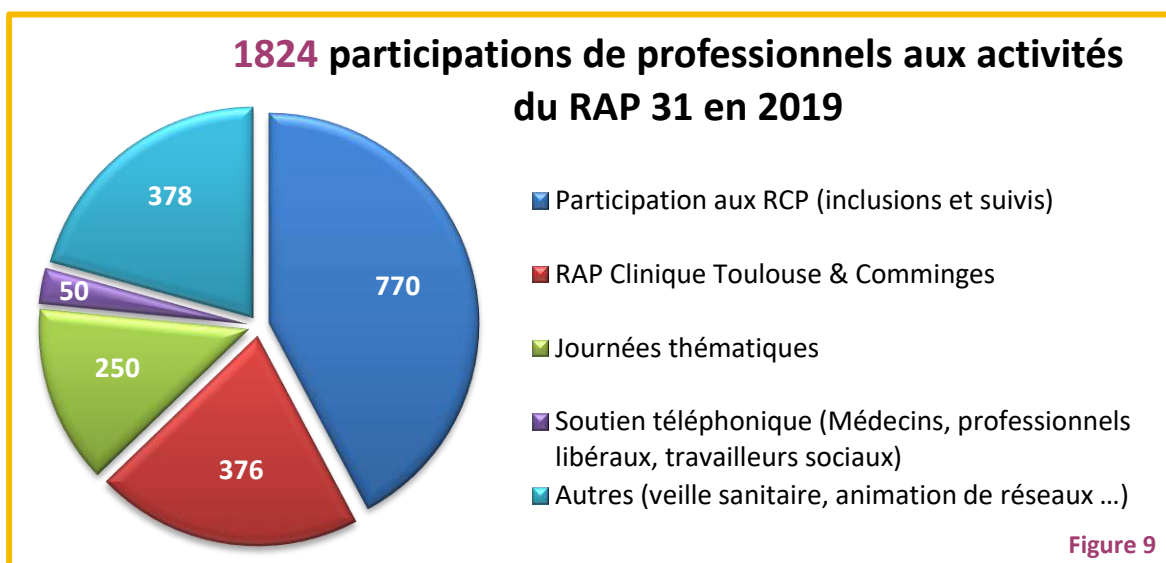
Après la projection-débat du film « *Une affaire de famille* » de Hirokazu KORE EDA, la journée s'est poursuivie par trois conférences faisant appel aux sciences humaines, à la psychiatrie et au travail de terrain.

- Alain Ayerbe, maître de conférences en démographie, directeur de l'Institut de Démographie de l'Université de Strasbourg, nous a fait un exposé sur l'évolution de « *La famille, hier et aujourd'hui* ».
- Le Dr Edmond Perrier, pédopsychiatre à Brumath en Alsace, chef de Pôle de psychiatrie infantile-juvénile a décliné son intervention sur « *Soins psychothérapeutiques à domicile : quand habiter n'est plus possible* »
- Et pour terminer cette journée, l'équipe de l'Association Sauvegarde 31, service AEMO et de protection de l'enfance à Toulouse, a présenté une vignette clinique à partir d'une réflexion, sur « *Accompagner des adolescents et leur famille en AEMO judiciaire : à l'épreuve des liens* »

La journée du RAP 31 n'a sans doute pas permis de balayer l'ensemble des questions sur la parentalité confrontée aux bouleversements d'un monde où les structures parentales explosent, suite aux séparations, divorces, émigration, à la reconstruction des familles recomposées, monoparentales et monosexuées, mais elle a donné l'occasion aux professionnels engagés auprès de jeunes « à difficultés multiples » de s'informer et de discuter des pratiques différentes éclairées par des spécialistes.

Ces journées d'étude sont toujours pour le RAP 31 des moments importants d'échanges théoriques reliés à la pratique professionnelle quotidienne et aux préoccupations de terrain.

### 4.4 - Panoramique des professionnels impliqués en 2019 dans les activités du RAP 31



<sup>7</sup> Annexes 14 – Journée d'étude

## 5 - INSTANCES LOCALES DE CONCERTATION

---

À la demande du Conseil Départemental 31 et de l'ARS (DT31), l'équipe du RAP 31 a commencé une expérimentation sur la mise en place d'Instances Locales de Concertation (ILC).

Le modèle est celui du *RAP clinique en Comminges* qui réunit régulièrement les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires autour de situations cliniques difficiles et qui a permis de mettre en place un maillage partenarial efficient dans l'accompagnement des adolescents.

Ce dispositif a ensuite été étendu aux enfants de 0 à 12 ans sous forme d'ILC coordonnées dans un premier temps par l'ASEI et maintenant par la Maison des Solidarités de Saint-Gaudens.

L'objectif était de diffuser ce mode d'organisation sur d'autres bassins de santé.

Le principe des instances locales de concertation est de permettre des prises en charge intégrées : face aux situations compliquées, l'idée est de réfléchir ensemble sur l'organisation et la coordination des différentes interventions partenariales sanitaires, sociales, médico-sociales pour éviter les redondances. Il s'agit bien d'une action de prévention, en amont des difficultés, afin d'éviter que la situation ne s'envenime jusqu'à devenir un cas complexe à l'adolescence.

Après avoir réuni à plusieurs reprises les acteurs du bassin de santé du Lauragais et, à l'occasion d'une unique rencontre, ceux du bassin de santé de Saint-Jean, l'ARS a demandé que l'on suspende le projet afin de redéfinir un cahier des charges ainsi que les territoires prioritaires. Celui de Saint-Jean a été provisoirement abandonné au profit de celui de Toulouse-Sud (Muretain), plus défavorisé en structures médicales et connaissant une démographie en augmentation, notamment concernant des populations précaires.

Tout au long de l'année, des réunions de travail regroupant l'ARS, le CD 31, la MDPH et le RAP 31 ont permis de réaliser un cahier des charges des ILC. Celui-ci décline une instance opérationnelle face aux situations à risque, prend en compte les tranches d'âge de l'adolescence, mais aussi celles des 0-12 ans, et s'appuie comme base territoriale les directions territoriales de solidarités plutôt que les bassins de santé.

Il s'agit donc de se concentrer sur les territoires du Lauragais et de Toulouse Sud (ex-bassin de santé de Muret) dans un premier temps.

L'ILC sera co-pilotée par un chargé de mission et le RAP 31. Les associations, RESO sur le territoire de Muret et l'ARSEAA sur celui du Lauragais, sont les porteurs administratifs de référence pour le chargé de mission.

Nous sommes dans l'attente de la mobilisation de ces deux chargés de mission.

Durant l'année, nous avons maintenu le contact avec le réseau déjà constitué sur le Lauragais par des informations régulières sur l'avancée du projet.

## II – AU-DELÀ DES MISSIONS, LES ACTIONS DU RAP 31

### 1 – LE PARTENARIAT

#### 1.1 – La Fédération Réso Occitanie – (Acteur de la coordination en santé)

- **L'Université de la coordination en santé**

Organisée par notre fédération au mois d'août à Albi, la première université de la coordination en santé a réuni plus de 200 professionnels autour de la question des parcours, de la convergence des dispositifs d'appui, de la transition ville-hôpital et des nouveaux métiers de la coordination.

Le RAP 31 a été invité pour intervenir sur la table ronde « *la coordination des parcours, et l'utilisateur ?* ». Cela a été l'occasion de présenter au public le principe de clinique indirecte développé par nos organisations.

- **Services Numériques d'Appui à la Coordination (SNAC)**

Appuyé par la fédération Réso Occitanie, le RAP 31 a participé activement aux groupes de travail animés par le GIP e-santé sur les besoins et la définition d'un **Système d'Information** (SI) de coordination sur la région Occitanie. Initié par l'ARS (DOSA) et en lien avec les orientations stratégiques « Ma Santé 2022 », ce programme vise l'optimisation de la coordination entre les professionnels des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux au bénéfice de l'organisation et de la qualité de la prise en charge des usagers. Il s'agissait ici de poser les premières briques du SI, lui-même composé de différents services numériques.

En parallèle et afin de sécuriser l'échange de données avec nos partenaires du sanitaire nous avons mis en place la **messagerie sécurisée Médimail**.

- **Le site internet**

Il est en cours de finalisation et sera opérationnel début 2020.

Il a été travaillé avec la fédération des réseaux et plus particulièrement avec les animateurs territoriaux e-parcours (ATEP). Il permettra aux différents professionnels d'accéder rapidement à des informations concernant le RAP 31, mais aussi à celles concernant les différents dispositifs autour des adolescents à difficultés multiples.

- **Une Plateforme Territoriale d'Appui**

À la demande de la délégation territoriale de l'ARS et avec la médiation de Réso Occitanie, nous avons rejoint le porteur du projet de création d'une PTA sur la Haute-Garonne, le réseau Reliance, en tant que composante de cette plateforme. Il s'agit là d'apporter notre expérience de coordination sur l'ensemble du département auprès d'équipes du secteur sanitaire, médico-social, social, de l'éducatif, de la justice, ainsi que notre expertise concernant la santé mentale et psychique des adolescents et jeunes adultes.

Au-delà d'être une composante, nous avons travaillé à la définition de ce que doit être une PTA sur ce territoire, à la présentation du projet auprès de médecins généralistes (FMC dans le Comminges) et lors d'une rencontre avec la CPTS du Lauragais. Enfin, nous avons rejoint le comité de pilotage.

## **1.2 – Le Collectif des réseaux adolescents d’Occitanie**

Constitués en collectif depuis deux ans, les six réseaux adolescents de la région ont poursuivi le travail d’élaboration du **référentiel**<sup>8</sup> qui a pu s’affiner avec les retours de nos correspondants de la Direction de la Santé Publique de l’ARS.

Ce référentiel a été conçu comme un outil vecteur de sens partagé pour les réseaux en Région Occitanie et les partenaires de ces dispositifs. Il a vocation à rendre lisible et visible l’objet des réseaux, de présenter les plus-values, d’expliquer les outils et d’étayer les modalités de déploiement des missions que chacun d’eux met en œuvre sur son territoire d’action.

En partant des dynamiques existantes, sur l’ensemble du territoire régional, il offre un appui dans la mise en œuvre d’une coordination efficiente des parcours des adolescents et jeunes adultes en situation complexe.

Dans le paysage complexe de dispositifs émergents (RAPT<sup>9</sup> ; PTA<sup>10</sup> ; DAC<sup>11</sup>), au moment où la loi de modernisation de notre système de santé consacre, entre autres, le regroupement de professionnels (CPTS, ...), il était important de préciser le rôle et le périmètre de chacun de ces dispositifs afin de souligner leurs articulations possibles et lever toutes les craintes de redondance. Il était également nécessaire de nous distinguer des autres réseaux de santé et d’affirmer notre spécificité (approche populationnelle ; coordination de professionnels de nombreux champs) et donc de changer d’appellation. Ainsi, les réseaux adolescents sont devenus des **Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée (D-CLIC)**

Une fois finalisé et présenté à la DSP, le référentiel a servi de base pour la rédaction d’une **note de cadrage**<sup>12</sup> de la part de l’ARS. Cette note, reprenant tous les éléments du référentiel, reconnaît la spécificité du travail de clinique indirecte développé par l’ensemble des réseaux et propose une nouvelle mission au collectif : la création d’une **équipe régionale** qui viendrait soutenir des initiatives dans les départements non pourvus de réseau adolescent.

### ● **La mission régionale**

À un niveau régional, les territoires non pourvus en Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée nommément repérés comme tels, doivent pouvoir compter sur l’appui des équipes installées, en direction de réseaux informels à repérer, dans une collaboration étroite avec les DDARS concernées. Cet appui pourra prendre plusieurs formes (capitalisation d’expériences, recommandations de pratiques, élaboration de contenus de formations).

L’enjeu est bien celui d’assurer une couverture territoriale complète, en termes d’équipes ressources en capacité d’accompagner les professionnels d’un territoire sur la prévention des risques de ruptures.

C’est au sein du collectif, doté d’un fonctionnement horizontal non hiérarchisé, que se structure, de manière concertée et évolutive, la configuration de l’équipe régionale. Celle-ci doit pouvoir en effet compter sur l’implication de chacun des professionnels des D-CLIC existants, tout en préservant la possibilité de faire appel à des compétences extérieures en termes de contenus intellectuels (conférenciers, cabinets d’études) aussi bien qu’en termes logistiques (locations, services).

N’étant pas dotée des capacités de la personne morale, le collectif des Dispositifs de Clinique Indirecte Concertée prend appui sur l’association loi 1901, RAP31, D-CLIC de la Haute-Garonne, qui en assure le portage juridique et financier, et sera donc l’intermédiaire entre le collectif et l’ARS Occitanie dans la rédaction et le suivi du CPOM qui accompagnera le déploiement de l’activité de cette équipe régionale.

Les D-CLIC se sont rencontrés à cinq reprises en 2019 (Béziers, Carcassonne, et Toulouse).

<sup>8</sup> Annexe 15 – Référentiel Collectif des Réseaux d’Occitanie

<sup>9</sup> Réponse Accompagnée Pour Tous

<sup>10</sup> Plateforme Territoriale d’Appui

<sup>11</sup> Dispositif d’Appui A la Coordination

<sup>12</sup> Annexe 16 - Note de cadrage

### **1.3 - Une collaboration avec l'EMac 31**

Dans l'optique d'une meilleure coordination des parcours complexes, le RAP 31 a participé à l'élaboration du projet de l'Équipe Mobile d'Accompagnement (EMac 31) apportant son expertise sur les situations des jeunes à difficultés multiples au sein et en dehors des institutions.

Le RAP 31 s'est engagé sur la durée auprès de ce dispositif naissant, mettant notamment à disposition un temps de pédopsychiatre (30%) et proposant des réunions bimestrielles de collaboration clinique autour de cas communs ou de problématiques cliniques.

Le réseau est par ailleurs impliqué dans la procédure d'inclusion des jeunes afin d'aider au repérage des profils cliniques, au sens individuel et institutionnel, relevant de l'EMac 31 et non d'un autre dispositif existant. Il met éventuellement à disposition les informations anamnestiques et cliniques en sa possession si le jeune a fait l'objet d'une saisine du RAP 31 par le passé.

Comme nous l'avons envisagé, quelques professionnels, pris dans la tourmente de situations « explosives », ont sollicité en urgence et simultanément plusieurs dispositifs, dont l'EMac 31 et le RAP 31 (et parfois le GOS et l'UMES). Nous avons donc, à l'attention des équipes, réalisé un document précisant les indications de saisine de nos deux structures<sup>13</sup>.

Pour finir, le RAP 31 peut proposer un relais de coordination du parcours de soins afin de consolider sur la durée, les axes de prise en charge élaborés sur la séquence d'intervention de l'EMac 31.

## **2 – LE PARTENARIAT INSTITUTIONNEL**

### **2.1 - Participation et intervention des membres de la coordination du réseau à la dynamique partenariale**

- Participation aux conférences du SUPEA.
- Intervention de l'équipe dans des centres de formation en travail social (Institut Saint-Simon ; Érasme), dans les formations initiées par le service formation de la DTPJJ, ainsi que sur un master2 à l'Université de Strasbourg.

### **2.2 - L'ARS**

L'équipe de coordination du RAP 31 participe de façon régulière aux différents groupes de travail :

- Participation au Comité de Pilotage élargi « adolescents à difficultés multiples » à propos de l'équipe mobile expérimentale.
- Coordination administrative de la commission de concertation et de cohésion du dispositif réactif départemental de psychiatrie infanto juvénile de la Haute-Garonne.
- Réflexion autour de l'hospitalisation temps plein.
- Groupe de travail sur le « case management » en psychiatrie avec la DOSA.
- Co-écriture du cahier des charges des ILC

<sup>13</sup> Annexe 17 – Qui saisir RAP 31 ou EMac ?



## **2.3 - Conseil Départemental de la Haute-Garonne**

### **2.3.1 - La Maison Des Adolescents**

L'équipe du RAP 31 est hébergée au sein de la MDA dans le cadre d'un conventionnement avec le Conseil Départemental, et ce depuis son ouverture en février 2011.

La cohabitation a renforcé les liens qui existent depuis le projet initial de la MDA 31 tel qu'il a été construit par les services du Département. Les fonctions de l'une et l'autre des entités ont été clairement établies dès l'origine. Toutefois nous devons réajuster nos positionnements et il est devenu possible aujourd'hui de formaliser une convention de partenariat à propos de l'activité.

Nos actions sont complémentaires, la MDA accueille des adolescents et leurs parents, le RAP 31 vient en soutien aux professionnels. Les situations examinées en RCP concernent des adolescents au profil sensiblement différent de ceux qui fréquentent la Maison des Adolescents. De ce fait, on peut considérer que les adolescents à difficultés multiples sont représentés dans la MDA et en bénéficient indirectement. Pour tous les professionnels qui viennent travailler avec le RAP 31, le fait que ces séances se déroulent dans la MDA et bénéficient de son espace d'accueil apparaît essentiel.

Dans de nombreux départements, la Maison des Adolescents et le réseau d'adolescents ont été créés de façon concomitante et sont gérés par la même entité (souvent une association loi 1901). Ici, en Haute-Garonne, le réseau était préexistant à la Maison des Adolescents et a d'ailleurs participé à la définition du projet de cette dernière.

Le rapport Moro-Brison « *Mission Bien Être et santé des jeunes* », réalisé par le Professeur Marie-Rose Moro, pédopsychiatre, et l'inspecteur d'académie Jean-Louis Brison, a donné lieu à une circulaire ministérielle définissant le nouveau cahier des charges des Maisons des Adolescents de deuxième génération.

À partir de ce nouveau cadre et compte tenu du fait qu'un certain nombre de préconisations et de missions sont celles que le RAP 31 exerce au quotidien, nous avons engagé avec le Conseil Départemental de la Haute-Garonne qui pilote la MDA 31 (DEF – Service Jeunesse) une concertation afin de mieux définir le cadre de travail partenarial entre nos deux structures.

Une nouvelle convention avec le Conseil Départemental prenant en compte nos liens avec l'ASE, le CDEF, la MDPH et la MDA permettra ainsi une meilleure articulation de nos actions et une lisibilité pour les partenaires.

L'équipe de la MDA 31 est systématiquement représentée aux réunions du *RAP clinique* et il est question que le RAP 31 participe au comité de pilotage de la MDA. Enfin, la journée thématique annuelle du RAP 31 (voir 4-3) sera dorénavant organisée conjointement par la MDA 31 et le RAP 31

### 2.3.2 - L'ASE

- **Inclusions des adolescents et équipes du Conseil Départemental de la Haute-Garonne**

**35 réunions d'inclusions et de suivi** d'adolescents ont été sollicitées par les équipes du Conseil Départemental de la Haute-Garonne en 2019 :

- **28** par des équipes de l'Aide Sociale à l'Enfance de **19** MDS différentes du département (Aucamville ; Bagatelle ; Balma ; Basso-Cambo ; Blagnac ; Borderouge ; Castanet ; Cazères ; Colomiers ; Empalot ; Faourette ; Frouzins ; La Salvetat Saint Gilles ; Minimés ; Muret ; Pont Vieux ; Ranguel ; Saint-Gaudens ; Saint Jean).

Sur ces **35** adolescents suivis à la demande de l'ASE, **20** ont une notification MDPH et sont pris en charge en parallèle dans le dispositif médico-social ou sont en cours de recherche de prise en charge.

Au total **144** professionnels du Conseil Départemental 31 (CDEF, DEF, MDS, MDPH ....) ont participé aux RCP autour des adolescents.

Nous pouvons constater que l'ASE est le premier prescripteur au niveau des RCP, cependant ce chiffre masque le fait que de nombreux partenaires ne nous saisissent pas directement et passent par l'intermédiaire de l'ASE afin de faire valider leurs demandes.

- Nous rajouterons à ces chiffres, la participation occasionnelle du médecin pédiatre de l'ASE aux RCP et la participation du Responsable ASE au *RAP Clinique en Comminges* (à Saint-Gaudens).
- De plus **20** professionnels du Conseil Départemental 31 ont participé à la journée d'étude annuelle du RAP 31 en 2019.

### 2.3.3 - La MDPH

Parmi les jeunes suivis en 2019, **48** adolescents ont bénéficié d'une notification MDPH, c'est-à-dire **65%** des suivis, dont **22** inclus dans l'année.

De plus, **12** de ces suivis sont issus de situations complexes sollicitées par la MDPH.

Durant l'année 2019, nos relations avec la MDPH se sont affinées et un certain nombre de protocoles ont été discutés dans l'optique d'une réponse à la commande publique. Nous avons conjointement élaboré le cahier des charges des ILC.

- **La Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT)**

Le Groupe Opérationnel de Synthèse (GOS) se réunit tous les mois pour examiner les situations dont la complexité de prise en charge génère des ruptures de parcours. Cela peut être des exclusions d'établissement, des retours en famille non souhaités ou des refus d'admission en établissement. De plus, dans ces situations sont mises en cause l'intégrité et la sécurité de l'enfant.

La commission se tient avec l'ensemble des partenaires concernés, membres permanents, établissements médico-sociaux et membres invités selon les situations présentées.

Lorsqu'une situation a trouvé une solution, mais reste encore très fragile, il est convenu que le RAP 31 prenne le relai afin de parvenir à des soins intégrés.

Le RAP 31 est membre permanent de cette commission.

Il convient de souligner que le RAP 31 en tant qu'effecteur de la « commission cas complexes » de la MDPH pour les plus de 12 ans a été conduit à rencontrer des familles (et rencontrera sans doute dans l'avenir les jeunes eux-mêmes) afin de leur présenter les propositions élaborées en RCP.

### 2.3.4 - Le CDEF

Le RAP 31 fait preuve d'une adaptabilité permanente pour mieux prendre en compte les besoins des partenaires et être force de proposition.

Notre collaboration avec le CDEF (Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille de la Haute-Garonne) s'accroît d'année en année. Après un conventionnement avec le Centre Maternel (voir 3.2) nous sommes sollicités de plus en plus pour un soutien aux équipes.

Le CDEF qui ces dernières années, a créé plusieurs dispositifs, IAD (Intervention A Domicile), Le H.A.V.R.E. (Horizon Aller Vers une Rencontre Éducative), l'ESCALE qui accompagne les MNA (Mineurs Non Accompagnés), s'est appuyé sur l'expertise du RAP 31 devant la complexité des parcours de vie et la souffrance qu'elle peut engendrer tant pour le jeune que pour l'équipe.

De fait, devant la clinique contemporaine de ces adolescents dits à difficultés multiples, les liens se sont renforcés pour une expérience formative contractualisée.

Ce soutien aux équipes est motivé d'une part, par le fait que bon nombre d'adolescents qui séjournent au CDEF sont connus du RAP 31 ou vont faire l'objet d'une demande d'inclusion et d'autre part, qu'à l'issue d'une RCP où sont présents le chef de service et un éducateur du CDEF, il est difficile pour ces derniers de rendre compte des échanges auprès du reste de l'équipe. C'est donc de la position tierce du RAP 31 que nous pouvons aborder avec l'équipe entière les difficultés rencontrées dans la prise en charge du jeune.

### 2.3.5 - L'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance

L'équipe du RAP 31 est toujours mobilisée sur la journée annuelle d'information organisée par l'ODPE.

**À tous ces titres, en fin d'année, la Commission Permanente du Conseil Départemental de la Haute-Garonne a proposé de soutenir financièrement le RAP 31.**

## **2.4 - La Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse**

Depuis la création de l'équipe de coordination en 2008, la DTPJJ est engagée de façon constante auprès du réseau par la mise à disposition d'un 0,5 ETP d'éducatrice et d'un 0,1 ETP de conseiller technique santé. Cette contribution donne lieu à une convention annuelle entre la DTPJJ et le RAP 31.

Le RAP 31 a poursuivi le soutien aux professionnels de la DTPJJ en répondant aux demandes spécifiques des équipes de terrain (UEMO, EPE, Dispositif d'insertion, Classe Isis, CEF, EPM).

- **Inclusions des adolescents et équipes de la PJJ**

<p><b>6</b> demandes de nouvelles inclusions et de suivi d'adolescents ont été sollicitées par la PJJ en 2019. Ces demandes ont été émises par des équipes d'UEMO, les 2 STEMO étant représentés.</p> <p>→ <b>8 %</b> des RCP de nouvelles inclusions et de suivis ont été sollicitées par les services de la PJJ</p>
<p>Sur les <b>74</b> adolescents suivis en 2019, <b>27</b> ont eu un suivi PJJ et ces équipes ont participé pour la plupart aux RCP.</p> <p>→ <b>36 %</b> des jeunes inclus sont ou ont été suivis par la PJJ en 2019</p>
<p>Au total, <b>42</b> professionnels de la PJJ ont participé aux RCP, dont <b>29</b> différents, autour des adolescents inclus</p>

Les saisines par les équipes de la PJJ portent sur des demandes d'éclairage clinique, des difficultés d'articulation ou défauts de coordination des partenaires, des situations de blocage dans la prise en charge des adolescents, ou concerne l'accès au soin pour les adolescents présentant des difficultés psychiques sans prise en charge médicale spécifique.

En 2019, les professionnels des UEMO ont participé plus spécifiquement à des RCP accès sur la problématique complexe des mineurs non accompagnés (MNA), dont la saisine était portée par le SAMI ou par eux-mêmes.

- Nous rajouterons à ces chiffres, que **29** professionnels de la PJJ ont participé régulièrement aux réunions du *RAP Clinique* (à Toulouse) ou au *RAP Clinique en Comminges* (à Saint-Gaudens). La conseillère santé PJJ était systématiquement présente sur ces deux instances. Cette année, l'équipe de l'UEHDR Mercadier a présenté le dispositif de placement éducatif de la D.T. 31-09-65 et la spécificité de la mission de l'hébergement diversifié.
- **13** professionnels de la PJJ ont participé à la journée d'étude, sur la thématique « Adolescents, Famille, Familles ».
- Enfin, l'équipe du RAP 31 a répondu présente à toutes sollicitations pour les formations organisées par le Pôle Territorial de Formation (PTF).

L'équipe du RAP a participé en 2019 à deux réunions de la **Commission Territoriale Santé** animée par la Direction Territoriale 31-09-65 et portant sur une présentation générale du réseau avec la réactualisation de l'annuaire Santé élaboré en partenariat en 2018 ainsi qu'à une conférence portant sur la prise en charge des troubles alimentaires.

Ces interventions étaient destinées aux professionnels de terrain avec l'objectif de les sensibiliser aux modalités d'intervention du réseau : clinique indirecte d'appui, lieu ressource. Plus globalement, l'objectif visait la possibilité de mettre en place des projets relatifs à la santé au sein des Unités Éducatives de Milieu Ouvert et de l'hébergement.

- **La classe ISIS**

L'équipe de coordination du RAP 31 a participé à tous les stades de l'élaboration du Module Individualisation et Soutien à l'Insertion et à la Scolarité (ISIS), **dispositif pluri-partenarial alternatif, contre l'abandon scolaire**. Le Dispositif est porté par la DTPJJ et soutenu par l'Éducation Nationale, les ITEP et la Mairie de Toulouse.

De trois ans à 16 ans, les jeunes résidant en France vont à l'école, maternelle, primaire, collège. Il est par conséquent logique que l'école soit le révélateur (et le symptôme) du mal-être et des souffrances adolescentes.

Les abandons scolaires de longue durée (qui ne sont pas tous des phobies scolaires nécessitant un traitement particulier) justifient la mise en place d'un dispositif transitoire de réinsertion.

La Protection Judiciaire de la Jeunesse et l'Inspection d'Académie 31, qui avaient déjà expérimenté une « classe relais » a créé la classe ISIS, avec le soutien matériel de la ville de Toulouse et le soutien technique du RAP 31. De fait notre équipe de coordination participe au Comité de Pilotage, à la commission d'inclusion, à l'analyse des pratiques qui sert de supervision. Rappelons pour mémoire que ce dispositif s'applique aux cas les plus difficiles, car il est indispensable que les jeunes inclus aient une notification MDPH et soient orientés vers un ITEP, avec ou sans suivi PJJ.

En 2019, le RAP 31 est toujours présent :

- dans les réunions du comité de pilotage
- dans les commissions d'affectation au module
- dans le soutien aux professionnels du dispositif
- dans le soutien aux professionnels du dispositif

## **2.5 - Le Tribunal pour Enfants**

Cette collaboration précieuse avec l'ensemble des Juges pour Enfants, qui nous permettent, avec l'aide de l'éducatrice PJJ, de consulter au tribunal les dossiers des jeunes pour lesquels une inclusion est demandée, est évaluée chaque année.

Il n'est pas rare qu'un juge en audience propose à la famille et aux équipes de professionnels de solliciter le RAP 31 afin d'éclairer la situation.

Enfin, les conclusions adoptées ensemble à la fin de la RCP peuvent être reprises par les travailleurs sociaux chargés des mesures afin d'aider à la décision lors d'une audience ou à l'occasion d'un rapport. La rencontre avec les sept juges a permis de mettre au point un protocole d'information sur les perspectives et conclusions convenues à l'issue de RCP, pour éclairer leurs décisions.

## **2.6 - L'Inspection Académique**

L'IA est très présente dans le réseau du RAP 31 par l'intermédiaire des médecins, infirmières (pour le pôle santé) et des assistantes sociales (pour le pôle social). Ces équipes sollicitent le RAP 31 pour des demandes de soutien et d'orientation, des demandes d'inclusion, mais répondent également toujours favorablement aux sollicitations du RAP 31. En effet, lors de nos investigations permettant de reconstituer le parcours biographique du jeune, il est fréquent que nous interrogeons des professionnels de l'Éducation Nationale afin de recueillir des témoignages que nous restituons lors des RCP. Les assistantes sociales des collèges qui se prêtent volontiers à cet exercice sont pour nous des personnes-ressources précieuses qui nous orientent ensuite vers d'autres sources d'information.

Conformément à la convention de partenariat signée dès janvier 2009, une évaluation de notre collaboration est faite chaque année. De plus, nous offrons le même service aux médecins scolaires qu'aux médecins libéraux par l'intermédiaire de notre « hot line ». En effet, ils font partie des médecins de premier recours pour lesquels une réponse rapide, dans les 48 heures, est proposée par l'un des médecins du RAP 31.

Cette année, nous avons organisé conjointement avec la MDA, une réunion avec l'ensemble des infirmières scolaires du bassin Toulouse-Nord, où nous avons pu présenter les deux dispositifs et collaborations possibles.

---

## III – L'ÉQUIPE DE COORDINATION

---

La pluridisciplinarité de l'équipe permet une plus grande richesse d'analyse des situations. En effet, les expériences professionnelles des travailleurs sociaux de la coordination (éducatrice du champ judiciaire, éducateurs du champ médical, social, de l'ethno clinique, de l'éducation populaire) sont des gages de vision élargie.

De plus, l'équipe médicale composée de pédopsychiatres, médecin hospitalier, spécialiste de l'adolescence et des addictions, anthropologue, complète la diversité des points de vue.

### ● L'effectif <sup>14</sup>

Nous disposons de 4,11 ETP :

- 1,11 ETP de médecin partagé par 4 intervenants à temps partiel :
  - 1 psychiatre (convention CHU – EMPEA),
  - 2 pédopsychiatres,
  - 1 médecin généraliste et anthropologue spécialiste de l'adolescence et des addictions,
- 2 ETP de travailleurs sociaux :
  - 1 coordinateur à temps plein,
  - 1 éducatrice PJJ à mi-temps (mise à disposition gracieusement),
  - 1 éducateur, ethno clinicien à mi-temps (mis à disposition par le CH Marchant),
- 1 ETP de secrétariat partagé par 2 secrétaires à temps partiel.

### ● La formation

Les différents membres de la coordination ont toujours le souci de la formation continue.

Sur l'année 2019, ils ont participé à plusieurs colloques dont « Troubles du développement neuro et/ou psycho développement », organisé par le Congrès Français de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ainsi qu'aux conférences du SUPEA.

---

<sup>14</sup> Annexe 3 – Equipe du RAP 31

---

## CONCLUSION

---

**Le RAP 31** : *d'un réseau de santé pour adolescents, vers un dispositif de clinique indirecte concertée (D - CLIC) pour un travail multipartenarial au service des enfants et des adolescents à difficultés multiples.*

L'année qui a précédé la crise sanitaire inédite que nous vivons au printemps 2020 a été marquée entre autres par de grands mouvements sociaux où les sentiments de colère et de défiance sont venus recouvrir la peur, le vécu d'impuissance et d'abandon et surtout l'absence de vision commune d'un avenir en progrès.

Ces sentiments puissants et tumultueux ont sans aucun doute teinté de confusion et de violence toutes les tentatives de dialogue entre les partenaires. Dans cette conjoncture étonnante, les soignants, l'hôpital, les urgences, la psychiatrie ont fait entendre leur voix avec comme points communs l'impression d'être peu ou mal investis et l'absence de perspectives.

On comprend aisément que cette période soit favorable au repli identitaire, à la perte de la curiosité, à la crise de confiance et à la faillite de la générosité qui sont autant de conditions pour pouvoir se décaler, accepter de sortir un peu de sa position narcissique et d'un « non » protecteur.

Autant dire qu'il y a beaucoup de travail à venir pour les D-CLIC qui proposent d'aménager les pratiques, de partager des points de vue apparemment inconciliables autour d'un adolescent, d'autant que les budgets publics risquent fort d'être comptés, ce qui n'a jamais été un facteur, ni d'ouverture à l'autre, ni d'assouplissement défensif.

Les adolescents à difficultés multiples, et parfois leurs familles, peuvent se trouver en lutte contre les étayages (les prothèses) dont ils ont tant besoin, décourageant ainsi les « aidants » ou les soignants.

Ils sont aussi des figures de la modernité, irréductibles à un champ ou à un autre, à une « case » particulière, mais susceptibles de procurer aux donneurs de soins, pour peu qu'ils soient endurants et coordonnés, cette impression de réussite qui vectorise l'action et la soutient.

Les missions du RAP 31, nouveau D-CLIC, ont été rappelées dans l'introduction. Pour les mener à bien de manière digne, on pourra compter sur des outils traditionnels (RCP ; animation de bassins de santé...), mais aussi sur des instruments nouveaux, au moins dans nos disciplines, dont l'intérêt et les limites auront été expérimentés en temps de crise : un site Internet actualisé, des consultations et réunions à distance, une messagerie sécurisée.

Pourtant, au-delà des outils, l'expérience montre que même si l'innovation n'est pas fétichisée, le RAP 31, comme tous les dispositifs qui lui ressemblent, devrait rester en équilibre instable, questionné et questionnant. C'est ainsi qu'on se prend à rêver d'une palette d'interventions à destination des professionnels : séquences de formation et réunions de suivi des RCP sur site ; interventions dans les équipes sous forme d'une équipe mobile qui pourrait être complémentaire des équipes mobiles psychiatriques encore trop peu étoffées qui, elles, rencontrent les jeunes directement ; intégration des jeunes dans certaines RCP et/ou dans les restitutions ; jusqu'à des « case managers » lorsqu'un adolescent ou un jeune adulte doit être accompagné physiquement et représenté dans son parcours lors de phases de transition à risque.