



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement social
et médico-social public
Promotion 2004**

**LA QUESTION DES DISPOSITIFS DE LA PROTECTION DE
L'ENFANCE À TRAVERS LA PRISE EN CHARGE DES ETATS
LIMITES DE L'ADOLESCENCE :
L'EXEMPLE DU CENTRE DÉPARTEMENTAL DE L'ENFANCE
DES CÔTES D'ARMOR**

Mickaël CRÉZÉ

Remerciements

Je remercie vivement toutes les personnes qui m'ont apporté leur soutien dans le cadre de ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
<u>1. DES ADOLESCENTS EN GRANDE DIFFICULTÉ : LES ÉTATS LIMITES DE L'ADOLESCENCE.....</u>	5
1.1. L'adolescence : une période charnière.....	5
1.2. Des adolescents de plus en plus en grande difficulté.....	7
1.2.1. Les adolescents en grande difficulté : une préoccupation majeure de santé publique.....	7
1.2.2. Le contexte du .C.D.E. : des situations de plus en plus difficiles.....	9
1.3. Les états limites de l'adolescence	12
1.4. Les états limites de l'adolescence au sein du C.D.E.....	16
1.4.1. La description typologique.....	16
1.4.2. Les adaptations proposées par le C.D.E.....	19
A/ Les propositions du C.D.E.....	19
B/ Retour d'expérience et évaluation.....	21

2. LA QUESTION DES DISPOSITIFS, DE LEUR ARTICULATION ET DES ENJEUX INSTITUTIONNELS.....23

2.1. La question des dispositifs.....23

2.1.1. Le dispositif de l'Aide sociale à l'enfance ou l'introuvable réforme.....23

A/ Misions et organisation du service de l'A.S.E.....23

B/ L'introuvable réforme du dispositif de l'A.S.E.....26

C/ Le service A.A.S.E.F. des Côtes d'Armor.....28

2.1.2. Le dispositif psychiatrique.....29

A/ Un secteur en mutation.....29

a) Présentation des orientations et du fonctionnement du secteur
psychiatrique.....29

b) Présentation des dispositifs psychiatrique.....30

c) Les difficultés du secteur pédopsychiatrique.....32

B/ Le contexte costarmoricain en termes de dispositifs psychiatriques : un
contexte difficile.....34

2.1.3. Le dispositif médico-social.....37

A/ Les dispositifs de prise en charge médico-sociale des enfants et des
adolescents.....37

B/ Le dispositif médico-social costarmoricain.....42

2.1.4. Le dispositif judiciaire.....44

2.2. Des adolescents révélateurs d'une insuffisante articulation entre les dispositifs et d'enjeux institutionnels.....45

2.2.1 Le dispositif de protection de l'enfance : un dispositif complexe souffrant
d'une insuffisante articulation entre les acteurs.....46

2.2.2. La question des enjeux institutionnels.....47

A/ La question de la légitimité des discours.....48

B/ La place du travail social.....49

3. DES CHOIX INSTITUTIONNELS : PROPOSITION D'UN SERVICE SPÉCIALISÉ SOUS LA RESPONSABILITÉ DU C.D.E.....53

3.1. Un service sous la responsabilité du C.D.E.....53

3.1.1. Les apports de la loi 2002-2.....53

A/ La consécration des services à caractère expérimental.....53

B/ La reconnaissance des lieux de vie non traditionnels.....54

C/ Les conditions d'autorisation.....55

3.1.2. Pourquoi le C.D.E. ?.....55

3.2. Un service spécialisé pour adolescents aux troubles sévères de la conduite et du comportement.....56

3.2.1. La définition d'une population.....56

3.2.2. Les conditions d'accueil.....57

A/ La mise en place d'une commission d'admission.....57

B/ La question de l'implantation.....58

C/ La prise en charge en structure collective.....59

3.2.3. La question de la prise en charge.....59

3.2.4. La question de la gestion du personnel.....61

3.2.5. La question de la gestion financière.....62

3.3. Une structure travaillant en réseau.....62

3.3.1. La nécessité de constituer un réseau.....62²

A/ Les apports de la loi 2002-2.....63

B/ Une nécessité de travail en réseau reconnu au niveau local.....64

C/ Un nécessaire travail en réseau reconnu au niveau local.....65

3.3.2 Des propositions méthodologiques.....	66
A/ La définition d'enjeux communs.....	66
B/ La définition des rôles.....	66
C/ Un puissant système de communication.....	67
D/ L'évaluation du réseau.....	68
Conclusion.....	69
Bibliographie.....	71

Liste des sigles utilisés

A.S.E.	Aide Sociale à l'Enfance
A.A.S.E.F.	Aide et Action Sociales en faveur de l'Enfance et des Familles
C.A.S.F.	Code de l'Action Sociale et des Familles
C.A.T.T.P.	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
C.D.E. :	Centre Départemental de l'Enfance
C.D.E.S.	Commission Départementale de l'Education Spécialisée
C.H.S.	Centre Hospitalier Spécialisé
C.M.P.	Centre Médico-Psychologique
C.M.P.P.	Centre Médico Psycho-Pédagogique
D.D.A.S.S.	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
D.S.D.	Direction de la Solidarité Départementale
H.C.S.P.	Haut Comité de Santé Publique
I.G.A.S.	Inspection Générale des Affaires Sociales
I.M.E.	Institut Médico-Éducatif
I.M.P.	Institut Médico-Pédagogique
I.M.Pro	Institut Médico-Professionnel
I.R.	Institut de Rééducation
P.J.J :	Protection Judiciaire de la Jeunesse
P.M.I.	Protection Maternel et Infantile
S.E.G.P.A.	Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

INTRODUCTION

L'adolescence constitue une période de transition et de transformations entre l'enfance et l'âge adulte. Pour séparer l'enfant de son enfance, des rites d'initiation ont donc été organisés par les différentes sociétés. Aujourd'hui, la transition vers l'état d'adulte est beaucoup moins organisée et dure beaucoup plus longtemps, puisqu'elle peut s'étaler sur dix ans.

Le questionnement relatif aux adolescents tend ainsi à prendre une place de plus en plus importante ces derniers temps. La Conférence de la Famille qui a lieu en juin 2004, ayant pour thème l'adolescence, en témoigne.

En outre, depuis quelques années de nombreux observateurs s'inquiètent de la montée en nombre des enfants et des adolescents présentant de réels troubles psychiatriques associés ou non à des troubles de comportement ou des attitudes asociales préoccupantes. Ces jeunes sont souvent ballottés entre les institutions : pas suffisamment malades pour relever d'une hospitalisation, mais invivables dans les structures familiales et sociales classiques. On parle souvent d'adolescents «incassables».

Différents rapports sont venus aborder la question, celui du Haut Comité en Santé Publique sur « *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes* » de 2000¹, celui de J L Lorrain présenté au Sénat et portant sur *la question des adolescents en crise*².

Cette question de l'adolescence en grande difficulté se pose de manière plus aiguë pour les professionnels du dispositif de la protection de l'enfance. Comme le signale

¹ Haut Comité de la Santé Publique. *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. Février 2000. Paris.

² Lorrain J.L. *Rapport n°242 d'information sur l'adolescence en crise*. Présenté le 3 avril 2003. Paris.

le rapport de 2000³, la question de l'adolescence difficile concerne différents champs institutionnels (social et médico-social, sanitaire et judiciaire) qui interviennent séparément.

Une circulaire de mai 2002⁴ demande aux acteurs d'inscrire en priorité les réponses aux besoins d'éducation et de santé de ces mineurs et de prévoir le cadre d'intervention qui doit permettre une meilleure association des compétences de chacun des champs, judiciaire, éducatif, sanitaire et social.

C'est autour de ces problématiques que s'axera notre étude. Elle s'appuiera sur un contexte de stage réalisé au **Centre Départemental de l'Enfance (C.D.E.)** des Côtes d'Armor. C'est un établissement, non autonome relevant du Conseil Général des Côtes d'Armor. Il s'agit des anciens foyers de l'enfance. Ce dispositif est central au sein du système de protection de l'enfance, du fait **notamment** de sa **mission d'accueil d'urgence**. L'établissement est, par ailleurs chargé des missions d'accueil, d'observation et d'orientation.

Certains **adolescents en très grande difficulté** arrivent au C.D.E. Ces adolescents « incasables » sont rejetés d'institution en institution. Ils relèvent souvent de la logique de la « patate chaude ». Leur parcours est fait d'échecs successifs et répétitifs entre les différents dispositifs sociaux, sanitaires et judiciaires.

La présence de ces jeunes amène plusieurs questionnements :

-Pourquoi et dans quel cadre arrivent-ils au C.D.E. ?

-Quelles difficultés posent-ils dans la prise en charge ?

-Pourquoi sont-ils rejetés des différents dispositifs ? En quoi les dispositifs sanitaires, sociaux, judiciaires, médico-sociaux sont inadaptés à ces adolescents ? S'agit-il d'une mauvaise articulation entre les dispositifs ?

³ Réf. Supra. Note 1.

⁴ Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ du 03 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté.

- D'où viennent leurs difficultés? Peut-on observer au travers de ces adolescents l'émergence de nouvelles problématiques, entraînant ainsi de nécessaires adaptations et des prises en charges innovantes?

Les réponses que l'on peut apporter sont multiples et présentes dans les questionnements ci-dessus présentés. Ces adolescents interrogent les dispositifs jusqu'à remettre en cause leur légitimité. **Parler de ces adolescents, c'est parler des dispositifs.**

La prise en charge de ces adolescents a particulièrement attiré toute notre attention. En effet, elle amène ainsi, à s'interroger sur les dispositifs et à analyser les relations interinstitutionnelles auxquelles se trouvent confronté un Directeur d'établissement social et médico-social.

La méthode choisie fut celle des entretiens. L'objectif de ces entretiens réside dans la présentation des dispositifs, le repérage des difficultés et des dysfonctionnements. La subjectivité et les représentations ne peuvent être évitées, mais sont révélatrices d'un certain état d'esprit. Des juges des enfants, des responsables de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (P.J.J.), du Conseil Général pour le service de l'Aide sociale à l'enfance, de la D.D.A.S.S.; des responsables des secteurs psychiatrique et médico-sociaux ont ainsi été rencontrés.

De plus, certaines données proviennent du groupe de travail « délinquance juvénile, dispositif psychiatrique et réponse judiciaire ». Ce groupe est chargé de soumettre des propositions au Préfet pour la Conférence de la Sécurité.

C'est au regard de ces éléments que nous présenterons les problématiques de ces adolescents, en faisant référence aux **états limites de l'adolescence** (première partie), avant de décrire les dispositifs entourant la prise en charge des adolescents états limites. La prise en charge de ces jeunes est révélatrice d'une certaine *inadaptation des dispositifs, d'une mauvaise articulation entre ces dispositifs et de certains enjeux institutionnels* (deuxième partie). Enfin, nous proposerons la mise en place d'un *service spécialisé, sous la responsabilité du C.D.E., accueillant des adolescents aux troubles sévères de la conduite et du comportement.* (troisième partie).

1 DES ADOLESCENTS EN GRANDE DIFFICULTÉ : LES ÉTATS LIMITES DE L'ADOLESCENCE

L'adolescence se définit comme une période critique. Elle l'est d'autant plus lorsqu'il s'agit d'adolescents en grande difficulté. La prise en charge d'adolescents en grande difficulté est, aujourd'hui, chose courante pour le C.D.E. Le concept d'états limites de l'adolescence permet de comprendre les difficultés que posent ces jeunes dans la prise en charge. Cette présentation prend appui sur l'expérience menée au C.D.E.

1.1 L'adolescence : une période charnière

L'adolescence marque le passage de l'enfance à l'âge adulte. C'est une période de la vie d'un individu qui touche l'ensemble de la personne : le corps, la personnalité, la vie sociale et sentimentale.

En effet, l'adolescent se trouve alors confronté à des transformations corporelles et physiologiques, à des mutations profondes sur le plan psychique entraînant des remaniements de toute sa personnalité, tels que des changements au niveau de ses désirs, de ses possibilités affectives et intellectuelles.

Dans leur ouvrage, **D.Marcelli** et A. Braconnier⁵ proposent quatre modèles possibles de compréhension pour l'adolescence :

- 1°) - le modèle **physiologique** (crise pubertaire, génitalité, remaniements somatiques),
- 2°) - le modèle **sociologique** (entourage, culture, sous-groupes sociaux, rapports avec les parents),
- 3°) - le modèle **psychanalytique** (remaniements identificatoires, repositionnements dans les liens aux objets oedipiens),
- 4°) - le modèle **cognitif** (développement, capacité intellectuelle et apprentissage).et

⁵ Marcelli D., Braconnier A. *Adolescence et psychopathologie*. Masson, 4^{ème} édition, 1995

Dans « *Adolescence et psychanalyse, une histoire* »⁶, l'adolescence est définie comme le processus psychique qui permet d'intégrer les changements induits par la puberté. De plus, nombre d'auteurs sont d'accord pour dire « tout se prépare dans l'enfance, mais tout se joue à l'adolescence ».

L'origine des crises, des adolescents en grande difficulté est multiples, mais reste néanmoins, le plus souvent liées à une situation familiale difficile (structure familiale éclatée, inceste...).

Reste que, d'une part l'adolescence se constitue comme une période charnière de la vie et de transition pour tout individu, entre l'enfance et l'âge adulte, parfois même de « crise », pouvant engendrer alors une souffrance psychique.

Cette souffrance psychique traduite par cette période de crise, peut se manifester de diverses manières :

- **Les états dépressifs** qui touchent 2 à 8 % de la population des 12-25 ans,
- **Les conduites suicidaires** : le suicide est la deuxième cause de mortalité des adolescents,
- **Les conduites addictives** : il s'agit des comportements de dépendance au tabac, à l'alcool et au cannabis,
- **Les conduites violentes** : la violence peut être subie et venir du milieu familial, de l'école ou consister en des actes de transgression des normes commis par les adolescents eux-mêmes.

Ainsi, la crise d'adolescence peut se manifester au travers de ces différentes conduites. Néanmoins, elle ne relève pas nécessairement de la pathologie mentale. L'adolescence n'est pas une maladie : elle résulte de la puberté et du mode de prise en charge du passage de l'enfance à l'état adulte par la société.

En effet, elle est aussi une étape inéluctable, dans la construction d'une personnalité adulte autonome, même si elle entre parfois dans le champ de la santé mentale (exemple des conduites suicidaires ou des troubles du comportement). Aussi, à cet âge et sauf cas

⁶ Perret M. Catiponic M. et Ladage F. *Adolescence et psychanalyse, une histoire*. Paris. Edition. Delachaux et Niestlé. 1997.

énoncés ci-dessus, la frontière n'est pas toujours distincte entre un comportement dit « normal », d'un comportement pathologique.

La période adolescente constitue un moment critique, d'autant plus quand il s'agit d'adolescents en grande difficulté.

1.2 Des adolescents de plus en plus en grande difficulté

Un constat peut être fait autour de la présence de plus en plus importante des adolescents en grande difficulté, qui deviennent une préoccupation majeure de santé publique. Le C.D.E. partage le même diagnostic, avec la prise en charge de situations de plus en plus délicates.

1.2.1 Les adolescents en grande difficulté : une préoccupation majeure de santé publique

Différents rapports sont venus aborder la question des adolescents en grande difficulté : celui du Haut Comité en Santé Publique sur « la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes » de 2002⁷, celui de J L Lorrain présenté au Sénat et portant sur la question des adolescents en crise⁸.

Une circulaire du 3 mai 2002⁹, conjointe de la Direction Générale de la Santé, de la Direction Générale de l'Action Sociale, de la Direction de l'Hospitalisation et des Soins et de la Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse vient souligner les difficultés autour de la prise en charge des troubles psychiques des enfants et des adolescents en grande difficulté.

Outre les problèmes de santé directement liés à la puberté, il apparaît que de nombreux adolescents connaissent des problèmes de santé mentale plus ou moins graves.

⁷ Réf. Supra. Note 1.

⁸ Réf. Supra. Note 2.

⁹ Réf. Supra. Note 4.

Selon le rapport de J.L. Lorrain :

- « si un enfant sur huit souffrirait d'un trouble mental, cette proportion devient de un sur cinq chez les adolescents. Ces troubles sont majoritairement de deux ordres : émotionnels (troubles anxieux ou de l'humeur) et comportementaux (hyperactivité, troubles oppositionnels) ; »

La santé physique et mentale des adolescents est aujourd'hui une **préoccupation majeure de santé publique** soulignée par le Haut comité en santé publique. Ce sujet mérite une attention encore plus aiguë quand il s'agit d'enfants et d'adolescents en grande difficulté, notamment s'ils relèvent d'une décision judiciaire.

Le rapport de J-L Lorrain¹⁰ fait ainsi état des chiffres concernant le devenir d'adolescents pris en charge par la Maison de l'adolescent à Bobigny et de ceux suivis par les institutions de l'union nationale des associations de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence.

Ainsi :

- 1/4 retrouvent le « droit chemin » dans les deux suivant leur sortie,
- 1/4 sont dans le cas d'une résolution longue de leur problème médical ou social et restent extrêmement vulnérables tout en menant une vie relativement intégrée dans la société,
- 1/4 nécessitent durablement un accompagnement médical et/ou social et connaissent des difficultés récurrentes, certains restant dépendant des structures sociales, notamment des centres d'aide par le travail,
- 1/4 sont en situation d'échec en terme d'intégration dans la société et se retrouvent dans les prisons, les hôpitaux psychiatriques ou sont coutumiers de tout autre comportement à risque.

¹⁰ Réf. Supra. Note 2.

1.2.2 Le contexte du C.D.E. : des situations de plus en plus difficiles

Parce qu'ils touchent profondément la vie sociale et les inadaptations qu'elle provoque, les internats sont particulièrement fragiles. Sensibles à l'évolution de la société dont ils dépendent, ils vivent au rythme des crises qui les traversent. On note une très interdépendance entre le fonctionnement des internats et des problèmes externes issus des systèmes idéologiques, sociaux et politiques.

Aujourd'hui, les internats de l'enfance inadaptée, notamment ceux du C.D.E., connaissent une crise. On peut en trouver plusieurs raisons : la dégradation sociale, la massification du travail social, la dégradation des systèmes et références familiales, l'affaiblissement des systèmes sociaux intégrateurs et l'apprentissage.

Dans le rapport de **Claude Roméo** de novembre 2001 sur *l'évolution des relations parents-enfants-professionnels dans le cadre de la protection de l'enfance*¹¹ sont décrites les évolutions culturelles, sociales et économiques que les professionnels de l'action sociale doivent prendre en considération.

Il est patent que la précarité économique fragilise objectivement les familles les plus en difficulté. **Laurent Mucchielli**, dans son rapport de 2000 *famille et délinquance*¹² démontre que «l'échec professionnel, la misère objective, la dépendance aux services sociaux engendrent la dévalorisation de soi, la honte, le sentiment d'impuissance et d'injustice et finalement ce retrait que tant d'individus en situation de responsabilité collective appellent la démission.»

Cette précarisation, autant sociale qu'économique, peut fortement peser sur l'éducation familiale et sur la pratique de la parentalité. Ce constat est aggravé lorsque cette précarisation engendre une souffrance psychique trop souvent confondue avec la maladie mentale et qu'elle appelle une intervention psychiatrique.

¹¹ Roméo C. *L'évolution des relations parents-enfants-professionnels dans le cadre de la protection de l'enfance*. Novembre 2001.

¹² Mucchielli L. *Familles et pauvreté*. 2000.

Le rapport de 2001 précise aussi que le lien conjugal reste une institution à laquelle la majorité demeure attachée, le modèle familial classique est concurrencé par de nouveaux modèles, qui prennent la forme de familles naturelles, monoparentales, plus ou moins durablement recomposées ou plurinationales. On assiste donc à plurisation, une diversification, une recomposition du modèle traditionnel fondé sur le mariage. Plus complexe, la famille est à la fois plus exigeante et plus fragile signale **I. Théry** dans son rapport *couple, filiation et parenté aujourd'hui* de 1998¹³.

Les dispositifs sociaux se trouvent aujourd'hui confrontés à des situations de plus en plus difficiles. Dans l'ouvrage *Urgences d'enfance : accueillir, observer, orienter*¹⁴, le Directeur du Centre Départemental de l'Enfance et la Famille de Haute-Garonne, **relate les difficultés dans la prise en charge du public adolescent**. L'accueil des adolescents perturbés et violents est de plus en plus courant. Ce qui n'est pas sans poser un problème de protection pour les autres usagers. Les troubles sévères de la personnalité chez les jeunes accueillis sont devenus choses courantes et à tous les âges.

Pour le Directeur du C.D.E.F, plusieurs événements viennent expliquer ce phénomène :

- des difficultés du fait de la diminution des ordonnances 45 sur la cohérence de la sanction et de la réponse judiciaire,
- l'exclusion d'adolescents du système scolaire ; et les difficultés avec l'Education nationale qui ne comptabilise que les exclusions définitives,
- les difficultés avec le secteur sanitaire et psychiatrique. Les services de psychiatrie acceptent d'hospitaliser que s'ils sont en crise et que s'ils ont la certitude que l'établissement les reprendra une fois la crise passée. De plus, certains médecins considèrent que la psychopathie, même si elle est répertoriée dans les maladies

¹³ Théry I. *Couple, filiation et parenté aujourd'hui*. 1998.

¹⁴ Empan (Prendre la mesure de l'humain). *Urgences d'enfance : accueillir, observer, orienter*. Érès éditions. Mars 2003. n°49.

mentales ne nécessite pas d'hospitalisation autre que dans les moments de crise car cette maladie n'est pas guérissable.

Ainsi, des adolescents victimes de sévices sont amenés à cohabiter avec des enfants auteur de ces sévices. Cela ne permet plus une protection réelle.

- dans le secteur médico-social, les Instituts de rééducation sont souvent complets et leur choix se portera sur des enfants ou adolescents dont la famille s'impliquera.

Il en conclut que :

- les durées de séjour au C.D.E.F augmentent,
- le C.D.E.F ne joue qu'un rôle d'hébergement du fait dans la prise en charge limitée des établissements médico-sociaux aux « jours et heures ouvrables ; l'adolescent pouvant mettre en concurrence les deux institutions,
- le C.D.E.F. est repéré comme lieu d'accueil de ces adolescents difficiles.

Le même constat peut être fait pour le C.D.E. des Côtes d'Armor. Depuis cinq ans, le Directeur fait état des phénomènes de violence qui s'accroissent, dans les rapports de la Commission de Surveillance.

En voici, un extrait :

«La violence n'a jamais fait autant problème, dans toutes les institutions sociales, jusqu'à questionner leur légitimité. Le rapport coûts/risques/pertinences émerge de tous les débats.

Le C.D.E a connu une année difficile, marquée de beaucoup de déstabilisations répétitives, d'agressions sur les personnels, de passages à l'acte, d'attaques systématiques du cadre. Voir réduire son métier à la seule confrontation de la toute puissance de l'usager, lui-même en détresse, n'est tenable pour personne. Si on sait bien que c'est le lot de tous les métiers en confrontations directes avec les publics, c'est particulièrement aigu dans les sphères de l'internat.»

La présentation de ce contexte difficile nous amène à proposer comme hypothèse de travail, la référence aux états limites de l'adolescence.

1.3 Les états limites de l'adolescence

Le terme « d'état limite » (ou ceux de cas limite et de borderline) désignent des organisations pathologiques ni névrotiques ni psychotiques, qui occupent une position carrefour, une « sorte de plaque tournante » entre la névrose et la psychose.

Pour certains auteurs, la notion d'état limite correspond à une structure précise, pour d'autres, il s'agit d'une absence d'organisation définie, pour d'autres encore, ce ne serait qu'un syndrome (association de symptômes).

Le concept « d'état limite » s'est véritablement diffusé à partir de travaux de psychanalystes et psychiatres américains, dans les années 1960, puis a fait l'objet de multiples études médicales, qui l'ont imposé dans le discours de la psychiatrie.

Pour certains auteurs, la notion d'état limite correspond à une structure précise, pour d'autres, il s'agit d'une absence d'organisation définie, pour d'autres encore, ce ne serait qu'un syndrome (association de symptômes).

Ce sont en fait des individus non diagnostiqués, qui confrontent à **une perplexité** certaine, lorsqu'un diagnostic doit être posé, concernant leur pathologie. En effet, il s'agit d'un trouble mal délimité, souvent associé à d'autres.

Pourquoi dès lors s'intéresser aux états limites dont la saisie apparaît si floue quand on essaie de les définir ? Parce qu'il s'agit d'un diagnostic dont on constate à partir des années 1970, qu'il est porté de plus en plus souvent, tandis que dans le même temps s'accroissent les travaux qui lui sont consacrés.

Ainsi, parmi les opinions émises sur la notion d'état limite, un point fait néanmoins l'unanimité, à savoir **la difficulté de la prise en charge thérapeutique et éducative** au sein des établissements sociaux, médicaux sociaux et psychiatriques. Nous verrons qu'il s'agit là d'un point essentiel afin de comprendre la naissance de ce concept.

A partir du milieu des années 1960, apparaissent alors des travaux qui cherchent à cerner dans leur spécificité, les « états limites ». Les principaux sont ceux de Kernberg (1967) aux Etats-Unis et ceux de Bergeret, en France (1974)

Les travaux de **Kernberg**¹⁵ (1968) dégagent, **quatre composantes fondamentales du syndrome** :

- **l'agressivité** apparaît comme l'affect principal éprouvé par l'état limite. Sa **propension à la colère** est notable.
- Il présente des **troubles dans les relations affectives** qui sont anaclitiques, dépendantes ou complémentaires, mais *rarement réciproques*
- il existe des **troubles de l'identité**.
- la condition du sujet est marquée par une certaine **dépression liée à un sentiment de solitude**.

Ainsi, la quasi-totalité des auteurs concordent pour rapporter aux états limites, les quatre caractéristiques précédentes.

Toutefois, **Scharbach H.**¹⁶, dans un rapport de psychiatrie, tente d'être plus précis, en rassemblant les principaux travaux :

¹⁵Kernberg O. *Les troubles limites de la personnalité*.1975. Privat. Toulouse.

Onze symptômes lui paraissent pouvoir être mentionnés :

- **1-** Des anxiétés et des angoisses,
- **2-** Des sentiments dépressifs (sur lesquels Bergeret met l'accent) d'intensité diverse.
- **3-** Des sentiments de solitude et de vide.
- **4-** Le comportement est marqué par l'impulsivité, d'où la fréquence de colères et de passages à l'acte (suicide, actes antisociaux)
- **5-** Manifestations morbides (phobies, obsessions, amnésies, fugues).
- **6-** Épisodes psychotiques (dépression mélancoliforme, dépersonnalisation, épisodes délirants aigus...)
- **7-** Inclinaison à l'abus de boissons alcoolisées.
- **8-** Appétences toxicomaniaques.
- **9-** Perturbation de la sexualité (conduites perverses, impuissance, frigidité...)
- **10-** Perturbation de l'image corporelle (plaintes hypocondriaques, sentiment d'incomplétude...)
- **11-** Perturbation du sommeil et des rêves.

Il s'en faut de peu qu'une telle énumération ne *couvre l'ensemble des symptômes psychiatriques* ; en sorte que la véritable originalité de l'état limite apparaît résider

¹⁶ Scharbach H. Les états limites. rapport de psychiatrie & de neurologie de langue française. Masson. Paris. 1983.

dans son aptitude à la **combinaison de symptômes hétéroclites**. On pourrait finalement parler pour reprendre une formule de Bergeret de « **stabilité dans l'instabilité** ».

En France, **Bergeret**, à partir du début des années 1970, s'est particulièrement consacré à l'étude de ces personnalités « état limite ». Il estime en effet, que **la dépression constitue le symptôme le plus caractéristique**. Ainsi, les états limites à tendance dépressive constituent de façon spécifique ces systèmes de pensée et de défense autour de l'existence d'une faille narcissique **rendant angoissante et inefficace la relation à l'autre** et **ne permettant pas l'établissement d'une véritable identité** tout autant structurelle que sociale. En effet, la personne serait trop massivement dépendant des variations de la réalité extérieure, pour parvenir à la solidité et à la fixité de l'une des deux seule structure qu'il reconnaît : la névrose et la psychose.

Ainsi, le DSM IV (manuel de classification psychiatrique des symptômes) présente lui aussi, une énumération de **huit symptômes** pour tenter de cerner la personnalité « état limite » (ou borderline). Il précise que ce diagnostic peut être porté quand **cinq** d'entre eux sont présents.

- 1- Impulsivité et conduites dommageables pour lui-même.
- 2- Instabilité des relations interpersonnelles.
- 3- Accès intense de colère inappropriée.
- 4- Perturbation de l'identité.
- 5- Instabilité de l'humeur (changements brusques : normal, dépression, instabilité).
- 6- Difficulté à supporter la solitude.
- 7- Conduites dommageables pour la santé physiques (tentatives de suicides, automutilation, accidents à répétition...).
- 8- Sentiments permanents de vide ou d'ennui.

L'essence de syndrome (association de symptômes) « original », apparaît résider non dans tel ou tel symptôme, ou groupes de symptômes, mais dans la présence **d'une combinaison de troubles hétéroclites** en égard aux cadres de la nosologie classique.

Ainsi, une telle constatation peut conduire à se demander si le diagnostic d'état limite, n'a pas été conçu, pour localiser des sujets dont une des caractéristiques réside

dans leurs aptitudes à faire «sauter » les cadres de référence habituelle de prise en charge, notamment ceux du C.D.E.

1.4 Les états limites au sein du C.D.E

Il nous semble opportun de présenter les états limites à travers une description typologique des adolescents pris en charge au sein du C.D.E. et des adaptations proposées par le C.D.E.

1.4.1 Description typologique :

1°) - Ce sont des **adolescents garçons** dont l'âge est compris **entre 13 et 17 ans**.

2°) - La situation d'abandon :

Ce sont des jeunes toujours en situation d'abandon, qui est la résultante du jeu de la *patate chaude*. Ils sont accueillis dans les institutions toujours par défaut.

3°) - Ces adolescents sont **a-structurés**, ils sont **abandonnés** par leurs constellations familiales et tentent de combler du moins de compenser par des mécanismes défensifs fort complexes mais marqués de violence et de modes relationnels inadaptés.

4°) - Ils relèvent de **mesures d'assistance éducative**, en étant **confiés au service de l'Aide sociale à l'Enfance des Côtes d'Armor**.

Ils ont épuisé différents modes d'accueil de suppléance familial. Ils ont mis en échec différentes familles d'accueil, notamment à partir de la pré –adolescence (11-12ans).

- ***L'accueil auprès d'une assistante maternelle*** se révèle très difficile. En effet, cette famille ne doit pas compter d'enfants plus jeunes, vu les problèmes de sécurité qui pourraient se poser. Ce sont des adolescents en très grande difficulté, et qui demandent une attention, une vigilance constante. De plus le constat est fait que la prise en charge au sein d'une famille d'accueil est remise en cause lors de la préadolescence. Ainsi, une nouvelle orientation est alors nécessaire.
- ***L'accueil en structures éducatives classiques*** se révèle aussi difficile. Ces jeunes mettent en péril l'équilibre du collectif.
- ***Les groupes d'internat***, dits verticaux ne sont pas adaptés aux jeunes dont nous parlons. En effet, il s'agit de faire vivre ensemble une mixité et des tranches d'âge différents, sur le modèle familial de la fratrie. Les aînés servent de références aux plus jeunes. Ce modèle est aujourd'hui sérieusement mis à mal, par les adolescents qui ne peuvent plus servir de modèle et par les phénomènes de violence.

- Les détenteurs de l'autorité parentale (*souvent seule la mère subsiste*) disposent d'un droit de visite et d'hébergement limité (un week-end tous les mois pour les plus chanceux). Certains parents n'ont qu'un droit de visite.

- Pour la plupart la mère est vivante mais ne peut assumer cette posture (une relation mère-enfant a pu se mettre en place mais s'est construite ensuite autour d'échecs et d'abandons successifs, avec des passages en structure de suppléance familiale (famille d'accueil, structures éducatives). Ils se sont construits autour **d'une relation fusionnelle avec la mère sur un mode abandonnique.**

- **Pour beaucoup se pose la question du père.** On peut citer l'exemple d'un jeune, qui n'a pas été reconnu par son père à la naissance. Aujourd'hui l'adolescent questionne sa mère sur ses origines paternelles. Des suspicions, quant à sa paternité, existent autour du beau-père, qui a reconnu les autres enfants.

5°) - Ils sont dans **l'impossibilité du moindre apprentissage.**

- Ils ont aussi mis en échec les différents modes d'apprentissages scolaires, professionnels qui leur ont été proposés.
- Le parcours d'un adolescent suivi sur le groupe expérimental du C.D.E. en est un exemple révélateur. Des tentatives d'intégration dans les dispositifs de l'Éducation Nationale (collège, section de l'enseignement général et professionnel adapté) ont eu lieu. Elles se sont conclues par un échec d'intégration et de réponse. Les troubles du comportement, étant importants, qu'ils ont nécessité une orientation en établissement spécialisé, l'institut de rééducation professionnel. L'adolescent est aujourd'hui déscolarisé. Le directeur de l'I.R.P. a prononcé l'exclusion du jeune, du fait des actes qu'ils posaient qui mettaient en danger la sécurité des usagers et du personnel.

6°) - Ils sont envahis d'**immaturité affective, d'inadaptations aux échanges sociaux.**

7°) - Presque tous ont été **victimes de maltraitance et d'abus sexuels, agressés devenant agresseurs.** Ils sont là parce que cette question n'a pas été traitée à temps (échec des dispositifs). Des suspicions autour de mauvais traitements et d'agressions sexuelles au sein de leur famille naturelle ou de leur famille d'accueil pendant leur enfance existent.

8°) - Ils n'ont comme histoire que celle de leur « *carrière* », en tant que stigmatisés.

9°) - Ils sont condamnés à l'immédiateté, au temps présent, avec ainsi la difficulté de construire avec eux un projet à moyen et même à court terme. Leur prise en charge relève alors essentiellement du « mode occupationnel ».

10°) - Ils sont envahissants, à la hauteur de leur détresse affective. Ils absorbent tous les dispositifs au risque de l'épuisement institutionnel.

1.4.2 Les adaptations proposées par le C.D.E

A) Les propositions du C.D.E

En décembre 2001, le C.D.E. a pris en compte le fait que certains adolescents devenaient dangereux, comme agresseurs vis-à-vis des plus jeunes. Le C.D.E. a donc mis en place sur le site de Saint Briec un groupe de petits, des 4-9 ans.

Par effet mécanique, l'établissement s'est trouvé devant l'obligation de constituer un groupe d'adolescents aux problématiques lourdes.

Sur la même période, l'établissement public médico-social (E.P.M.S.) de Saint Quihouet à Plaintel met en place, en dehors de ses dispositifs habituels, un groupe d'accueil de week-end, pour le même genre de problématiques. Il s'agit souvent des mêmes adolescents.

Il apparaît cohérent de rassembler ces moyens sur un même service en septembre 2003. Ce service est celui relevant du C.D.E., avec la **mise en place d'un groupe expérimental**.

Ce projet est alors facilité par le fait que le Directeur du C.D.E. exerce l'intérim de la direction de l'E.P.M.S. Saint-Quihouet.

Dans le même temps, un projet de convention voit le jour entre le Conseil Général, le C.D.E et la Fondation Bon Sauveur, agissant en qualité de gestionnaire du C.H.S de Bégard.

En voici les principaux extraits :

L' article 1 définit une population :

Il s'agit d'enfants en très graves difficultés confiés au Service de l'Aide et Actions Sociales à l'Enfance et à la Famille par le Juge des Enfants au titre des articles 375 et suivants du Code Civil.

Leur prise en charge en internat éducatif trouve ses limites par l'absence de prise en charge sanitaire régulière adaptée.

Ces jeunes bénéficiant d'une orientation en structure d'éducation spécialisée :

- présentent des troubles relationnels sévères, avec des passages à l'acte fréquents qui mettent en échec la prise en charge éducative par leur incapacité à s'inscrire dans une vie en collectivité,
- sont en rupture scolaire totale ou partielle pour une majorité d'entre eux compte tenu d'un accueil insuffisant ou inadapté en structure spécialisée de type Institut Médico Éducatif (I.M.E.), Institut Médico Professionnel (I.M.P.R.O.), Institut de Rééducation Professionnel (I.R.P.), aggravé par l'absence de solutions liées à la fermeture des internats en période de week-end et vacances scolaires.
- appellent une prise en charge médicale spécifique dont on peut observer la carence dans notre département vu l'insuffisance des moyens notamment d'hospitalisation du secteur pédopsychiatrique.

Les modalités du partenariat sont les suivantes :

Ces jeunes en souffrance psychique appellent à la mise en place de complémentarité des compétences et des interventions s'articulant autour :

- d'une prise en charge éducative assurée par le C.D.E., s'inscrivant dans un travail en réseau avec des points d'appui extérieurs, et des ateliers d'éveils ou de remobilisation,
- d'une prise en charge thérapeutique assurée sous forme de prestations externes par la Fondation Bon Sauveur, et qui se traduira par la mise à disposition de temps d'infirmier psychiatrique ; par une présence organisée à la journée sur le mode Hôpital de jour, du lundi au vendredi.

B) Retour d'expérience et évaluation

L'élaboration et la préparation de cette convention furent longues. Elle a été votée et signée en Commission Permanente du Conseil général, organe délibérateur, en mars 2004. Il faut, néanmoins souligner que le Directeur du C.D.E annonce depuis septembre 2003 la venue des infirmiers psychiatriques. Après l'avoir annoncée pour février, puis mai 2004, la mise à disposition de temps d'infirmier psychiatrique devrait s'effectuer en septembre 2004.

L'établissement a voulu concernant ce service, un projet et un cadre cohérent, avec la mise en place du partenariat cité ci-dessus.

La réalité est aujourd'hui beaucoup plus floue et plus lourde. Ces extraits d'un courrier du Directeur du C.D.E. adressé à la Direction de la Solidarité Départementale en témoignent.

Le Directeur attire l'attention sur la dérive complète du service, qui dans sa forme actuelle ne pose que des problèmes et des risques graves à propos de la sécurité de l'établissement :

« Parti d'une intention de protection des plus jeunes, et d'une réponse plus adéquate à de jeunes garçons relevant de la double désignation médico-sociale et A.S.E., l'établissement se retrouve à devenir le réceptacle et le lieu de cristallisation des troubles sévères de la sexualité. Ce groupe est devenu un lieu fou ingérable, engloutisseur d'énergie, de peurs, de risques, de culpabilité, une fabrique de psychopathie »

Un seul exemple, un peu décalé mais signifiant : comment (et pourquoi ?) empêcher les plus jeunes de faire de la bicyclette dans les allées du parc, sous le regard concupiscent d'adolescents aux troubles de la sexualité avérés ?

Un autre fait en atteste. Lors des demandes d'admission, il était régulièrement signalé que le jeune présentait des troubles de sexualité.

Le C.D.E. s'est aussi adapté. Devant des faits, le Directeur a demandé aux équipes éducatives d'assurer les nuits (tout en restant éveillées); **afin de surveiller les moindres faits et gestes d'un adolescent très perturbé** sur le mode agressé/agresseur. Le Directeur du C.D.E. s'est entretenu avec la D.S.D. (Direction de la Solidarité Départementale) afin de mettre à disposition un veilleur de nuit, en appui des équipes éducatives. Ce jeune est aujourd'hui mis en examen du chef de « viols en réunion »,

« viols sur mineur de moins de quinze ans ». Ce jeune, en attente de jugement, est accueilli en foyer P.J.J sur Rennes.

Le groupe de travail issu de la Conférence de la Sécurité en fait une de ses priorités : « l'Éducation Nationale, le secteur pédopsychiatrique, les services éducatifs et les magistrats de la jeunesse constatent à des degrés divers une montée en charge de ces problématiques. Les mineurs victimes deviennent parfois auteurs avant même que le jugement pour les faits qu'ils ont subis n'ait lieu. Les modalités de prise en charge de ces adolescents questionnent les travailleurs sociaux. »

C'est **Philippe Jeammet** dans la revue neuropsychiatrique et d'hygiène mentale de l'enfance en 1978¹⁷, qui propose la meilleure description des conduites états limites. Il les définit comme un « groupe d'éclatement et d'explosions, caractérisé par le mal-être, le passage à l'acte, la violence, l'ennui existentiel, la solitude. Face à cette situation, l'institution ne peut plus guère offrir de contrepois faute de suffisamment d'appuis et de ressources dans la vie concrète, la réalité. L'équipe éducative s'épuise à endiguer les effets de groupe, le morcellement, l'envahissement fantasmatique des sujets, elle ne peut faute de moyens, rétablir la barrière concrète entre le dedans et le dehors. ». Il démontre ainsi les difficultés occasionnées dans la prise en charge pour les équipes éducatives.

Ces adolescents état limites nous obligent à poser la question des dispositifs, de l'articulation de ces dispositifs et des enjeux institutionnels découlant de la prise en charge.

¹⁷ Jeammet et Aubin. *Réflexion sur les conditions d'une utilisation thérapeutique des institutions pour l'adolescent*. Revue neuropsychiatrique et d'hygiène mentale de l'enfance. 1978. n°10-11

2 LA QUESTION DES DISPOSITIFS, DE LEUR ARTICULATION, ET DES ENJEUX INSTITUTIONNELS

Ces adolescents états limites nous amène à analyser les différents dispositifs qui les concernent. Nous étudierons donc le dispositif de l'aide sociale à l'enfance, le dispositif psychiatrique, le dispositif médico-social et le dispositif judiciaire. À travers ces dispositifs se pose la question de leur articulation et des enjeux institutionnels. Tous ces dispositifs seront évidemment replacés dans le contexte des Côtes d'Armor.

2.1 La question des dispositifs

La prise en charge des adolescents états limites s'articule autour des dispositifs de l'A.S.E., psychiatrique, médico-sociaux et judiciaire.

2.1.1 Le dispositif de l'aide sociale à l'enfance costarmoricain ou une introuvable réforme

A) Missions et organisation du service de l'A.S.E.

Les lois de décentralisation ont profondément modifié le dispositif français de protection de l'enfance. Les lois du 2 mars 1982, du 7 janvier 1983 prévoient le transfert des compétences et des moyens au Président du Conseil Général.

La loi du 6 janvier 1986 a aménagé les principes de l'organisation du service de l'A.S.E., dans le sens d'une plus grande liberté laissée au Conseil Général et à son Président pour organiser ce service de manière à ce qu'il assume pleinement la mission fondamentale qui est la sienne, à savoir la protection des enfants en difficulté du département.

L'article 77 du C.A.S.F. (Code de l'Action Sociale et des Familles) laisse le choix au département d'organiser sur une base territoriale les moyens nécessaires à l'accueil et à l'hébergement des enfants confiés au service. Ce dispositif doit comporter des possibilités d'accueil d'urgence. Le service de l'A.S.E. est un service non personnalisé du département.

Dans le département des Côtes-d'Armor, le service se nomme service d'aide et d'action sociale en faveur de l'enfance et des familles (A.A.S.E.F.). Il relève de la Direction de la Solidarité Départementale, qui, sous l'autorité du Président du Conseil Général et de la Direction Générale des Services, est chargée de préparer les décisions prises par le Président et l'Assemblée départementale en matière d'aide sociale et médico-sociale.

Les missions du service de l'A.S.E. sont codifiées à l'article 40 du C.A.S.F.

Voici les missions du **Service A.A.S.E.F** selon le document « **UNE COLLECTIVITE TERRITORIALE : LE DEPARTEMENT** »¹⁸.

- **1°) - Au titre de la Prévention :**

- par un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs, à leur famille, aux mineurs émancipés et aux majeurs âgés de moins de 21 ans :

- aides financières,
- travailleuses familiales,
- action éducative en milieu ouvert,
- accueil provisoire des enfants, des mères en difficultés.

- **2°) - Au titre de la Protection :**

¹⁸ Conseil Général des Côtes d'Armor. *Une collectivité territoriale : le département.* 2001.

- par l'accueil et l'accompagnement des mineurs confiés provisoirement au service par leur famille ou au titre de l'assistance éducative,
- par l'accompagnement des mineurs dans le cadre de l'action éducative en milieu ouvert, administrative ou judiciaire,
- par la mise en oeuvre d'actions de prévention et la prise en charge des mauvais traitements,
- par la réalisation d'actions collectives tendant à la promotion sociale des jeunes et des familles (notamment par le soutien aux clubs et équipes de prévention spécialisée...),
- par l'agrément des familles candidates à l'adoption et le suivi des enfants en vue de l'adoption,
- par la mise oeuvre du dispositif d'accueil des mineurs :
 - l'agrément des assistantes maternelles à titre permanent, l'embauche et l'accompagnement professionnel des assistances maternelles du Conseil Général,
 - la planification des créations, extensions, transformations, rénovations, des établissements et services agréés au titre de la protection de l'enfance,
 - la fixation des prix de journée ou dotation globale et le contrôle éducatif et budgétaire qui en découle.

B) L'introuvable réforme du dispositif de protection de l'enfance

Le dispositif de protection de l'enfance peut s'apparenter comme une sorte de boîte noire rendue opaque du fait du nombre important d'intervenants, de l'intrication des champs de compétences, de la diversité des procédures ou encore de la technicité de la terminologie en usage qui ne facilite pas la compréhension des décisions rendues.

L'Aide Sociale à l'Enfance, à la fois **responsable de la protection administrative de l'enfance** et **prestataire de services pour le compte de la justice**, occupe une place qui, vu de l'extérieur, peut paraître paradoxale ou qui contribue à brouiller son image dans l'esprit des usagers.

Michel Chauvière¹⁹ parle de l'introuvable réforme de l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E.) depuis près de trente ans hier dans la fonction publique, aujourd'hui au sein des départements à grand renfort de bureaux d'étude, d'audits ou de conseils venus de tous les horizons.

On peut aussi citer **Maurice Berger** (Chef de service en psychiatrie de l'enfant au Centre Hospitalier Universitaire), à travers son ouvrage « *L'échec de la protection de l'enfance* »²⁰, dont voici quelques extraits :

«- *Les quelques évaluations du système de protection de l'enfance, français sont révélatrices en ce qui concerne le développement intellectuel, un nombre important d'enfants nés avec des potentialités intellectuelles normales évoluent vers une déficience intellectuelle légère ou moyenne, et sont orientés dans la filière de l'éducation spécialisée.*

- *Une recherche sur le devenir des enfants de l'Aide sociale à l'enfance devenus adultes montre que seulement 32 % d'entre eux ont un certificat d'aptitude professionnel ou d'un niveau plus élevé.*

- *Un nombre important d'enfants manifeste **une violence rendant impossible leur insertion dans un groupe.** Ces sujets présentent une violence incoercible, pathologique*

¹⁹ (coordonné par) Humbert C. *Institutions et organisations de l'action sociale : crises, changements, innovations ?* L'Harmattan. 2003. Collection Savoir et formation

²⁰ Berger M. *L'échec de la protection de l'enfance.* Dunod. Paris 2003.

par son intensité, sa répétition incessante, et qui peut surgir n'importe où et à n'importe quel moment. **Le nombre d'enfants souffrant de ce trouble est en augmentation.**

- Leur nombre, recensés par les Conseils généraux, est d'environ 50 par département. Ce chiffre est sous-estimé dans certains départements par la mise en place de petits « lieux de vie » qui le plus souvent ne soignent pas le sujet mais permettent d'attendre sa majorité, au moment où il ne sera plus sous la responsabilité du dispositif de protection de l'enfance.

- Enfin un nombre important d'enfants, non chiffré, présente des troubles psychiatriques importants ».

Voilà pourquoi **Maurice Berger**, semble parler de « l'échec » de la protection de l'enfance.

Cependant, **il faut relativiser ce point de vue et y voir le malaise d'un professionnel, intervenant dans le champ de la protection de l'enfance.**

La difficulté de fonctionnement de l'A.S.E provient du **cloisonnement institutionnel** et de la nécessaire, mais néanmoins difficile collaboration entre acteurs. Différents rapports ont souligné, le rapport Bianco Lamy²¹ parlant même de compétitions entre les pouvoirs.

De plus, pour **Michel Chauvière**²², les difficultés actuelles de la protection de l'enfance ne tiennent certainement pas qu'à l'archaïsme de cette administration. Elles révèlent aussi les impasses du management localisé en l'absence d'un rapport de force politique favorable au traitement social de la délinquance juvénile. En effet, les distances restent grandes entre les mises en scène médiatiques de la solidarité ou de la lutte contre l'insécurité, les batailles pour l'affectation des budgets sociaux et les conditions concrètes de fonctionnement quotidien d'un I.M.E., d'une équipe d'assistance éducative en milieu

²¹ Bianco J.L., P. Lamy. *L'aide à l'enfance demain, contribution à la réduction des inégalités*. Rapport de. La Documentation Française. 1979.

²² Réf. Supra. Note 12.

ouvert ou de prévention. C'est un peu **l'administration par le haut modernisée, contre une administration par le bas, au front et sur la défensive.**

C) Le service A.A.S.E.F. des Côtes d'Armor

Le service de l'A.A.S.E.F n'échappe pas à cette critique.

Elle peut en partie expliquer les relations tendues qu'entretiennent le Conseil Général avec le secteur associatif concourant au champ de la protection de l'enfance. Le schéma départemental enfance, qui date de plus de dix ans est aujourd'hui en panne. Le secteur associatif menace la D.S.D. de faire recours au près des décideurs politiques. Ces relations peuvent se comprendre du fait que nous sommes en face de culture différente, celle associative basée sur la loi de 1901 et celle du service public. Elles témoignent aussi de tensions entre des tarificateurs et des prestataires de service. Le secteur associatif ne dépassera pas les missions qui lui sont confiées et les moyens qui lui sont alloués en conséquence. Il faut enfin préciser que toutes ces relations se jouent dans un contexte départemental, à forte tradition de service public.

Les rapports de force se jouent aussi, dans un contexte de décentralisation entre la P.J.J. et l'A.A.S.E.F , autour des moyens qui ne sont pas les mêmes. Parler donc de schéma conjoint A.S.E./P.J.J n'est pas chose simple. En effet, le schéma conjoint permet à un acteur d'avoir un droit de regard sur les compétences et les moyens des autres acteurs.

2.1.2 Le dispositif psychiatrique

La présentation du dispositif psychiatrique s'articule autour de la présentation des orientations, du fonctionnement, des structures du secteur psychiatrique, avant d'analyser le contexte des Côtes d'Armor.

A) Un secteur en mutation

L'hôpital psychiatrique « ouvre ses portes » depuis trente ans. C'est à travers la description des orientations, du fonctionnement et des dispositifs du secteur psychiatrique que l'on peut affirmer qu'il s'agit d'un secteur en mutation.

a) *Présentation des orientations et du fonctionnement du secteur psychiatrique*

Le fonctionnement du secteur psychiatrique repose sur une organisation en secteurs. Mise en place par la circulaire du 15 mars 1960, la sectorisation a pour missions : de prévenir, de soigner et de réinsérer dans la communauté les malades mentaux. Cette circulaire met fin au système asilaire.

La circulaire n°443 du 16 mars 1972, qui pose les bases pour la psychiatrie infantile, laquelle se voit ainsi accordé un statut particulier au sein de la psychiatrie publique. Elle définit alors, qu'à trois secteurs de psychiatrie adulte correspond un secteur infantile. Cet intersecteur correspond donc à une aire géographique de 200 000 habitants et concerne les mineurs âgés de moins de 16 ans.

Il faudra attendre la loi du 25 juillet 1985 pour que les secteurs aient une reconnaissance législative. La loi de 1985 précise que chaque secteur psychiatrique est rattaché à un établissement de santé assurant le service public hospitalier, lequel est responsable de la lutte contre les maladies mentales dans ce ou ces secteurs.

La circulaire de 1992, précise les missions prioritaires de la psychiatrie infantile, au titre desquelles la mise en œuvre d'actions de prévention primaire et la réalisation de formules d'accueil et de soins adaptés au sein du milieu de vie habituel (liens avec la P.M.I., la famille et le milieu scolaire). La priorité est donnée aux formules de prise en charge à temps partiel et but particulièrement aux C.A.T.T.P., pour cette population dont le mode principal de prise en charge reste le mode ambulatoire.

La circulaire de 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents, précise que le secteur de psychiatrie infanto juvénile doit disposer de moyens propres, de locaux spécifiques adaptés à la population accueillie. Les soins à temps complet doivent s'inscrire dans un projet thérapeutique précis pour ne pas constituer une solution par défaut.

Le Plan d'action en santé mentale²³ note que « *la logique de sectorisation psychiatrique qui correspond à la mise en œuvre d'une psychiatrie communautaire n'a pas atteint tous ses objectifs, notamment en matière de développement des alternatives à l'hospitalisation et d'articulation avec les acteurs du champs social et médico-social* ».

Une enquête de septembre 1999²⁴ relève que « 20 à 40% des personnes hospitalisées en psychiatrie, le seraient sans nécessité et devraient relever de structures d'hébergement et d'accompagnement conjuguant projet de vie et projet des soins ». C'est ainsi que les personnes sont gardées en hospitalisation, faute de possibilité de prise en charge en établissement médico-social.

b) *Présentation des dispositifs psychiatriques*

• **1°) Le Centre Médico-Psychologique (C.M.P.)**

Il occupe une place prépondérante car il assure une double fonction :

- accueil du public,
- et, lieu d'élaboration et de coordination des activités de l'équipe.

Ses prestations associent les compétences d'une équipe pluridisciplinaire comportant : psychiatres, psychologues, infirmiers, éducateurs, orthophonistes, psychomotriciens, assistants de service social, secrétaires médicale, mais aussi pédagogues, animateurs socioculturels.

²³ Plan Santé Mentale. *L'usager au centre d'un dispositif à rénover*. Ministère délégué à la santé. Novembre 2001.

²⁴ *Mieux articuler le sanitaire et le médico-social en psychiatrie*. Technologie et santé. N°38. Septembre 1999.

L'équipe a la responsabilité de proposer à l'enfant et à sa famille les prises en charge et les structures adéquates et d'entamer les contacts préalables afin d'éclairer les choix des familles.

- **2°) Le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (C.A.T.T.P.)**

Il offre, pour de petits groupes de patients, différentes activités dans un cadre déterminé et régulier, le plus souvent au centre médico-psychologique ou dans une antenne proche du domicile des familles.

Il répond ainsi aux besoins de certains enfants de vivre une nouvelle expérience, par une action d'ordre institutionnel, comportant un temps de présence plus ou moins prolongé. Il s'agit d'une structure légère qui utilise des modes de fonctionnement très diversifiés :

- soins du soir,
- club thérapeutique du mercredi,
- ou séance dans la journée.

Cette formule souple offre désormais des possibilités de soins appropriés pour de nombreux enfants : modulable de façon à ne pas constituer des surcharges trop importantes dans l'emploi du temps ; des enfants, évitant de rompre la fréquentation de l'école, elle permet également de tenir compte des contraintes des familles.

3°) L'hôpital de jour

Il assure des soins polyvalents et intensifs mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire, en un lieu ouvert à la journée, mais selon une périodicité déterminée pour chaque patient, dans la journée comme dans la semaine.

Il concerne *des patients nécessitant des soins réguliers sans pour autant exiger une hospitalisation à temps complet.*

4°) Les soins à temps complet

La pratique de l'hospitalisation à temps complet s'est à la fois réduite et diversifiée.

En effet, 5600 enfants sont accueillis chaque année pour une **durée moyenne de 104 jours**.

- 47 % pour psychoses,
- 21% pour déficiences mentales,
- 18 % pour des pathologies de la personnalité.

5°) Le Placement Familial Thérapeutique

Il s'agit d'une autre modalité, qui est ainsi le recours à un service d'accueil familial.

Un tiers environ des secteurs ne disposent d'aucune possibilité d'hospitalisation à temps complet ou même d'accueil familial thérapeutique.

c) Les difficultés du secteur pédopsychiatrique

Le rapport Piel-Roelandt de juillet 2001²⁵ parle de situation « kafkaïenne » en ce qui concerne la réglementation sanitaire et sociale pour les adolescents et les jeunes adultes. Les auteurs notent ainsi que « la pédopsychiatrie prend en charge jusqu'à seize ans alors que la majorité se trouve être à 18 ans ».

La C.D.E.S. traite les dossiers jusqu'à 20 ans... ». Cette tranche de la population se trouve ainsi confrontée à une complexité législative qui ne facilite pas la prise en charge.

Le rapport de l'I.G.A.S. du 25 juin 2001²⁶ constate quant à lui que la prise en charge psychiatrique des adolescents, souffre d'un manque d'actions coordonnées. Il relève d'une part une césure entre la psychiatrie adulte et la psychiatrie infantojuvénile. Il rappelle d'autre part, que le lien institutionnel entre les différents intervenants (éducation nationale, équipes médico-sociales et secteur psychiatrique) doit être « au mieux renforcée, sinon créée ».

²⁵ Piel E., Roelandt J-L. *De la psychiatrie vers la santé mentale*. 2001. Paris

²⁶ I.G.A.S. Rapport annuel. *Les institutions face aux usagers*. 2001.

La population des adolescents et des jeunes adultes se trouve en effet confrontée à deux types de rupture dans la prise en charge. Tout d'abord, une rupture au sein même de la prise en charge sanitaire, avec à seize ans, le passage de la psychiatrie infantojuvénile à la psychiatrie adulte.

Dans son rapport de 1994, la Cour des Comptes²⁷ notait déjà ce travers de la psychiatrie trop fermée, selon elle, à certains types de populations, dont les adolescents.

Le manque de structures sanitaires d'hospitalisation et d'alternatives à l'hospitalisation induit un recours massif, aux établissements médico-sociaux qui ne peuvent, à terme, accueillir sans difficulté cette population spécifique. Les départements doivent donc aujourd'hui faire face à un nombre de plus en plus élevé d'adolescents et de jeunes adultes ne bénéficiant d'aucune prise en charge ou ayant des prises en charge inadaptées.

On oppose traditionnellement la pathologie mentale, qui est un processus évolutif, au handicap mental, étant alors une déficience quantifiable et définitivement fixée. Le rapport récent relatif à « la souffrance psychique des adolescents et jeunes adultes » rappelle « qu'il y a bien lieu de différencier le handicap et les troubles psychologiques qui s'aggravent à l'adolescence, des pathologies émergentes de l'adolescence ».

La distinction doit en effet, s'opérer mais la qualification du trouble est particulièrement délicate au moment de l'enfance et de l'adolescence, aucun diagnostic ne pouvant être définitivement fixé à cet âge. Ce n'est qu'une fois passé l'âge du jeune adulte, que l'on pourra parler de diagnostic de pathologie psychiatrique avérée. Ainsi, un enfant reconnu déficient mental peut développer à l'âge adulte, une schizophrénie nécessitant une prise en charge psychiatrique et passer alors de la reconnaissance « handicapé » à celle de « malade mentale ».

La frontière entre « handicap » et « maladie mentale est très floue ; il est donc difficile, dans bien des cas, de déterminer lequel des deux secteurs : psychiatrique ou médico-social devra assurer la prise en charge.

²⁷ Joly P. *Prévention et soins des maladies mentales : bilan et perspectives*. Rapport au Conseil économique et social. 1997.

- B) Le contexte des Côtes d'Armor en terme de dispositifs pédopsychiatries : un contexte difficile

Le département est découpé en **trois secteurs pédopsychiatries** :

- **le secteur Ouest du département** rattaché au Centre Hospitalier Spécialisé (C.H.S.) de la Fondation Bon Sauveur à Bégard ;
- **le secteur Est**, rattaché au C.H.S. Saint Jean de Dieu à Léhon;
- **le secteur, au Sud** du département, rattaché au C.H.S à Plouguernevel.

Sur le secteur de Bégard, 1650 enfants sont suivis, avec une liste d'attente de 260 noms. Les équipements de l'inter secteur se répartissent de la façon suivante :

- -quatre Centres Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents (à Guingamp, Lannion, Paimpol et Quintin),
- -deux centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (Guingamp et Lannion),
- -deux hôpitaux de jour (à Guingamp, 7 places pour les enfants de moins de 8 ans et à Lannion, 8 places pour les enfants de moins de 14 ans),
- -deux places en accueil familial thérapeutique.

Sur le secteur de Plouguernevel, qui est réparti sur deux départements, les Côtes d'Armor et le Morbihan, 1300 enfants sont suivis par le service. Les costarmoricens sont pris en charge sur les Côtes d'Armor et les morbihannais sur le Morbihan.

Ce secteur est organisé :

- -des C.M.P. à Rostrenen, Loudéac, Gourin pour les Côtes d'Armor et Pontivy pour le Morbihan,

- -des hôpitaux de jour, prenant en charge des enfants de 2 à 12 ans, à Rostrenen (6 places et 13 présents), à Loudéac (6 places et une longue liste d'attente), et Pontivy (10 places et 18 présents),
- -une consultation pour adolescents à Loudéac.

Sur le secteur Est du Département, 2700 enfants et adolescents sont suivis. Le dispositif répond à l'organisation suivante :

- -cinq Centres Médico- Psychologiques Infantiles implantés à Dinan, Broons, Plancoët, Lamballe et Saint Briec,
- -des points accueils adolescents à Saint Briec, Dinan et Lamballe,
- -des C.A.T.T.P à Dinan et Saint Briec,
- -des hôpitaux de jour, accueillant des enfants de 3 à 12 ans, à Dinan et Saint Briec,
- -10 lits d'hospitalisation complète.

Une des conclusions des réunions du groupe de travail «Délinquance juvénile, dispositif pédopsychiatrique et réponse judiciaire » est de faire état de **l'insuffisance des moyens du secteur pédopsychiatrique, en particulier pour les adolescents**. Ce groupe de travail issu de la Conférence sur la sécurité a retenu l'état du secteur pédopsychiatrique comme priorité numéro un.

Pour l'année 2004, le **département ne dispose que de 10 lits d'hospitalisation complète**, du fait de la conjonction de deux événements. L'unité d'hospitalisation complète de Bégard a fermé le 20 décembre 2003, conformément au projet d'établissement. L'autorisation administrative était transférée au C.H.S de Léhon depuis 2001. Une unité pédopsychiatrique de 10 lits d'hospitalisation complète doit ouvrir en fin d'année 2004 sur Saint Briec. Cependant, ce service ne sera pas spécialisé pour les urgences. L'admission en urgence ne sera pas exclue mais ne constituera pas une priorité.

Les différents professionnels du secteur psychiatrique rencontrés s'accordent pour dire qu'un problème de prise en charge survient à l'adolescence. Il n'existe pas d'hôpitaux de jour de C.A.T.T.P. pour les adolescents.

Ces moyens limités se traduisent par des listes d'attentes, qui prennent de l'importance. Il n'est pas rare d'attendre six mois pour bénéficier d'un premier rendez-vous, souligne un cadre infirmier psychiatrique. Ce mode de prise en charge ne constitue pas une réponse adéquate au public des adolescents, pour qui tout est urgent. Il est conseillé de ne pas fixer de rendez-vous à un adolescent à plus de huit jours

De plus, la présence de trois hôpitaux psychiatriques démontre que le département des Côtes d'Armor est un territoire à forte tradition d'hospitalisation. C'est notamment le cas de l'hôpital de Plouguernevel, qui a longtemps accueillis des patients venant du bassin de la Seine. La tendance est donc à la fermeture et à la diminution de nombre de lits.

Il faut noter que les services de pédopsychiatrie n'ont pas connaissance de leur propre budget mais de celui de l'ensemble de l'hôpital.

La Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales précise deux caractéristiques pour le secteur psychiatrique dans le département : une **faible démographie médicale** (qui conduit à ce que les postes ouverts ne soient pas pourvus) et la **faible présence de médecins libéraux**.

Le médecin psychiatre, chef de l'intersecteur de Bégard souligne que toute personne hospitalisée doit sortir au plus vite de l'hôpital. **L'hôpital ne doit plus être un lieu de vie, mais seulement un lieu de passage pour des soins.**

De plus, il précise qu'il y a deux types d'enfants hospitalisés à temps complet :

? les enfants avec troubles du comportement à visée sociale

? les enfants avec troubles psychiatriques (états dépressifs, psychotiques).

Pour le médecin psychiatre, les premiers ne sont pas accueillis dans les services car ne relèvent pas d'une pathologie psychiatrique avérée. Ce positionnement professionnel n'est pas sans conséquence sur les autres dispositifs. Ce qui nous amène à poser la question des dispositifs médico-sociaux autour de la prise en charge des états limites de l'adolescence

2.1.3 Le dispositif médico-social

Avant d'analyser le contexte des Côtes d'Armor en terme de dispositifs médico-sociaux, il convient de présenter plus largement ces dispositifs qui entourent la prise en charge des enfants et des adolescents, et plus particulièrement celle des états limites.

A) Les dispositifs de prise en charge médico-sociale des enfants et adolescents

En psychiatrie, le passage de l'enfance à l'âge adulte s'opère à 16 ans, cette frontière se situe à 18 ans dans le secteur médico-social. Il s'opère donc, ici aussi, deux modes distincts de prise en charge.

La reconnaissance du handicap a été confiée à des commissions : la Commission Départementale de l'Education Spécialisée (CDES^o) pour les enfants ainsi que les adolescents, et la Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP) pour les adultes.

La maladie mentale stricto sensu n'ouvre pas droit à une prise en charge médico-sociale mais les conséquences que cette maladie va avoir dans la vie de la personne, la font entrer dans le champ du « handicap ».

Avant de présenter le dispositif médico-social, il est nécessaire de présenter les dispositifs existants au niveau de l'Éducation nationale pour les jeunes en difficultés scolaires. Les jeunes dont nous parlons peuvent relever de différentes structures.

Il s'agit des Sections d'Enseignements Général et Professionnel Adapté.

Ils peuvent être pris en charge dans des établissements régionaux pour l'enseignement adapté.

Pour les dispositifs médico-sociaux, il existe pour les adolescents dont nous parlons trois dispositifs.

Les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile.

Concernant les structures relevant des annexes XXIV, il s'agit des instituts médico-éducatifs et pour les troubles du caractère et du comportement des instituts de rééducation.

1°) Les Sections d'Enseignements Général et Professionnel Adapté (S.E.G.P.A.)

Le projet de section fait partie intégrante du projet de collège : la formation est assurée dans le cadre de trois cycles. Ainsi, les élèves reçoivent avant 16 ans une « première » formation professionnelle dans une famille de métiers. Les acquis de cette première formation sont validés en fin de seconde année professionnelle pour permettre une formation qualifiante au –delà des 16 ans.

2°) Les Etablissements Régionaux d'Enseignements Adapté (E.R.E.A.)

Il s'agit d'établissements publics autonomes, parfois spécialisés dans la prise en charge de certains troubles ou handicaps, assurent la prise en charge dans un encadrement éducatif plus dense que les collèges, en même temps qu'une préparation plus précoce à des formations professionnelles.

Le public demeure très hétérogène, mais majoritairement ce sont des enfants dont les potentialités intellectuelles sont altérées.

Il reste qu'environ un quart des élèves n'entrent dans aucune catégorie claire et cumulent les handicaps, tels que :

- échecs scolaires,
- handicap social,
- blocages affectifs,
- troubles du comportement,
- enfants non scolarisés.

3°) Les Services d'Education et Spéciale et de Soins à Domicile (S.E.S.S.A.D.)

Ils sont destinés aux enfants handicapés mentaux ou moteurs. Il s'agit en mobilisant mes moyens spécifiques, de s'attacher à la demande de soins et au besoin d'éducation sans recourir à des structures spécialisées.

Tout logiquement, les S.E.S.S.A.D. se sont organisés autour du domicile familial enclenchant par là même une relation privilégiée avec les parents, la fratrie et peu à peu l'environnement.

La prise en compte des troubles de l'adolescence manifeste quelques difficultés à trouver véritablement, sa place au travers de l'organisation actuelle

4°) Les Centre Médico-Psycho-Pédagogiques (C.M.P.P.)

Ils accueillent les enfants avec des troubles scolaires nécessitant des soins sous contrôle médical, mais en milieu ambulatoire.

Leur mission est de dépister les troubles s'exprimant en milieu préscolaire ou scolaire et d'assurer ensuite les soins et la rééducation pour les enfants dont l'état de santé ne justifie cependant pas une orientation en établissement spécialisé.

Ainsi, les C.M.P.P. interviennent donc en complément de l'école et pour permettre au final à l'enfant de dépasser ses difficultés scolaires.

5°) Les établissements médico-éducatifs sous contrôle des Affaires sociales

Privés, associatifs ou publics relevant des collectivités territoriales, ces établissements sont régis par les « Annexes XXIV » du décret du 9 mars 1956.

En effet, **les « Annexes XXIV » concernent :**

- les enfants et adolescents déficients intellectuels et inadaptés (Institut Médico-Pédagogique ; Institut Médico-Professionnel; Institut Médico-Educatif),
- Les enfants présentant des troubles du comportement (Institut de rééducation).
- *a - Les Instituts Médico-Pédagogiques (I.M.P.)*

Ils reçoivent des enfants d'âge pré-scolaire et scolaire, c'est-à-dire de 3 à 14 ans. Ils assurent des soins et une éducation spéciale aux enfants **atteints de déficience à prédominance intellectuelle** (*arriérés profonds, débiles profonds, débiles moyens, débiles légers présentant des troubles associés*) liée à des troubles neuropsychiatriques.

Ils doivent donner un enseignement général et pratique, adapté à leurs facultés mentales, ainsi qu'une formation gestuelle développant leur habilité manuelle. Les dernières années de scolarité sont consacrés à des activités constituant un préapprentissage.

- b – Les Instituts Médico-Professionnels (I.M.PRO.)

Ils constituent souvent les établissements de suite des I.M.P. Les jeunes **atteints de déficience à prédominance intellectuelle** (*arriérés profonds, débiles profonds, débiles moyens, débiles légers présentant des troubles associés*) liée à des troubles neuropsychiatriques, reçoivent en même temps qu'un complément d'enseignement général une formation professionnel adaptée à leur état. C'est même l'objectif premier de ces structures que de permettre aux jeunes qu'elle accueille d'entreprendre au mieux une formation professionnelle.

L'âge d'admission pour la plupart des I.M.PRO, est fixé à 14 ans et l'âge limite de présence est habituellement fixé à 20 ans, avec la possibilité d'aller jusqu'à 25 ans.

Certains peuvent espérer avoir un jour une activité professionnelle normale ou quasi-normale ; d'autres ne peuvent aspirer qu'à un accueil en Centre d'Aide par le travail (C.A.T.) ou dans un foyer occupationnel dont l'impératif de rentabilité est exclu.

Les I.M.PRO peuvent être autonomes ou rattachés à un I.M.E.

- c –Les Instituts Médico-Educatifs (I.M.E.)

Regroupant en un même lieu un I.M.P. et un I.M.Pro, ils assurent des soins et une éducation spéciale aux enfants de 3 à 20ans (avec la possibilité d'aller jusqu'à 25 ans) atteints de déficience à prédominance intellectuelle (*arriérés profonds, débiles moyens, débiles légers avec troubles associés*) liée à des troubles neuropsychiatriques.

La plupart des I.M.E. est dotée d'un internat.

L'I.M.E. a vocation à offrir aux jeunes pris en charge des activités adaptées notamment à leurs capacités cognitives et de leur apporter des soins qu'ils nécessitent. Les parents sont mobilisés et associés à l'éducation apportée aux enfants.

- d – Les Instituts de Rééducation (I.R)

Ils prennent en charge des enfants ou adolescents qui manifestent des troubles du comportement rendant nécessaire, malgré les capacités intellectuelles normales ou approchant la normale, la mise en œuvre des moyens éducatifs appropriés pour le déroulement de leur scolarité.

B) Le dispositif médico-social costarmoricaïn pour les adolescents

Sur le territoire des Côtes d'Armor, selon les *schémas départementaux de l'enfance inadaptée et handicapée de Bretagne pour 2000-2005*²⁸, il existe pour les enfants et adolescents déficients intellectuels :

-203 places en S.E.S.S.A.D.,

-528 places en établissement, dont 301 en internat.

²⁸ Schémas départementaux de l'enfance et de l'adolescence handicapées et inadaptées de Bretagne 2000-2005

Pour les enfants et les adolescents étant reconnus comme ayant des troubles du caractère et du comportement, les capacités autorisées sont :

- 75 places en S.E.S.S.A.D.,
- 45 places en établissement.

Les difficultés rencontrées par les établissements médico-sociaux au niveau de la prise en charge des adolescents états limites sont de plusieurs ordres.

Comme pour le C.D.E., les établissements médico-sociaux sont confrontés à **des situations de plus en plus difficiles**. Les adolescents dont nous parlons étaient soit déscolarisés ou sur la voie de l'exclusion scolaire.

Sur le groupe expérimental du C.D.E. (suivi de six jeunes), un était en S.E.G.P.A., trois étaient déscolarisés (dont un exclu en cours d'année de l'institut de rééducation professionnel et les deux autres non scolarisés depuis au moins une année), et deux étaient suivis dans un I.M.E. (mais leur scolarité était sérieusement remise en cause pour l'année scolaire suivante).

Les établissements médico-sociaux prononcent l'exclusion de ces adolescents suite aux actes posés qui mettent en péril la sécurité de l'établissement (actes de violence...)

On se trouve donc confronter à des **jeunes**, qui ont **moins de 16 ans** et qui sont **déscolarisés**.

Ils bénéficient d'une **orientation de la C.D.E.S**. Cependant, cette orientation **ne peut s'imposer aux établissements que dans la limite de leur agrément**.

Voici l'extrait d'une lettre d'un psychiatre sur la prise en charge d'un adolescent dans un I.M.E. Il constate, malgré la prise en charge d'un lourd traitement psychotrope, des actes de plus en plus violents, voire pervers, une recrudescence de manifestations agressives illustrées par le fait qu'il a apporté une arme blanche à l'internat. Il indique que les pulsions agressives sont inquiétantes et peuvent faire craindre le pire, ce qui lui fait conclure :

- l'I.M.E. n'est pas en mesure de faire face à la dangerosité potentielle de l'intéressé, ni de remplir sa mission qui est d'ordre éducatif
- le maintien à l'I.M.E. du jeune n'est plus envisageable en raison du risque pour les équipes éducatives et les enfants accueillis dans l'établissement.

Le schéma breton relatif à l'enfance et à l'adolescence inadaptée et handicapée relève deux difficultés concernant les jeunes reconnus comme ayant des troubles du comportement et de la conduite (T.C.C.):

-la prévalence relative aux T.C.C. n'est pas aisée à déterminer car elle associe des questions d'ordre social (tolérance) voire culturel,

-les pratiques des C.D.E.S. comme des départements diffèrent assez largement, certaines s'appuyant sur des I.R. (Ille-et-Vilaine, Finistère), d'autres sur des S.E.S.S.A.D. articulés à des C.M.P. (Côtes d'Armor).

Une autre difficulté subsiste au niveau du département dans l'équipement médico-social.

La D.D.A.S.S. précise que **la fermeture des internats les week-ends, jours fériés et pendant les vacances scolaires** constitue un problème. C'est notamment le cas d'enfants et adolescents sous mesure d'assistance éducative, ne bénéficiant pas de soutien familial suffisant. Ce problème est encore plus criant pour les jeunes dont nous parlons, qui ont épuisé tous les dispositifs de suppléance familiale.

Pour un inspecteur de la D.D.A.S.S., les outils médico-sociaux ne semblent plus adaptés devant l'aggravation des situations.

Au niveau de l'équipement médico-social costarmoricaïn, les acteurs concernés semblent d'accord pour constater qu'il manque une structure pour les adolescents reconnus comme ayant des troubles du caractère et comportement, notamment un institut médico-professionnel.

2.1.4 Le dispositif judiciaire

Notre présentation va principalement insister sur la présentation du dispositif de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (P.J.J.).

La P.J.J., anciennement nommée l'Éducation surveillée, a été créée suite à l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante. C'est une administration relevant du Ministère de la Justice.

La mission de la P.J.J est double :

- la mise en place de mesures de protection de l'enfance en danger : son action se distingue de la protection administrative offerte dans le cadre de l'A.S.E. dans la

mesure où seules les institutions judiciaires peuvent prendre des décisions contraignantes à l'égard des familles et des mineurs,

- la répression et la prévention de la délinquance juvénile : dans ce cadre, les éducateurs de la P.J.J. fonctionnent en lien avec un magistrat spécialisé, le juge des enfants et suivent l'exécution des peines, qu'il s'agisse de peines telles que l'incarcération ou de mesures de substitution de type mesure éducative ou d'insertion sociale.

Le contexte est en plus délicat dans les rapports entre les institutions étatiques et les institutions décentralisées. Actuellement, dix départements sont en phase d'expérimentation concernant le transfert de charges de la P.J.J au département. La mission de la P.J.J, selon son Directeur Départemental est d'assurer la sécurité publique et de contrôler l'application des mesures pénales.

Le département des Côtes d'Armor se situe au 42^e rang national au niveau de l'équipement de la P.J.J. Il se caractérise par la présence :

- d'un foyer d'action éducative les Roseliers de 12 places
- d'unités éducatives, assurant le suivi des mesures d'assistance éducative en milieu ouvert.

Ces missions sont assurées par un encadrement de 60 E.T.P.

Le procureur de la République adjoint, chargé des mineurs constate que **les Côtes d'Armor est le département breton où le taux d'incarcération des mineurs est le plus élevé.**

Le faible taux d'équipement en structures alternatives à l'incarcération est une explication. Il constate aussi le manque d'équipement départemental au niveau judiciaire. Le département ne dispose pas de centre de placement immédiat, ni de centre éducatif fermé, ni de centre éducatif renforcé relevant de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, ni de maisons d'arrêt pour mineurs. Il faut faire appel à l'équipement régional, ce qui constitue un handicap en matière d'admission.

Un juge des enfants relève un paradoxe : la délinquance juvénile, bien que peu importante est très mal tolérée sur ce département et produit un fort sentiment d'insécurité.

2.2 Des adolescents révélateurs d'une insuffisante articulation entre les dispositifs et les enjeux institutionnels

Parler des adolescents état limites, c'est parler des dispositifs. Concernant le dispositif de protection de l'enfance, c'est l'articulation entre les nombreux champs de compétence qui fait débat. Nous sommes ainsi amenés à regarder de près les enjeux institutionnels, qui découlent de la prise en charge des adolescents états limites, au sein du C.D.E. des Côtes d'Armor.

2.2.1 Le dispositif de protection de l'enfance : un dispositif complexe souffrant d'une insuffisante articulation entre les acteurs

Le rapport Bianco Lamy²⁹ de 1979 soulignait **la compétence entre les institutions** (justice, A.S.E., santé) qui nuisait au fonctionnement du dispositif de protection de l'enfance.

Lors d'un entretien, un juge des enfants souligne que la justice décide et ne dispose que des moyens dont le Conseil Général veut mettre à disposition.

²⁹ Bianco J.L., P. Lamy. *L'aide à l'enfance demain, contribution à la réduction des inégalités*. Rapport de. La Documentation Française. 1979

Le rapport de 2001 sur l'évolution des relations parents-enfants-professionnels³⁰ souligne **le cloisonnement du champ de la protection de l'enfance**.

La protection de l'enfance regroupe un vaste champ articulé autour d'un **dispositif complexe**

Caractérisé par des domaines de compétence clairement définis et par un niveau important de spécialisation des acteurs, d'autant plus que chaque domaine d'intervention institutionnelle regroupe en son sein des métiers particuliers, via des filières aussi spécifiques. Les professionnels ont donc à composer avec un cadre institutionnel donné, qui définit leurs droits et obligations, leurs missions spécifiques ainsi que les coordinations à rechercher, au regard de ces missions.

Le corollaire de ce cloisonnement est le **manque de coordination** existant dans le cadre d'un dispositif d'autant plus mosaïque que le **nombre d'intervenant est important**. Ainsi, au-delà du Tribunal, du Parquet, de la P.J.J. et l'A.S.E. au titre de la protection entrent également, à un titre ou à un autre, dans le champ de la protection de l'enfance entendu dans un sens plus large (prévention, accompagnement...), le Service social, la Protection Maternelle et Infantile, les clubs de prévention spécialisée, les Directions des affaires sanitaires et sociales, l'Éducation nationale, les hôpitaux, l'intersecteur de pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte, la Brigade des mineurs, les Caisses d'allocations familiales, les communes, le secteur associatif.

Une enquête de 2004 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques³¹ plaide pour une collaboration entre secteurs (psychiatrie, médico-social, judiciaire, éducatif) à l'opposé de ce qui pratique parfois sur le terrain.

L'enquête précise :

«Chacun dit vouloir que l'autre travaille avec lui, mais personne ne veut entrer dans un processus de collaboration ; ou plus justement des collaborations se nouent de personne à personne, selon les occurrences et les appétences organisées. »

Selon l'enquête, les plus rétifs à cette collaboration sont les services de l'A.S.E. et de la P.J.J.

«Il faut noter un désarroi total de ces équipes devant des jeunes psychopathes, considérés comme des délinquants plus que comme des malades psychiatriques ».

³⁰ Réf. Supra . Note 8.

On peut citer comme exemple la réunion du 16/03/2004 : les trois juges des enfants, les responsables de l'Aide sociale à l'enfance, de la D.D.A.S.S., de la P.J.J., des magistrats du parquet sont réunis pour évoquer des situations individuelles qui posent problème. Les responsables des secteurs psychiatriques et médico-sociaux ne sont pas conviés. Cependant, certains problèmes de fond y sont évoqués : une liste d'une dizaine d'adolescents est dressée. Aucune solution n'est envisagée, on y parle vaguement de placement familial thérapeutique.

À cette mauvaise articulation entre les différents champs de compétence du dispositif de protection de l'enfance, s'ajoute la question des enjeux institutionnels.

2.2.2 La question des enjeux institutionnels

La question des enjeux institutionnels s'illustre à travers celle de la légitimité des discours et celle de la place du travail social.

A) La question de la légitimité des discours :

A cette coordination difficile due à la multiplication des acteurs il faut y rajouter ce que l'on va appeler la légitimité des discours.

Le C.D.E., et le Directeur en tant que représentant, sont **porteurs du discours éducatif**. Cependant, **ce discours n'a pas de fait la légitimité des autres discours constitués, ceux du droit, de l'administration ou du médical**. Le discours éducatif n'est pas bien entendu. Il n'y a pas ou peu, en conséquence de constitution de réseau possible, entendu comme inter-disciplinarité, inter-institutionnalité. Cet état de fait permet les mécanismes d'évitement en faisant jouer des fonctions pour lesquels les établissements sont mal préparés faute de moyens.

³¹ *Le secteur psychiatrique des adolescents n'est pas en crise mais souffre d'un manque de collaboration, selon l'I.G.A.S. Actualités Sociales Hebdomadaires. 16 avril 2004. N°2355. pp 13-14.*

Voici l'histoire de la prise en charge d'un adolescent, Artémis qui eut lieu pendant la période de stage. Elle est révélatrice des tensions de légitimité entre les différents champs de compétences.

Artémis est accueilli au C.D.E depuis fin décembre 2003, date de la fermeture de l'unité pédopsychiatrique du C.H.S de Bégard. Il était pris en charge dans un service d'hospitalisation complète depuis plus d'un an.

Il est sous mesure d'assistance éducative avec une ordonnance de placement provisoire. Ses parents ne bénéficient que d'un droit de visite et ne veulent pas plus.

Son séjour depuis décembre 2003 est fait d'aller et retour entre le C.D.E et le C.H.S de Bégard. Les séjours sur le C.H.S se réalisent sur le service psychiatrique adulte. Il est danger sur ce service car il est isolé et en présence de psychopathes dangereux, souligne le médecin responsable du secteur pédo-psychiatrique relevant de l'Ouest du département.

La prise en charge au C.D.E. se révèle très difficile. Le directeur du C.D.E. se voit donc contraint de ne plus pouvoir accepter l'accueil du garçon. Artémis est dans la répétition des passages à l'acte, sur le mode de la violence physique. Son angoisse est envahissante et barre tout le reste, au prix du passage à l'acte et de l'agression (envers les femmes en particulier). Le Directeur peut constater que le jeune est malade au sens où la souffrance envahit tout le reste et fonctionne comme une invalidation. Le traitement ambulatoire est à l'évidence insuffisant.

Néanmoins, le jeune est déclaré sortant du service psychiatrique et étant confié au service de l'A.S.E., le Directeur du C.D.E; se voit contraint d'accepter le retour de l'adolescent. Pour cet été, la prise en charge d'Artémis se réalise dans un appartement encadré par quatre éducateurs afin d'assurer une prise en charge 24/24h.

On le voit à travers cet exemple, la difficulté pour les éducateurs à être entendu pour leurs diagnostics.

Il faudrait que le C.D.E., ou plus largement l'A.S.E., se dotent de compétences en discipline psychiatrique. Cette solution est envisagée depuis quelques années, mais le recrutement de médecins psychiatres est déjà très difficile pour les hôpitaux psychiatriques du département.

On peut citer une des conclusions du groupe de travail « Délinquance juvénile, dispositif pédopsychiatrique et réponse judiciaire » concernant le **mal de vivre et la non reconnaissance des équipes éducatives.**

« Les équipes éducatives se sentent dévalorisées par les autres acteurs de leur secteur (forces de l'ordre, médecins, magistrats). Elles aspirent à un besoin de reconnaissance de leurs compétences spécifiques et à communiquer entre elles et avec les autres parties autour la gestion intra-institutionnelle des crises. Dans les périodes à effectif réduit (été par exemple), la connaissance des organisations, des partenaires est encore plus prégnante. Enfin, elles vivent très douloureusement les réponses judiciaires dans les situations d'agressions à l'encontre des personnels et attendent des réponses fortes de l'autorité judiciaire ».

A travers la question de la légitimité des discours, gravite celle de la place du travail social.

B) La place du travail social :

La difficulté du discours éducatif à être aussi légitime que les autres discours peut s'illustrer par la place du travail social.

Pour **Michel Chauvière**³², **le secteur social est longtemps resté à l'écart de la représentation nationale**.

Peu de lois avaient été débattues devant le Parlement avant celles de 1975. Les textes normatifs antérieurs étaient le plus souvent des décrets-lois avant-guerre, des ordonnances en 1945 puis en 1958, de nombreux décrets et bien peu des lois à proprement parler.

En outre, une mission parlementaire présidée par le député Pascal Terrasse, dans le cadre des travaux préparatoires à la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, préconisait que la loi insère l'action sociale et médico-sociale dans le cadre du service public, au même titre que le secteur hospitalier. Au final, il n'en est rien, l'action sociale et médico-sociale s'inscrit dans « les missions d'intérêt général et d'utilité sociale ».

Michel Chauvière pense qu'il est légitime de craindre que les amalgames et **les déséquilibres entre les secteurs sanitaires et sociaux ne persistent durablement au détriment de l'action sociale**.

³² Réf . supra. Note 12.

D'autres incertitudes pour le secteur social concernent les conséquences et les **incertitudes de la décentralisation**.

Pour Philippe Calmette³³, Directeur général du SNAPEI (Syndicat National des Associations en faveur des personnes handicapées mentales) : « la décentralisation, mal secondée par la déconcentration s'épuise aujourd'hui dans ses contradictions. La formidable libération des énergies locales et des projets de développement, le renouvellement de l'organisation des pouvoirs et des méthodes de gestion, d'une part et la superposition contre performante des niveaux, des acteurs et des moyens, le chevauchement des compétences, l'inadéquation entre les espaces institutionnels, politiques et fonctionnels, l'insécurité sur les compétences locales ».

Dans le même état d'esprit, **Jacques Ion**³⁴ s'exprime lors d'un colloque sur «le social au risque du local» : «là où on attendait un engagement politique des élus notamment sur le terrain social, ils sont devenus pragmatiques. Généralisé, le pragmatisme réalise la primauté des moyens sur les fins, sous prétexte de modestie, fausse en réalité. De plus en plus d'instruments et de moins en moins d'idées. Le social manque de sens ».

En somme, **le discours éducatif se légitime et se structure dans une position de relais et de passeur social**. Nier cette posture condamne les travailleurs sociaux à la fonction de contenance thérapeutique sans moyen, à la fonction de parking social. Il en résulte une chose simple, cent fois répété pour les adolescents, il n'y a aucun échange possible, seulement de l'exposition répétée très coûteuse pour tout le monde.

Il faut souligner que les états de grand abandonnisme et d'états limites interpellent et déstabilisent nos dispositifs.. Combien de groupes fermés, combien d'incidents publics, collectifs, individuels, combien d'arrêts de travail, combien de plaintes éparpillées, d'agressions, de passages à l'acte, combien de morcellement et d'éclatement dont nous sommes comptables.

³³ idem

³⁴ Réf . Supra. Note 12.

Ces adolescents nous interrogent et nous obligent à penser. Nous proposons alors la mise en place d'un service spécialisé pour les adolescents aux troubles sévères de la conduite et du comportement, sous la responsabilité du C.D.E.

3 DES CHOIX INSTITUTIONNELS : PROPOSITION D'UN SERVICE SPÉCIALISÉ SOUS LA RESPONSABILITÉ DU C.D.E.

Des choix institutionnels s'imposent. Le C.D.E. a été amené dans un premier temps à s'adapter et à tenter un groupe expérimental durant l'année scolaire 2003/ 2004. L'évaluation de cette expérience nous conduit à proposer un service spécialisé aux bénéficiaires de quelques adolescents aux troubles sévères du comportement et de la conduite, sous la responsabilité du C.D.E des Côtes d'Armor. Ce service doit par ailleurs s'inscrire dans une logique de réseau.

Il faut noter que les propositions faites ont été présentées à la D.S.D., qui est consciente des enjeux et soutient ce projet.

3.1 Un service sous la responsabilité du C.D.E

Ce service spécialisé doit être sous la responsabilité du C.D.E. Plusieurs raisons motivent ce choix. La loi 2002-2 vient favoriser la mise en place d'une telle unité.

3.1.1 Les apports de la loi 2002-2

A) La consécration des services à caractère expérimental

La loi rénovant l'action sociale et médico-sociale consacre les établissements ou services à caractère expérimental. Cette disposition vise à permettre d'intégrer de nouveaux types de structures de manière très souple. Selon l'article des A.S.H., en date du 11 janvier 2002³⁵, il s'agit pour le Ministère d'une vraie innovation. Jusqu'à là, la loi de 1975 permettait uniquement des dérogations aux normes minimales quantitatives et qualitatives d'équipement et de fonctionnement.

Il est envisagé :

- de permettre des prises en charge nouvelles,
- de panacher les publics,
- de déroger aux conditions d'âge et aux normes techniques.

En contre partie, les structures innovantes sont soumises aux obligations qui découlent de la loi.

B) La reconnaissance des lieux de vie non traditionnels

³⁵ *La rénovation de l'action sociale et médico-sociale*. Actualités sociales et hebdomadaires. 11 janvier 2002. n°2245.

À côté de la liste des établissements ou services sociaux et médico-sociaux, la loi reconnaît les lieux de vie et d'accueil non traditionnels qui ne constituent toutefois de tels établissements ou services. Ces petites structures, souvent familiales et installées en milieu rural, accueillent notamment des personnes handicapées ou des jeunes en difficulté. Il s'agit, par exemple de petites structures d'accueil qui permettent la prise en charge ou l'accompagnement de personnes handicapées psychiques pour lesquelles les structures d'accueil traditionnel sont mal adaptées alors qu'une prise en charge psychiatrique n'apporte à elle seule, une réponse suffisante.

C) Les conditions d'autorisation

Le décret du 26 novembre 2003 définit les modalités d'autorisation, de création, de transformation ou d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux. Les projets d'extension et de transformations des établissements et services sociaux et médico-sociaux ne sont pas soumis à l'avis de la section sociale du Comité Régionale de l'organisation sociale et sanitaire (puis dans l'avenir à celui du Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale). Ces projets ne doivent pas correspondre à plus de 30% de la capacité initialement autorisée, et en tout état de cause à plus de quinze places ou nombre de bénéficiaires autorisées. Notre unité rentre dans ce cadre : six places créées dans une structure autorisée pour 164 places.

3.1.2 Pourquoi le C.D.E.?

Il faut trouver à ces adolescents un lieu d'arrêt, un lieu de recomposition qu'il puisse accepter ou tolérer parce qu'il s'y passe vraiment quelque chose pour eux-mêmes.

Aucun dispositif n'est vraiment adapté pour ces adolescents. Cependant, **ces adolescents** existent et faut-il ajouter, **ont droit aux soins et à la protection**. La décision judiciaire crée une **obligation d'accueil** qui est vraie dans tous les cas, **pour le service A.A.S.E.F.**

Plusieurs raisons concourent au fait que ce service soit sous la responsabilité du C.D.E. :

- six adolescents, statistiquement ça ne compte pas,

- il ne semble pas raisonnable et donc exclu de penser à la création d'un établissement
- ces adolescents, étant confiés par le Juge des enfants au service AASEF, peuvent bénéficier de l'accueil en C.D.E. L'hébergement des mineurs pour lesquels un autre placement n'est ni souhaitable ni possible constitue une des missions d'un C.D.E.
- le C.D.E., soutenu par la D.S.D. souhaite continuer l'expérience mais sous d'autres conditions, tout en faisant bénéficier de l'expérience acquise pendant un an.
- dans les rapports de force, se posent les questions de financement et de responsabilité. Le Conseil Général, se trouvant confronté à une obligation d'accueil, se positionne avec le C.D.E., comme pouvant assumer en terme de responsabilité et en terme de financement la tenue de ce projet.

3.2 Un service spécialisé pour des jeunes aux troubles sévères de la conduite et du comportement

La mise en place d'un service spécialisé pour des adolescents aux troubles sévères de la conduite et du comportement nécessite d'aborder plusieurs postulats : la définition d'une population, des conditions d'accueil, et les questions en matière de prise en charge, de gestion du personnel, de gestion financière.

3.2.1 La définition d'une population

Il s'agit d'adolescents (garçons) entre 12 et 16 ans présentant un profil d'enfant « abandonnique » et/ou « **état** »

limite » (troubles relationnels sévères dont les passages à l'acte nuisent à leur inscription dans un groupe). Ils présentent des **troubles sévères de la conduite et du comportement**.

Ces enfants en très graves difficultés sont **confiés au Service de l'Aide et Actions Sociales à l'Enfance et à la Famille** par le Juge des Enfants au titre des articles 375 et suivants du Code Civil.

Ces jeunes bénéficiant d'une **orientation en structure d'éducation spécialisée** par la C.D.E.S. Ils sont en rupture scolaire totale ou partielle.

Ils demandent une prise en charge thérapeutique, à travers un **suivi psychiatrique** et un **traitement médicamenteux**.

3.2.2 Les conditions d'accueil

Il faut accueillir ces adolescents. Ce qui pose les questions des conditions d'accueil et du qui en décide et dans quel cadre partagé ou imposé.

A) La mise en place d'une commission d'admission.

La phase d'admission est importante, car elle conditionne tout le reste de la prise en charge. Ainsi une **commission d'admission** doit être mise en œuvre. Elle se doit d'être **pluridisciplinaire**. Un représentant du secteur psychiatrique, un représentant du secteur médico-social, un représentant du service A.A.S.E.F. et un représentant du C.D.E. doivent être conviés. On peut penser aux référents pour les représentants du service psychiatrique et aux référents familiaux pour le service A.A.S.E.F. Le secteur médico-social, notamment les établissements médico-sociaux, peut être représenté par la D.D.A.S.S.

Cette pluridisciplinarité au sein de la commission d'admission offre une garantie dans la définition de critères communs quand à l'admission et d'objectifs communs pour la prise en charge.

Cette commission doit être **présidée par le représentant du C.D.E.** en effet, ce service est sous la responsabilité et à l'initiative du C.D.E. L'admission est prononcée par le Directeur du C.D.E, qui sera garant de la prise en charge des usagers. La personne responsable est le Directeur du C.D.E.

En outre, cette commission pourra servir d'expérience et de base à une future et souhaitable commission des cas difficiles. Cette commission se doit d'être pluridisciplinaire. Afin de garantir au bon fonctionnement de cet organe, il est souhaitable d'y envisager une présidence tournante.

De plus, le corollaire de cette commission est constitué par le fait que ce service doit être **dégagé des contraintes de l'urgence**. La fonction traditionnelle d'accueil d'urgence d'un C.D.E. est incompatible avec l'accueil des adolescents limites dont il est question. Ces jeunes sont dans l'angoisse permanente à l'idée de tout changement ou toute nouveauté. Tout doit être anticipé. La commission d'admission et le fait que cette unité doit être différenciée du C.D.E. (notamment par l'implantation géographique) assurent la garantie qu'il n'y aura pas d'accueil d'urgence sur ce service.

B) La question de l'implantation

Les questions de sécurité deviennent tellement importantes que l'on peut affirmer que ce service ne peut pas rester sur le site briochin du C.D.E. La protection des enfants, notamment pour le groupe des plus jeunes ne peut être assurée avec la proximité d'un service accueillant des adolescents très perturbés.

Le C.D.E. s'appuie sur une pratique ancestrale. Les services à risques (groupe des plus petits, pouponnière et unité spécialisée) restent sur le site briochin. En effet, le C.D.E. est habitué et connaît la pertinence de l'ensemble groupe de vie, parc, administration en cas de crise. Globalement en cas de crise, on se défoule dans le parc, on vient réguler dans les bureaux des cadres ou des psychologues. Ce dispositif fonctionne depuis toujours au C.D.E. C'est la culture du C.D.E. Il est ainsi demandé aux professionnels de déplacer leur réflexion, leur point de vue à ce sujet.

Il semble plus souhaitable de proposer d'externaliser l'unité spécialisée. En effet cette unité doit bénéficier d'une stabilité. Sur le site briochin outre le service des plus jeunes et la pouponnière, on y trouve d'autres services éducatifs (service de placement familial, service d'accompagnement à domicile). Ces services sont amenés à recevoir l'accueil des enfants, de leur famille et de professionnels. Il faut aussi assurer la sécurité

du personnel, l'administration et les services de logistique se trouvant également sur le site.

Enfin, le fait de trouver un lieu différent permettra de différencier du C.D.E. Il sera ainsi garanti de trouver un lieu de vie non traditionnel, qui ne soit pas déjà stigmatisé social ou psychiatrique.

Ce lieu de vie ne doit pas être trop isolé. L'implantation la plus souhaitable est péri-urbaine.

On peut penser à l'agglomération de Saint-Brieuc. Cette agglomération offre les possibilités les plus importantes en terme de réseau sociaux, scolaires, sanitaires. Ce lieu doit se trouver non loin des dispositifs sanitaires, en particulier d'hospitalisation en service pédo-psychiatrique.

On pense aussi à une grande maison banalisée entourée d'un parc.

Cette proposition peut se révéler ambitieuse. Cependant devant l'importance du problème (notamment de sécurité), il ne peut en être autrement. De plus, cette proposition est soutenue par la D.S.D. Il faudra néanmoins se confronter à l'état du marché immobilier.

C) La prise en charge en structure collective

La prise en charge doit s'effectuer sur une **petite unité** accueillant pas plus de six adolescents, pour des questions de sécurité.

Le rapport annuel de 2001 de l'I.G.A.S.³⁶ propose la mise en place de petites unités regroupant des adolescents où est réalisé un travail en commun concernant en matière médicale et éducative.

Dominique Fablet³⁷ estime qu'un **accueil de type résidentiel** semble se justifier à partir du moment où les difficultés occasionnées par la prise en charge sont suffisamment importantes pour qu'elles rendent nécessaire la présence de professionnels d'un niveau technique élevé.

³⁶ I.G.A.S. Rapport annuel. *Les institutions face aux usagers*. 2001.

³⁷ Réf. Supra. Note 13.

Deux types de population sont alors plus particulièrement concernés :

- celle des adolescents et jeunes adultes, en général confrontés à d'importantes difficultés sociales et d'insertion, auxquelles peuvent s'ajouter soit des démêlés avec la justice soit des troubles de la personnalité,
- celles d'enfants et de jeunes dont la gravité du handicap physique et/ou psychique est telle qu'un accompagnement éducatif en établissement disposant d'un « plateau technique » adapté paraît s'imposer.

3.2.3 La question de la prise en charge

La loi du 2 janvier 2002 permet la **diversification des modes de prise en charge**.

En effet, ils peuvent être :

- permanents, temporaires ou sur un mode séquentiel,
- avec ou sans hébergement,
- à temps complet ou partiel
- en internat, semi-internat, externat,
- en institution, accueil familial, domicile, milieu ouvert.

De plus ce service doit offrir à ces adolescents une prise en charge individualisée et globale. Cette prise en charge sera décrite dans le contrat de séjour. Le projet individualisé de l'utilisateur s'articulera autour d'un **projet éducatif** et d'un **projet de soins**.

Cette prise en charge s'organise autour de deux temps :

- **une prise en charge éducative**. Elle est garantie par les prestations du C.D.E., en étroite collaboration avec le service A.A.S.E.F. Les éducateurs sont chargés de prendre en compte la situation de la famille et de travailler avec les compétences familiales. Cependant, ces adolescents bénéficiant d'un faible soutien familial, les équipes éducatives doivent travailler autour de lieu ressource, que peuvent constituer les lieux de vie non traditionnels ou des familles d'accueil. Par ailleurs, un fort travail de partenariat doit être réalisé avec les structures médico-sociales, et différents lieux d'apprentissage.

- **une prise en charge thérapeutique.** Cette prise en charge s'effectue sous deux formes, par la présence de temps d'infirmier psychiatrique et la garantie de prestations médicales, avec le suivi du projet de soins par un médecin psychiatre. Cette prise en charge comprend en outre la garantie du protocole médicale et le suivi du traitement médicamenteux.

Cette prise en charge globale doit s'effectuer dans la continuité. Il faut alors être **vigilant sur les différentes articulations intervenant dans la prise en charge**. Il est ainsi nécessaire de prévoir ces différentes modalités :

- les conditions d'une hospitalisation, notamment en cas de crise. Les professionnels doivent définir de la manière la plus proche possible une crise,
- les conditions de retour dans la structure éducative, après une hospitalisation.

Ce service fonctionne en continu. Comme pour le C.D.E ; la prise en charge est garantie **toute l'année et 24/ 24h**.

En terme d'**évaluation**, des **bilans d'activité** doivent être constitués. Différents indicateurs peuvent alors être considérés :

- le nombre d'enfants accueillis
- le nombre de journées, le taux d'occupation
- les orientations proposées à la sortie de ce service.

3.2.4 En matière de gestion du personnel

On peut dessiner les grandes lignes concernant les **moyens humains** de ce service :

- 9 E.T.P. concernant les éducateurs spécialisés et les moniteurs éducateurs (contre 6,5 E.T.P. concernant l'encadrement éducatif pour un groupe classique au C.D.E.)
- un cadre socio éducatif
- des prestations de service en psychiatrie avec la présence d'infirmiers psychiatriques sur le modèle hôpital de jour et des prestations médicales
- un agent de service

-des moyens du C.D.E. en terme de psychologie, de secrétariat et de logistique.

Concernant la constitution de l'équipe, il est souhaitable d'y assurer la présence importante d'hommes ou au moins la **mixité**. Cette équipe doit rester relativement stable. Il faut être vigilant que le turn-over ne soit pas trop important. Cependant, les difficultés de recrutement sur le secteur sont à prendre en considération.

Un fort travail doit être entrepris en matière de **formation** concernant la prise en charge de l'adolescence aux états limites, notamment **autour des problèmes de maltraitance et d'identité**. Ce travail de formation doit s'accompagner d'échanges riches entre les différents intervenants. Certains moments, lieux peuvent être mis en place afin de favoriser ces échanges.

Tous ces efforts peuvent être soutenus dans le cadre d'un travail de supervision.

En terme d'évaluation, il est intéressant d'analyser les arrêts de travail pour se rendre compte des difficultés que rencontrent les professionnels dans la prise en charge.

3.2.5 En terme de gestion financière

Le **financement** de ce projet est intégralement **assuré par le Conseil Général**. Il est **intégré dans le budget du C.D.E.**, financé sous forme de dotation globale.

Nous pouvons envisager qu'il soit présenté sous forme d'une **section** du budget du C.D.E., **distincte** des deux préexistantes, pour le foyer et la pouponnière. Cette présentation permet un meilleur suivi et la prise en compte réelle du coût de fonctionnement d'un tel service. Une estimation du prix de journée doit être réalisée.

Ce **financement comprend celui des prestations de service**, notamment médicales.

3.3 Une structure travaillant en réseau

La prise en charge des adolescents état limite oblige les professionnels à travailler ensemble. Il faut sortir de la logique du carnet d'adresse, du système d'alliance par personnes ou acteurs, en fonction des rapports de force et des circonstances et des enjeux déterminants et instables entre l'État et les collectivités locales. Ce travail est reconnu comme une nécessité par les différents acteurs institutionnels. Des propositions méthodologiques sont présentées concernant la constitution du réseau autour de l'unité spécialisé.

3.3.1 La nécessité de constituer un réseau

La nécessité de constituer un réseau est reconnue par la loi 2002-2, ainsi qu'aux niveaux national et local.

A) Les apports de la loi 2002-2

La loi précise et **élargit les dispositions** de celle du 30 juin 1975 **relatives à la coordination** entre établissements ou services (article L. 312-7 du C.A.S.F.). Sont concernés les établissements et services sociaux et médico-sociaux ou les personnes physiques ou morales gestionnaires de ces établissements ou services.

L'objectif de cette coopération est **d'assurer la coordination, la complémentarité et la continuité de la prise en charge et de l'accompagnement.**

Dans un souci de décloisonner le secteur médico-social du secteur de la santé et de celui de l'enseignement, la loi prévoit la **possibilité de passation de conventions** :

- entre les établissements sociaux et médico-sociaux eux-mêmes
- avec des établissements de santé
- avec des établissements publics locaux ou privés d'enseignement.

La loi instaure par ailleurs la **possibilité** pour les établissements sociaux et médico-sociaux **de créer des groupements d'intérêt public** et **des groupements d'intérêt économique**.

Elle propose également la possibilité de créer des syndicats inter-établissements ou des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Pour l'unité spécialisée, **le modèle de la convention semble le plus adapté** compte tenu de tous les éléments. Il faudra s'appuyer sur la convention conclue entre le C.D.E., le Conseil Général, et le C.H.S. de Bégard.

Ces différentes modalités de coopération et les différentes prestations de service devront être intégrées aux projets de service et d'établissement.

B) Une nécessité de travail en réseau reconnu au niveau national

Le rapport du H.C.S.P.³⁸ constate que les services de l'A.S.E. se trouvent confrontés à de grandes difficultés d'accueil de certains adolescents en situation d'abandon. Il est nécessaire d'**organiser des actions complémentaires** en liaison avec les différentes institutions, santé mentale, éducation scolaire et formation professionnelle.

Concernant les enjeux majeurs du secteur psychiatrique, le rapport Piel-Roelandt³⁹ dégage le **volet social de la sectorisation** : « l'immense volet social en santé mentale part de la nécessité d'apprendre ou réapprendre aux personnes souffrant de troubles mentaux les moyens devant leur assurer un fonctionnement et une participation à la vie en société, en passant par des services en matière de logement pour y vivre, pour aller vers des services de réinsertion professionnelle et de soutien à et dans l'emploi ».

³⁸ Réf. Supra. Note 1.

³⁹ Réf. Supra. Note 15.

Incapable d'assumer à lui seul la double responsabilité la double responsabilité médicale et sociale, la psychiatrie doit donc se recentrer sur sa mission de soins et insister sur le partage collégial des missions avec l'ensemble des acteurs sociaux.

Le rapport prône le **travail en réseau entre les professionnels des différents champs**. Selon les termes du rapport, «les champs social et médico-social doivent prendre leur responsabilité pour le volet social de la trajectoire des personnes et les professionnels de la psychiatrie doivent, après élaboration de projets de soins personnalisés, passer progressivement la main aux acteurs sociaux ».

Enfin, la circulaire du 3 mai 2002 considère que la complémentarité des actions conduites par les différents professionnels auprès d'adolescents souffrant de troubles psychiques passe le développement d'un travail en réseau.

Elle apporte une définition des réseaux, en tant «qu'**espaces de lien et de coordination permettant la mise en commun organisée des compétences et la complémentarité des rôles** ». Le principe de recherche de transversalité, de décloisonnement entre les institutions doit se réaliser au niveau de la prévention, de la réponse à l'urgence, de l'hospitalisation et des soins ambulatoires et de suite. Il s'agit, tout en respectant le rôle de chacun, de fédérer les institutions concernées sur un territoire donné, lorsqu'il est avéré que la famille ou l'institution ne peut plus pourvoir seule aux missions d'éducation et de soins.

Cependant, la circulaire insiste sur le fait qu'**un réseau ne se décrète pas**. Il doit correspondre à une **dynamique locale suscitée par les acteurs sociaux et médico-sociaux, sanitaires et éducatifs eux-mêmes**. Sa fonction est d'assurer une prise en charge globale, adaptée et continue, centrée sur la personne grâce à la reconnaissance des acteurs et à la mutualisation des moyens d'intervention et de recherche.

De plus, la circulaire recommande que la mise en place des réseaux soit encouragée par les décideurs institutionnels locaux (préfets, agences régionales de l'hospitalisation, présidents de conseils généraux...).

C) Un nécessaire travail en réseau recommandé au niveau local

Deux outils de planification, au niveau de la région Bretagne recommandent de développer le travail en réseau entre le secteur sanitaire et médico-social.

Le schéma régional 2001/2005 en santé mentale⁴⁰ préconise de **contribuer à un dispositif partenarial pour jeunes en grandes difficultés avec l'A.S.E. et la P.J.J.**

Les schémas départementaux 2000/2005 de l'enfance et de l'adolescence inadaptée et handicapée de Bretagne⁴¹ propose de **permettre des allers-retours entre le sanitaire et le médico-social** non seulement en cas de crise ou d'urgence mais également pour des adolescents présentant des troubles psychiatriques graves. Des conventions institutionnelles et individuelles de partenariat devront décrire les différents situations de collaboration à envisager : observation, crise, période d'essai, prise en charge conjointe nouvelle orientation, sortie d'établissement.

3.3.2 Des propositions méthodologiques

Différentes propositions méthodologiques doivent être entendues afin de garantir le bon fonctionnement de ce réseau.

La problématique des adolescents concernés dépasse les limites des missions et des compétences du C.D.E., et appelle la mobilisation d'intervenants para médicaux pour éviter l'échec des actions éducatives, la création d'une nouvelle rupture pour des jeunes dont les parcours chaotiques témoignent d'autant de difficultés sociale, scolaire, sanitaire et enfin pour créer les conditions d'un accueil sécurisé.

A terme, on peut envisager que cette expérimentation serve de base à une création d'une plate forme technique sanitaire accessible à l'ensemble des jeunes confiés au service A.A.S.E.F.

- A) La définition d'enjeux communs

⁴⁰ Schéma régional de l'organisation sanitaire en santé mentale. Bretagne. 2001/2005.

⁴¹ Réf. Supra. Note 18.

Il s'agit de fixer de définir des **enjeux communs** autour duquel tout le monde se retrouve : objectif à atteindre ou problème à résoudre susceptible de mobiliser dans l'action autour d'une cause commune. Il faut **décloisonner les logiques institutionnelles** afin de partager une préoccupation pluri-sectorielle.

Les différents acteurs peuvent se rencontrer autour **des difficultés dans la prise en charge**, auxquelles ils sont tous confrontés. Ces jeunes obligent à penser différemment : il faut s'engager vers d'autres logiques et d'autres façons de penser.

B) La définition des rôles

Le développement du réseau passe par l'implication des principaux acteurs par enrôlement, c'est-à-dire en leur donnant un rôle dans l'action et non en cherchant seulement à les motiver ou à obtenir leur adhésion. Il est nécessaire d'être vigilant sur la **définition des rôles, des statuts, des missions, des fonctions**. Les acteurs du réseau doivent :

- définir les compétences dont a besoin,
- définir les rôles et les fonctions de chacun,
- définir les engagements de chacun,
- formaliser un engagement mutuel.

On peut tracer les grandes lignes de la coordination des interventions.

Le Conseil Général assure l'animation globale de ce dispositif en lien étroit avec le C.D.E chargé de la prise en charge éducative ;

L'admission relève de la responsabilité du Directeur du C.D.E pour une décision intervenant sur avis préalable d'une commission associant l'ensemble des partenaires concernés.

Les sorties de ce dispositif seront gérées soit par le Conseil général, service A.A.S.E.F. pour une orientation éducative, soit par le C.H.S de Bégard en relais avec le C.H.S de Léhon pour une prescription orientée vers le secteur psychiatrique.

La Fondation Bon Sauveur est garante de la continuité de la prise en charge thérapeutique avec une responsabilité en terme d'opportunité, de contenu et de durée. Elle assurera le lien avec le C.H.S de Léhon pour tout projet d'hospitalisation.

Le partenariat ne s'improvise pas, il sous entend des pré requis : la nécessité de définir des frontières et de ne pas œuvrer dans la confusion des responsabilités et des compétences

C) Un puissant système de communication

En outre la sociologie des organisations nous montre qu'un système qui possède des acteurs spécialisés et interdépendants nécessite, pour bien fonctionner, une grande coordination et une **communication puissante**. Un système de communication efficace se réalise à travers :

- **des investissements de forme**, c'est-à-dire la mise en œuvre de dispositifs pour la coordination avec les porte-parole et le pilotage du réseau : réunions, groupes de travail, systèmes d'informations,
- **la production et la diffusion d'intermédiaires**, c'est-à-dire d'éléments divers (informations, objets, argent, hommes, compétences) échangés au sein du réseau et le cimentant en développant la coopération, l'expérience commune et la connaissance partagée.

De plus, Claire Brisset dans son entretien relaté dans le rapport de Jean Louis Lorrain⁴² précise que « s'il est certain que si la mise en réseau est nécessaire, la présence d'un **chef de réseau** est non moins nécessaire ». Le Conseil Général et le C.D.E. se positionnent comme pilote. Néanmoins, comme le conseille la circulaire du 3 mai 2002, la constitution de réseau doit être encouragée par les acteurs institutionnels locaux. Des choix institutionnels sont ainsi faits, dans un contexte, faut-il le rappeler de décentralisation.

D) L'évaluation du réseau

⁴² Réf. Supra. Note 2.

Le réseau doit être évalué. Afin de réaliser cette **évaluation**, plusieurs recommandations sont proposées :

- assurer le « feed-back » (retour d'informations),
- définir les modalités de suivi, de contrôle et de recadrage,
- conduire des bilans intermédiaires partiels,
- évaluation des écarts au regard des objectifs fixés.

Il faut être vigilant sur deux points :

- **le risque de faux partenariats**, purement formels. Afin de les éviter, il est conseillé de renouveler le contenu, la formalisation du partenariat et de maintenir un espace de liberté suffisant,
- **le risque de fragilité du réseau** en cas de changement de personnes. Le réseau doit être garanti par le fait que le réseau doit être entretenu, animé et celui de fournir des informations en retour.

CONCLUSION

Le C.D.E. des Côtes d'Armor se trouve confronté à des difficultés dans la prise en charge de certains adolescents en grande difficulté, qui se retrouvent rejetés d'institution en institution. Il s'agit d'adolescents états limites.

Parler des états limites de l'adolescence, c'est poser la question des dispositifs et plus particulièrement concernant notre étude de celui **de la protection de l'enfance** : dispositifs sociaux, médico-sociaux, sanitaires et judiciaires.

En outre, l'étude des états limites de l'adolescence permet d'observer et d'analyser l'articulation entre les différents dispositifs concourant au champ de la protection de l'enfance et les enjeux interinstitutionnels.

Le contexte est tel et les enjeux importants qu'aujourd'hui le C.D.E. des Côtes d'Armor doit s'adapter ; d'où des propositions qui peuvent paraître ambitieuses, avec la création d'une unité spécialisée pour adolescents aux troubles sévères de la conduite et du comportement.

La mise en place d'un tel service implique un important changement culturel et de positionnement professionnel. C'est l'une des missions du Directeur d'établissement social et médico-social que de conduire et d'accompagner ce changement.

Bibliographie

Ouvrages

- Berger M. *L'échec de la protection de l'enfance*. Dunod. Paris 2003.
- Bergeret J. *La dépression et les états limites*. Payot. Paris. 1974
- Empan (Prendre la mesure de l'humain). *Urgences d'enfance : accueillir, observer, orienter*. Érès éditions. Mars 2003. n°49.
- Marcelli D., Braconnier A. *Adolescence et psychopathologie*. Masson, 4^{ème} édition, 1995.
- Perret M. Catiponic M. et Ladage F. *Adolescence et psychanalyse, une histoire*. Paris. Edition. Delachaux et Niestlé. 1997.
- (coordonné par) Humbert C. *Institutions et organisations de l'action sociale : crises, changements, innovations ?* L'Harmattan. 2003. Collection Savoir et formation.
- Scharbach H. *Les états limites. rapport de psychiatrie et de neurologie de langue française*. Masson. Paris. 1983.
- Simonet J. *Les stratégies de l'éphémère*. Les éditions d'organisation. 1998.

Rapports

- Bianco J.L., P. Lamy. *L'aide à l'enfance demain, contribution à la réduction des inégalités*. Rapport de. La Documentation Française. 1979.
- Conseil Général des Côtes d'Armor. *Une collectivité territoriale : le département. 2001.*
- Dessaint L., Thévenet A. *L'Aide sociale à l'enfance*. Éditions E.N.S.P.. Décembre 2000.
- I.G.A.S. Rapport annuel. *Les institutions face aux usagers*. 2001.
- Joly P. *Prévention et soins des maladies mentales : bilan et perspectives*. Rapport au Conseil économique et social. 1997.
- Mucchielli L. *Familles et pauvreté*. 2000
- Piel E., Roelandt J-L. *De la psychiatrie vers la santé mentale*. 2001. Paris.
- Lorrain J-L. *Rapport n°242 d'information sur l'adolescence en crise*. Présenté le 3 avril 2003. Paris.
- Haut Comité de la Santé Publique. *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. Février 2000. Paris.
- Roméo C. *L'évolution des relations parents-enfants-professionnels dans le cadre de la protection de l'enfance*. Novembre 2001.
- Schémas départementaux de l'enfance et de l'adolescence handicapées et inadaptées de Bretagne 2000-2005.
- Schéma régional de l'organisation sanitaire en santé mentale. Bretagne. 2001/2005.
- Théry I. *Couple, filiation et parenté aujourd'hui*. 1998.

Articles et revues consultés

- *La rénovation de l'action sociale et médico-sociale*. Actualités sociales et hebdomadaires. 11 janvier 2002. n°2245. 1^{er} février 2002. n°2248. 1^{er} mars 2002. n°2252.
- *Où en est la psychiatrie ?* Sciences humaines. n°147. Mars 2004
- Jeammet et Aubin. *Réflexion sur les conditions d'une utilisation thérapeutique des institutions pour l'adolescent*. Revue neuropsychiatrique et d'hygiène mentale de l'enfance. 1978. n°10-11

Textes de lois, décrets et circulaires

- Décret du 09 mars 1956 relatif aux annexes XXIV.
- Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.
- Circulaire du 16 mars 1972 relative à la mise en place des intersecteurs infantojuvéniles.
- Loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.
- Loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociale.
- Loi du 02 mars 1982 relative aux communes, département et régions.
- Loi du 07 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État.
- Loi du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social légalisant le secteur psychiatrique.

- Loi du 06 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence.
- Décret du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter du décret du 09 mars 1956.
- Circulaire du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents, ainsi que les missions et l'organisation du service public de psychiatrie infantile.
- Loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ du 03 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté.
- Décret du 26 novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation, de création, de transformation ou d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux.