

*Ecole **N**ationale de la **S**anté **P**ublique*

*Formation initiale d'Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales
Promotion 1997-1999*

**Comment améliorer la prise en charge des
jeunes «au profil frontière» accueillis en
Institut de Rééducation?**

Trois enquêtes population menées dans le cadre du stage d'exercice professionnel

Sophie MAUPILIER

Décembre 1998

SOMMAIRE

INTRODUCTION :	4
PREMIERE PARTIE :	6
PLACE DES INSTITUTS DE REEDUCATION PARMIS LES INTERVENTIONS AUPRES DES JEUNES INADAPTES	6
A- LES INTERVENTIONS AUPRES DES JEUNES INADAPTES :	7
1- LES GRANDES ETAPES HISTORIQUES JUSQU'AU PARTAGE DES COMPETENCES ACTUELLES :	7
2- DES CLIVAGES QUI RESULTENT DE L'HISTOIRE DES INSTITUTIONS ET DU NOMBRE D'ACTEURS ET DE FINANCEMENTS DIFFERENTS :	13
B- LA FINALITE DES INSTITUTS DE REEDUCATION :	14
1- LE CADRE LEGAL ET LES MISSIONS :	14
2- LE PROJET INSTITUTIONNEL :	14
3- L'ORIENTATION EN INSTITUT DE REEDUCATION :	15
4- PLUS DE 300 INSTITUTS DE REEDUCATION EN FRANCE :	16
C- TENTATIVE DE CARACTERISATION DE LA POPULATION ACCUEILLIE EN INSTITUT DE REEDUCATION :	18
1- LA NOTION DE TROUBLES DE LA CONDUITE ET DU COMPORTEMENT :	18
2- LA POPULATION ACCUEILLIE EN INSTITUT DE REEDUCATION : UNE POPULATION MULTIFORME :	23
3- LES TROUBLES DE LA CONDUITE ET DU COMPORTEMENT NE SONT PAS L'APANAGE DES INSTITUTS DE REEDUCATION :	26
4- LES PROBLEMES SPECIFIQUES DE L'ADOLESCENCE :	27
5- LES FRONTIERES INSTITUTIONNELLES PEUVENT CREER DE 'L'INCASABLE' :	28
SECONDE PARTIE	30
LE CONTEXTE DU VAL D'OISE: TERRAIN D'EXPLORATION ET D'ANALYSE	30
A- LE CONTEXTE GENERAL :	31
1- PRESENTATION SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DU DEPARTEMENT :	31
2- DONNEES DE CADRAGE SUR LE DISPOSITIF DEPARTEMENTAL EN FAVEUR DES HANDICAPES	33
3- LES ETABLISSEMENTS DE SANTE : UN TAUX D'EQUIPEMENT INFERIEUR A LA MOYENNE REGIONALE	35
4- LES SERVICES DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE :	38
5- LES INTERVENTIONS DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE :	40
6- LE DISPOSITIF D'ADAPTATION ET D'INTEGRATION SCOLAIRE DANS LE VAL D'OISE :	42
B- LES TROUBLES DE LA CONDUITE ET DU COMPORTEMENT DANS LE VAL D'OISE	43
1- L'OFFRE : LES INSTITUTS DE REEDUCATION DU VAL D'OISE	43
2- LE PROFIL DES TCC DU VAL D'OISE :	45
3- L'ESTIMATION DES BESOINS D'EQUIPEMENT EN INSTITUT DE REEDUCATION : UNE QUESTION DELICATE	49
4- LES DIFFICULTES POINTEES PAR LES IIR DU VAL D'OISE :	51
C- LA POLITIQUE CONTRACTUELLE DRASS/DDASS DANS LE CHAMP DU HANDICAP	52
1- LE CADRE : LE SCHEMA REGIONAL	52
2- LE SCHEMA DEPARTEMENTAL EN FAVEUR DES HANDICAPES DANS LE VAL D'OISE :	53
TROISIEME PARTIE :	56

POUR UNE MEILLEURE REPONSE AUX BESOINS DES JEUNES ACCUEILLIS EN INSTITUT DE REEDUCATION	56
A- UNE ETUDE 'POPULATION' MENEES DANS LE CADRE DU STAGE D'EXERCICE PROFESSIONNEL :	57
1- POURQUOI CETTE ETUDE ?	57
2- UN OBJECTIF PRINCIPAL DECLINE EN TROIS RECHERCHES D'INFORMATION :	57
3- METHODOLOGIE DES TROIS ENQUETES :	59
4- ORIGINE ET DEVENIR DES JEUNES ACCUEILLIS EN IR :	61
5- LES PROFILS DES JEUNES DES TROIS ENQUETES NE SONT PAS FONDAMENTALEMENT DIFFERENTS...	63
6- ...MAIS PRESENTENT TOUTEFOIS DES SPECIFICITES :	66
7- CONCLUSIONS :	68
B- PROPOSITIONS :REAFFIRMER DES PRINCIPES D'INTERVENTION FEDERATEURS ET ADAPTER LA CONCEPTION DES PRISES EN CHARGE	69
1- FAVORISER L'INTEGRATION SOCIALE PAR UNE ACTION PRECOCE :	69
2- IMPULSER DES LOGIQUES DE COMPLEMENTARITE ET DE CONCERTATION AFIN D'ASSURER UNE CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE :	71
3- REAFFIRMER QUE L'USAGER EST AU CŒUR DU DISPOSITIF :	72
4- SOUTENIR UN ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL GLOBAL :	73
5- ACCOMPAGNER ET GARANTIR L'INTEGRATION SCOLAIRE EN MILIEU ORDINAIRE :	73
6- GUIDER ET SOUTENIR LES PROFESSIONNELS :	74
7- DEVELOPPER LES EVALUATIONS :	75
C- LES MOYENS DE MISE EN ŒUVRE DE CES PRINCIPES : LE PARTENARIAT ET L'APPROCHE LOCALE	76
1- LES CONDITIONS DU PARTENARIAT :	76
2- LES NIVEAUX POSSIBLES DU PARTENARIAT ET LES INITIATIVES DEVELOPPEES :	77
4- REMARQUES RELATIVES A LA CELLULE DE CONCERTATION POUR LES SITUATIONS D'ADOLESCENTS DIFFICILES DU VAL D'OISE :	79
C- L'ARTICULATION DES DRASS ET DDASS AUTOUR DES PROBLEMATIQUES DES ADOLESCENTS DIFFICILES :	80
CONCLUSION	82
BIBLIOGRAPHIE	85
ANNEXES	83

INTRODUCTION :

Au départ, des constats :

Selon les professionnels du champ médico-social, les jeunes accueillis en institut de rééducation posent de plus en plus de difficultés de prise en charge (violences en établissement, refus de la collectivité, déstabilisation des équipes...), problèmes qui font écho aux malaises de notre société : chômage de masse, montée des exclusions, violences à l'école...

Ces jeunes dont le point commun est de présenter des troubles de la conduite et du comportement (TCC) sont, semble-t-il, plus proches de ce qu'on peut appeler un 'handicap social'. Les causes et les conséquences de leur inadaptation sont multiples, ce qui rend délicate la construction d'une réponse adaptée à leurs besoins et complexifie l'exercice de planification de l'offre.

Les instituts de rééducation (IR) dont la mission est définie par les annexes XXIV simple du Décret du 27 octobre 1989, offrent une réponse spécifique aux besoins de ces jeunes en articulant les dimensions pédagogiques, éducatives et thérapeutiques. Toutefois, le champ d'intervention des IR conserve des contours flous en raison des problématiques multiples des jeunes accueillis, mêlant souvent difficultés sociales, sanitaires, scolaires, voire judiciaires.

Ainsi, dans le contexte actuel de révision de la Loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, et dans un souci de vérifier l'adéquation des réponses proposées par les instituts de rééducation, une mission de l'Inspection Générale des Affaires Sociales est en cours.

Les difficultés de prise en charge semblent se focaliser sur quelques éléments incontrôlés ou incontrôlables qui risquent de plus en plus, d'une part, d'être évincés de structures destinées, au départ, à les accueillir et, d'autre part, de se retrouver sans solution et inscrits sur la liste d'attente de la CDES. Leur point commun paraît résider dans la complexité de leur parcours. Ils sont parfois connus des autres services spécialisés (aide sociale à l'enfance - ASE, protection judiciaire de la jeunesse - PJJ,...) et sont appelés **jeunes au 'profil frontière' ou 'mixte'** en raison des similitudes qu'ils présentent avec les jeunes suivis dans les autres filières. La mixité de leur profil peut donc s'exercer dans plusieurs directions : avec la psychiatrie, d'autres structures médico-sociales spécialisées pour les déficients mentaux (les Instituts Médico Educatifs - IME), les services de l'ASE ou de la PJJ.

Par ailleurs, ces difficultés de prise en charge ne se posent pas qu'aux instituts de rééducation mais, également de façon transversale, aux établissements de ces autres champs institutionnels.

La problématique s'articule donc autour de **trois constats** :

- le public des instituts de rééducation est multiple,
- le problème de prise en charge semble se focaliser sur les jeunes 'frontière',
- une difficulté partagée avec d'autres institutions.

Les objectifs de cette recherche :

L'objectif principal est donc de tenter de répondre à la question suivante :

Comment améliorer la prise en charge des jeunes « au profil frontière » accueillis en institut de rééducation ?

Cette question reflète le souci de l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales de répondre aux besoins de ces jeunes, en régulant et en faisant évoluer l'offre de prise en charge. Sa position lui permet d'avoir une approche globale de cette problématique, d'une part, en intervenant sur l'offre proposée par les IR (par l'intermédiaire de leviers d'action telle que l'approche budgétaire, des évaluations...) et, d'autre part, en appréciant l'importance de la demande et la variété des cas

particuliers, par l'intermédiaire de la CDES¹, qu'il est amené à animer conjointement avec l'Inspection Académique.

Indirectement cet objectif principal, pose la question de la spécificité du profil des jeunes que l'on retrouve en IR. Pourquoi y sont-ils ? Qu'est-ce qui les différencie des jeunes accueillis dans les autres institutions ? Leurs besoins sont-ils différents ? Comment y répondre ?

La question de l'amélioration de la prise en charge des jeunes en IR ne constitue donc qu'un des versants de la problématique des jeunes en difficulté. Ce mémoire centré sur les instituts de rééducation, n'a pas la prétention de traiter de la problématique générale et très complexe des jeunes en difficulté.

Ainsi, l'objectif principal sera décliné en objectifs secondaires qui seront abordés au niveau local, dans le département du Val d'Oise. En effet, le stage d'exercice professionnel offre un terrain d'exploration, qui s'il n'a pas la prétention d'être représentatif, donne déjà quelques pistes de réflexion. La réponse à l'objectif principal passe donc, au préalable, par **trois questions** :

- l'identification du public accueilli en IR, de son parcours, de son devenir afin de comprendre ses besoins,
- l'estimation quantitative de l'importance des jeunes au 'profil frontière',
- l'analyse des listes d'attente de la CDES pour l'admission en IR afin de faire des comparaisons avec les jeunes actuellement en établissement.

Dès lors, **trois hypothèses de travail** pourront être testées :

- la population accueillie est adéquate aux IR selon les termes de l'annexe XXIV et :
 - soit, le nombre de places est insuffisant,
 - soit, le nombre de places est suffisant.
- la population accueillie est inadéquate et des places sont occupées indûment (par exemple par certains jeunes « frontière »)
- des problématiques inter-institutionnelles freinent le développement du partenariat et le bon suivi des jeunes « frontière ». La trop grande spécialisation crée de « l'incassable ».

Une problématique abordée en trois parties :

Au préalable, il est indispensable de **resituer la place des instituts de rééducation parmi les interventions auprès des jeunes inadaptés (Partie 1)**. Pour ce faire, quelques rappels historiques permettront de baliser la réflexion (Point A) avant d'aborder le cadre de l'action des IR (Point B) et une tentative de définition de la population accueillie (Point C).

La seconde partie, présente le terrain d'exploration et d'analyse de cette problématique : **le Val d'Oise et notamment la place des jeunes atteints de troubles de la conduite et du comportement**. Après une présentation du contexte départemental et des différentes institutions pouvant être amenées à intervenir dans le champ de l'inadaptation (Point A), la question des troubles de la conduite et du comportement est abordée à travers l'offre de prise en charge et les besoins recensés (Point B). Enfin, (Point C) cette problématique est repositionnée dans le cadre de la politique contractuelle régionale DRASS/DDASS mise en place dans le champ du handicap.

Pour finir, la dernière partie (**Partie 3**) se propose d'aborder **les axes de réponse aux besoins des jeunes présentant des troubles de la conduite et du comportement** afin d'améliorer leur prise en charge. Un premier point (A) présente **les résultats de trois enquêtes population menées dans le cadre du stage d'exercice professionnel** :

- auprès des 314 jeunes accueillis au 1^{er} octobre 1998 dans les IR du département,
- à propos des jeunes sortis d'institut de rééducation entre septembre 1997 et août 1998,
- enfin, sur les jeunes bénéficiant d'une orientation en IR non satisfaite et présents sur la liste d'attente de la CDES du Val d'Oise.

Enfin, les propositions s'articulent autour de la réaffirmation de principes fédérateurs afin d'améliorer les prises en charge (Point B), les moyens de mise en œuvre de ces principes qui s'appuient sur le partenariat et l'approche territoriale (Point C), pour finir sur l'articulation des DRASS et DDASS autour des problématiques des adolescents difficiles (Point C).

¹ Commission Départementale d'Education Spéciale.

PREMIERE PARTIE :

**PLACE DES INSTITUTS DE
REEDUCATION PARMIS LES
INTERVENTIONS AUPRES DES
JEUNES INADAPTES**

Une approche rapide du profil des jeunes accueillis en institut de rééducation est troublante. Quels aspects les différencient des jeunes accueillis dans les établissements sociaux de l'ASE ou ceux de la PJJ avec lesquels ils partagent apparemment des points communs (difficultés sociales, comportement violent...)?

Le terme d'inadaptation est également troublant : inadaptation à quoi ? Pourquoi les retrouve-t-on dans le champ de la Loi N°75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées ? Certes, leurs troubles dérangent et rappellent la notion de 'handicap social' mais ils ne paraissent pas complètement irréversibles comme peuvent l'être certains handicaps. Tels sont les questionnements qui sous-tendent cette première partie articulée en trois points :

- un rapide panorama historique afin de situer l'intervention des instituts de rééducation dans le faisceau des interventions conjointes ou disjointes des autres institutions, pour finir par aborder la période contemporaine et le partage des compétences actuelles.
- une présentation du cadre légal de l'action et des missions des instituts de rééducation;
- une tentative de caractérisation de la population accueillie en institut de rééducation à travers la définition de la notion de 'troubles de la conduite et du comportement' et ce qui la singularise des autres publics avec lesquels elle est souvent confondue ou assimilée.

A- LES INTERVENTIONS AUPRES DES JEUNES INADAPTES :

1- LES GRANDES ETAPES HISTORIQUES JUSQU'AU PARTAGE DES COMPETENCES ACTUELLES :

L'enfant inadapté, terme générique qui peut recouvrir des situations variées, renvoie à des fractions de populations estimées 'spéciales', à un moment, c'est à dire 'pas comme les autres'. Le choix de cette formulation témoigne d'une orientation : le sort de ces enfants-là ne peut se comprendre pleinement que par référence aux enfants du tout venant. Toutefois, le terme 'inadapté' est plutôt associé à des enfants et adolescents qui ne peuvent s'adapter à une vie normale sur les plans familial, scolaire, social ou professionnel sans un effort prolongé de rééducation qui associe, le plus souvent, mais dans des proportions variables, des mesures médicales, psychologiques, pédagogiques, éducatives et sociales.

La protection sanitaire et sociale de ces enfants est formée de réseaux d'institutions qui se sont développées selon leur dynamique propre. Ainsi, coexistent une grande variété de structures aux statuts différents (public/privé, social/médico-social/sanitaire, milieu ouvert/milieu institutionnel...) et qui sont encore inégalement réparties sur le territoire français (cf. Point B ci-dessous).

Les dernières décennies ont vu le rapprochement de ces divers services : protection maternelle et infantile -PMI- et l'aide sociale à l'enfance -ASE-, début de construction de schémas départementaux communs à l'ASE et la PJJ, schémas départementaux du handicap DDASS / Conseils Généraux...

La problématique des jeunes 'frontière' accueillis en institut de rééducation qui peuvent être à la limite de plusieurs types de prises en charge institutionnelles pointe de façon directe les zones d'ombre qui subsistent.

Historiquement, quatre grands domaines de prise en charge peuvent être distingués : la protection de l'enfant abandonné ou en difficultés sociales, la justice des mineurs, l'éducation des enfants, la prise en charge des enfants handicapés et celle des malades mentaux. Si hier, les interventions de ces domaines étaient disjointes, l'ambition, aujourd'hui est de les articuler au maximum autour d'un projet individuel pour l'enfant. Les origines historiques de ces domaines d'intervention, les cultures véhiculées étant différentes, ces rapprochements et articulations ne se font que progressivement.

11- De la protection de l'enfant abandonné et sans famille à celle des enfants dont la famille est défaillante :

Une forme d'intervention très ancienne :

De tout temps, une aide sociale à l'enfance a été mise en œuvre. Il a toujours existé, en effet, des institutions charitables pour recueillir les enfants abandonnés à la naissance et les orphelins pauvres (l'église dès le IV^{ème} siècle). Ce sont ensuite les hôpitaux qui accueillaient une grande partie de l'enfance errante, au même titre que les mendiants, les vieux et malades misérables. Cette organisation restait toutefois embryonnaire.

Un des grands problèmes de ces institutions était leur financement qui se trouva en partie résolu à Paris au XVII^{ème} siècle avec Saint Vincent de Paul qui réussit à orienter les investissements des riches dames de la bonne société vers les enfants abandonnés.

L'importante augmentation de l'abandon des nouveau-nés à la fin du XVII^{ème} siècle va obliger à modifier cette organisation adaptée à un petit nombre d'enfants. Ainsi, naît l'idée que ces enfants pourraient rester dans des familles, en particulier en milieu rural. A la veille de la Révolution, le destin de l'enfant abandonné est théoriquement le suivant :

- 0 à 6 ans : période de maternage chez une nourrice rémunérée ;
- 6 à 12 ans (ou plus) : placement chez une famille nourricière rémunérée ;
- 12 ans et plus : mise en apprentissage, l'accueillant n'est plus rémunéré et bénéficie des services gratuits que l'enfant doit fournir jusqu'à 25 ans environ.

En 1793, la Convention proclame l'obligation pour la nation de pourvoir à « l'éducation physique et morale des enfants abandonnés »².

Le XIX^{ème} siècle est une période charnière dans le domaine de l'aide sociale à l'enfance. Le cadre juridique est fixé par un décret de 1811 qui consacre la séparation des enfants (âge limite de l'enfance : 12 ans) des autres catégories (vieillards, mendiants...). Ce texte institutionnalise les 'tours' : cylindre incrusté dans un mur, de la taille d'un nouveau-né, et qui pivote sur lui-même. La mère 'abandonnante' y dépose son enfant, tire sur une sonnette, le cylindre pivote et l'enfant est recueilli. Les tours seront abolis en 1860, avec la consécration de l'admission à bureau ouvert.

Le XIX^{ème} siècle est marqué par l'institution des secours et la multiplication des catégories d'enfants pris en charge (enfants dits hospitaliers, enfants 'en dépôt', enfants moralement abandonnés...) avec partage du financement : la commune pour les enfants aux parents connus, le département pour les enfants aux parents inconnus.

Il faut noter également la médicalisation progressive des institutions d'enfants et la création, en 1871, du corps des inspecteurs des enfants assistés.

La protection maternelle et infantile a son origine dans la Loi Roussel de 1874 qui, pour lutter contre les scandales de l'industrie nourricière de l'époque, a imposé une surveillance médico-sociale systématique des plus jeunes enfants placés en nourrice.

Il faut attendre la Loi du 15 avril 1943 pour poser les grands principes de l'aide à l'enfance que reprendra plus tard le Code de la famille et de l'aide sociale (CFAS).

Créée par le décret du 29 novembre 1943, l'aide sociale à l'enfance est compétente pour recueillir l'enfant abandonné physiquement et moralement. L'administration développe son réseau d'intervention et de services publics tout en continuant à utiliser largement la capacité du secteur privé (secteur associatif). Ces missions sont confiées dès 1964, date de leur création, aux DDASS.

En 1973, le rapport Dupont-Fauville propose la création d'un service unifié de l'enfance afin de mieux coordonner l'aide sociale à l'enfance, la protection maternelle et infantile, la santé scolaire et l'hygiène mentale et infantile.

Un nouveau partage de compétences depuis la décentralisation :

En 1980, l'important rapport rédigé par Jean-Louis Bianco et Pascal Lamy affirme : « L'aide sociale à l'enfance bouge plus qu'on ne le croit. La transformation fondamentale, c'est celle de la clientèle.(...) Il faut définitivement passer du refuge pour enfants sans famille à un service pour les familles en difficultés, d'une institution parfois monolithique et repliée sur elle-même à une gamme d'interventions extrêmement subtiles et diversifiées. Et il faut faire prendre conscience à

² La protection sociale en France, Les notices de la documentation française, page 75, décembre 1995.

chacun de ce que constitue l'ensemble dans lequel il travaille, qui n'est pas immédiatement déchiffrable »³.

C'est dans ce contexte qu'interviennent les lois de décentralisation en 1983. Si le préfet conserve la tutelle des pupilles de l'Etat, le président du Conseil Général, sur la base de la Loi du 22 juillet 1983 complétant celle du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat, se voit chargé du service de l'aide sociale à l'enfance. La Loi du 6 juin 1984 met en œuvre l'harmonisation de la législation sociale rendue obligatoire par le mouvement de décentralisation.

Ensuite, la « Loi particulière » du 6 janvier 1986 a pour but de réécrire les missions générales de l'aide sociale à l'enfance en insistant notamment sur la politique de prévention (notamment auprès des femmes enceintes et des familles les plus fragiles).

La Loi du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements, confie au président du Conseil Général un rôle pivot en la matière. Celle du 8 janvier 1993, reprend la convention des droits de l'enfant de l'ONU du 26 janvier 1990, complète le code pénal concernant les mineurs, les principes généraux de la filiation et crée un juge aux affaires familiales.

Actuellement, l'aide sociale à l'enfance est un droit subjectif en faveur de l'enfant et de la famille. C'est également une obligation à la charge du département qui ne doit pas se borner à un simple catalogue de prestations spécifiques et individuelles mais élargir ces interventions à la prévention globale de l'inadaptation sociale et à la protection de l'enfance.

En décembre 1992, près de 112 000 enfants sont confiés à l'ASE et en 1994, les foyers de l'enfance, les villages d'enfants et les maisons d'enfants à caractère social offrent près de 52 000 places⁴. Les actions menées dans le Val d'Oise sont présentées dans la seconde Partie, Point A.

12- La justice des mineurs : du tout répressif à la priorité à l'éducatif

La fin des bagnes d'enfants :

Jusqu'au XIX^{ème} siècle, la réponse à la délinquance juvénile était l'enfermement. Le cadre carcéral classique apparaissant cependant peu adapté aux mineurs, des établissements spéciaux furent peu à peu fondés : prison de La Petite Roquette en 1836 puis les colonies agricoles (1840 Mettray) assurant la rééducation des enfants 'vicieux' par le travail et l'apprentissage dans un cadre semi-ouvert.

La transformation la plus profonde intervient au XX^{ème} siècle avec, en 1912, la séparation juridique des mineurs délinquants d'avec les adultes. La Loi du 22 juillet 1912 prévoit notamment la création d'une juridiction spéciale (les tribunaux pour enfants), l'institution du régime de liberté surveillée et des mesures d'éducation et de redressement se substituant aux mesures répressives.

Il a fallu toutefois attendre 1936, avec la dénonciation du scandale des institutions publiques et privées par le journaliste Alexis Danan et l'action du Ministre Henri Sellier du gouvernement Léon Blum, pour aboutir à une réforme efficace de tout le système éducatif des adolescents difficiles et assister à la fin des 'bagnes d'enfants'.

L'ordonnance du 2 février 1945 crée en particulier les juges pour enfants et marque la priorité de la mesure éducative sur la sanction pénale. Elle consacre également la reconnaissance d'un droit à l'éducation pour les mineurs délinquants. Le juge des enfants sera, à partir de 1958, compétent pour les affaires de mineurs en danger : l'assistance éducative est créée par l'ordonnance du 23 décembre 1958.

Le système de protection judiciaire de la jeunesse (la situation du Val d'Oise est abordée dans la Seconde Partie, Point A) repose sur l'instance :

- administrative, volet préventif, nécessitant l'accord des parents, géré par les conseils généraux depuis la décentralisation : PMI et ASE ;
- ou judiciaire, lorsque les conditions d'éducation de l'enfant sont gravement compromises ou quand il y a danger. L'application de ces décisions, qui peuvent être imposées aux parents, est confiée aux services de la Protection Judiciaire de la Jeunesse rattachés au Ministère de la Justice.

³ L'aide à l'enfance, contribution à une politique de réduction des inégalités, étude RCB (rationalisation des choix budgétaires), Jean-Louis Bianco, Pascal Lamy, Ministère de la santé et de la sécurité sociale, imprimerie nationale 1980.

⁴ Annuaire des statistiques sanitaires et sociales, SESI, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, édition 1996.

Trois catégories de mineurs sont pris en charge par la PJJ :

- les mineurs en danger (les articles 375 à 375-8 du Code civil prévoient l'instauration des mesures d'assistance éducative par les juges des enfants) ;
- les mineurs délinquants (ordonnance du 2 février 1975 : principe de responsabilité atténuée pour les infractions commises par les mineurs, aucune condamnation ne peut être décidée concernant les moins de treize ans, possibilités de dérogations vis à vis des jeunes de 13 à 18 ans...);
- les jeunes majeurs (un décret du 18 février 1975 permet aux jeunes majeurs qui éprouvent des difficultés d'insertion sociale de solliciter le juge des enfants).

Environ 267 000 jeunes ont été jugés en 1995 par les juridictions spécialisées (dans 137 tribunaux pour enfants et par 305 juges des enfants) :

- 205 815 mineurs en danger;
- 51 933 mineurs délinquants;
- 9 165 jeunes majeurs⁵.

La collaboration entre le service de l'ASE et l'autorité judiciaire :

Les services de l'ASE et de l'autorité judiciaire s'organisent sur un mode complémentaire.

Par exemple, si l'ASE n'obtient pas l'accord de la famille et estime que la situation ne peut perdurer sans risque pour l'enfant, ce service appelle l'attention du juge.

Par ailleurs, au titre de l'assistance éducative ou de la prévention de l'enfance délinquante, le service de l'ASE peut être amené, soit à prendre en charge matériellement et financièrement des décisions de justice relatives à des enfants, soit à ne les supporter que financièrement. Exemple, s'il est nécessaire de retirer l'enfant de son milieu actuel, l'article 375-3 du code civil prévoit que le juge peut décider de le confier, entre autres, au service départemental de l'ASE (garde) qui est libre du mode de placement. Mais si le juge n'est pas satisfait de celui-ci, il peut reprendre l'enfant et le placer directement (placement direct) dans un autre établissement, la charge financière restant supportée par le département.

Ainsi, comme l'indiquait le rapporteur à l'Assemblée Nationale de la Loi du 6 janvier 1986, les juges sont des 'ordonnateurs' du budget du département, comme les médecins le sont pour le budget de la Sécurité Sociale.

Les institutions de la PJJ sont donc complémentaires de celles chargées de la protection administrative de l'enfance tout particulièrement de l'ASE. La Loi du 6 janvier 1986, prévoit même une convention Etat-département pour définir les objectifs locaux de la protection judiciaire de la jeunesse. Un tel schéma départemental est en cours d'élaboration dans le Val d'Oise (cf. Seconde Partie) et devrait s'articuler avec les programmes départementaux des services et établissements sociaux et médico-sociaux (Circulaire Justice du 22 juin 1990).

13- Le rapprochement de deux axes longtemps distincts : le pédagogique et le thérapeutique

La volonté d'éducation des enfants en difficulté a été consacrée par la Loi du 15 avril 1909 avec la création des 'classes' de perfectionnement annexées aux écoles élémentaires pour l'accueil des enfants 'arriérés'. Parallèlement, l'évolution de la prise en charge de la santé mentale des jeunes et du handicap, a abouti, à l'époque contemporaine à une véritable articulation avec l'application de 'l'obligation éducative'.

La santé mentale : le passage d'une conception asilaire à la politique de secteur :

L'organisation psychiatrique repose en grande partie sur un texte très ancien : la Loi du 30 juin 1838 sur le régime des aliénés qui met en place les asiles publics et départementaux. A l'époque novatrice, cette loi fait de l'aliéné, plus ou moins confondu avec le délinquant, un malade à protéger contre les internements arbitraires. Mais étant donné les difficultés de la thérapeutique, très vite le rôle de la protection de l'ordre public a prédominé. De cette époque restera la création d'établissements spécialisés dans chaque département : les asiles 'd'aliénés' devenus hôpitaux psychiatriques départementaux puis les 'centres hospitaliers spécialisés'.

Dès le milieu du XXème siècle, mais surtout après 1950, les progrès de la psychothérapie et de la psychopharmacologie ont permis le développement des traitements ambulatoires.

⁵ Les cahiers de la Justice : La PJJ, plaquette de présentation publiée par le Ministère de la Justice.

A la conception asilaire de l'établissement psychiatrique s'est substituée celle d'un centre de cure aux dimensions beaucoup plus réduites avec de nouvelles formes architecturales (pavillons, suppression des dortoirs...). Mais le changement majeur date de la circulaire du 15 mars 1960 du Ministère de la Santé qui pose le principe de la politique de secteur : avec la continuité de la prise en charge avec, si possible, intervention dans le milieu de vie naturel, l'hospitalisation qui n'est qu'une étape du traitement et doit être évitée ou abrégée, l'organisation territoriale...

Toutefois, il faut attendre les Lois du 25 juillet et du 30 décembre 1985 pour assister à une consécration législative du secteur et à l'unification des financements désormais à charge de l'assurance maladie. Il faut souligner que depuis les lois de décentralisation les compétences en matière de protection de la santé mentale et de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies ont été confiées à l'Etat.

Les décrets du 14 mars 1986 viennent préciser et aménager les trois types de secteurs :

- celui de la psychiatrie générale, pour la population dont l'âge se situe au-delà de 16 ans,
- un secteur de psychiatrie infanto-juvénile,
- et un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Concernant la psychiatrie infanto-juvénile, le territoire a été découpé sur la base de la circulaire du 16 mars 1972 du Ministère de la Santé. Aujourd'hui on compte 308 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile couvrant la population de trois secteurs de psychiatrie générale soit, en moyenne, 52 000 personnes de 0 à 16 ans.

Les secteurs prennent en charge les enfants et adolescents atteints de psychoses infanto-juvéniles, de déficits majeurs, de troubles psychiques liés à des conditions socio-familiales défavorables, de carences affectives ou de mauvais traitements voire de troubles de la conduite et du comportement très lourds.

La politique de santé mentale en faveur des enfants s'est élaborée au moment de la sectorisation. L'orientation fondamentale du dispositif actuel, basé sur des équipes pluridisciplinaires, est de maintenir l'enfant dans son milieu familial et scolaire chaque fois que cela est possible. La prise en charge s'effectue donc essentiellement en ambulatoire et de façon séquentielle (Centres médico-psychologiques -CMP-, les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel -CATTP-...), l'hospitalisation complète et l'hôpital de jour ne concernent qu'une minorité des patients. Dans le cas de soins à temps complet, la scolarisation est assurée à l'hôpital par des enseignants spécialisés mis à disposition par l'Education Nationale.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, fait de la psychiatrie une discipline de court séjour. Enfin, la circulaire DH/DGS du 11 décembre 1992, relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents pose la promotion d'actions partenariales avec les secteurs sociaux et médico-sociaux comme une priorité et notamment le développement de la coopération entre les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (PIJ) et les établissements et services médico-sociaux relevant de l'annexe XXIV au niveau de la mise en œuvre des projets individuels et également au niveau inter-institutionnel par le biais de conventions.

La prise en charge des enfants handicapés : une nouvelle impulsion avec la Loi N°75-534 du 30 juin 1975

La mise en œuvre d'une véritable prise en charge spécifique des enfants handicapés remonte au XIX^{ème} siècle avec l'initiative de quelques médecins (Itard, Seguin). Toutefois, la notion de soin et de réparation est très ancienne puisque déjà les cités grecques possédaient des services médicaux spécialisés. En France, Saint-Louis créa pour les aveugles l'hôpital des quinze-vingt et Louis XIV les invalides. En fait, jusqu'à la Révolution, les hôpitaux comprendront deux fois plus d'infirmités que de malades et ce n'est qu'à la fin du XIX^{ème} siècle que la séparation se fera entre les hôpitaux qui accueillent les malades et les hospices où sont hébergés les vieillards, infirmes et incurables.

L'idée d'intégration sociale des handicapés n'apparaît que progressivement, d'une part dans le milieu professionnel pour les adultes (Loi de 1924 qui oblige toute entreprise de plus de 10 salariés à employer plus de 10% de mutilés de guerre) et d'autre part dans le milieu scolaire pour les enfants (Classes de perfectionnement créées en 1909). Toutefois, les enfants lourdement handicapés ne peuvent accéder à l'intégration scolaire ordinaire et c'est surtout grâce à des initiatives privées et, notamment des associations de parents, que des structures spécifiques ont pu se développer largement après 1945.

Il faut attendre la Loi N°75-534 du 30 juin 1975 pour avoir une harmonisation du cadre des interventions en faveur des personnes handicapées. Cette loi votée à la suite d'une part, du rapport Bloch-Lainé sur l'inadaptation des personnes handicapées et d'autre part, des travaux de René Lenoir sur l'exclusion s'est donné pour objectif de définir une véritable politique du handicap tout en laissant subsister les régimes existants (accidents du travail et maladies professionnelles, législation des victimes de guerre...). La loi s'est donnée pour objectifs « la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale (...) ». A cette fin, l'action poursuivie assure, chaque fois que les aptitudes des personnes handicapées et de leur milieu familial le permettent, l'accès du mineur et de l'adulte handicapés aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et leur maintien dans un cadre ordinaire de travail et de vie» (article 1). Ce texte affirme donc sortir de la logique d'assistance au profit de la solidarité nationale.

L'article 4 prévoit que les jeunes sont soumis à l'obligation d'éducation, que ce soit une éducation scolaire ordinaire (cas d'intégration scolaire) ou une éducation spéciale dans des classes adaptées en milieu scolaire ordinaire ou dans des établissements spécialisés (établissements médico-sociaux régis par la Loi N°75-535 du 30 juin 1975 et qui disposent de personnel de l'Education Nationale).

Concernant les enfants, la Commission Départementale d'Education Spéciale -CDES-, instance départementale régie par la Loi N°75-534 du 30 juin 1975 et la circulaire N°76-156 du 22 avril 1976 permet la prise de décision concernant notamment la nature du handicap, l'orientation scolaire, éducative, thérapeutique des jeunes handicapés et le versement de l'Allocation d'Education Spéciale -AES-.

Les établissements pour enfants et adolescents handicapés peuvent avoir des statuts juridiques variés (publics ou privés, nationaux ou départementaux...) mais répondent pour la plupart à des dispositions générales, éventuellement adaptées à la spécificité des missions :

- règles applicables à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux (Loi N°75-535 du 30 juin 1975 : création, autorisation, habilitation, tarification, organisation, statuts ou conventions collectives des personnels...);
- normes techniques de fonctionnement : il s'agit des conditions techniques auxquelles sont subordonnés l'agrément ou l'autorisation des établissements en application des annexes XXIV simple (établissements pour enfants présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés), XXIV bis (enfants déficients moteurs), XXIV ter (polyhandicapés), XXIV quater et quinquies (déficients auditifs et visuels) du décret du 9 mars 1956 modifié par celui du 27 octobre 1989.

Une articulation délicate entre maladie et handicap :

L'opposition traditionnelle entre la maladie (relevant du dispositif sanitaire régi par la loi de 1970 revue en 1991) et le handicap (auquel correspond le dispositif médico-social dépendant de la loi de 1975) apparaît aujourd'hui comme un anachronisme : considérer une personne comme handicapée (reconnue comme telle par les commissions départementales : CDES pour les enfants jusqu'à 20 ans et COTOREP pour les adultes) ne doit pas pour autant aboutir à nier l'évolutivité de son état.

Inversement, une maladie (ex : la psychose) peut provoquer une ou des déficiences (ex : trouble cognitif ou de la communication) qui à leur tour provoquent des incapacités (ex : impossibilité de lire, de s'orienter dans l'espace) qui aboutissent au handicap⁶ considéré comme une non réponse à l'attente sociale par rapport à l'âge ou au niveau de l'enfant.

Par ailleurs, si la Loi de 1975 mentionne les 'handicapés physiques, sensoriels ou mentaux', il est difficile de tracer une frontière entre déficit intellectuel et trouble de la personnalité, entre handicap mental et maladie mentale, d'autant plus que les handicaps sont souvent associés, que l'état de l'enfant est évolutif en fonction des thérapeutiques ou du milieu.

Les instituts de rééducation relèvent de l'annexe XXIV simple du décret du 27 octobre 1989. Les jeunes accueillis dans ces structures sont donc rattachés au champ du handicap. Une analyse

⁶ Terminologie empruntée à la classification des handicaps de l'OMS qui s'inspire des travaux de Ph. WOOD sur le handicap. Cette classification comprend trois axes :

l'axe des déficiences : atteinte anatomique, physiologique ;

l'axe des incapacités qui sont la conséquence de cette déficience sur l'activité en termes de limitation des performances et aptitudes ;

l'axe des désavantages : conséquences des incapacités sur la vie quotidienne.

de la population accueillie dans ces établissements⁷ souligne que ceux-ci semblent résolument rattachés à ce champ car les psychoses et les troubles de la personnalité sont exclus de l'aire de recrutement.

Toutefois, dans cette même étude certains établissements se décrivent dans un champ de compétence beaucoup plus proche de la pathologie. Certaines formulations du profil des jeunes accueillis s'apparentent directement au champ sanitaire qu'il s'agisse d'une brève formule : « perturbations psycho-affectives », ou d'une description plus exhaustive que ne désavouerait pas un hôpital de jour : « Enfants de 7 à 14 ans de potentialité intellectuelle normale ou subnormale présentant des troubles de l'évolution de la personnalité qui entraînent des difficultés de comportement en milieu familial et/ou scolaire et nécessitent une prise en charge institutionnelle associée si besoin à un traitement psychothérapeutique et éventuellement à des rééducation du langage ainsi qu'un rattrapage scolaire ».

2- DES CLIVAGES QUI RESULTENT DE L'HISTOIRE DES INSTITUTIONS ET DU NOMBRE D'ACTEURS ET DE FINANCEMENTS DIFFERENTS :

Ce rapide aperçu historique permet de mieux comprendre les ambiguïtés actuelles concernant la prise en charge des enfants inadaptés, d'autant plus que ce terme, aux contours assez flous, chevauche plusieurs champs de compétences.

Les clivages qui subsistent malgré tout, comme ceux entre les secteurs social/médico-social/sanitaire, sont liés à la multitude des acteurs, à la logique de chaque secteur et surtout à des sources de financement différentes.

A l'Etat, la gestion du secteur sanitaire (notamment la psychiatrie infanto-juvénile) et le secteur médico-social avec des financements de l'assurance maladie. A l'Etat également :

- la mise en œuvre et le financement de l'obligation éducative à travers l'Education Nationale,
- l'application des mesures judiciaires grâce aux Directions de la Protection Judiciaire de la Jeunesse mais accompagné d'un financement variable selon la mesure en application (schématiquement Ministère de la Justice dans le cadre des établissements et services agréés PJJ, Conseil Général et plus précisément ASE dans les autres cas),
- l'urgence sociale (PAIO, hébergement d'urgence) avec sur certains champs un partenariat avec les collectivités territoriales (cofinancements des missions locales avec les communes, du Fonds d'aide aux jeunes avec les départements...).

Depuis les lois de décentralisations **les trois niveaux de collectivité territoriale** disposent de blocs de compétences théoriquement bien définis. Par rapport au sujet des jeunes inadaptés, il faut souligner que :

- les communes organisent notamment les interventions sociales au niveau du centre communal d'action social (CCAS),
- les départements ont compétence notamment pour l'ensemble des prestations légales d'aide sociale, la PMI, l'ASE,
- les conseils régionaux interviennent notamment sur le champ de la formation professionnelle.

Enfin, **le tissu associatif** est le principal support des structures sociales intervenant auprès de l'enfance en difficulté (ASE) ou en danger (PJJ) et est également le principal promoteur des établissements médico-sociaux. Les unions ou fédérations comme l'UNAPEI (Union Nationale de Parents d'Enfants Inadaptés), l'APF (Association des Paralysés de France), l'APAJH (Association Pour les Adultes et les Jeunes Handicapés) et de nombreuses autres associations à vocation locale, départementale ou nationale restent toujours très actives comme promoteurs et gestionnaires d'établissements et de services spécialisés, mais aussi comme porte-paroles des personnes handicapées et de leur famille.

Toutefois, concernant les parents d'enfants atteints de troubles de la conduite et du comportement, il faut souligner un fait remarquable : il n'existe aucune association les fédérant. Cela est à rapprocher du fait que ces familles connaissent souvent des difficultés ou fragilités qui peuvent être à l'origine des troubles de leur enfant.

La seule initiative associative est celle de l'Association des Instituts de Rééducation (AIRE) qui regroupe essentiellement les directeurs de ces structures.

⁷ Enquête sur les demandes d'admission en institutions médico-éducatives entre le 1^{er} février et le 31 juillet 1996, INSERM-Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, J. P. Thévenot et N. Quemada, pages 21-22, juin 1998.

Il est clair que la séparation issue de la décentralisation, répartissant l'aide sociale au département et le secteur médico-social aux services déconcentrés de l'Etat, n'a pas clarifié les choses et scinde quelque peu artificiellement les modes de prises en charge des enfants et adolescents souffrant de troubles de la conduite et du comportement, accentuant du même coup, sans les régler, les problématiques à la frontière du social, du judiciaire et du soin.

B- LA FINALITE DES INSTITUTS DE REEDUCATION :

1- LE CADRE LEGAL ET LES MISSIONS :

Les instituts de rééducation (IR) ont à la fois une mission éducative, pédagogique et thérapeutique. Instituts médico-éducatifs définis par l'annexe XXIV simple (décret N°89-798 du 27 octobre 1989 et circulaire d'application N°89-17 du 30 octobre 1989), ils sont destinés d'après l'article 1 § 3 de ce décret à accueillir en internat, semi-internat et/ou en externat des « enfants ou adolescents dont les manifestations et les troubles du comportement rendent nécessaire, malgré des capacités intellectuelles normales ou approchant la normale, la mise en œuvre de moyens médico-éducatifs pour le déroulement de leur scolarité ».

L'article 2 précise, « la prise en charge tend à favoriser l'épanouissement, la réalisation de toutes les potentialités intellectuelles, affectives et corporelles, l'autonomie maximale quotidienne sociale et professionnelle. Elle tend à assurer l'intégration dans les différents domaines de la vie, la formation générale et professionnelle. ».

La prise en charge comporte :

- « - l'accompagnement de la famille et de l'entourage habituel de l'enfant ou adolescent,
- les soins et rééducations,
- la surveillance médicale régulière, générale ainsi que de la déficience et des situations de handicap,
- l'enseignement et le soutien pour l'acquisition des connaissances et l'accès à un niveau culturel optimum,
- des actions tendant à développer la personnalité, la communication et la socialisation.

Un projet pédagogique, éducatif et thérapeutique d'établissement précise les objectifs et les moyens mis en œuvre pour assurer cette prise en charge. »

Le décret précise, ensuite, à l'article 3 que chaque enfant doit bénéficier de l'élaboration d'un « projet individuel pédagogique, éducatif, thérapeutique » défini, autant que possible en association avec la famille.

Il est clair que le projet de l'établissement ne doit pas être l'addition de plusieurs projets individuels mais posséder sa propre vocation : poser des règles de fonctionnement ainsi que les principes fondamentaux qui guident l'action des professionnels qui y interviennent. Le décret et la circulaire déclinent les modalités de fonctionnement de ces établissements notamment leur organisation (les différentes sections, l'hébergement, les transferts...), les personnels requis, les installations...

2- LE PROJET INSTITUTIONNEL :

Il se doit de combiner des approches complémentaires (scolarité et éducation spécialisée, approche thérapeutique et rééducation) et les professionnels considèrent souvent que, dès lors, la dimension institutionnelle constitue une dimension soignante. D'après Michel Defrance, Directeur d'un institut de rééducation en Bretagne « c'est parce que cette articulation fonctionne que l'institution devient véritablement soignante. Et sa fonction soignante ne peut se réduire au seul champ thérapeutique puisque l'ensemble du personnel y participe (...) et contribue au bien être de l'enfant »⁸.

Dans le même article, l'auteur cite le Directeur de l'école d'éducateurs de Buc qui schématiquement distingue deux tendances qui s'affrontent depuis l'origine du secteur de l'enfance inadaptée : « Pour la tendance très pédagogique, il est possible de résoudre, par des moyens culturels et éducatifs, un certain nombre de problèmes du côté des jeunes qui avaient

⁸ Michel Defrance, Le projet institutionnel, l'articulations des prises en charges in Les cahiers d'interface CREAL Ile de France, n°1 juin 1997, page 24.

des troubles du comportement. Pour la tendance psychothérapique, le comportement de l'enfant pris comme le symptôme de ses troubles psychiques nécessite un travail plus profond en termes d'accompagnement et de soutien individualisé.».

Souvent ces deux courants coexistent dans une même structure. Outre le profil de l'équipe de direction, c'est aussi l'histoire de l'institution qui influence nettement la nature du projet de l'établissement. Ainsi, dans le Val d'Oise (cf. Seconde Partie) les IR ont des origines diverses et des priorités différentes (exemple : un ancien orphelinat qui est plus orienté vers la tendance pédagogique et éducative).

3- L'ORIENTATION EN INSTITUT DE REEDUCATION :

Le principe :

Dans l'esprit de la Loi N°75-534 du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées, le principe de base est de laisser le jeune s'épanouir autant que possible dans son milieu de vie habituel et si possible dans un établissement scolaire normal avec, au besoin, un accompagnement par des soins ambulatoires. L'objectif étant une intégration sociale et professionnelle optimale en milieu ordinaire.

C'est donc uniquement en cas de nécessité absolue que l'enfant est orienté vers un enseignement spécialisé dans un IR. La révision périodique de son dossier devant, théoriquement, lui permettre sa réintégration en milieu normal.

Les missions de la CDES :

La Commission Départementale d'Education Spéciale -CDES- dont les missions sont définies à l'article 6 de la Loi N°75 du 30 juin 1975 et par la circulaire N°76-156 du 22 avril 1976 est compétente pour examiner la situation de ces enfants jusqu'à 20 ans essentiellement dans trois domaines :

- l'orientation vers les structures médico-sociales adaptées,
- l'attribution de l'Allocation d'Education Spéciale (AES), prestation familiale prévue par la loi d'orientation de 1975, destinée à compenser les dépenses supplémentaires d'une famille élevant un enfant handicapé (682 francs par mois au 1^{er} janvier 1998, elle peut être augmentée dans certaines conditions d'un des trois compléments possibles),
- l'attribution de la carte d'invalidité pour un taux d'incapacité d'au moins 80% (fixé en fonction d'un guide barème inspiré de la classification internationale des handicaps de l'OMS). Les jeunes des IR sont donc exceptionnellement concernés.

Saisine et décisions de la CDES :

Le milieu scolaire sert souvent de révélateur des difficultés rencontrées par les jeunes accueillis en IR. Lorsqu'un problème est décelé, la CDES peut être saisie par diverses parties prenantes : les parents, les commissions de circonscription de l'Education Nationale (cf. ci-dessous), l'établissement scolaire fréquenté, l'autorité responsable de tout centre ou service médical ou social fréquenté par le jeune...

Les propositions d'orientation sont examinées en équipe technique qui transmet ensuite celles-ci aux parents et aux établissements sélectionnés. Ces derniers doivent motiver le refus d'un candidat qui leur a été adressé par la CDES. Ce n'est que lorsque l'admission de l'enfant est imminente que la commission plénière valide la décision d'orientation. Les décisions sont notifiées aux parents qui ont un droit de recours. A noter que les décisions s'imposent à toutes les administrations concernées et qu'elles sont périodiquement révisées.

Composition de la CDES :

Placée sous la tutelle administrative conjointe de l'Inspection Académique et de la DDASS, la CDES est composée de douze membres nommés par le Préfet : trois membres proposés par la DDASS (dont au moins un médecin), trois membres proposés par l'Inspection Académique, les autres membres sont des représentants des organismes sociaux, d'associations locales du secteur handicapés, d'établissement d'enseignement privé recevant des enfants handicapés.

La présidence est alternée chaque année entre la DDASS et l'Inspection Académique. La CDES s'appuie sur des équipes pluridisciplinaires chargées d'examiner les situations sous tous leurs aspects : médical, social, psychologique, psychiatrique, pédagogique...

Articulation avec les commissions de circonscriptions de l'Education Nationale :

Egalement prévues par la loi d'orientation de 1975, elles sont chargées d'étudier les dossiers d'enfants ayant des difficultés à l'école. Elles sont de deux niveaux :

- celles ayant compétence pour des enfants relevant de l'enseignement préscolaire et élémentaire : Commissions de Circonscription du Préélémentaire et Élémentaire (CCPE),
- celles ayant compétence pour les élèves du second degré : Commissions de Circonscription du Second Degré (CCSD).

Tant qu'il n'y a pas d'accompagnement médico-social à prévoir et donc de financement de la part de l'assurance maladie, ces commissions sont compétentes sans saisine de la CDES. Elles orientent notamment les jeunes dans les classes adaptées de l'Education Nationale (Classes de perfectionnement, Classes d'Intégration Scolaire -CLIS-, Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté -SEGPA-...) font intervenir le Réseau d'AideS aux Enfants en Difficulté (RASED) en primaire.

Pour prendre ses décisions, la CDES s'appuie sur ces deux types de commissions de circonscription auxquelles elle peut déléguer certaines de ses compétences (exemple, la préparation de certains aspects des dossiers individuels).

4- PLUS DE 300 INSTITUTS DE REEDUCATION EN FRANCE :

Les statistiques donnent peu de réponses quant à la couverture des besoins :

L'enquête « ES » - établissements et services médico-sociaux, socio-éducatifs et sociaux⁹ apporte des éléments concernant les taux d'équipement, l'activité, la clientèle et le personnel de ces établissements. Les derniers résultats disponibles, au 1er janvier 1996, donnent donc une image de l'offre proposée par ces structures sur l'ensemble du territoire français.

Dès lors, il est possible de considérer que les éléments concernant l'offre proposée par les instituts de rééducation donnent un reflet des besoins locaux.

Ainsi, d'après cette source statistique, on compte 327 instituts de rééducation en France métropolitaine répartis de façon hétérogène sur le territoire. La région la mieux dotée est l'Aquitaine avec 44 établissements, suivie par Rhône-Alpes (38 instituts de rééducation) et Midi-Pyrénées (35 instituts de rééducation). L'Île de France n'apparaît qu'au 4ème rang avec 30 établissements alors qu'il s'agit de la région la plus peuplée, la plus urbanisée, avec le taux le plus élevé de familles monoparentales et qui devrait donc avoir le plus de besoins en termes d'équipements.

Pourtant, l'analyse du taux d'équipement en institut de rééducation¹⁰ confirme ces disparités. Ainsi, la région la mieux dotée est Midi-Pyrénées avec un taux d'équipement de 3.3, suivie de l'Aquitaine (3.0), puis de l'Auvergne (1.8). La région Ile de France figure parmi les plus démunies (0.5 places pour 1000 habitants de moins de 20 ans) avec le Nord Pas de Calais (0.2). Au niveau départemental, les écarts d'équipement sont assez étonnants. C'est le département du Gers qui enregistre le meilleur taux d'équipement en institut de rééducation.

Ces résultats qui soulignent une offre apparemment assez aléatoire doivent donc être nuancés par l'existence de structures alternatives ou complémentaires à la prise en charge en institut de rééducation (CMP, CMPP, CATTP, SESSAD, structures de l'ASE ou de la PJJ...) ainsi que par le fait que certains de ces établissements peuvent avoir une double, voire une triple, habilitation (CDES/PJJ/ASE). En définitive, la question de la couverture des besoins reste entière lorsque l'on compare les taux d'équipement en IR par département.

Le nombre d'instituts de rééducation augmente régulièrement :

Si l'enquête « ES » ne peut pas donner un reflet fidèle de la répartition géographique des besoins d'équipements, elle confirme toutefois que les besoins sont croissants. En effet, entre 1985 et 1996, le nombre d'instituts de rééducation en France métropolitaine est passé de 258 à 327, soit

⁹ in Documents Statistiques n°280, février 1997, éditions du SESI

¹⁰ taux d'équipement = nombre de places offertes pour 1000 habitants de 0 à 19 ans au 1er janvier 1996

un gain de près de 2 300 places pour atteindre 16 200 places offertes (capacité installée) en fin de période. De plus, le taux d'occupation de ces places offertes s'est globalement amélioré sur la période d'observation : en 1985 à peine 68% des instituts de rééducation enregistraient un taux d'occupation supérieur à 95% alors qu'ils sont 79% dans cette situation en janvier 1996. A cette date 15 870 jeunes sont accueillis en institut de rééducation.

Les petites structures se développent au détriment des établissements importants (plus de 150 places)

En 1996, un tiers des places offertes se concentre dans des structures de 50 places maximum, un autre tiers dans celles de 51 à 75 places, le reste étant le fait de structures plus importantes. De 1985 à 1996, le nombre de places offertes a augmenté dans toutes les tailles d'établissements excepté pour les très grosses structures de plus de 150 places qui sont passées de 1081 places offertes (soit près de 8% de l'offre totale) à seulement 420 places (2.6% de l'offre). La préférence pour des structures à taille humaine semble se confirmer au cours du temps. Ainsi les petites structures de 25 places maximum offraient à peine 5% des places en institut de rééducation en 1985 pour en rassembler 7% en 1996.

L'accueil en internat est majoritaire :

Les jeunes sont accueillis sous le régime de l'internat¹¹, du semi-internat et de l'externat. Certains établissements, minoritaires, mettent également en oeuvre une activité d'éducation spéciale et de soins à domicile. L'accueil en internat est majoritaire (65.4% des places en 1996) mais s'est réduit en l'espace de 9 ans (69.7% des places en 1985). Toutefois, l'amélioration du taux d'occupation concerne les deux modes d'accueil.

Au premier janvier 1996, 37.3% des établissements ne possèdent que des places d'internat; 13.5% que des places de semi-internat seul. Près de 30% des structures combinent les deux modes d'accueil. Entre 1985 et 1996, les établissements ne faisant que de l'internat perdent des places.

Cette prépondérance du régime de l'internat est une spécificité des IR. En effet, les instituts médico-éducatifs (IME), les instituts médico-pédagogiques (IMP) et les instituts médico-professionnels (IMPro), également définis par l'annexe XXIV simple, accueillent majoritairement des jeunes en semi-internat et externat.

Les moyens mobilisés :

D'après l'enquête ES 95, 10 800 personnes équivalent temps plein sont employées par les instituts de rééducation. Le personnel de direction, de gestion et d'administration représente 9.8% du personnel, les services généraux 24.2%, le personnel d'éducation spécialisée 30.3%, enfin, sous la responsabilité d'un médecin, l'équipe paramédicale représente 4.7% des effectifs. Le financement des instituts de rééducation est assuré par un prix de journée fixé par Le Préfet de département. En 1996, le prix moyen de journée sur l'ensemble de la France métropolitaine était de 860 francs¹² et le coût moyen par place (rapporté aux capacités installées) est de 191 064 francs.

Enfin, la dépense totale relative aux instituts de rééducation est estimée à partir du nombre de places dans le fichier FINESS¹³ et à partir du coût moyen de la place. En 1995 celle-ci était estimée à 3,15 milliards de francs¹⁴.

¹¹ dans ce cas l'hébergement est assuré par l'établissement. En semi-internat et externat, l'hébergement est assuré par la famille ou plus rarement par une famille d'accueil spécialisé.

¹² in INFODAS, le financement des établissements et services sous compétence de l'Etat, résultats synthétiques 1996, n°2, octobre 1997, page 42, édition Ministère de l'emploi et de la solidarité.

¹³ fichier des établissements sanitaires et sociaux géré par le ministère de l'emploi et de la solidarité.

¹⁴ in INFODAS, le profil budgétaire des établissements pour enfants et adolescents handicapés, synthèse sectorielle 1995, n°60, mars 1997, page 37, édition Ministères de l'emploi et de la solidarité.

C- TENTATIVE DE CARACTERISATION DE LA POPULATION ACCUEILLIE EN INSTITUT DE REEDUCATION :

« *L'individu humain est inconnaissable, isolé, ne pouvant se personnaliser que par la médiation de l'autre* » (Winnicott).

La caractérisation du public accueilli en institut de rééducation est une question essentielle car elle est théoriquement un préalable à la définition du mode de prise en charge à développer dans ces établissements. De plus, elle peut éventuellement permettre d'apporter des nuances, des différenciations et, le cas échéant, des analogies avec le public accueilli dans d'autres types de structures, qu'elles relèvent du champ sanitaire, social, ou de la protection judiciaire de la jeunesse.

1- LA NOTION DE TROUBLES DE LA CONDUITE ET DU COMPORTEMENT :

Il est délicat de parvenir à cerner ce que recouvre la dénomination de 'troubles de la conduite et du comportement' dont certains agréments d'établissement font mention. Cette expression est surtout consacrée par son usage fréquent (les fameux TCC) par les professionnels du secteur médico-social.

11- La définition issue des annexes XXIV reste floue

Les nouvelles annexes XXIV sont définies par le **décret n°89-758 du 27 octobre 1989** relatif aux « conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés ». Elles viennent remplacer les annexes XXIV du décret du 9 mars 1956 qui constituait jusqu'alors le texte de référence.

Les annexes XXIV de 1956 différenciaient précisément, avec une terminologie qui peut apparaître aujourd'hui un peu désuète, la pathologie des enfants qui devaient être accueillis dans les hôpitaux psychiatriques : « enfants présentant des psychoses ou névroses graves et qui se définissent comme des maladies évolutives », alors que tous « les autres » relevaient d'une prise en charge médico-sociale.

L'annexe XXIV simple au décret de 1989 concerne deux types d'établissements :

- les IMP, IMPro, IME qui doivent se consacrer à l'accueil des jeunes présentant une déficience intellectuelle. Ce décret précise que ces établissements accueillent également « ces enfants ou adolescents lorsque leur déficience intellectuelle s'accompagne de troubles, tels que des troubles de la personnalité, des troubles comitiaux, des troubles moteurs et sensoriels et des troubles graves de la communication de toutes origines, et des maladies chroniques compatibles avec une vie collective »,
- les Instituts de rééducation qui doivent accueillir des jeunes 'inadaptés' « dont les manifestations et les troubles du comportement rendent nécessaire, malgré des capacités intellectuelles normales ou approchant la normale, la mise en œuvre de moyens médico-éducatifs pour le déroulement de leur scolarité » (article 1).

On ne retrouve dans le décret que l'expression 'troubles du comportement' pour spécifier les caractéristiques des enfants concernés et non la locution 'troubles de la conduite et du comportement'.

Dans la suite du texte de 1989, la description de l'organisation de l'établissement n'est pas spécifique aux instituts de rééducation et vise à la fois les établissements et services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant une déficience intellectuelle et les établissements et services pour enfants inadaptés. Les passages se rapportant strictement aux enfants inadaptés sont rares.

Comme le souligne le Directeur du CREAL de Bourgogne, « de manière évidente, les instituts de rééducation n'ont pas bénéficié de recherches importantes ces dernières années et leur juxtaposition, dans le même article premier du décret, avec les établissements pour déficients

intellectuels, ne fait que traduire une situation d'attente. L'ensemble des problèmes des enfants présentant des troubles de la personnalité devront être abordés tôt ou tard¹⁵ ».

La circulaire n° 89-17 du 30 octobre 1989 n'utilise pas, non plus, la terminologie de troubles de la conduite et du comportement. Elle complète ce décret en indiquant « qu'il s'agit le plus souvent d'enfants d'intelligence normale ou quasi normale, dont l'échec scolaire sévère se confirme pourtant au cours des ans, tandis que se développent des troubles du comportement . Il n'est pas rare que ces enfants ou adolescents aient connu des discontinuités ou des carences affectives ou éducatives dans leur petite enfance avec parfois des placements précoces ; il peut arriver qu'un juge des enfants ait déjà été saisi à leur propos ». On voit clairement apparaître ici des zones de recouvrement possibles avec les prises en charge assurées par l'ASE ou la PJJ. La circulaire précise aussi : « il importe toutefois de noter que l'objet des établissements et des services relevant de l'annexe XXIV n'est pas d'accueillir des enfants en difficulté sociale, sauf dans le cas où, éventuellement du fait de ces difficultés, ces enfants présentent des déficits ou des troubles nécessitant la mise en œuvre d'une éducation spécialisée ou d'un projet thérapeutique ». « En outre , l'orientation systématique des enfants en difficulté sociale, et de ce fait en difficulté scolaire, vers les établissements relevant de l'annexe XXIV, plutôt que de leur apporter le soutien dont ils ont besoin, risquerait d'encourager des solutions de retrait vis à vis de la société dans son ensemble ». L'institut de rééducation doit être « un cadre autant thérapeutique que pédagogique afin d'éviter que l'enfant ne s'enferme dans la filière inéluctable du handicap ».

Cette définition de la population accueillie en institut de rééducation à partir du décret et de la circulaire de 1989 appelle **plusieurs critiques** :

- **Elle reste assez floue et construite par la négative.** « Le montage institutionnel continue à considérer l'existence d'une déficience comme le critère central d'une ligne de partage qui institue d'une part les IME et d'autre part les IR¹⁶ ». C'est donc le paramètre de l'efficiace intellectuelle qui reste l'aspect dominant dans l'orientation vers un établissement. Or, il n'est pas rare que déficience intellectuelle et troubles du comportement coexistent chez un même individu. Dans ce cas, il semblerait que les troubles du comportement s'effacent derrière la déficience et soient ramenés au rang de troubles associés « alors même qu'ils sont bien souvent la trace du conflit psychique qui (...) a entraîné le symptôme déficitaire ».

- « **La description des troubles reste symptomatique**, ne retenant que les aspects comportementaux¹⁷ ». L'expression troubles de la conduite et du comportement est confuse par rapport aux problèmes psychopathologiques puisque ce qu'elle cherche à désigner ne correspond pas à une entité clinique claire, encore moins à des processus étiologiques homogènes. Pour illustrer cette limite, Anne Dusart, conseillère technique au CREAM de Bourgogne utilise la métaphore de la fièvre¹⁸ : « Dans cette logique purement symptomatologique, c'est quasiment comme si on classait la fièvre comme unité à part entière ; et encore, non seulement les causalités sont diverses, mais les manifestations cliniques que l'on a l'habitude de regrouper sous l'expression troubles de la conduite et du comportement sont d'allure extrêmement disparate et associent plusieurs types de troubles : instabilité psychomotrice, inhibition, comportements phobiques, états dépressifs, dysharmonie évolutive, anorexie, énurésie... ». Les textes ne s'intéressent ici qu'aux manifestations de ces troubles. Or, connaître l'anomalie d'un comportement ne signifie pas connaître les causes de cette anomalie.

- **L'échec scolaire est mis en avant comme un critère** servant d'indication pour une orientation en institut de rééducation mais celui-ci peut-être considéré comme réducteur (il y d'autres éléments à prendre en compte) ou trop vague compte-tenu du nombre croissant d'enfants en difficulté scolaire. En effet, « les difficultés scolaires au sens large (notamment le retard scolaire) revêtent aujourd'hui une ampleur inégalée puisqu'un collégien sur quatre est

¹⁵ F. Faucheux, Directeur du CREAM Bourgogne dans le Bulletin du CREAM Bourgogne, n°110, février 1992.

¹⁶ Anne Dusart, Les troubles de la conduite et du comportement dans la nouvelle annexe XXIV in Bulletin d'information du CREAM Bourgogne n°110, février 1992, page 11.

¹⁷ Eliane Corbet, Jean-Marc Botta, Les 'oubliés' des annexes XXIV in Le nouveau Mascaret n°41, janvier 1996, pages 34-36.

¹⁸ Anne Dusart, op. cité, pages 6-7

dans cette situation à l'entrée en sixième¹⁹ ». Toutefois, difficultés scolaires et échec sont deux notions distinctes mais qui peuvent se succéder dans le temps. Ainsi Monique Vial écrivait dès 1970 : « Que sont la plupart des enfants qui échouent à l'école et (qui) sont pris en charge par des institutions et des personnels spécialisés ? D'abord de mauvais élèves qui ne suivent pas, qui échouent, redoublent leur classe ; des enfants qui restent imperméables à certains apprentissages scolaires (lecture, orthographe, calcul) ; enfants dont le comportement ne satisfait pas aux exigences du milieu scolaire²⁰ ». « A propos de l'échec scolaire, il paraît évident que (...) les désavantages d'intégration (...) sont repérés à partir d'un constat d'incapacité à s'intégrer à l'école, et non à partir du diagnostic d'une quelconque déficience. C'est à partir de l'échec d'intégration à l'école que certains enfants sont classés. L'utilisation des tests d'intelligence n'apporte pas plus de précision sur les causes de l'inadaptation. En fait, les tests ne mesurent que la capacité ou l'incapacité à surmonter des épreuves portant sur des connaissances, des raisonnements, des logiques²¹ ».

12- Définition par la décomposition de l'expression 'TCC' :

Cet effort de définition permet de mieux comprendre les interactions possibles entre les différents termes composant cette expression.

- «²² **Troubles** : confusion, désordre (cf. : trouble fête : personne qui dérange le bien-être et la satisfaction générale), perte de lucidité, émotion tendre ou désir amoureux, modifications pathologiques des activités ou du comportement. En résumé, un terme vague, imprécis, dont le domaine s'étend de la normalité au pathologique.

- **Conduite** : manière de se comporter ou d'agir, attitude, surtout d'un point de vue moral. On porte là un jugement en fonction d'une norme.

- **Comportement** : manière d'agir et de se comporter. Ensemble des réactions objectivement observables. Il s'agit là d'une tentative de définition plus scientifique et plus mesurable. On pense à la psychologie du comportement, et au Béhaviorisme qui a fait ses preuves dans les pays anglo-saxons ».

- « **Troubles caractériels** troubles affectifs d'un individu, rendant difficile son adaptation au milieu.

- **Troubles du caractère** : distorsion du Moi. Les troubles du caractère sont alors perçus comme des tentatives que fait le sujet pour compenser les anomalies ou les défauts de son développement. Il lui faut transiger avec sa structure personnelle interne, et dans le même temps, établir des rapports entre les éléments internes et les exigences et attitudes expectatrices de l'environnement. (...) Ceci veut dire que l'intégration a été réalisée au moins, jusqu'à un certain degré. Il va s'agir de concentrer l'attention non pas tant sur le comportement que sur les écarts de comportement ».

- **Troubles de la conduite et du comportement** : «²³ Alors de quoi s'agit-il ? D'un trouble social ? D'un trouble affectif ? D'une maladie mentale, c'est à dire d'une pathologie porteuse de sa structure interne ? Il semble que l'on puisse parler d'une déviance par rapport à des normes sociales et culturelles, mais quelle en est l'origine ? (...) **Il s'agit de ne pas confondre cette 'maladie' avec des troubles caractériels accidentels, une inadaptation scolaire, ou une débilité.** Enfin, on s'aperçoit que les troubles du comportement définis comme écart par rapport à une norme peuvent se décrire dans tous les tableaux cliniques. Mais quand on parle de troubles de la conduite et du comportement, on évoque une intrication de symptômes qui associent : des écarts de comportement, des troubles d'ordre intellectuel, des difficultés pathologiques. Et là c'est le degré de gravité et d'intrication des troubles qui va déterminer la 'maladie'. Les causes sont mixtes, à la fois externes et internes, mêlant le social et le pathologique. (...)

La difficulté à définir ces termes vient donc : de l'intrication des causes, de la multiplicité des symptômes, et de l'aspect en permanence évolutif de cette 'maladie' ».

¹⁹ Maurice Capul, Michel Lemay, in De l'éducation spécialisée, édition Erès 1996, page 72.

²⁰ M.Vial, E. Plaisance, J. Beauvais, in Les mauvais élèves, édition PUF 1970, pages 10-13.

²¹ Eliane Corbet, Jean-Marc Botta, op. Cité, page 35.

²² Catherine Linard-Vidaud, in Penser le soin en institut de rééducation, Communautés éducatives, revue trimestrielle de l'ANCE, n°87 - juin 1994, pages 7 à 15.

²³ Catherine Linard-Vidaud, in Penser le soin en institut de rééducation, Communautés éducatives, revue trimestrielle de l'ANCE, n°87 - juin 1994, pages 7 à 15.

Dès lors, il convient de distinguer le '**caractériel**' qui peut être considéré comme « ²⁴ hors champ médico-social car il n'est pas réellement inadapté (à travers un comportement déviant il manifeste même une forme d'adaptation sociale, au sens d'une capacité à jouer avec la loi ou à la déjouer et en profitant des failles de l'organisation sociale et institutionnelle) » **du jeune présentant des troubles du comportement** au sens de l'annexe XXIV qui « ²⁵ est inadapté socialement, au sens où il souffre de troubles affectifs graves entachant sa capacité à être en relation avec autrui et dont les manifestations restreignent l'autonomie sociale. Là où le soi disant inadapté social tire en général plaisir et profit de la société en ayant toute sa capacité à investir le jeu social, fut-ce de façon illégale, le jeune inadapté éprouve une souffrance et ne se sent en général pas à sa place dans les univers sociaux qu'il traverse. D'un côté donc, en schématisant un peu, le prototype du gamin débrouillard qui peut se retrouver en difficulté scolaire mais en gardant la plupart du temps une capacité à éprouver du plaisir dans l'usage des capacités cognitives et donc une aptitude à investir la chose scolaire et, de l'autre, un enfant dont le comportement témoigne, en l'absence même de toute symptomatologie déficitaire, d'un malaise fondamental dans son rapport au savoir et aux désirs dont les adultes investissent la 'chose' scolaire. Malgré des facultés intellectuelles développées et une efficacité constatable, il éprouve des difficultés à mobiliser efficacement ses aptitudes dans le cadre de l'activité scolaire. »

Si cette dernière proposition de définition par Anne Dusart permet de donner des repères, les acteurs de terrain rencontrés conviennent qu'il s'agit plus d'une construction théorique et que les frontières entre les deux groupes restent souvent floues.

13- Les apports des nomenclatures existantes :

Pas plus que la notion de handicap n'est définie par la Loi n°75-535 d'orientation en faveur des personnes handicapées, la notion de troubles du comportement n'est explicitée dans le cadre de la nouvelle annexe XXIV. Les principales nomenclatures et classifications peuvent dès lors apporter des compléments d'information.

La Classification internationale du handicap (CIH).

Adoptée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), elle repose sur les travaux de Philipp Wood sur le handicap en 1975. Schématiquement, cette classification comprend trois axes :

- **l'axe des déficiences** : atteinte anatomique, physiologique ;
- **l'axe des incapacités** : elles sont la conséquence des déficiences sur l'activité en terme de limitation des performances et aptitudes ;
- **l'axe des désavantages** : conséquences des incapacités sur la vie quotidienne, la vie sociale (handicaps proprement dits).

Ainsi, selon la relation dynamique la plus généralement admise, un trouble mental peut entraîner une déficience incluant une gêne dans les gestes et actes élémentaires de la vie quotidienne (incapacité) puis une limitation dans l'exercice des rôles sociaux (désavantage social). Toutefois, cette relation dynamique peut s'exprimer également dans la direction inverse : un désavantage social peut amener une incapacité qui, à son tour, pourra favoriser l'émergence ou l'aggravation d'un processus morbide.

L'intérêt de cette classification est de montrer la non-proportionnalité des causes et des effets : une petite déficience pouvant entraîner une incapacité et un désavantage importants en cas d'environnement défavorable et inversement.

A partir de cette grille d'analyse on peut donc imaginer différents processus d'émergence des troubles du comportement (axe des désavantages) :

- les troubles du comportement peuvent être la conséquence d'incapacités ou de déficiences (ex. : un malentendant peut manifester son malaise, sa difficulté à communiquer, à être perçu comme une personne souffrant d'une déficience par une agressivité ou, à l'opposé par une inhibition) ;
- ou bien les troubles du comportement peuvent entraîner des incapacités ou déficiences (ex. : un enfant ayant des troubles de la conduite et du comportement peut avoir des difficultés à accéder aux fonctions cognitives de base et donc aux apprentissages scolaires de base ce qui peut dès lors bloquer son développement intellectuel et le mener à une déficience intellectuelle).

²⁴ Anne Dusart, Op. Cité, page 10.

²⁵ Anne Dusart, Op. Cité, page 10.

Actuellement en cours de révision, la CIH va passer du triptyque 'déficiences - incapacités - désavantages' au triptyque 'déficiences - activités - participation'²⁶. Dans cette nouvelle nomenclature, la notion de 'troubles du comportement' disparaît mais pourra être reconstituée à partir des déficiences croisées dans les différents domaines.

La Classification Française des Troubles mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA).

Construite en 1987 par un groupe de pédopsychiatres présidé par le Professeur Roger Misés, elle constitue un outil de référence en matière de psychiatrie de l'enfant. La CFTMEA est une classification **bi-axiale** :

* **L'axe 1** est celui des catégories cliniques (psychoses, névroses, troubles de la personnalité...). Catégorie principale et exclusive ou assortie d'une catégorie complémentaire (par exemple une déficience associée à une psychose) ;

* **L'axe 2** est celui des facteurs antérieurs ou associés, éventuellement, étiologiques, faisant apparaître les éléments significatifs de l'histoire de l'enfant autour de deux rubriques :

- les atteintes organiques (neurologiques....) ;
- les facteurs d'environnement (perturbations des liens familiaux).

La CFTMEA nettement orientée vers les repérages psychopathologiques, distingue :

- des troubles psychotiques et névrotiques,
- des 'pathologies de la personnalité' (qui hors psychoses et névroses se traduisent par des troubles de la personnalité, des pathologies narcissiques, des organisations de type caractérielles ou psychopathiques, des organisations de type perverses et des troubles de l'identité sexuelle),
- des 'troubles réactionnels' qui peuvent en particulier être de nature dépressive en réaction à un choc émotionnel,
- des 'troubles à expression somatique et/ou comportementale' (anorexie, boulimie, troubles du sommeil, énurésie, encoprésie, tentative de suicide...),
- des 'variations de la normale' (angoisses, rituels, peurs, moments dépressifs, conduites d'opposition ou d'isolement).

Toutefois, ni l'expression 'TCC' ni les contenus qui y sont habituellement associés n'apparaissent sous la forme d'une entité identifiable.

Les apports des autres nomenclatures les plus courantes :

Dans la classification anglo-saxonne '**DSM 4**', le mot comportement «²⁷ n'apparaît jamais pour désigner des troubles spécifiques mais pour désigner des familles de troubles. (...) Qu'il soit utilisé dans une acception générale ou restreinte, il présente cette particularité d'être connoté assez négativement, soit au titre d'un effet négatif (perturbateur), soit au titre d'une action négative sur le milieu (antisocial). Implicitement, transparaît là l'hypothèse d'inadaptation de l'enfant ou de l'adolescent, sans que soit mis en cause le milieu».

La terminologie dont il est question ici, «²⁸ n'est pas davantage employée par la Classification internationale des maladies de l'OMS (**CIM 10**) ni dans l'arrêté de mai 1988 qui s'en inspire pour la France. Il y est certes l'encore question de 'troubles des conduites' à propos des problèmes caractériels ou psychopathiques, des pathologies narcissiques et de 'troubles comportementaux et émotionnels' mais jamais à proprement parler de troubles de la conduite et du comportement ».

Par ailleurs, certaines études comme celle menée en 1991 par la DDASS du Val d'Oise pour caractériser le public accueilli dans les établissements relevant des nouvelles annexes XXIV, ont utilisé une nomenclature bâtie autour de deux classifications préexistantes :

- la CFTMEA de 1987 dans le domaine des troubles mentaux ;

²⁶ Jean-Yves BARREYRE, La révision de la classification internationale du handicap in Les cahiers d'interface, CREAL Ile de France, N°3, septembre 1998, pages 3-7.

²⁷ Claude Bouchard, Approche clinique et psychopathologique des troubles du comportement in Les instituts de rééducation, pour qui ? pour quoi faire ?, actes du colloque de l'AIRE, le 3 juin 1996 à Rennes, pages 19-27.

²⁸ Anne Dusart, Op. Cité, page 5.

• la CIH 'déficiences, incapacités et désavantages' de 1988, dans sa version écourtée (en supprimant tout ce qui concerne les troubles psychiques, la déficience intellectuelle déjà décrits dans la CFTMEA).

« Il s'agit donc d'une classification tri-axiale comportant un glossaire, ne s'intéressant qu'à des données individuelles concernant les troubles psychiques, la clinique somatique, leurs conséquences quant à l'autonomie et l'intégration, enfin, les facteurs associés ou étiologiques²⁹ ».

On ne peut donc pas identifier de nosographie précise des TCC à travers ces nomenclatures.

2- LA POPULATION ACCUEILLIE EN INSTITUT DE REEDUCATION : UNE POPULATION MULTIFORME :

21- Des parcours institutionnels ou personnels variés :

Les jeunes accueillis en institut de rééducation peuvent avoir des parcours personnels et institutionnels assez disparates. Certains ont pu être orientés très tôt suite à un dépistage précoce de leurs troubles du comportement par une CCPE ou dans de rares cas même avant l'entrée en école maternelle par un CAMSP ou un CMP/CMPP. D'autres ont pu intégrer ces structures après un début de scolarisation qui n'a pu se poursuivre, faute d'acquis suffisants et/ou à un comportement incompatible avec une scolarité normale.

D'une façon générale, l'entrée en institut de rééducation concerne des enfants n'ayant pas intégré l'enseignement secondaire. Les jeunes ayant intégré le collège et se trouvant en situation d'échec scolaire seront plutôt orientés par une CCSD et se retrouveront, dans la plupart des cas en SEGPA. Toutefois, quelques rares instituts de rééducation proposent une scolarité secondaire voire jusqu'au lycée (ex : l'institut de rééducation de Talens en Gironde).

Pour résumer, « les enfants et adolescents présentant des troubles du comportement et de la personnalité (ou du caractère selon le critère retenu dans l'institution) relèvent de trajectoires très diverses selon les intervenants sollicités au départ :

- école, CCPE (Inspection académique - AIS),
- tribunal pour enfants - PJJ (Ministère de la Justice),
- CMPP - inter-secteur de pédopsychiatrie (sécurité sociale),
- circonscription d'action sociale (Conseil Général),
- CCAS (Mairies), pour les plus courants.³⁰ »

22- Des processus d'apparition des troubles du comportement multiples :

En simplifiant, ces jeunes ont de grosses difficultés dans leurs apprentissages de base parce qu'ils ont des troubles du comportement (liés à un environnement affectif perturbé, une structure psychologique fragile...) ou, schéma inverse, leurs difficultés d'apprentissage favorisent l'émergence de troubles du comportement. Les processus d'apparition de ces fameux troubles du comportement sont multiples et en définitive restent encore peu clarifiés.

Certains directeurs d'établissement ont des approches plus tranchées, comme Michel Defrance pour lequel « la notion de traumatisme psychique comme cause et les difficultés d'adaptation sociale et scolaire comme conséquences, situent bien les interventions à mettre en œuvre dans le champ thérapeutique, quelles qu'en soient ses origines diverses et complexes. »

Le processus d'apparition des troubles de la conduite et du comportement reste une question ouverte et l'orientation des jeunes en IR ne repose pas sur une analyse systématique de l'étiologie de ces troubles. On part du principe que ceux-ci, ayant été repérés puis confirmés lors de l'examen du dossier CDES, sont bien installés. En revanche, dans les filières de l'ASE ou de la PJJ, les orientations se basent plus sur des données factuelles.

²⁹ in, Les annexes XXIV dans le Val d'Oise, enquête sur la population concernée, les établissements, les difficultés actuelles, décembre 1992, DDASS du Val d'Oise sous la direction du Docteur Françoise Linard.

³⁰ Michel Defrance, La spécificité des instituts de rééducation et le mode de financement in Les cahiers d'interface CREA Ile de France, n°1 juin 1997, pages 12-14.

23- Des troubles du comportement se manifestant différemment :

Les troubles du comportement peuvent avoir des manifestations diverses.

Une lecture inter-relationnelle de ces troubles est assez éclairante. Ces troubles de la conduite et du comportement troublent l'entourage à plusieurs niveaux :

- au niveau du respect de la Loi, des règles : il s'agit d'un comportement qui trouble l'ordre des choses ;
- au niveau des relations entre le jeune et les autres : les parents sont culpabilisés, remis en cause, les professeurs et les professionnels remis en question... Ce type de jeune renvoie chacun à ses propres limites et plus personne ne sent plus à la bonne place ;
- au niveau de l'invivabilité de ces troubles car ils sont répétitifs, usants, on a souvent le sentiment d'avoir déjà tout essayé et cela se caractérise le plus souvent par une absence de projet ;
- au niveau du refus de la difficulté ou de l'échec. Le jeune résiste peu à la frustration et souvent les émotions sont remplacées par des passages à l'acte. Il se caractérise par une incapacité à apprendre le métier d'élève (d'abord au niveau des comportements, des règles de conduite à intégrer, puis très vite au niveau des apprentissages).

Toutefois, si l'on parle le plus souvent des jeunes violents, perturbateurs, insoumis c'est parce qu'ils sont les plus gênants pour une institution que ce soit l'école, un établissement psychiatrique ou médico-social. Néanmoins, on ne peut résumer les troubles du comportement à cette seule expression. Des jeunes peuvent 'souffrir en silence' et leur comportement être différent de ce que l'on pense être la norme parce qu'ils sont très inhibés, repliés sur eux-mêmes, silencieux.

« Si l'expression des troubles (retard et opposition scolaire, violence, délinquance, troubles psychiques), varie, l'enfant est bien en souffrance et nécessite des soins³¹. »

24- Un point commun : une population en situation difficile qui a besoin de soins

Il s'agit tout d'abord d'une population qui ne trouvait plus sa place dans le milieu scolaire ordinaire. Si ce postulat est communément admis par les équipes de CDES, on peut toutefois se poser la question de la pertinence du milieu institutionnel avec toutes les conséquences stigmatisantes de l'institut de rééducation pour l'avenir du jeune. Ne vaut-il pas mieux tenter de maintenir au maximum le lien avec le milieu scolaire ordinaire pour ces populations, qui d'après les termes des annexes XXIV ont 'des capacités intellectuelles normales', et donc proposer des solutions telles que les CLIS spécialisées pour ce type de jeunes ?

Toutefois, « force est de constater que si l'échec scolaire est le premier indicateur social de la souffrance psychique de l'enfant, la montée des comportements opposants et violents à type d'instabilité devient préoccupante. Signalés de plus en plus souvent dès la maternelle, ces comportements, malgré des cures ambulatoires, un accompagnement des familles et des rappels à la loi, ne font qu'empirer au fil du temps.³² ». L'institut de rééducation est alors théoriquement envisagé quand les autres alternatives ont été épuisées.

Si des circonstances personnelles telles qu'un milieu social défavorisé, des liens affectifs très perturbés, des maltraitances... bref toute une combinaison malheureuse de facteurs environnementaux peuvent justifier d'un placement en internat (indication de distanciation d'avec la famille) comment justifier l'externat ?

A ce niveau, il faut rappeler que l'institut de rééducation ne propose pas uniquement des apprentissages scolaires ('l'enseignement spécialisé') mais tout un parcours éducatif notamment orienté vers les relations à autrui, le rapport à la règle, la loi et qui a pour objectif d'apporter les éléments d'une structuration ou d'une consolidation de la personnalité ; le tout complété par un suivi psychothérapeutique et rééducatif (suivis possibles par différents professionnels : psychiatre, psychologue, orthophoniste, psychomotricien...). C'est là que réside l'intérêt et l'originalité de la formule de l'institut de rééducation : outre la fonction pédagogique, il remplit une fonction thérapeutique qui ne se limite pas qu'à l'aspect médical ou paramédical mais qui s'étend à tout le domaine éducatif au sens large. Pour les acteurs de terrain, le cadre (ancienne maison bourgeoise, parc paysager...) fait déjà partie de la thérapie. « Pour ce faire, plus qu'une 'approche globale' de l'enfant, il s'agit de conduire une approche pluridisciplinaire prise dans sa spécificité. Cette distinction veut placer le jeune et sa famille au centre d'un dispositif de soutien

³¹ Michel Defrance, OP. cité, pages 12-14.

³² Michel Defrance, OP. cité, pages 12-14.

et de soins qui est mis en œuvre diversement par les équipes, les personnes, selon leur statut, leur formation et leur fonction³³. »

De l'avis général des professionnels intervenant en institut de rééducation, le placement dans ce type d'établissement est un soin en soi si le lieu d'accueil fonctionne comme une institution thérapeutique et non comme un lieu de garde. Dès lors, le financement par l'assurance maladie se justifie.

Toutefois, si la mission de l'institut de rééducation est claire, les indications pour l'admission le sont moins. Il semblerait que le hasard du jeu des places disponibles-indisponibles explique en partie le parcours d'un jeune. Ainsi, on peut aisément imaginer un jeune présentant les mêmes caractéristiques en CLIS avec un suivi par un CMPP.

25- Approche du profil du public des instituts de rééducation à partir de l'enquête 'ES 95' :

L'enquête 'ES 95'³⁴ (cf. méthodologie en annexe n°3) concerne la situation des établissements médico-sociaux au 1^{er} janvier 1996. Elle permet donc d'avoir une approche quantifiée des profils cliniques des personnes accueillies en institut de rééducation.

La classification des pathologies retenue est spécifique à cette enquête et permet d'isoler les déficiences principales des déficiences associées.

Les troubles de la conduite et du comportement apparaissent à la fois dans les déficiences principales et associées. Ils sont rattachés à la rubrique '**autres déficiences du psychisme**' qui comprend les trois catégories suivantes :

- **catégorie 1** : les déficiences intermittentes, 'critiques' de la conscience (y compris les crises d'épilepsie),
- **catégorie 2** : les déficiences du comportement en rapport avec des troubles psychiatriques graves;
- **catégorie 3** : les troubles de la conduite et du comportement (TCC).

Une telle classification pose donc de réelles difficultés à qualifier la situation d'une personne atteinte de troubles psychiatriques. Faut-il rattacher ses problèmes comportementaux à la catégorie 'TCC' ou à la seconde catégorie qui s'adresse surtout aux troubles psychiatriques graves ?

D'après l'enquête ES 95, 15 068 jeunes sont accueillis dans des instituts de rééducation (ou ayant principalement cette activité) au 1^{er} janvier 1996. La grande majorité de ces jeunes (82.4%) présentent ces fameux TCC comme déficience principale. Toutefois, les déficiences intellectuelles arrivent en seconde place en terme de déficience principale (8.4% des jeunes des IR dont 6.7% au titre d'un retard mental léger), suivis des déficiences du comportement en rapport avec des troubles psychiatriques graves (7.4%).

Ainsi, l'analyse de la déficience principale des jeunes accueillis en IR confirme que les TCC constituent bien une indication d'orientation mais que la ligne de partage avec les déficiences intellectuelles ou les troubles psychiatriques reste floue.

Quant aux déficiences associées, celles-ci ne concernent que 2 620 jeunes sur les 15 068, dont 21.3% au titre des TCC. Les déficiences du comportement en rapport avec des troubles psychiatriques graves ne représentent que 4.7% des cas et les déficiences intermittentes de la conscience 3.0%.

³³ Michel Defrance, OP. cité, pages 12-14.

³⁴ In, Documents statistiques n°280, Les établissements et services en faveur des enfants et adolescents handicapés : activité, clientèle et personnel, édition SESI .

3- LES TROUBLES DE LA CONDUITE ET DU COMPORTEMENT NE SONT PAS L'APANAGE DES INSTITUTS DE REEDUCATION :

31- Les TCC sont aussi repérés dans d'autres établissements médico-sociaux :

Là aussi, l'enquête ES 95 permet d'apporter quelques éléments de cadrage sur l'ensemble de la France métropolitaine.

La présence des 'autres déficiences du psychisme' parmi les jeunes accueillis dans ces établissements permet de situer les TCC selon qu'ils relèvent d'une déficience principale ou d'une déficience associée. Les déficiences du psychisme comprennent trois catégories :

- **catégorie 1** : les déficiences intermittentes, 'critiques' de la conscience (y compris les crises d'épilepsie),
- **catégorie 2** : les déficiences du comportement en rapport avec des troubles psychiatriques graves ;
- **catégorie 3** : les troubles de la conduite et du comportement.

Les déficiences du psychisme dans les établissements relevant des annexes XXIV :

en %	Déficiences principales			Déficiences secondaires		
	Catégorie 1	Catégorie 2	TCC	Catégorie 1	Catégorie 2	TCC
IR	0,6	7,4	82,4	3	4,7	21,3
IME, IMP, IMPro	0,6	4,4	6,2	8,7	10,7	28,9
annexe XXIV bis	0,3	0,1	0,4	4,7	0,8	5,3
annexe XXIV ter	0,2	1,4	1,4	23,9	5	9,9
annexe XXIV quater	0,1	0,5	0,6	1	4,3	20
annexe XXIV quinquès	0,5	0	0	2,5	5,2	16,6

Source : enquête ES 95

Les TCC constituent donc la déficience principale de 6.2% des jeunes accueillis en IME, IMP, IMPro. Par ailleurs, les TCC sont fréquents parmi les déficiences secondaires, quel que soit le type de handicap auxquels ils sont rattachés ou d'établissement.

32- Les troubles de la conduite et du comportement : point commun des populations 'fragiles'

Maurice Capul et Michel Lemay ont réalisé un rapide tour d'horizon sur les populations en situation difficile. Il est clair que plusieurs d'entre elles sont concernées par les troubles de la conduite et du comportement dans une acception assez large. Une présentation rapide de ces différentes catégories permet de faire ressortir combien les TCC peuvent avoir des expressions multiples. Quotidiennement, les médias se font l'écho des manifestations les plus violentes ou les plus spectaculaires en rapport avec la délinquance juvénile (leurs auteurs sont 'de plus en plus jeunes', les filles 's'y mettent aussi'...).

L'imbrication des TCC avec des problèmes sociaux, de santé (notamment psychiatrie) ou judiciaire ne font que brouiller l'analyse.

Différentes catégories sont déclinées, notamment :

- La '**délinquance juvénile**' peut-être une forme d'expression des TCC. Elle est caractérisée par le « rapport entre le jeune et le groupe social qui le sanctionne³⁵ ». Dès lors que ces jeunes ont été identifiés ils sont suivis par les services de la PJJ.
- Les personnes à '**tendance antisociale**' constituent le second groupe. « Tout se passe comme si une personne essayait d'obliger quelqu'un 'par des pulsions inconscientes' à la prendre en main (...). Ce qui la caractérise certainement c'est que l'enfant est devenu capable de percevoir que la cause du malheur réside dans une faillite de l'environnement. »

³⁵ Maurice Capul, Michel Lemay, Op. cité, pages 61-73.

- Les '**enfants difficiles**' constituent un groupe assez hétérogène. « Les parents, l'école, les institutions qui les ont en charge nous présentent ces enfants ou bien comme instables et dispersés ou bien comme immobiles, figés, rêveurs, quelquefois même trop sages. Ils sont charpardeurs ou perdent tout ; dissimulés ou se mêlant de tout ; hâbleurs ou mutiques ; fugueurs ou craignant avant tout de quitter leur foyer ; trop intelligents ou débiles. Sans oublier des problèmes scolaires. Leurs troubles sont très diversifiés : de difficultés réactionnelles assez simples jusqu'à des atteintes graves de la personnalité. Pour qui partage leur vie, ces enfants montrent un seuil très bas de résistance à la frustration (...). Exigeants et accaparants, leur revendication affective est insatiable. Leurs rapports aux autres se déroulent souvent sur un mode conflictuel ; avec des 'passages à l'acte' fréquents et violents. Ils redoutent le nouveau et le changement. Le moindre échec les paralyse ou les fait exploser. Leur appréciation de la réalité est défectueuse (...). Ils vivent dans l'immédiat, oublient vite le passé, imaginent peu le futur et les conséquences de leurs actes ». Si cette description colle assez bien aux jeunes accueillis en institut de rééducation, elle est aussi adaptée aux autres 'filiales' (ASE, PJJ...).

- Les '**enfants carencés**'. Les situations d'abandonnisme, de privation précoce de soins maternels conduisent l'enfant à « rechercher les marques d'affection puis à les refuser brusquement. ». Si ces enfants peuvent se retrouver en institut de rééducation en raison de leur fragilité psychique on les retrouvera en raison de leur situation familiale carencée plus souvent dans les structures ou services de l'ASE voire même suivis à la demande du juge des enfants en AEMO.

- Quant aux '**enfants déprimés**', il faut rappeler que « la tristesse, la passivité ou le repliement sur soi se développent à bas bruit et posent apparemment moins de problèmes, c'est à dire sont mieux tolérés par l'entourage que des comportements davantage extériorisés. Enclins à l'insécurité, à la peur, aux soucis de toutes sortes, ces enfants manifestent d'importantes variations de l'humeur et une grande crainte de l'échec. »

- Les enfants privés de famille ou d'un milieu familial habituel, appelés '**cas sociaux**' « présentent souvent des séquelles de carences consécutives à des placements répétés ou de mauvaise qualité. On peut remarquer chez eux nombre de traits déjà évoqués : crainte persistante de l'abandon, revendication permanente, indifférence affective, prédominance de l'agir... voire désorganisation de la personnalité. » Habituellement, on retrouve ces enfants dans les services de l'ASE.

Les auteurs abordent ensuite **d'autres catégories** parmi lesquelles :

- les enfants maltraités,
- les enfants autistes,
- les enfants déficitaires (débiles légers),
- les enfants poly ou multihandicapés,
- les sourds et malentendants,
- les déficients visuels,
- les enfants infirmes moteurs cérébraux.

Ces populations peuvent être atteintes à des degrés divers de troubles de la conduite et du comportement en lien avec le traumatisme subi (enfant maltraité) ou avec le vécu de son handicap et le phénomène de rejet que cela peut entraîner.

Enfin, « une expression nouvelle fait fureur depuis quelques années : **la galère**. Des jeunes l'utilisent pour caractériser leur expérience de vie dans les banlieues déshéritées (...). Si leurs conduites sont souvent déviantes, la délinquance n'est pas le centre de toutes les activités (...). Ils sont aussi victimes d'une vie précaire sur fond de chômage. (...) Leur violence est souvent gratuite, expressive et apparemment sans objet. Le jeune de la galère apparaît désorganisé et anémique ; il se sent exclu ; d'où l'appel à la force, au nihilisme, à la rage : 'j'ai la haine' disent-ils. »

4- LES PROBLEMES SPECIFIQUES DE L'ADOLESCENCE :

Les jeunes accueillis en instituts de rééducation sont essentiellement des adolescents : près de 77% sont des garçons. L'âge moyen est de 12 ans (source : enquête ES 95). Plus de 56% des jeunes accueillis ont entre 11 et 15 ans et 15.2% entre 16 et 19 ans. Les troubles de la conduite et du comportement concernent donc directement les adolescents. Toutefois, l'âge de prise en charge en IR ne signifie pas que les troubles ne sont pas apparus plus précocement. Simplement, il semblerait que le problème se confirme à l'adolescence.

J.P. Chartier, dans son ouvrage 'Les adolescents difficiles' souligne que leurs conduites sociales sont à comprendre comme des symptômes : réactions aiguës, actes de violence, fragilité psycho-affective, attitude de fuite, problèmes liés à l'adolescence... Le point d'ancrage de ce mal vivre a très souvent pour origine une situation familiale complexe.

La difficulté à exprimer leur souffrance les conduit à des passages à l'acte, à agir comme réponse à leur mal être. « L'adolescent difficile organise sa vie autour d'un triptyque existentiel : Dénî, Défi, Délits³⁶ » :

- **Dénî** : incapacité chez le jeune à se situer comme acteur de ses actions, il est 'victimisé'.

- **Défi** : au cœur des conduites, il y a toujours le défi du droit, de l'autorité, de l'autre et de soi-même.

- **Délits** : marqués par leur soudaineté, leurs brutalités, ils se rapprochent ainsi, par leur caractère impulsif des actes symptomatiques.

Ces conduites sont dictées par une quête de limites, par une recherche d'identité du jeune. Ces conduites sociales révèlent un manque de structuration, le refus d'être sujet.

L'adolescence est l'âge de l'apprentissage. F. Dolto³⁷ utilise la métaphore du 'homard' pour définir ce passage obligé. Le homard doit quitter son ancienne carapace avant de retrouver la nouvelle. L'adolescent va devoir effectuer la même mutation.

L'adolescent doit prouver sa capacité à se risquer et dans le même temps, il lui faut rejeter le cadre connu jusqu'à ce jour pour revêtir un nouvel 'habit'. L'affirmation de soi, la capacité de décider passe par un temps de crise qui est encore plus difficile pour les jeunes déjà fragilisés des instituts de rééducation.

5- LES FRONTIÈRES INSTITUTIONNELLES PEUVENT CREER DE 'L'INCASABLE' :

51- Du public 'frontière' à l'incasable :

Il est clair que le profil des jeunes accueillis en institut de rééducation peut avoir des points communs, des zones de recouvrement avec ceux suivis dans d'autres filières institutionnelles. Dès lors, ce public est appelé '**public frontière**' du fait de sa proximité possible avec d'autres types de prises en charge possibles.

Dans l'établissement, c'est sur ce type de public que convergent toutes les préoccupations de prise en charge comme si cela était une situation exceptionnelle (mais on peut s'interroger sur le fait qu'accueillir un public 'frontière' est peut-être la vocation de ces établissements ?).

Ce sera toujours parmi l'un de ces jeunes que l'on aura des problèmes, des difficultés à contenir, à faire progresser.

Dans les cas les plus difficiles à résoudre, le problème aura tendance à être 'évacué', c'est à dire que le jeune sera réorienté vers une autre filière qui devrait idéalement apporter ce que l'institut de rééducation n'a pu apporter, réussir là où l'IR a échoué.

C'est ainsi que, progressivement, le parcours d'un jeune peut être ponctué de ruptures successives, d'absence de projet individuel à long terme ce qui ne fait, en général, qu'aggraver les difficultés d'origine. Ainsi, ce parcours devient un parcours de 'nomade institutionnel' et ce jeune devient ce qu'on nomme souvent un '**incasable**'.

52- Une trop grande spécialisation crée de l'incasable :

Les professionnels des champs éducatifs, sociaux, médico-sociaux, sanitaires ou judiciaires sont confrontés à une aggravation des situations des jeunes en grande difficulté : rajeunissement de la population, violence décuplée, complexité de leur problématique ... tout cela déroutant les professionnels de ces champs d'intervention, leur laissant penser que le mode de prise en charge qui leur serait adapté est ailleurs ou introuvable.

Pour ces cas extrêmes, il semblerait qu'aucune institution ne peut prétendre répondre seule et de manière satisfaisante aux situations de ces jeunes. Chacune renvoyant le problème à l'autre.

³⁶ In, Les adolescents difficiles, Psychanalyse et éducation spécialisée, J.P. Chartier, éditions Privat.

³⁷ In, Paroles pour adolescents ou le complexe du homard, F. Dolto, éditions Hatier, 1989.

Le malaise vient du fait que chacun organise ses interventions à partir d'une représentation, parfois approximative, du champ de compétence des autres institutions. La méconnaissance réciproque des acteurs en charge des jeunes en difficulté et la trop grande spécialisation de chacun conduit à une incapacité face à des situations qui sont à la limite de tous les champs d'intervention.

53- Des orientations parfois aléatoires...

Le jeune que l'on qualifie de 'frontière' ou 'd'incasable' parce qu'il apparaît, pour certains professionnels, qu'il n'est pas à sa place, a pu être orienté de façon assez aléatoire dans une filière de prise en charge ou une autre.

Les jeunes accueillis en IR ont des points communs avec ceux d'autres filières telles que l'ASE, la PJJ ou dans des conditions bien précises, la psychiatrie infanto-juvénile.

Toutefois, dans le cas d'une orientation CCPE ou CDES, les parents sont assez souvent partie prenante et impliqués même s'ils vivent cette décision comme un échec. Dans le cas d'un suivi psychiatrique c'est également le cas. En revanche, concernant les orientations dans la filière ASE, les parents sont plus rarement demandeurs exceptés dans les cas d'AEMO administrative (contractualisée avec les parents) ou de l'accueil provisoire (placement à la demande des parents). Le plus souvent il y a un suivi ASE car il y a un danger pour l'enfant et une mesure d'éloignement de la famille.

Dans le cas de la PJJ, l'enfant peut être maltraité ou bien maltraitant ou délinquant. La prise en charge fait suite à un événement ou une situation bien identifiée. C'est une décision imposée par le juge.

Il semblerait donc que l'origine des orientations ASE et PJJ est bien identifiée et qu'elles font suite à des situations familiales dégradées. Toutefois, quand les difficultés de l'enfant se trouvent à l'intersection de tous ces modes de prises en charge, c'est bien souvent le signalement primitif d'une de ces difficultés qui l'oriente vers l'une ou l'autre filière où il pourra suivre tout un 'cursus'.

54- ...ou 'par défaut', dictées par les places vacantes :

Par ailleurs, outre l'origine du signalement, le dispositif d'offre semble également induire l'emprunt de telle filière plutôt que de telle autre. Même à l'intérieur d'une filière, par exemple celle de la CDES, le jeu des places disponibles pourra orienter un même enfant vers un IR ou un IME. Ce jeu du hasard est également présent pour la sortie. « C'est ainsi qu'à la sortie des instituts de rééducation, l'orientation des enfants qui ne peuvent rejoindre le milieu ordinaire, s'effectue prioritairement vers les IMPro. Cette orientation vers les IMPro est en rapport avec la défaillance actuelle du dispositif pour proposer à ces adolescents une formation professionnelle qui leur soit adaptée³⁸. »

³⁸ In, Les oubliés des annexes 24, à propos des enfants 'inadaptés', Le nouveau Mascaret n°41, janvier 1996, page 34.

SECONDE PARTIE

LE CONTEXTE DU VAL D'OISE: TERRAIN D'EXPLORATION ET D'ANALYSE

A- LE CONTEXTE GENERAL :

1- PRESENTATION SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DU DEPARTEMENT :

Une géographie contrastée :

Le Val d'Oise se situe à la limite nord de l'Île de France. Il est limitrophe de trois départements franciliens (les Yvelines, les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis) et deux départements Picards : l'Eure et l'Oise.

Il est issu du découpage du département de la Seine et Oise en 1964 et a obtenu son autonomie administrative en 1968.

C'est le plus petit des quatre départements de la grande couronne francilienne avec une superficie de 1 246 km², soit un dixième de la région. Il se compose de quatre grandes zones contrastées que ce soit en termes de paysage, d'activités ou de population. Au Sud, se trouve la zone très urbanisée du Parisien et les anciennes villes industrielles d'Argenteuil et Bezons, au Nord et à l'Ouest les campagnes du Vexin, à l'Est la plaine de France et le pôle d'activité de l'aéroport Roissy-Charles de Gaulle, enfin, un peu décentrée vers le Sud-ouest, la ville nouvelle de Cergy-Pontoise (voir carte en annexe N°4).

Une croissance soutenue de la population portée par la ville nouvelle :

Après la Seine et Marne (+21.5%), il s'agit du second département francilien qui a connu la croissance de sa population la plus rapide (+14.0%) entre les deux derniers recensements de la population (1982 et 1990) alors que la moyenne régionale n'est que de +5.8%. En 1990, on compte 1 049 598 habitants dans le Val d'Oise, soit 130 000 de plus qu'en 1982 et 9.8% des franciliens.

Les projections d'évolution de la population³⁹ à l'horizon 2000 prévoient un ralentissement de la croissance démographique au plan régional (+5.5% sur la décennie 1990/2000) mais confirme la poursuite de la progression pour la Seine et Marne (+26.8%) et le Val d'Oise qui se maintient en seconde position (+14.1%). En 10 ans, la population devrait ainsi augmenter de 150 000 habitants dans le département.

La population de la ville nouvelle constitue une part importante de celle du département : 16% avec près de 180 000 habitants en 1995⁴⁰. L'évolution de la population de la ville nouvelle entre les recensements de 1982 et 1990 représente 43.6% des gains de population sur cette période.

Une population étrangère moins représentée qu'en Ile de France :

Au recensement de 1990, on compte 116 000 étrangers dans le Val d'Oise soit une croissance de +12.4% depuis 1982, inférieure à la croissance de la population totale (+14.0%). Il en résulte une baisse de la part de la population étrangère dans la population totale qui s'établit à 11.0% en 1990 contre une moyenne régionale de 12.9%.

Une population jeune :

D'après le recensement de la population de 1990, près de 31% de la population du Val d'Oise est âgée de moins de 20 ans, soit 320 000 personnes.

Il s'agit d'un département jeune qui enregistre, là encore après la Seine et Marne, la plus forte proportion de la région de personnes de moins de 20 ans dans sa population. En Île de France, la part des moins de 20 ans s'établit à 26.1% soit un résultat un peu plus faible que sur l'ensemble de la France métropolitaine (26.5%). Comme l'on peut s'y attendre, Paris est le département francilien qui connaît la structure de population la plus âgée de la région (seulement 18.7% de moins de 20 ans).

Le taux brut de natalité pour 1000 personnes⁴¹ est, après la Seine Saint Denis (17.7), le plus élevé de la région (16.6). Il s'établit à 15.8 pour l'Île de France et seulement 13.4 en France métropolitaine (Source : INSERM 1990).

³⁹ projections réalisées par l'INSEE, modèle OMPHALE, mai 1995.

⁴⁰ projection 1995 - Source EPA.

De même, l'indice conjoncturel de fécondité⁴² s'établit au second niveau le plus haut de la région après la Seine Saint Denis (respectivement 1.99 et 2.04 - INSERM 1990). Ces deux départements voisins observent, en effet, une composition socio-démographique assez proche notamment pour les communes de l'Est du Val d'Oise facilement reliées aux cités dionysiennes. En contrepartie, les indicateurs relatifs à la mortalité⁴³ et au vieillissement de la population⁴⁴ sont parmi les plus faibles de la région.

Comme en Ile de France : un développement des familles monoparentales

Entre les deux derniers recensements de la population le nombre de familles monoparentales a cru de +38.0% dans le département, soit plus rapidement que sur la région francilienne (+30.0%). En 1990, 13% des familles du Val d'Oise sont constituées d'un parent isolé et d'un ou plusieurs enfants célibataires n'ayant pas, lui-même, d'enfant (définition de l'INSEE). Cette proportion est de 15.8% sur l'ensemble de la région. Dès lors, il semblerait que l'on assiste à un phénomène de rattrapage du Val d'Oise par rapport à la région francilienne.

L'emploi est soutenu par les pôles d'activité de Roissy et Cergy-Pontoise :

En décembre 1997, le Val d'Oise rassemble près de 6% des salariés employés dans le secteur privé en Ile de France, soit 21054 personnes⁴⁵. Près de 70% de ces effectifs sont employés dans le secteur tertiaire, ce qui est moindre que sur l'ensemble de la région francilienne où cette proportion atteint les trois-quarts. Toutefois, le secteur des transports et du commerce (pôle de Roissy) y est plus présent (près de 35% des effectifs) qu'en Ile de France (28.3%), de même que l'industrie (21.0% contre 18.1%) et la construction (9.3% contre 6.6%).

Globalement sur la période 1990-1997 l'emploi salarié du secteur privé s'est détérioré au même rythme que sur l'ensemble de la région (respectivement -2.7% et -2.5%). Les améliorations enregistrées entre 1996 et 1997 sont plus profitables au niveau régional (+0.8%) qu'au niveau départemental (+0.5%).

Sur le département, l'emploi est soutenu grâce aux deux pôles d'activité constitués par la zone aéroportuaire de Roissy et la ville nouvelle de Cergy-Pontoise.

Un chômage qui touche particulièrement les moins de 25 ans :

Le taux de chômage calculé par l'INSEE, rapportant le nombre de chômeurs au sens du BIT à la population active est de 11.0% dans le Val d'Oise ce qui est inférieur aux moyennes régionale (12.3%) et nationale (12.2%).

Fin juillet 1998, on compte 55 076 demandeurs d'emploi (données brutes) dans le Val d'Oise à la recherche d'un emploi à durée indéterminée et à temps plein⁴⁶, soit 9.8% de chômeurs franciliens.

En un an, le recul du chômage a été bien plus rapide sur le département (-5.9%) que sur la région (-3.1%). Malgré ces améliorations, certains indicateurs restent préoccupants comme la part des moins de 25 ans dans la demande d'emploi (12.7% en juillet 1998) qui reste supérieure aux résultats régionaux (10.3%). Ce résultat a vraisemblablement des conséquences directes sur l'insertion professionnelle des jeunes sortant d'IR.

Par ailleurs, la part des demandeurs d'emploi inscrits à l'ANPE depuis un an ou plus est à peu près équivalente sur le département et la région (respectivement 38.4% et 39.1%). L'amélioration du marché du travail bénéficie en priorité aux demandeurs d'emploi les plus récents.

⁴¹ Taux brut de natalité : nombre de naissances vivantes d'une année rapporté à la population totale au milieu de l'année.

⁴² Indice conjoncturel de fécondité : nombre moyen d'enfants mis au monde par une génération de femmes qui seraient soumises pendant leur vie aux conditions de fécondité par âge de la période considérée, en l'absence de mortalité.

⁴³ Taux brut de mortalité : nombre de décès enregistrés dans l'année rapporté à la population moyenne de l'année - taux pour 1000 habitants.

⁴⁴ Indice de vieillissement: nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans.

⁴⁵ Bulletins annuels du Groupement des Assedics de la Région Parisienne - GARP -.

⁴⁶ in Marché du travail d'Ile de France, juillet 1998, publication de la DRTEFP Ile de France.

Le nombre d'allocataires du RMI le plus important de la grande couronne francilienne :

Fin juin 1997, on compte 14 758 allocataires du RMI dans le Val d'Oise soit 8.4% de ceux de la région⁴⁷. Leur part dans la population des 25-59 ans est la plus élevée de la grande couronne francilienne (27 pour 1000) même si elle reste inférieure à la moyenne régionale (31.5 pour 1000). Globalement entre juin 1994 et juin 1997 le nombre d'allocataires du RMI s'est accru plus rapidement que sur la région (+36.0% contre +22.0%). Sur les 6 derniers mois de référence, le taux d'évolution du Val d'Oise se rapproche de celui observé dans les autres départements franciliens (+6.0%).

Ces indicateurs de pauvreté soulignent l'existence de situations précaires qui peuvent être à l'origine de difficultés psychologiques telles que les troubles de la conduite et du comportement.

2- DONNEES DE CADRAGE SUR LE DISPOSITIF DEPARTEMENTAL EN FAVEUR DES HANDICAPES

21- La population handicapée et inadaptée : un recensement difficile

Il est difficile de connaître de manière précise, le nombre de personnes handicapées ou inadaptées dans le département ne serait-ce parce que la définition de la notion de handicap peut être fluctuante.

Les différentes sources statistiques ne sont pas toujours convergentes et les champs couverts sont différents ou se chevauchent.

L'alternative, la plus souvent utilisée, est d'apprécier le nombre de personnes handicapées à partir des rapports d'activité des Commissions chargées de la reconnaissance du handicap et de l'orientation de ces personnes : la Commission Départementale de l'Education Spéciale (CDES) pour les enfants de 0 à 20 ans et la COTOREP pour les adultes.

Près de 1700 enfants suivis par la CDES en 1997 :

A partir des enquêtes annuelles de la CDES du Val d'Oise, on dispose d'éléments concernant la fréquentation des établissements et des services relevant des annexes XXIV. En 1997, 1667 enfants sont accueillis dans les structures du département (données hors CAMSP de Gonesse et CMPP) dont 1328 (80%) étaient domiciliés dans le Val d'Oise, les 20% restant étant originaires d'autres départements.

L'enquête ES 95 permet de compléter ces informations. Cette source confirme le fait que 80% des enfants accueillis dans les structures du département y sont domiciliés. Par ailleurs, 70% des enfants du Val d'Oise sont pris en charge dans le département. Sur les 30% restants (soit 603 jeunes), 20% sont accueillis dans les départements limitrophes et 10% dans le reste de la France. Cette source ne permet pas, par définition, de connaître le nombre d'enfants placés en Belgique ou le nombre d'enfants orientés par la CDES et restés sans solution.

Les adultes :

Le recensement du nombre d'adultes handicapés est plus difficile, la COTOREP ne disposant pas comme la CDES, de la capacité de recensement des personnes. Seules sont disponibles des données relatives au nombre de dossiers traités dans l'année ('flux') :

- 1^{ère} section (reconnaissance de travailleur handicapé, orientation professionnelle, garantie de ressources) : 5172 demandes reçues au cours de l'année 1997 et 5267 demandes décisionnées cette année-là 3134 demandes non décisionnées demeurent en fin d'année.
- 2^{ème} section (cartes d'invalidité, allocations adultes handicapés, allocations compensatrices, assurance vieillesse) : 9216 demandes reçues au cours de l'année 1997 et 10317 demandes décisionnées cette année là 3850 demandes non décisionnées demeurent en fin d'année.

Des éléments complémentaires sont disponibles auprès de la caisse d'allocations familiales qui verse l'allocation aux adultes handicapés destinée aux personnes handicapées disposant de ressources modestes, dont le handicap, apprécié par la COTOREP, entraîne l'impossibilité de travailler. Au 31 décembre 1997, on dénombre ainsi 6295 bénéficiaires de l'AAH, soit une augmentation de 6.1% par rapport à 1996.

⁴⁷ in Exclusion et insertion en Ile de France, DRASS Ile de France, juin 1998.

Le nombre d'allocataires de l'AAH touche environ 10 handicapés sur 1000 adultes de 20 à 59 ans (le nombre d'allocataires de plus de 60 ans étant peu élevé), proportionnellement autant qu'en Ile de France, mais deux fois moins que dans le reste de la France (20 pour 1000)⁴⁸.

22- Les capacités d'accueil :

Pour les enfants :

En 1997, le département compte 39 établissements et services médico-sociaux :

- 16 IME-IMPro (Annexe XXIV),
- 3 instituts de rééducation psycho-pédagogique (Annexe XXIV),
- 1 établissement pour déficients auditifs (Annexe XXIV quater),
- 1 structure expérimentale pour l'accueil d'enfants autistes,
- 3 placements familiaux spécialisés,
- 8 services d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD correspondant aux annexes XXIV, XXIVbis, XXIVter et XXIVquater),
- 6 Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP, annexe XXXII au décret n°63-146 du 18 février 1963),
- 1 Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP, annexe XXXIIbis au décret n°76-389 du 15 avril 1976).

A l'automne 1998, parmi ces 39 structures, 6 ne sont pas en conformité avec les annexes du décret n°89-7998 du 27 octobre 1989 (Annexes XXIV). Excepté les CMPP et le CAMSP, ces établissements et structures représentent une capacité globale de 1896 places installées (1970 places autorisées, la différence se retrouve principalement sur un établissement dont une partie des locaux a été incendiée). Le CAMSP enregistre une capacité autorisée et installée de 200 places et les CMPP de 80260 séances autorisées.

Le tableau⁴⁹ suivant récapitule les capacités par catégories d'annexes. Il est basé sur le nombre de sections existantes (51 au total) et non sur le nombre d'établissements. En effet, un établissement peut comporter plusieurs sections qui relèvent d'annexes différentes (ex: combinaison annexe XXIV simple de type IME et annexe XXIVter pour polyhandicapés).

Les capacités d'accueil du Val d'Oise pour jeunes handicapés et inadaptés

Type d'annexe	Capacité autorisée au 1er septembre 1997			
	nb de sections	internat	externat	int. + ext.
XXIV (mentaux)	26	243	603	846
XXIV (TCC)	4	179	107	286
XXIV bis	3	56	110	166
XXIV ter	10	98	139	237
XXIV quater	1	0	235	235
XXIV quinqués	0	0	0	0
XXXII (CMPP)	6	-	0	0
XXXII bis (CAMSP)	1	-	200	200
total	51	576	1394	1970

Par ailleurs, le taux d'équipement calculé à partir des résultats de l'enquête ES 95 en nombre de places⁵⁰ pour 1000 enfants de 0 à 19 ans⁵¹ s'élève à 5.99 dans le Val d'Oise⁵², soit un taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale (6.29). Les taux d'équipement franciliens les plus élevés s'observent dans le Val de Marne (7.98) suivis des Hauts de Seine (7.66).

⁴⁸ Le bilan des actions sanitaires et sociales, année 1997, Conseil général du Val d'Oise.

⁴⁹ in Schéma départemental de l'enfance et adolescence handicapées, Etat des lieux -diagnostic, Août 1998, DDASS du Val d'Oise, page 11.

⁵⁰ nombre de places tous types d'établissement confondu.

⁵¹ source INSEE : estimations de population au 1er janvier 1995 et projection OMPHALE au 1er janvier 1997.

⁵² Source : DRASSIF/CREAI - Base de données régionale - schéma régional handicapés - 1997

En valeur absolue, le Val d'Oise est le département disposant du nombre de places le plus faible d'Ile de France.

Pour les adultes :

En janvier 1998, le Val d'Oise dispose de 1118 places de CAT réparties dans 16 établissements. Par extension de 7 structures actuelles, 78 nouvelles places ont été créées en 1998.

Jusqu'en 1997, le département ne comprenait qu'une seule MAS de 50 places à saint Leu La Forêt. En cours d'année, une MAS a été ouverte à Domont mais partiellement (capacité totale 50 places). Enfin, courant 1998, la MAS de Cergy (15 places) a été mise en service.

Par ailleurs, le département compte 5 ateliers protégés et 4 centres de reclassement professionnel qui offrent 341 places de formation.

Les foyers à double tarification (compétence conjointe Etat- Conseil Général) rassemblent actuellement 90 places dans le Val d'Oise.

Enfin, 35 établissements ou services relèvent de la compétence du Conseil Général offrant 1006 places en 1997⁵³ :

- 6 foyers d'hébergement pour une capacité installée de 243 places,
- 3 foyers d'hébergement éclaté pour 128 places,
- 7 foyers de jour (138 places),
- 8 foyers de vie (231 places),
- 2 foyers de vie médicalisés (90 places),
- 6 services d'accompagnement (182 places).

3- LES ETABLISSEMENTS DE SANTE : UN TAUX D'EQUIPEMENT INFERIEUR A LA MOYENNE REGIONALE

31- Les soins de suite : un domaine particulièrement bien doté

Le Val d'Oise compte 49 établissements de santé représentant 8700 lits et places, toutes disciplines confondues. 30% de ces capacités relèvent du secteur privé lucratif.

Quelle que soit la discipline, le Val d'Oise enregistre des résultats inférieurs à la moyenne régionale en termes de taux d'équipement pour 1000 habitants⁵⁴. Seuls les soins de suite et de réadaptation sont d'avantages implantés que sur l'ensemble de la région. Cela s'explique par le fait que le Val d'Oise accueille une part importante de patients résidants dans d'autres départements.

Il faut notamment souligner l'existence d'établissements accueillant des enfants et qui ont un recrutement régional :

- le centre thérapeutique pédiatrique de Margency : 165 lits et places ;
- l'hôpital de la Roche Guyon (AP-HP) : 102 lits, dont le SROS soins de suite recommande la qualification en établissement relevant de l'annexe XXIV.

⁵³ Bilan d'activité 1997 de la COTOREP du Val d'Oise.

⁵⁴ lits et places pour 1000 habitants, source : inventaire DRASSIF - 1997.



32- La santé mentale : une couverture insuffisante

Le niveau d'équipement de l'Ile de France est proche du taux d'équipement national mais il existe de fortes disparités au niveau des départements franciliens. Alors que Paris est généreusement doté (1.93 lits et places pour 1000 habitants en psychiatrie générale et 2.70 en psychiatrie infanto-juvénile⁵⁵), le Val d'Oise (respectivement 0.93 et 0.47) et encore plus la Seine et Marne (0.83 et 0.33) font figure de parents pauvres. La moyenne régionale s'établit à 1.3 lits et places pour 1000 habitants en psychiatrie générale et 1.05 en psychiatrie infanto-juvénile.

Le secteur psychiatrique est la circonscription géographique servant de base à la planification de l'ensemble des équipements publics de lutte contre les maladies mentales. Ce terme désigne à la fois la zone géographique et le service qui y intervient. Il existe des secteurs de psychiatrie générale destinés aux adultes et des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Les premiers correspondent à une aire dont la population préconisée est de 70 000 habitants et les seconds à un territoire couvrant 2 ou 3 secteurs adultes, soit 200 000 habitants environ (recommandations de la circulaire du 14 mars 1990).

Le département dispose de 11 secteurs de psychiatrie générale et de 5 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Tous sont rattachés à des hôpitaux généraux.

En plus de ce dispositif, un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie existe sur la commune de Moisselles mais il ne reçoit que les malades des six secteurs des Hauts de Seine.

Concernant la psychiatrie infanto-juvénile, seuls 4 des 5 secteurs disposent de places d'hospitalisation de jour : 88 places dont seulement 10 pour adolescents. Deux secteurs ne disposent que d'un CMP pour une population de plus de 60 000 jeunes de 0 à 16 ans induisant des listes d'attente très importantes et un réel problème d'accès aux soins. Aucun lit d'hospitalisation complète n'est disponible sur le département.

Aux 5 hôpitaux de jour publics sectorisés, s'ajoutent 2 hôpitaux de jour privés associatifs :

- l'hôpital de jour de la Mayotte (11 places pour des enfants de moins de 12 ans),
- l'hôpital de jour des Vignolles (11 places pour des enfants jusqu'à 16 ans).

⁵⁵ lits et places pour 1000 habitants, source : inventaire DRASSIF - 1997.

Toutes ces structures relatives à la psychiatrie infantile-juvénile peuvent accueillir des enfants quelle que soit leur pathologie (aucun agrément spécifique).

La population moyenne par secteur de psychiatrie générale dans le Val d'Oise (102 000 personnes⁵⁶) est largement supérieure aux 70 000 habitants recommandés par la circulaire de 1990. La moyenne régionale s'approche déjà plus de ces recommandations : 74 000 habitants en moyenne. Sur l'ensemble du pays, la population moyenne des secteurs de psychiatrie infantile-juvénile est de 52 000 personnes de 0 à 16 ans. Dans le Val d'Oise, celle-ci s'établit à 60 300 personnes (48 810 en Ile de France).

Ces indices révèlent un réel sous-équipement du Val d'Oise et, plus spécialement, dans les alternatives à l'hospitalisation pour les enfants et adolescents ou pour les prises en charge ambulatoires.

33- Le schéma régional de la psychiatrie en Ile de France :

La loi N°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, modifiée par l'ordonnance N°96-346 du 24 avril 1996, a instauré une planification élaborée à l'échelon régional qui s'appuie sur deux documents : la carte sanitaire et le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).

La première carte sanitaire de la psychiatrie :

La carte sanitaire détermine les limites des secteurs et la nature et l'importance de l'offre de soins nécessaire pour répondre aux besoins de la population par zone sanitaire. Celle d'Ile de France a été modifiée en 1994 pour les disciplines de médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique, puis en 1997 pour les soins de suite ou de réadaptation ainsi que les matériels lourds. La carte sanitaire de la psychiatrie a été élaborée pour la première fois en 1998. Elle s'appuie sur le bilan régional de la psychiatrie publié en avril 1996 qui recense les données socio-économiques et épidémiologiques disponibles et l'ensemble des équipements et des moyens.

Le schéma régional d'organisation sanitaire de la psychiatrie :

Le schéma régional d'organisation sanitaire détermine la répartition géographique des installations et activités de soins afin d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population. Le schéma régional d'organisation de la psychiatrie fait l'objet d'un SROS juridiquement distinct. Il prend en compte les réflexions des schémas départementaux d'organisation (SDO) de la psychiatrie élaborés en 1995 et validés par les conseils départementaux de santé mentale (excepté dans le Val de Marne).

Dans le Val d'Oise, le schéma départemental d'organisation (SDO) de la psychiatrie prévoit notamment pour la période 1996-2000 :

- un développement des alternatives à l'hospitalisation et, pour certains secteurs un renforcement des capacités d'hospitalisation complète,
- un nouveau découpage sectoriel,
- la mise en place d'accueil d'urgences psychiatriques,
- la création de lieux d'hospitalisation psychiatriques pour adolescents,
- le développement des liaisons entre le sanitaire et le médico-social (ex : mise en réseau de la psychiatrie avec ces structures et formalisation de conventions entre les partenaires).
- la prise en compte des spécificités des zones et quartiers difficiles.

Le SDO souligne quelques points propres au département et notamment la forte implication des pédopsychiatres de secteurs dans les équipes techniques de la CDES.

L'annexe au SROS :

Prévue à l'article L 712-3-1 du code de la santé publique, l'annexe au SROS détermine, en fonction des objectifs retenus par le schéma, les opérations à réaliser dans les établissements au cours des cinq prochaines années pour la mise en oeuvre du schéma. L'annexe est devenue un document opposable pour la discipline de psychiatrie depuis l'ordonnance du 24 avril 1996.

Elle prévoit notamment :

- un rapprochement des lieux de soins du domicile des patients,
- la dotation des secteurs d'un équipement de base et leur rééquilibrage,

⁵⁶ lits et places pour 1000 habitants, source : inventaire DRASSIF - 1997

- l'amélioration de la prise en charge infanto-juvénile.

Des structures alternatives à créer en psychiatrie i infanto-juvénile dans le Val d'Oise

Les priorités géographiques du SROS de la psychiatrie se concentrent sur la Seine et Marne et le Val d'Oise.

Concernant plus précisément la psychiatrie infanto-juvénile dans le Val d'Oise, il est prévu d'étendre les capacités d'hospitalisation de jour, de créer deux CMP, sept CATTP, de développer l'accueil familial thérapeutique et de changer l'hôpital de rattachement du secteur de Cergy-Pontoise.

4- LES SERVICES DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE :

41- Les missions de l'Aide Sociale à l'Enfance :

Depuis les lois de décentralisation du 22 juillet 1983 et du 6 janvier 1986, la protection administrative de l'enfance est du ressort du Président du Conseil Général.

Les missions de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) sont régies par le Code de la Famille et de l'Aide Sociale (article 40 et suivants) et concourent à la protection des enfants plus ou moins privés de soutien familial

Les missions de l'ASE s'organisent autour de quatre axes :

- **l'aide à domicile** qui vise à apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs et à leur famille par des aides financières (allocations mensuelles et secours d'urgence), l'intervention d'un travailleur familial ou d'une aide ménagère ou d'un service d'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO) qu'elle soit administrative, c'est à dire contractualisée avec les parents, ou judiciaire, c'est à dire à la demande du juge;
- **la 'prévention spécialisée'** dans les quartiers où se manifestent des risques d'inadaptation sociale (mise en place d'actions collectives visant à prévenir la marginalisation et faciliter l'insertion des jeunes et des familles);
- **la prise en charge physique** par le service des mineurs qui, temporairement ou durablement, ont été confiés au service faute de pouvoir être maintenus dans leur milieu habituel. Cela recouvre l'entretien et l'hébergement des mineurs en famille d'accueil et en établissement et l'entretien des mineurs confiés à un tiers digne de confiance;
- La participation à **la prévention des mauvais traitements** à l'égard des mineurs et à la protection des mineurs maltraités.

Les services de l'ASE accueillent les enfants et les jeunes qui leurs sont confiés :

- soit à la demande des parents (l'accueil provisoire, AEMO administrative) - mesures dites 'administratives' -;
- soit par décision judiciaire (article 375 du Code Civil) : garde confiée à l'ASE par le juge, AEMO judiciaire.

L'ensemble de ces prestations est soit assuré directement par les services du département, soit par le secteur associatif habilité et conventionné.

42- Les moyens mobilisés dans le Val d'Oise :

La prise en charge de l'ensemble de ces mineurs repose, d'une part, sur les structures d'accueil qui hébergent les enfants qui ont fait l'objet d'une mesure de placement et, d'autre part, sur les équipes éducatives qui interviennent au domicile de l'enfant dans le cadre d'une AEMO administrative ou judiciaire.

Les structures d'accueil du Val d'Oise :

- **Le foyer départemental de l'enfance**, en gestion directe par le service de l'ASE, d'une capacité de 54 lits dont 12 en pouponnière⁵⁷. Il fait fonction à la fois de centre d'accueil

⁵⁷ in Schéma départemental de l'ASE, Rapport d'étape, Conseil Général du Val d'Oise, juin 1997, page 26.

(notamment en urgence), de lieu d'observation et d'orientation (après mesure des capacités intellectuelles et bilan psycho-affectif) dans un délais variable d'environ deux à trois mois et de refuge (maladie, vacances, absence de logement, attente d'un nouveau placement...);

- **Le secteur associatif** gère, par convention avec le conseil Général, **30 maisons d'enfants ou d'adolescents**. 13 sont habilités conjointement par les services de l'ASE et par la PJJ. Ces établissements ont une capacité globale d'accueil en internat de 791 places à laquelle il convient d'ajouter les 308 places offertes par la Fondation 'Les Orphelins Apprentis d'Auteuil' qui dispose de deux établissements implantés dans le département;

- **Le réseau des familles d'accueil** : 718 assistantes maternelles agréées à titre permanent pour une capacité globale d'accueil de 1495 enfants, 451 assistantes maternelles recrutées par l'ASE et deux centres de placements familiaux associatifs d'une capacité d'accueil de 213 mineurs;

- **Les équipes éducatives** : 8 services d'AEMO gérés par des associations qui peuvent intervenir pour un nombre total de 1131 mineurs sur mandat administratif mais également judiciaire et les 12 équipes éducatives de l'ASE dites 'équipes enfance' qui permettent la prise en charge d'environ 2100 enfants soit dans le cadre d'une AEMO (administrative ou judiciaire), soit dans le cadre d'un placement.

En 1996, les dépenses de l'ASE se sont élevées après de 400 MF (y compris le budget du foyer de l'enfance). C'est le premier poste de dépenses du budget social (34%) ce qui correspond à 10% du budget départemental (investissement et fonctionnement confondus).

43- Plus de 3600 jeunes pris en charge en 1996 :

Un enfant est admis à l'ASE dès lors qu'il bénéficie de l'intervention d'un travailleur social à domicile au titre d'une AEMO ou s'il fait l'objet d'un placement physique, que ce soit sur décision administrative ou judiciaire. Les enfants dont les familles bénéficient d'aides financières, d'interventions familiales ne sont pas considérés comme admis bien que ces aides soient accordées par le Conseil Général.

En 1996, 3615 jeunes sont pris en charge par l'ASE⁵⁸ :

- 339 placements administratifs en accord avec les parents ou tuteurs,
- 1638 placements judiciaires,
- 171 placements chez des tiers dignes de confiance,
- 298 AEMO administratives et 1169 AEMO judiciaires.

Il faut souligner que les mesures administratives ne concernent que 18% des interventions. Les prises en charge les plus nombreuses touchent la tranche d'âge 14-17 ans. De l'âge de 2 ans jusqu'à 13 ans, les jeunes sont davantage concernés par une mesure AEMO que par un placement. A partir de 16 ans, la tendance s'inverse.

Les placements se font à 45% chez des assistantes maternelles, 11% en placements familiaux associatifs et 44% en établissement.

Par ailleurs, il faut souligner que l'état de santé de ces jeunes est souvent lié à des carences affectives, ils ne verbalisent pas leurs difficultés ou leurs douleurs physiques, ils banalisent les comportements à risque (tabac, drogue, alcool...).

Enfin, une étude réalisée en 1998 par le Conseil général du Val d'Oise sur la population bénéficiant de placements fait ressortir que 93 jeunes souffrent d'un handicap ou de maladie invalidante (30% de troubles psychiatriques graves, 21% de trisomie, 21% de déficience intellectuelle profonde, 11% de polyhandicap). A l'exception de deux enfants confiés à des établissements conventionnés ASE, tous sont accueillis dans des établissements adaptés à l'accueil d'enfants handicapés (IME, IMPro, Placement familial spécialisé...) ou encore hôpital de jour ou pouponnière médicalisée. De ce fait, le problème de prise en charge se pose surtout pour les jeunes externes qui sont hébergés chez des assistantes maternelles qui ne sont pas toujours préparées à accueillir ce type de population.

⁵⁸ Op.Cité.

5- LES INTERVENTIONS DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE :

51- Une mission essentiellement éducative

La protection judiciaire de la jeunesse a pour mission d'assurer la prise en charge éducative des mineurs et jeunes majeurs qui font l'objet d'une décision de justice. Elle est régie par une législation spécialisée visant **trois catégories de jeunes** :

- **Les mineurs délinquants** : l'ordonnance du 2 février 1945 sur l'enfance délinquante fixe un principe de responsabilité atténuée des mineurs. De ce fait, les juridictions spécialisées pour mineurs privilégient les mesures de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation par rapport à la sanction pénale⁵⁹.

- **L'assistance éducative** (article 375 et suivant du Code Civil). Depuis l'ordonnance du 23 décembre 1958, le juge des enfants peut prendre des mesures de protection préventives à l'égard des mineurs dont la santé, la sécurité, la moralité sont en danger ou dont les conditions d'éducation sont gravement compromises. Le juge des enfants dispose d'une série de mesures éducatives en milieu ouvert et en hébergement.

- **Les jeunes majeurs**. Le décret du 18 février 1975 tempère certaines conséquences de la Loi du 5 juillet 1974 ramenant la majorité à 18 ans. Il permet aux jeunes majeurs qui éprouvent des difficultés d'insertion sociale de solliciter eux-mêmes du juge des enfants pour la mise en oeuvre d'une action de protection judiciaire. Par ailleurs, au pénal, l'article 16bis de l'ordonnance du 2 février 1975 atténue les conséquences de la majorité civile à 18 ans.

Les mesures ordonnées sont de trois natures : les mesures d'investigation, l'assistance éducative et les mesures pénales.

D'une façon générale, **les mesures d'investigation** ordonnées par les magistrats et exercées par les établissements et services de la PJJ sont :

- les enquêtes sociales,
- les IOE (Investigations et Orientations Educatives),
- les expertises psychologiques et psychiatriques,
- les enquêtes rapides des Services Educatifs Auprès des Tribunaux (SEAT).

Ces services assurent une mission de conseil et d'orientation auprès du Parquet et du tribunal pour Enfants.

Les prises en charge **d'assistance éducative** s'organisent autour :

- des mesures de suivi en milieu ouvert (par exemple : AEMO), par un éducateur, quand le jeune demeure dans son milieu de vie naturel,
- des mesures de placement dans un centre approprié ou dans les autres cas : foyers, centres de formation professionnelle, famille d'accueil, aide sociale à l'enfance...

En matière pénale, ce sont :

- des actions de réparation,
- des mesures de liberté surveillée (suivi en milieu ouvert par un éducateur),
- des mesures de placement dans un centre approprié,
- enfin, le suivi éducatif et de préparation de la sortie des mineurs incarcérés.

Au quotidien, les services de l'ASE sont confrontés à des situations très proches. Toutefois, ceux-ci ne peuvent prendre de mesures éducatives ou de placement en cas d'opposition de la famille. Dès lors, le recours au juge des enfants est nécessaire.

⁵⁹ in, La protection judiciaire de la jeunesse, plaquette de présentation du Ministère de la Justice.

52- Les structures de la protection judiciaire de la jeunesse dans le Val d'Oise

Outre les juridictions pour mineurs où exercent les magistrats de la jeunesse, le système de protection judiciaire de la jeunesse repose sur des institutions spécialisées qui relèvent soit du secteur public, soit du secteur associatif.

Les établissements et services publics sont au nombre de 10⁶⁰ dans le département :

- un Service Educatif Auprès du Tribunal pour enfants (SEAT),
- 4 centres d'action éducative en milieu ouvert,
- 5 foyers d'action éducative avec hébergement dont trois disposent de sections d'accueil de jour.

Le secteur associatif habilité par la PJJ regroupe 21 structures dans le département du Val d'Oise :

- 9 structures d'hébergement,
- un foyer d'accueil,
- une maison d'enfants,
- 2 Services d'Investigation et d'Orientation Educative (SIOE),
- 7 services d'AEMO,
- et un Service d'Accueil d'Urgence (SAU).

En 1996, le budget de la PJJ s'élève à 45.1 MF secteurs public et associatif habilité confondus, investissement et fonctionnement compris. 40% de ce budget est destiné au secteur associatif dont 11.5 MF à l'hébergement. De même, les dépenses du secteur public (27.3 MF en 1996) correspondent essentiellement à des dépenses d'hébergement.

53- Près de 60% des jeunes relèvent de l'assistance éducative :

Globalement, le nombre de jeunes suivis par les services de la PJJ au 31 décembre 1996 s'élève à 729⁶¹. Près de 70% d'entre eux sont des garçons. L'âge moyen est de 14 ans.

Seuls 8% d'entre eux font l'objet d'une mesure d'hébergement, les autres bénéficiant soit d'une mesure en milieu ouvert (68%) ou d'une prise en charge en centre de jour (6%).

Ces jeunes sont essentiellement pris en charge par la PJJ au titre de l'assistance éducative (59%). Le statut relatif à l'ordonnance de 1945 (mesure pénale) concerne 36% des jeunes. Enfin, seulement 5% relèvent d'une protection jeune majeur.

Il convient de préciser que sur l'ensemble de l'année 1996, compte tenu de entrées et des sorties, 3020 mesures ont été exercées par les services de la PJJ.

54- Un projet de schéma départemental articulé avec l'ASE :

Les interventions de la protection judiciaire de la jeunesse sont complémentaires de celles des institutions chargées de la protection administrative de l'enfance et tout particulièrement de l'aide sociale à l'enfance. La Loi du 6 janvier 1986 prévoit une convention Etat-Département pour définir des objectifs locaux négociés entre les deux institutions.

Le projet de schéma départemental de l'aide sociale à l'enfance en cours d'élaboration à l'automne 1998 a pour but de définir pour les cinq années à venir un cadre de travail pour l'ensemble des institutions du Val d'Oise.

⁶⁰ Source : Direction Départementale de la PJJ du Val d'Oise.

⁶¹ in Schéma départemental de l'ASE, Rapport d'étape, Conseil Général du val d'Oise, juin 1997, page 25.

6- LE DISPOSITIF D'ADAPTATION ET D'INTEGRATION SCOLAIRE DANS LE VAL D'OISE :

La prise en charge par l'Education Nationale des enfants et adolescents handicapés ou en difficulté s'articule autour de deux dispositifs :

- le dispositif d'adaptation
- et le dispositif d'intégration qui se décline lui-même en deux : l'intégration en milieu scolaire ordinaire ou l'intégration de la scolarité dans un établissement spécialisé médico-éducatif ou sanitaire.

61- Le dispositif d'adaptation :

Les élèves rencontrant des difficultés dans le cadre de leur scolarité bénéficient d'un dispositif d'aide :

- **Dans les écoles maternelles et élémentaires** (premier degré), ils sont pris en charge par des enseignants spécialisés attachés aux 'Réseaux d'Aides Spécialisées aux Enfants en Difficulté' (**RASED**). 400 enseignants spécialisés interviennent dans le Val d'Oise⁶². Les RASED dispensent des aides spécialisées dans un cadre négocié avec les équipes d'école, les familles et en articulation avec les services de soins, si besoin est.
- **Dans le second degré**, les collèges mettent progressivement en place, depuis la rentrée 1997, des dispositifs de consolidation ou d'aides et de soutien.

62- Le dispositif d'intégration :

L'intégration en milieu scolaire ordinaire :

Les enfants souffrant d'une maladie invalidante ou handicapés peuvent bénéficier d'un aménagement du dispositif de scolarisation dans le milieu scolaire ordinaire. Cela peut prendre deux formes :

- **Une intégration individuelle** formalisée par un projet individuel d'intégration scolaire (PIIS). Dès lors, le jeune est scolarisé en tenant compte de ses besoins spécifiques, dans le premier degré comme dans le second degré.

Durant l'année scolaire 1995-1996, 420 enfants handicapés sont intégrés individuellement en école primaire dans le Val d'Oise dont 260 en école maternelle (60% d'entre eux à temps partiel) et 160 en école élémentaire (20% de temps partiel)⁶³.

Environ 100 élèves handicapés sont scolarisés dans différents collèges dans le cadre d'un projet individualisé auxquels s'ajoutent le même nombre d'élèves souffrant de maladies chroniques ou invalidantes qui bénéficient d'un accueil spécifique. Au lycée, 50 jeunes handicapés sont scolarisés dans le cadre d'un PIIS dans le Val d'Oise.

- **Une intégration collective**

Dans le premier degré, dans le cadre des classes d'intégration scolaire (CLIS). Ce type de scolarisation s'articule en général avec l'intervention d'un service spécialisé sanitaire ou médico-social (CMPP, SESSAD, SSEFIS, CMP...). Dans le département, 11 classes regroupent des enfants dont le handicap a été reconnu par la CDES : 8 CLIS pour handicapés mentaux (dont une en école privée), 1 CLIS pour déficients visuels, 2 CLIS pour déficients moteurs. Le projet pédagogique des CLIS s'articule avec celui de l'école d'accueil.

Par ailleurs, depuis 1909 l'Education Nationale dispose de classes de perfectionnement annexées aux écoles élémentaires pour accueillir des enfants 'arriérés'. Dans les années 60, ce dispositif s'est fortement développé pour accueillir une population hétérogène en difficulté scolaire. En 1996-97, le département dispose de 82 classes de perfectionnement accueillant environ 900 enfants en très grande difficulté scolaire ou présentant un retard mental ou des troubles à dominante psychologique. Ces classes sont progressivement transformées en CLIS.

⁶² in Schéma départemental de l'enfance et adolescence handicapées, état des lieux - diagnostic, DDASS du Val d'Oise, page 32.

⁶³ in Schéma départemental de l'enfance et adolescence handicapées, état des lieux - diagnostic, DDASS du Val d'Oise, page 33

Dans le second degré, l'intégration collective prend différentes formes dans le Val d'Oise. Des classes de jeunes sourds relevant de l'école intégrée Danielle Casanova sont installées en collège (35 élèves) et en lycée (50 élèves). Par ailleurs, l'enseignement général et professionnel adapté (EGPA) est assuré au sein de 32 sections (SEGPA) installées en collège et de 2 Etablissements Régionaux d'Enseignement Adapté (EREA). Les SEGPA accueillent des jeunes en grande difficulté scolaire ou déficients mentaux dans le but de leur apporter une formation de niveau V. En 1996-97, les SEGPA du Val d'Oise accueillent 2636 élèves de la 6ème à la 3ème dont 110 élèves handicapés ou présentant des troubles psychologiques scolarisés dans le cadre de PIIS. Les SEGPA peuvent constituer un dispositif d'intégration important pour les jeunes pris en charge dans le secteur médico-social ou sanitaire (IR, SESSAD, IME...).

L'intégration de la scolarité dans un établissement spécialisé :

Des enseignants publics sont mis à la disposition des établissements spécialisés médico-éducatifs ou sanitaires par l'Education Nationale. Par ailleurs, les établissements peuvent, par contrat simple, avoir recours à des enseignants privés.

En 1996-97, les IME, IMP, IMPro disposent de 34 enseignants spécialisés publics et de 5 enseignants spécialisés privés. Les instituts de rééducation du département disposent de 38 enseignants dont seulement 2 de statut privé. Les établissements relevant de l'annexe XXIVbis disposent de 8 enseignants spécialisés publics et ceux de l'annexe XXIVquater de 21.

Les jeunes sont en général scolarisés à temps partiel compte-tenu du fait qu'ils bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire dans le cadre de leur Projet Individuel Educatif Pédagogique et Thérapeutique (PIET) institué par les annexes XXIV.

Par ailleurs, les jeunes accueillis dans les établissements et a fortiori dans les services médico-sociaux peuvent bénéficier du dispositif d'intégration individuelle ou collective en milieu scolaire ordinaire décrit ci-dessus.

B- LES TROUBLES DE LA CONDUITE ET DU COMPORTEMENT DANS LE VAL D'OISE

1- L'OFFRE : LES INSTITUTS DE REEDUCATION DU VAL D'OISE

A l'automne 1998, le département du Val d'Oise compte quatre instituts de rééducation dont l'un actuellement agréé en tant qu'IMPro :

- l'IR 'Le Clos Levallois',
- l'IR 'L'Oratoire',
- l'IR 'La Mayotte',
- l'IMPro 'Le Château'.

En 1996, le budget global (classe 6 brute) de ces quatre établissements est de 70.6 MF. Les coût moyen à la place (capacité installée) s'élève donc à 223 550 francs par an. A titre de comparaison, les données publiées au niveau national pour la même période de référence font état d'un coût à la place de 192 707 francs en IR⁶⁴.

11- L'IR 'le Clos Levallois' : un ancien orphelinat

L'institut de rééducation 'Le Clos Levallois' situé à Vauréal est géré par l'association du même nom créée en 1944. Celle-ci est issue d'un organe de gestion responsable d'un orphelinat dans le Calvados, sinistré en juin 1944, et reconstitué la même année à Vauréal dans les locaux actuels de l'IR.

Dès 1974, l'institution prend la dénomination « d'institut médico-pédagogique accueillant des enfants caractériels d'intelligence normale » qui lui ouvre droit à un financement sécurité sociale.

⁶⁴ in INFODAS N°60, mars 1997 - résultats 1995, publication du Ministère du Travail et des Affaires Sociales, page 37.

La mise en conformité avec les nouvelles annexes XXIV date du 9 février 1994 pour des jeunes de 6 à 18 ans. La capacité autorisée et installée est de 72 places en internat et de 30 places en externat. Au 1er octobre 1998, la fréquentation est de 98 jeunes.

Il s'agit d'un établissement mixte. Une préparation au monde du travail est réalisée dans l'établissement dans le cadre d'ateliers (cuisine, horticulture, maintenance et peinture-vitrierie) et à l'extérieur par le biais de stages en entreprises. Si cela est possible, l'adolescent est présenté au CAP du métier choisi.

12- L'IR 'l'Oratoire' : établissement pour enfants 'atteints de troubles graves de la personnalité'

En effet, le texte de l'avant-dernier agrément précise que cet établissement est destiné à accueillir « des enfants des deux sexes de 6 à 14 ans atteints de troubles graves de la personnalité en internat de semaine ». Le premier agrément date de décembre 1967 et précise qu'il s'agit « d'un institut médico-pédagogique de 29 lits pour enfants de sexe féminin de 8 à 14 ans, de quotient intellectuel supérieur à 0.90, atteints de troubles du caractère et du comportement ».

La dernière mise en conformité avec les annexes XXIV date de 1993. L'agrément concerne 30 places d'internat de semaine (capacité autorisée et installée) pour des jeunes des deux sexes âgés de 6 à 14 ans (12 ans maximum pour les garçons). Le taux d'occupation actuel est de 100% de la capacité installée. L'association 'l'Oratoire de Marines' est l'organisme gestionnaire et responsable de cet établissement qui se situe à Marines en plein Vexin.

13- L'IR 'La Mayotte' : la plus grosse structure du département

Le centre de 'La Mayotte', situé sur la commune de Montlignon, a été fondé à la fin des années 40 et agréé pour la première fois en 1948 en tant qu'établissement d'éducation et d'enseignement spécialisé. Il s'agit d'une oeuvre sociale de la Mutuelle Nationale de la Presse, du Livre et de la communication (MNPL). Le dernier agrément date de février 1994 et concerne des jeunes des deux sexes âgés de 6 à 18 ans. La capacité autorisée et installée est de 77 places en internat et de 64 places en externat. Au 1er octobre 1998 145 jeunes sont accueillis dans cet établissement.

Les groupes sont organisés par sections jusqu'au niveau collège et de première formation professionnelle (ateliers menuiserie, peinture et stages en entreprise pour construire un projet professionnel). L'objectif principal est une sortie à 16 ans vers un centre de formation pour apprentis.

En outre, l'établissement dispose d'un appartement thérapeutique de 6 places, à Eaubonne, destiné à l'autonomisation progressive des jeunes scolarisés ou en formation professionnelle dans des structures extérieures.

Le projet pédagogique éducatif et thérapeutique de l'institution précise que l'établissement « prend en charge des enfants et adolescents des deux sexes dont les manifestations et les troubles du comportement rendent nécessaires, malgré les capacités normales ou approchant la normale, la mise en oeuvre de moyens médico-éducatifs pour le déroulement de leur scolarité. Le but poursuivi est la réintégration, aussi rapide que possible, dans le milieu familial ou social ainsi que dans une scolarité, une formation ou en insertion professionnelle la plus proche possible de la normale ».

A côté de l'institut de rééducation, le centre dispose d'un SESSAD, ouvert en 1974, d'une capacité autorisée de 13 places mais qui est en sous-activité chronique (fréquentation en juin 1997 : 4 jeunes). Actuellement, son fonctionnement n'est pas conforme aux annexes XXIV puisqu'il fait uniquement office de service de suite.

Enfin, dans la même enceinte se trouve également un hôpital de jour de 11 places pour des enfants de moins de 12 ans.

14- L'IMPro 'Le Château' : une mise en conformité avec les annexes XXIV qui s'impose

Cette structure est issue d'une association fondée après la première guerre mondiale : 'l'Assistance aux Blessés Nerveux de la Guerre' (ABNG). Avec d'abord une mission d'aide « aux blessés nerveux de la guerre de 1914-1918, trépanés et commotionnés », l'association a prévu,

dès sa fondation, de recentrer ses activités pour ensuite venir en aide aux enfants nerveux et instables.

Le château d'Arnouville-lès-Gonesse est acquis par l'association en 1922. En 1930, il se transforme en centre médico-pédagogique professionnel pour accueillir 90 garçons. L'agrément actuel date de 1978 et qualifie l'établissement « d'institut médico-professionnel » destiné à « des garçons âgés de 12 à 18 ans présentant des perturbations psychoaffectives qui entraînent des difficultés dans le milieu scolaire ou familial et pour lesquels s'impose une aide thérapeutique spécialisée dans le cadre d'une prise en charge institutionnelle et d'une formation professionnelle ». La capacité de l'établissement est alors fixée à 97 lits (internat). Si la capacité autorisée actuelle demeure à 97 places, la capacité installée n'est que de 50 places suite à l'incendie d'une partie des locaux.

Les jeunes peuvent choisir entre une spécialisation professionnelle concernant les travaux paysagers ou la production horticole (floriculture, pépinière, cultures potagères).

La mise en conformité avec les annexes XXIV du décret d'octobre 1989 et avec l'activité réelle de l'établissement est l'occasion pour celui-ci de définir un nouveau projet. Ce dernier prévoit pour un public, désormais mixte, de jeunes présentant des troubles de la conduite et du comportement :

- La création d'un SESSAD de 15 places afin d'intervenir en amont pour prévenir les évictions scolaires ou en aval de la prise en charge par l'institut de rééducation afin de soutenir les réintégrations scolaires;
- La création d'un centre de placement familial thérapeutique de 15 places également;
- La modification de la capacité d'accueil de l'institut de rééducation : 55 places en internat, 20 places en semi-internat et 3 lits d'accueil intermittents pour les jeunes accueillis dans les autres formules de la structure.

15- Une relative spécialisation des établissements :

Outre, l'histoire d'un établissement qui a naturellement tendance à influencer les modes de prise en charge, les procédures d'admissions et d'orientations à la sortie dessinent, lentement mais sûrement, le profil d'un établissement.

Les équipes techniques de la CDES du Val d'Oise ont bien intégré ces nuances et proposeront les candidatures des jeunes qui sont le plus en adéquation avec les profils des établissements. Toutefois, ces pratiques peuvent être à l'origine d'effets d'éviction des jeunes les plus atypiques.

Par ailleurs, la dénomination des établissements au quotidien ('l'école', 'le château...') peut aussi être différente de la dénomination officielle. Au-delà du côté anecdotique, on peut se poser des questions sur l'adéquation entre la dénomination officielle/d'usage et la mise en oeuvre du projet d'établissement au quotidien.

Si le passage en CROSS est l'occasion de remettre en cohérence le projet d'établissement dans ses trois dimensions pédagogiques, éducatives et thérapeutiques avec les annexes XXIV, l'orientation du travail des équipes, les usages de l'établissement tendent souvent à favoriser l'une ou l'autre de ces dimensions. Certes, cela entraîne théoriquement une richesse des choix d'orientation et d'accueil.

La spécialisation d'un établissement peut également être liée à des causes externes : la pression de la demande. Les établissements du Val d'Oise sont très sollicités (il existe des listes d'attente) et le manque d'autres structures (comme les hôpitaux de jour pour adolescents) les conduit à mettre en place des solutions alternatives.

2- LE PROFIL DES TCC DU VAL D'OISE :

21- Les TCC : seconde déficience principale des jeunes en établissements médico-sociaux

L'exploitation de l'enquête ES 95 par la DRASS et le CREAL de la région Ile de France permet de disposer de résultats départementaux par type de déficience en distinguant la déficience principale de la déficience associée⁶⁵.

⁶⁵ in Les enfants et adolescents handicapés d'Ile de France orientés par les CDES vers les structures médico-sociales, DRASS et CREAL Ile de France, mai 1997.

Nombre d'enfants accueillis dans les établissements du Val d'Oise en fonction de leurs déficiences principales ou associées :

Déficience principale	Effectifs totaux	Avec déficience associée	TCC comme déficience associée
retard mental profond	163	108	8
retard mental léger/moyen	633	333	103
déficience du psychisme(1)	132	118	1
TCC	364	45	-
déficiences auditives	234	10	2
déficiences motrices	164	107	0
polyhandicap	126	40	8
total	1816	761	122

Source : ES 95 - exploitation DDASS 95

(1) correspond ici à la catégorie 'déficiences du psychisme' de la nomenclature de l'enquête ES, sans les TCC qui y sont habituellement rattachés. Recouvre donc : les déficiences intermittentes, 'critiques' de la conscience (y compris les crises d'épilepsie), les déficiences du comportement en rapport avec des troubles psychiatriques graves comme l'autisme.

Les TCC sont une déficience fréquente dans le Val d'Oise puisqu'ils constituent, comme au niveau francilien, la seconde déficience principale après le retard mental léger ou moyen. De même qu'en Ile de France, 58% des jeunes du département n'ont aucun troubles associés. Lorsqu'il y a troubles associés à une déficience principale, il s'agit dans 16% des cas de TCC.

Les IR accueillent aussi des 'déficients du psychisme' :

Les jeunes présentant principalement des TCC ne sont pas les seuls à être accueillis en institut de rééducation. En effet, près de 29% des 132 enfants présentant une déficience du psychisme comme déficience principale (déficiences intermittentes de la conscience, déficiences liées à des troubles neurologiques comme l'épilepsie...), sont accueillis dans un institut de rééducation. Pourtant, dans le département un seul enfant atteint par cette déficience principale présente des TCC comme déficience associée. Au niveau régional également, les instituts de rééducation accueillent une proportion non négligeable de ces jeunes (près de 10%).

Les 'jeunes TCC' sont en IR ou IME selon qu'ils souffrent de déficience associée ou non :

Quant aux 364 jeunes souffrant de TCC en tant que déficience principale et accueillis dans des établissements du Val d'Oise, seulement 65% sont en IR. Viennent ensuite le CAMSP du département qui accueille 19% de ces 'jeunes TCC' puis les IME/IMP/IMPro (9%). Au niveau régional, ce sont les IME/IMP/IMPro qui viennent en seconde position accueillant 28% des TCC, puis les SESSAD (11%). Les CAMSP n'accueillant que 5% de cette population. Ces 'jeunes TCC' ont rarement des déficiences associées. Seulement 12% d'entre eux en ont et il s'agit essentiellement de retard mental léger ou moyen ou de déficience du langage. D'une façon générale, les enfants atteints de TCC seront, selon qu'ils présentent ou non une déficience associée accueillis majoritairement dans un IR ou un IME/IMP/IMPro. En effet, 68% des jeunes TCC sans troubles associés sont pris en charge en IR (et 21% dans le CAMSP du département) tandis que 55% des enfants avec troubles associés sont en IME/IMP/IMPro. Des résultats comparables sont constatés sur l'ensemble de la région francilienne.

22- Les jeunes accueillis en institut de rééducation sont essentiellement des garçons :

Différentes études confirment ce constat. Toutefois, l'analyse menée dans le Val d'Oise à l'occasion de la refonte des annexes XXIV⁶⁶, sur les jeunes accueillis dans les établissements médico-sociaux du département, est particulièrement intéressante à ce sujet. En effet, parmi les 1418 jeunes accueillis dans les établissements du département 313 l'étaient au titre de 'troubles

⁶⁶ Les annexes XXIV dans le Val d'Oise, DDASS du Val d'Oise, décembre 1992.

névrotiques, pathologie de la personnalité, sans déficience intellectuelle associée'. Les 2/3 d'entre eux étaient accueillis à l'IR de la Mayotte et celui du Clos Levallois.

Parmi ces 313 jeunes on compte 1 fille pour 4 garçons : la prédominance numérique des garçons est encore plus importante qu'en psychiatrie infanto juvénile (sex-ratio garçons/filles d'environ 1.7). Selon l'auteur « plusieurs hypothèses peuvent être avancées : on peut imaginer qu'à gravité égale, la symptomatologie adolescente masculine est plus bruyante que celle des filles, et que la tolérance des établissements scolaires est moindre devant la menace que constitue la violence. »

23- 56% des enfants accueillis en institut de rééducation étaient scolarisés en milieu ordinaire avant leur entrée :

Il s'agit d'un résultat tiré d'une enquête réalisée en 1997 par la CDES du Val d'Oise sur l'origine des enfants accueillis dans les établissements médico-sociaux du département⁶⁷.

325 dossiers d'enfants accueillis en institut de rééducation ont été examinés et l'origine est précisée dans 90% des cas.

La majorité de ces jeunes étaient scolarisés en milieu ordinaire avant leur entrée en institut de rééducation (56.2%). La plupart sont issus d'une classe ordinaire puisque près de la moitié d'entre eux était scolarisé dans une classe de niveau élémentaire (47.0%) et un peu plus de 9% au collège, dans une classe ordinaire également. Ensuite, un peu plus d'un quart est issu d'une classe de perfectionnement (26.8%) et 3.6% étaient en CLIS, EREA ou SEGPA, donc déjà repérés par le système scolaire comme étant en difficulté. Enfin, près de 10% ont été orientés précocement en IR, lors de leur scolarisation en école maternelle. Parmi ces jeunes déjà scolarisés, 77% bénéficiaient d'une prise en charge de type CMP ou CMPP et 6% d'entre eux étaient suivis en hôpital de jour.

Parmi les autres origines possibles, apparaissent par ordre décroissant d'importance :

- le suivi par un CMP ou CMPP sans autre indication (23.3% des cas);
- le secteur médico-éducatif (10.6% des cas qui correspondent essentiellement à la fréquentation d'un autre IR);
- le secteur sanitaire (4.1%);
- le secteur social : suivi ASE ou placement familial (3.8%);
- enfin pas de scolarisation (2%).

24- Quelques éléments sur les sorties d'IR du Val d'Oise :

La CDES du Val d'Oise a réalisé une analyse des sorties prévisionnelles des établissements médico-sociaux pour l'année 1996/97⁶⁸. Concernant les instituts de rééducation, 74 sorties étaient prévues, soit environ un quart de l'effectif moyen présent dans ces structures durant cette période.

Parmi ces 74 sorties prévisionnelles, 50 jeunes ont une place assurée à la rentrée 1997 et 24 sont en attente d'une place.

Globalement, pour l'ensemble des sorties prévues, le secteur de l'Education Nationale vient également en tête : les classes spécialisées, SEGPA et EREA représentant 27% des sorties et les collèges, lycées et CFA, 9.5%. Viennent ensuite le milieu de travail ordinaire avec près du quart des prévisions de sorties, puis les IME/IMP/IMPPro (16.2%). Les réorientations en IR constituent tout de même 9.5% des sorties prévisionnelles. Le milieu de travail protégé, notamment les CAT, est rarement envisagé (2.7% des sorties).

25- Des demandes d'admission difficilement satisfaites :

64% de demandes non satisfaites au bout de six mois :

Une enquête menée sur les demandes d'admission adressées en institutions médico-éducatives en Ile de France⁶⁹ entre le 1er février et le 31 juillet 1996 souligne que 64% des demandes

⁶⁷ in Schéma départemental de l'enfance et adolescence handicapées, Etat des lieux-diagnostic, DDASS du Val d'Oise, Annexe n°2.

⁶⁸ Op. Cité.

⁶⁹ Enquête sur les demandes d'admissions en institutions médico-éducatives entre le 1er février et le 31 juillet 1996, INSERM-Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, J. P. Thévenot et N. Quemada, juin 1998.

d'admissions ne sont pas satisfaites au bout de six mois (72% en internat et 50% en externat) tous types d'établissements confondus (annexes XXIV).

Si les résultats ne sont publiés qu'au niveau régional et tous types d'annexes confondus, il est toutefois possible d'en tirer quelques enseignements.

Le taux de non satisfaction des demandes au bout de six mois pointe une insuffisante capacité de réponse des établissements. Ces demandes qui n'aboutissent pas peuvent avoir plusieurs explications. Outre le manque de places (le motif de non admission le plus fréquent, 28%), l'ensemble des motifs liés à l'inadéquation de la structure aux caractéristiques des enfants (âge, symptômes, conditions d'accueil) totalisent 38% des motifs de non admission. Toutefois, parmi ces motifs il est difficile d'isoler « la part de la carence structurelle simplement quantitative et la part de l'inadéquation polyfactorielle dans la chaîne décisionnelle liant besoins, demandes et réponses ». Dans les refus d'admission, l'éloignement intervient dans 10% des cas. Enfin, il est difficile d'interpréter le retrait des parents (refus ou non réponse). Pourquoi se situe-t-il à ce moment de la démarche?

Concernant les critères de sélection, ils reprennent souvent le profil des jeunes qui sont accueillis ou de ceux qui sont refusés. Les contre-indications semblent peser autant que les indications.

L'origine de la demande place la CDES en premier mais avec toutefois un résultat inférieur à ce qu'on pourrait attendre (48%), suivie de la structure demandant la prise en charge (32%). La famille est d'origine de 11% des demandes.

Plus un enfant cumule les difficultés moins il a de chances d'être admis :

La même étude permet la comparaison entre les populations admises et non admises. Le fait d'être déjà en internat au moment de la demande est plutôt un critère défavorable au moment de l'admission. Par ailleurs, les jeunes qui ne suivent aucune scolarité sont relativement moins admis. Ces deux constats indiquent donc qu'un enfant présentant des difficultés d'insertion familiale ou scolaire est moins facilement admis que celui qui vit en famille et fréquente une classe normale.

En internat comme en externat, les jeunes sont plus souvent admis lorsque les parents sont à l'origine de la demande. Les demandes émanant d'un service social conduisent moins souvent à une admission.

Les enfants présentant des troubles névrotiques sont plus souvent admis (quel que soit le mode d'hébergement) que les enfants psychotiques ou déficients mentaux. En ce qui concerne les pathologies de la personnalité leur représentation parmi les admis et les non admis est la même. Comme les auteurs de l'étude le soulignent « ceci illustre le poids de la pathologie aussi bien comme critère de décision, que dans la représentation qui apparaît à travers l'usage de termes diagnostiques, le terme de psychose stigmatisant davantage que la pathologie de la personnalité, l'anticipation diagnostique ».

Enfin, concernant les demandes d'externat, celles-ci sont moins souvent satisfaites lorsque l'établissement sait qu'il s'agit d'une demande multiple. En revanche, cette connaissance n'entraîne pas de différence pour les admissions en externat.

26- Une proximité des populations accueillies dans les champs sanitaires et médico-sociaux :

Là encore une étude régionale⁷⁰, articulée avec celle présentée ci-dessus permet de faire ressortir la proximité des populations concernées. Toutefois, selon les auteurs « il paraît inadéquat de continuer à distinguer, voire opposer les problèmes rencontrés et les solutions mises en oeuvre. (...) L'articulation et la complémentarité des structures concernent, non pas des différences diagnostiques, mais des moments et des modalités successives de prise en charge. »

La population accueillie en hôpital de jour est en grande majorité (66%) atteinte de psychoses. Viennent ensuite les pathologies de la personnalité (23%) puis les névroses (8%).

L'exploitation des motifs d'hospitalisation (question ouverte) fait ressortir la priorité de la prise en charge thérapeutique (24% des cas), l'importance de la pathologie (21%) et dans 10% des cas en raison de troubles du comportement. Ainsi, au total dans 45% des cas, soit près de la moitié, l'admission en hôpital de jour correspond à l'élaboration d'un projet thérapeutique. Les problèmes

⁷⁰ Enquête sur les hôpitaux de jour, demandes d'admissions présentées entre 1er février et le 31 juillet 1994, INSERM-Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, J. P. Thévenot et N. Quemada, novembre 1995.

de scolarisation interviennent au second rang des motifs d'hospitalisation avec l'impossibilité d'un maintien dans une structure scolaire traditionnelle (35% des cas).

Parmi les demandes d'admission enregistrées sur 6 mois, une sur trois s'est soldée par une réponse positive. Le motif majeur de non admission est le manque de places (32% des cas).

En conclusion de ces deux enquêtes, les auteurs considèrent que « le champ médico-social ne supplée pas au sanitaire : l'un et l'autre, avec des moyens différemment répartis, ont à faire face à la même problématique de pénurie. L'inadéquation des réponses aux demandes qui leurs sont présentées, et les refus d'admission prioritairement par manque de places, pénalisent le plus souvent les enfants présentant les pathologies et les handicaps les plus lourds. »

3- L'ESTIMATION DES BESOINS D'EQUIPEMENT EN INSTITUT DE REEDUCATION : UNE QUESTION DELICATE

Les besoins d'équipements en instituts de rééducation peuvent être approchés à partir de différentes sources non directement comparables.

31- Une première étude en 1991

Une première étude réalisée dans le Val d'Oise⁷¹ dans le contexte de la refonte des annexes XXIV (octobre 1991) fait le point sur la situation des 1418 enfants accueillis dans les établissements du département, des 71 en liste d'attente à la CDES depuis au moins 6 mois et des 192 enfants orientés hors du département. Les conclusions soulignent surtout une inadéquation de l'offre et de la demande avec un manque de places pour les polyhandicapés, des difficultés d'accueil pour les plurihandicapés (handicaps associés) et pour les adolescents psychotiques.

32- Les travaux préparatoires aux schémas régional et départementaux du handicap :

Des travaux plus récents⁷², menés dans le cadre de la préparation du schéma régional du handicap et des inadaptations par la DRASS et le CREA Ile de France, font ressortir des besoins d'équipements pour la population atteinte de troubles de la conduite et du comportement au niveau francilien alors que le niveau d'équipement semblerait suffisant au niveau du Val d'Oise. Ce constat peut surprendre au niveau départemental étant donné que la file d'attente de la CDES est régulièrement alimentée par des orientations en institut de rééducation.

L'estimation des besoins repose sur l'exploitation de l'enquête ES 95 et les flux d'échanges entre zones géographiques.

Au niveau régional, on a ainsi 2492 'jeunes TCC' domiciliés et pris en charge en établissement en Ile de France, auxquels il faut ajouter les 363 'jeunes TCC' domiciliés en Ile de France mais pris en charge en province. Au total, on a donc 2855 franciliens 'TCC' pris en charge en France métropolitaine. Après les flux d'échanges 'Ile de France vers la province', il faut examiner le mouvement inverse : 48 provinciaux 'TCC' pris en charge en Ile de France.

A partir de ces résultats, l'estimation réalisée repose uniquement sur les déséquilibres entre la région capitale et la province, soit les 363 franciliens qui doivent aller en province et les 48 provinciaux qui doivent venir en Ile de France, soit un déficit de places de 315 places.

La même méthodologie a été appliquée au département du Val d'Oise et le solde théorique du besoin s'établit à une place manquante!

Il est clair que ces résultats doivent être utilisés avec précaution. Tout d'abord, il semble délicat d'en tirer des conclusions quant au besoin de places en institut de rééducation :

- Ces établissements accueillent des jeunes qui présentent également des déficiences du psychisme, pour lesquelles on observe un besoin de 122 places au niveau régional et un excédent de 17 places dans le Val d'Oise,
- Les jeunes atteints de TCC peuvent aussi se trouver en IME.

⁷¹ Les annexes XXIV dans le Val d'Oise, DDASS du Val d'Oise, décembre 1992.

⁷² Les enfants et adolescents handicapés orientés par les CDES vers les structures médico-sociales, Tome Ile de France, Tome Val d'Oise, CREA Ile de France et DRASS Ile de France, mai 1997.

- Ce calcul se base uniquement sur la déficience principale ne peut être qu'une indication à compléter quant on sait que la déficience associée est parfois déterminante dans l'orientation (notamment pour la ligne de partage IR/IME).
- Par ailleurs, les flux d'échanges entre l'Ile de France et la province ne reflètent pas forcément des situations de pénuries de places mais peuvent être liées à une indication thérapeutique d'éloignement de la famille.

Cette méthodologie a été affinée au niveau régional. Les places occupées par les jeunes adultes bénéficiant de l'amendement Creton (20) ont été considérées comme disponibles et donc retranchées aux 315 places considérées comme manquantes en Ile de France. Enfin, ont été ajoutés au déficit de places, les attentes enregistrées à la CDES et les franciliens (hors amendement Creton) placés en Belgique. Au total, on passe ainsi d'un déficit de 315 places à 588 places pour les jeunes atteints de troubles de la conduite et du comportement. D'une façon générale, que ce soit au niveau régional ou au niveau du Val d'Oise, les jeunes sous le statut de l'amendement Creton sont très rares en institut de rééducation

33- Des besoins perçus à travers la file d'attente CDES :

Deux sources confirment l'existence de besoins insatisfaits relatifs aux orientations en institut de rééducation ou aux jeunes atteints de troubles de la conduite et du comportement.

Les données de la CDES du Val d'Oise : des orientations en IR insatisfaites

La CDES du Val d'Oise a mené une analyse fine de sa liste d'attente à l'occasion de la préparation du schéma départemental du handicap⁷³ (mars 1997). Parmi les 432 dossiers en attente, 25% concernent des orientations en instituts de rééducation, soit 109 dossiers. Le temps d'attente est assez long puisque 56.7% d'entre eux attendent depuis 1 an et plus (depuis leur première proposition d'orientation en IR), dont 21.1% depuis 2 ans et plus.

Les dossiers en attente depuis moins de 6 mois sont assez nombreux (38.5%) car il s'agit d'un laps de temps assez réduit pour concrétiser un placement, d'autant plus que la majorité d'entre eux sont réalisés à la rentrée de septembre, ce qui entraîne une 'attente naturelle' jusqu'à cette date.

Les mêmes constats en termes de délais d'attente peuvent être constatés sur l'ensemble de la file d'attente quel que soit l'orientation préconisée.

Globalement, sur les 432 jeunes en attente, 46.5% sont scolarisés, 29.6% en établissement spécialisé et 23.8% à domicile.

Les files d'attente 'passive' et 'active' des jeunes présentant des TCC⁷⁴ :

Une exploitation départementale de l'étude CREA/DRASS Ile de France permet de constater un besoin de places pour près de 40 jeunes présentant des troubles de la conduite et du comportement comme déficience principale (la nomenclature retenue se base sur certains regroupements de la CIH et de la grille de l'enquête ES).

Seuls ont été retenus les dossiers en attente en septembre/octobre 1996 suite à une première orientation d'une équipe technique de la CDES antérieure au 31 mars 1996. Ce choix de méthode permet de mettre de côté les dossiers en attente de solution, dont la ou les procédures d'admissions sont en cours (avril-septembre 1996).

Les dossiers examinés sont scindés en deux files :

- la 'file active' regroupe les enfants en attente d'un placement et ne bénéficiant actuellement d'aucune prise en charge institutionnelle excepté le suivi par un SESSAD ou un CMPP. Elle compte 105 enfants dans le Val d'Oise;
- la 'file passive' regroupe 21 enfants dont 17 enfants 'en attente de réorientation' et 4 enfants dont les parents refusent tout placement.

Globalement, plus d'un tiers des enfants de la file active présentent des TCC comme déficience principale. Comme au niveau régional, il s'agit de la déficience la plus représentée dans la file

⁷³ in Schéma départemental de l'enfance et adolescence handicapée, Etat des lieux-diagnostic, DDASS du Val d'Oise, août 1998.

⁷⁴ Les dossiers en attente dans les CDES en Ile de France, CREA et DRASS Ile de France, février 1997.

active bien que le Val d'Oise compte proportionnellement deux fois plus d'enfants atteints d'une déficience physique que la file francilienne (10% contre 5%).

Une analyse plus fine de la 'file active' pour les jeunes atteints de troubles de la conduite et du comportement a été réalisée au niveau régional.

'Les jeunes TCC' en attente de place sont essentiellement des garçons, 40% sont âgés de 13 à 15 ans et les 7/10 ont aucune déficience associée. S'ils en ont une, il s'agit deux fois sur trois d'un retard mental léger ou moyen. Il est remarquable de constater l'absence de prise en charge spécialisée par le passé pour la majorité des enfants orientés vers un institut de rééducation (56%) alors qu'il s'agit essentiellement d'adolescents. Concernant la 'file passive' francilienne, les TCC sont également la déficience principale la plus représentée (29.4%). Les orientations vers un institut de rééducation concernent essentiellement des enfants suivis par un CMPP ou hébergés dans un foyer ASE. Enfin, la majorité des enfants dont les parents refusent tout placement sont principalement de jeunes garçons, scolarisés (et donc signalés par l'Education Nationale). La majorité d'entre eux présentent des troubles du caractère et du comportement ou un retard mental léger ou moyen, sans déficience associée.

4- LES DIFFICULTES POINTEES PAR LES IR DU VAL D'OISE :

Les Directeurs des instituts de rééducation et de l'IMPro d'Arnouville ont fait part de leurs besoins et de leurs difficultés lors d'une réunion organisée par l'inspecteur stagiaire.

41- Le besoin d'éléments de cadrage concernant le profil de la population accueillie en IR :

Un malaise croissant :

Certains établissements constatent un essoufflement des équipes encadrantes (notamment en raison d'enfants perturbateurs...). Par ailleurs, la situation de chômage discrédite le discours que l'on peut tenir à des jeunes que l'on souhaite motiver à travers un projet d'insertion professionnelle. Dans ces conditions, l'élaboration d'un projet de sortie de l'établissement devient de plus en plus délicate, d'autant plus qu'on observe un manque de place en IMPro. Le goulot d'étranglement qui peut se constituer à la sortie de l'établissement pour les sujets les plus âgés, se répercute alors sur les tranches d'âge les plus jeunes auxquelles on refuse l'accès.

Un décalage d'échelle de temps entre les réponses apportées et les besoins des jeunes :

Sont notamment évoqués ici : l'impression de travailler dans l'urgence face à des jeunes qui ont besoin d'expériences fortes. Paradoxalement, la vitesse de réaction des institutions est considérée comme trop lente en raison de la complexité des modes d'autorisation ou des difficultés de travail en réseau (ex : organiser rapidement un séjour de rupture, une double prise en charge ou monter des transferts 'itinérants' sur plusieurs départements...).

Le profil des jeunes en IR évolue :

Le profil des jeunes accueillis semble se modifier et cela demande une adaptation permanente de l'institution. Certains établissements trouvent que la disparité des profils s'accroît ce qui complexifie les modes de prise en charge à mettre en oeuvre. Par exemple, une étude menée au Clos Levallois souligne que de moins en moins d'enfants sont capables de suivre un rythme scolaire de 6 heures quotidiennes.

Une étude sur 7 ans du profil de la population accueillie à l'IMPro d'Arnouville révèle un glissement progressif de celui-ci. En début de période peu de jeunes cumulaient de problèmes (par ex signalement ASE simultané...) et présentaient des profils plus simples dont la caractéristique majeure était celle de l'échec scolaire. En 1991, l'établissement recensait 3 cas concernés par une double ou triple mesure. Au moment de la réunion, parmi les 42 jeunes accueillis 19 sont dans cette situation.

Les profils semblent également devenir de plus en plus complexes à l'IR de La Mayotte. Une analyse révèle ce glissement depuis 1986 avec un point culminant en 1994/95 où sur 141 jeunes, 44 étaient également suivis dans le cadre d'une mesure 'justice'. Depuis, cette tendance s'est renversée en raison d'une vigilance accrue lors du recrutement. Enfin, la présence en IR de jeunes ayant un profil proche de la psychiatrie est à mettre en rapport avec le manque de places en hôpital de jour dans le Val-d'Oise.

Les cas problématiques sont disparates :

D'une façon générale, les établissements ici présents conviennent que les jeunes accueillis correspondent à leur agrément.

Pourtant, les jeunes 'frontières' sont fréquents (dès lors, on peut se demander si cela ne constitue pas une caractéristique du public accueilli ?) et ce ne sont pas forcément les seuls à poser des problèmes de prise en charge. Ainsi, schématiquement, outre les adolescents 'difficiles' et perturbateurs, il est possible de rencontrer des jeunes dont la prise en charge se révèle inadaptée en IR (approximativement un ou deux cas 'hors norme' par an), des jeunes qui ne sont plus à leur place en IR car ils ont épuisé les solutions proposées dans l'établissement et qui demandent une réorientation (à ce niveau, la construction d'une solution associant deux types de prise en charge serait souvent très pertinente) et, enfin, des jeunes qui arrivent trop tard en IR pour une prise en charge optimale et sans avoir bénéficié au préalable de soins adaptés en ambulatoire (alors que l'IR devrait être envisagé en dernière alternative).

42- Le besoin de faciliter le travail en partenariat :

La construction de réponses adaptées aux jeunes dont les profils sont de plus en plus complexes impose un travail inter-institutionnel. Les participants regrettent surtout la trop rare mise en relation avec l'équipe qui suivait auparavant le jeune, la rupture dans son parcours, l'absence de projet individualisé à long terme qui est remplacée par une succession de projets à court/moyen terme correspondant au temps de prise en charge par une structure. De plus, dans certains cas, l'entrée en IR peut pénaliser le jeune qui voit parfois sa prise en charge en AEMO brutalement stoppée.

43- Le besoin d'éclaircissements concernant la liste d'attente de la CDES :

Le mode de sélection des candidatures par les établissements a été abordé. D'une façon générale, l'établissement reçoit tous les dossiers qui ont fait l'objet d'une orientation par la CDES mais attend que la famille fasse le premier pas en prenant contact.

L'IR de la Mayotte a étudié les dossiers refusés par l'établissement après une orientation CDES. Dans environ 10% des cas le refus est lié à des raisons cliniques (hors agrément : profil psychiatrique, déficience légère...). Les établissements sont désireux de connaître le profil des jeunes figurant sur la liste d'attente de la CDES afin de les comparer à ceux des jeunes qu'ils accueillent.

C- LA POLITIQUE CONTRACTUELLE DRASS/DDASS DANS LE CHAMP DU HANDICAP

1- LE CADRE : LE SCHEMA REGIONAL

11- Un contrat d'objectif régional et interdépartemental :

Le contrat d'objectifs régional et interdépartemental, signé le 22 janvier 1996 entre le Ministère des Affaires Sociales, la DRASS et les huit DDASS de la région Ile de France, indique au titre

des actions à mettre en oeuvre, l'élaboration d'un schéma des équipements en faveur des handicapés enfants et adultes.

Par ailleurs, la Conférence Régionale de Santé Publique de 1996 a confirmé le besoin de mise en place de ce schéma.

12- Un schéma régional des équipements pour l'enfance handicapée :

La réalisation d'un schéma régional est donc devenue prioritaire et, dans un premier temps, le CTRI (réunion du DRASS et des DDASS de la région) a décidé d'élaborer un schéma des équipements sur 5 ans pour l'enfance handicapée. Maître d'ouvrage, le CTRI a délégué cette mission à un comité de pilotage rassemblant des représentants des huit DDASS, de la CRAMIF, de l'Education Nationale, de l'Observatoire Régional de la Santé, du CREAI d'Ile de France et de l'URIOPSS.

Le schéma régional qui sera finalisé en janvier 1999, s'appuie sur les huit schémas départementaux (achevés en juin 1998) qui reposent sur un référentiel de données commun.

Le diagnostic liminaire réalisé confirme un écart entre l'offre de prise en charge et les besoins de la région. Le taux d'équipement régional est inférieur au taux métropolitain (5.61 pour 1000 jeunes contre 8.01) et de fortes disparités régionales subsistent en Ile de France. Sur le plan qualitatif, on observe une disparité dans la spécialisation de l'offre, plus tournée vers les déficiences sensorielles en petite couronne et plus orientée vers le handicap mental en grande couronne.

Des besoins non satisfaits subsistent malgré des projets ayant remporté l'avis favorable du CROSS. En effet, ces derniers sont en attente faute de financements.

13- Fin 1999 : échéance du schéma régional des adultes handicapés

Après le schéma régional de l'enfance handicapée, la partie adultes handicapés n'a été abordée que dans un second temps, à partir de mai 1998. Le principe est le même : les DDASS rédigent au préalable des schémas d'équipement départementaux qui seront ensuite synthétisés au niveau régional. Le Schéma régional d'équipement relatif aux adultes handicapés sera finalisé fin 1999 et portera sur une période de 5 ans.

2- LE SCHEMA DEPARTEMENTAL EN FAVEUR DES HANDICAPES DANS LE VAL D'OISE :

21- Une démarche partenariale :

Le schéma départemental pour l'enfance handicapée a été élaboré par la DDASS du Val d'Oise en collaboration avec l'ensemble des partenaires concernés par ce sujet (Education Nationale, CRAM, Associations).

En parallèle, le schéma départemental des adultes handicapés a été initié en collaboration avec le Conseil Général qui se focalise plus sur l'approche qualité que sur les aspects quantitatifs (programmation des équipements).

Malgré des objectifs différents d'un schéma à l'autre, les services de l'Etat et du Département ont souhaité concilier ces deux démarches qui se complètent afin de mener une réflexion commune sur l'ensemble des problèmes que peuvent rencontrer les personnes handicapées de l'enfance à l'âge adulte.

Ces travaux ont conduit à la rédaction d'un schéma départemental du handicap qui a la particularité d'avoir été mené conjointement par les services de l'Etat et du Département en collaboration avec tous les partenaires locaux concernés par ce sujet. Globalement, les groupes de travail ont réuni plus de 200 partenaires : DDASS, Education Nationale, Conseil Général (Direction Générale Adjointe de la Solidarité), CRAMIF, CPAM, DDTEFP, PJJ, associations ...

Concrètement, le schéma départemental du handicap du Val d'Oise se décline en quatre volets :
 - **Un état des lieux enfance** : présente un diagnostic de l'offre actuelle d'équipement en faveur de l'enfance handicapée et propose un certain nombre d'établissements à restructurer ou à créer dans les 5 ans à venir. Réalisé par la DDASS, il répond aux objectifs du schéma régional et interdépartemental signé en janvier 1996 (contrat d'objectifs).

- **Un état des lieux adultes** réalisé par le cabinet conseil mandaté par le Conseil Général qui devra être adapté aux objectifs du schéma régional et interdépartemental.
- **Le schéma départemental du handicap** : présente les principaux objectifs et la synthèse des 9 groupes de travail (Habitat / Formes d'insertion par l'activité et l'emploi / Vie quotidienne et citoyenneté / Projet individualisé, intégration scolaire, intégration sociale / Adolescents et jeunes adultes / Handicaps lourds / Petite enfance et dépistage / Handicap et psychiatrie / Outils de suivis du schéma).
- **Les 20 fiches projets** : présentent des actions concrètes à mettre en oeuvre à échéance de 5 ans pour atteindre les principaux objectifs du schéma.

22- Les préconisations relatives aux jeunes accueillis en IR ou ceux qualifiés de 'frontière' :

L'état des lieux enfance :

Des besoins d'équipements à première vue comblés :

L'état des lieux réalisé par la DDASS du Val d'Oise se base sur les différentes études menées au niveau régional et départemental et fait état d'un déficit de 200 places en établissement médico-social pour les enfants handicapés du département. Les besoins se concentrent essentiellement sur 80 places en IME (dont une partie destinée aux jeunes autistes), 10 places pour polyhandicapés et la création d'un second CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce).

Les jeunes présentant des troubles de la conduite et du comportement ne font pas partie des priorités quantitatives. En effet, d'après les résultats disponibles de l'enquête ES 95, la capacité globale des instituts de rééducation correspond aux besoins.

Pourtant, il faut mentionner qu'il existe de nombreux jeunes orientés en IR par la CDES et qui restent en attente de places. Cela est-il lié à un problème quantitatif (places offertes insuffisantes) ou au profil de ces jeunes qui posent des difficultés de prise en charge (public 'frontière')?

Des propositions qualitatives et le besoin d'une étude de population :

Les propositions de la DDASS relatives aux jeunes 'TCC' sont donc essentiellement qualitatives excepté le développement des capacités en psychiatrie infanto-juvénile. Les recommandations sont les suivantes :

- articuler l'école et le milieu ordinaire en augmentant l'accompagnement social (intervention des CMPP, envisager la création d'un SESSAD spécialisé pour les adolescents),
- mieux connaître le profil des jeunes accueillis par les IR. Cette étude est confiée à l'inspecteur stagiaire dans le cadre de son stage d'exercice professionnel.

Le schéma départemental du handicap :

Deux groupes de travail en lien avec la problématique des 'TCC'

La préparation du schéma départemental du handicap du Val d'Oise a notamment fait ressortir des problématiques qui concernent le public accueilli en institut de rééducation.

Celles-ci ont été abordées dans deux groupes de travail parmi les huit mis en place :

- « Prise en charge des adolescents et jeunes majeurs ». Ce groupe s'est notamment penché sur les difficultés de prise en charge des « publics frontières », jeunes aux profils mixtes dont les caractéristiques sont transversales aux différents dispositifs (ASE, psychiatrie, justice, Education Nationale, CDES...);
- « Handicap et psychiatrie », groupe qui a abordé la problématique de certains jeunes dont le handicap relève à la fois du champ psychiatrique, du champ social, du champ somatique voire du champ judiciaire et qui posent de gros problèmes d'accueil car ils sont rejetés par chacun de ces champs qui craint d'avoir à supporter seul les difficultés. Ces jeunes souvent appelés « cas lourds » ou « incasables ».

La création d'une cellule de concertation départementale :

Suite à ces deux groupes de travail, il est proposé de créer une cellule de concertation départementale pour les situations d'adolescence difficiles à traiter et notamment pour éclaircir les cas inextricables (fiche projet n°15). Ce projet rejoint une réflexion similaire conduite dans le

cadre du schéma départemental de l'ASE (mise en place d'une cellule de concertation dans chacune des 5 zones AGIR qui quadrillent le département).

TROISIEME PARTIE :

**POUR UNE MEILLEURE REPONSE
AUX BESOINS DES JEUNES
ACCUEILLIS EN INSTITUT DE
REEDUCATION**

A- UNE ETUDE 'POPULATION' MENEES DANS LE CADRE DU STAGE D'EXERCICE PROFESSIONNEL :

1- POURQUOI CETTE ETUDE ?

L'amélioration de la prise en charge des jeunes accueillis en institut de rééducation passe d'abord par une réponse quantitativement suffisante à la demande et suffisamment équilibrée sur le territoire. Ensuite, les améliorations qualitatives peuvent prendre plusieurs directions : répartition différente des interventions thérapeutiques, possibilité d'interventions de praticiens extérieurs, partage de moyens entre instituts de rééducation, relations avec les structures de psychiatrie infanto-juvénile, de l'ASE, de la PJJ...

Aussi, avant de tenter quelques propositions, il est nécessaire d'affiner la connaissance de ce public et de ses besoins.

Le stage d'exercice professionnel a offert un terrain d'exploration réel, le Val d'Oise, qui, s'il n'a pas la prétention d'être représentatif de la situation métropolitaine, fournit toutefois un échantillon de taille non négligeable (314 jeunes accueillis en institut de rééducation au 1^{er} octobre 1998). Une telle étude permet à l'ASS-stagiaire d'être en condition d'un véritable exercice professionnel (définition des objectifs, méthodologie, organisation, calendrier, mise en oeuvre, exploitation et synthèse des résultats...).

Outre, l'enrichissement de ce mémoire professionnel, cette étude population correspond à une demande réelle de la DDASS du Val d'Oise qui est triple :

- une telle étude fait partie des propositions inscrites dans 'l'Etat des lieux enfance handicapée' réalisé par la DDASS qui a été mené dans le cadre du schéma départemental du handicap (cf. Seconde partie, point C).
- le schéma départemental du handicap, document conjoint DDASS/Conseil Général, prévoit la création d'une cellule de concertation pour les cas difficiles. Dès lors, il s'agit de repérer ceux qui sont actuellement en institut de rééducation.
- enfin, les directeurs d'institut de rééducation du département sont très demandeurs d'informations concernant le public accueilli afin d'améliorer l'adéquation de leurs réponses aux besoins repérables, d'autant plus qu'ils ont le sentiment d'être confrontés à des cas de plus en plus problématiques.

2- UN OBJECTIF PRINCIPAL DECLINE EN TROIS RECHERCHES D'INFORMATION :

Objectif principal : comment améliorer la prise en charge des jeunes accueillis en institut de rééducation?

Cette question constitue l'objectif principal, permanent, qui se veut un fil conducteur. Elle se pose avec encore plus d'acuité pour les jeunes qui présentent le plus de difficultés, ceux qui ont des profils 'limites' (les 'jeunes frontières') ou ceux qui risquent de devenir 'incassables', exclus des institutions auxquelles ils étaient adressés à l'origine.

Par ailleurs, il découle de la question de l'amélioration de la prise en charge toute une série d'interrogations relatives aux moyens mobilisés que ce soit en termes de moyens humains qu'au niveau de l'adaptation du projet d'établissement.

Cet objectif principal impose donc de mieux connaître les besoins et, de ce fait, les profils des jeunes accueillis en instituts de rééducation. Il se décline donc en trois recherches d'information qui correspondent à trois enquêtes simultanées.

Enquête 1 : Analyse du profil de la population accueillie en institut de rééducation en octobre 1998

Objectifs de cette enquête, basée sur un questionnaire individuel (questionnaire 1- voir annexe 5) :

- cerner les caractéristiques du public accueilli notamment à travers : la situation familiale, le parcours passé du jeune, la prise en charge actuelle et le profil psychopathologique,
- estimer la proportion de jeunes 'frontière' parmi l'ensemble des jeunes accueillis et cerner également leurs caractéristiques à travers les mêmes rubriques que ci-dessus;
- comparer le profil des jeunes actuellement accueillis au profil de ceux qui sont sortis de l'établissement (Enquête 2) et de ceux qui sont en liste d'attente à la CDES pour une orientation en IR (Enquête 3);
- avoir une première approche des modes de prise en charge multiples et donc des partenariats potentiels à développer.

Enquête 2 : Analyse du public sorti d'institut de rééducation entre le 1er septembre 1997 et le 31 août 1998

Outre la comparaison avec le profil des jeunes des deux autres enquêtes, il s'agit ici, à partir également d'une grille de questionnement individuelle (questionnaire 2 - voir annexe 6), de :

- caractériser le profil des jeunes qui sont sortis de l'établissement en 1997/1998;
- quantifier la proportion de jeunes 'frontières' parmi les sorties;
- analyser leur orientation en fonction de leur profil ('jeune frontière' ou non), de leur ancienneté dans l'établissement (aboutissement d'un projet individuel ou réorientation car jeunes 'hors projet 'établissement').

Remarques :

- Après avoir envisagé, au départ, d'introduire dans le questionnaire 1 quelques questions relatives aux projets de sorties de l'établissement, l'option d'un questionnaire spécifique aux sorties réalisées a été jugé préférable. En effet, cela permet de se baser sur des informations factuelles et non, comme dans la première hypothèse, sur des projets encore hypothétiques (et ce d'autant plus que l'enfant est jeune).
- La période de référence des sorties de l'établissement s'échelonne du 1er septembre 1997 au 31 août 1998 afin de comprendre un cycle complet de sorties, sachant que la majorité d'entre elles sont réalisées au mois de juin.

Enquête 3 : Analyse de la liste d'attente de la CDES au 1er octobre 1998, pour le public bénéficiant d'une orientation en institut de rééducation

Les objectifs se déclinent essentiellement autour des questions suivantes (questionnaire 3 - voir annexe 7) :

- caractériser le profil des jeunes qui sont orientés en institut de rééducation et le comparer au profil de ceux actuellement dans ce type d'établissement (Enquête 1);
- proportion de jeunes 'frontière' dans la liste d'attente;
- orientation préconisée en fonction du profil;
- estimation de la durée d'attente et mode de gestion de la liste d'attente.

Remarques :

- Les dossiers examinés doivent avoir été déposés à la CDES avant le 1er juin 1998. Ceci permet de ne retenir que des dossiers déposés depuis au moins quatre mois, période qui semble raisonnable pour considérer que ces dossiers ont tous été examinés par les équipes techniques. De plus, le choix de cette période permet d'éviter de retenir les inscriptions toujours massives du mois de juin.
- L'examen de la liste d'attente ainsi constituée, calée au 1er octobre, permet aussi de travailler sur une liste qui devrait, théoriquement, ne contenir que les cas les plus problématiques, ceux qui n'ont pu trouver de solutions à la rentrée de septembre. En effet, l'essentiel des nouvelles entrées en établissements se calent sur le rythme scolaire et ont lieu en septembre.

3- METHODOLOGIE DES TROIS ENQUETES :

Les principales étapes de ces trois enquêtes figurent en annexe 8 (calendrier). Dans un souci de comparaison optimale des résultats des trois questionnaires, de nombreuses rubriques ou questions ont été formulées à l'identique.

Outre, les choix opérés concernant les périodes d'observation et de référence, il a été nécessaire d'établir des priorités dans les interrogations afin de limiter le nombre de questions (24 questions pour le Questionnaire 1, 28 pour le Questionnaire 2 et 23 pour le 3).

Le parcours passé du jeune :

Il est abordé en quelques questions afin de déterminer si le jeune a déjà fréquenté certaines structures caractéristiques ou bénéficié de certains dispositifs (par exemple, AEMO administrative ou judiciaire - questions 9 et 10 dans les Questionnaires 1 et 2).

En aucun cas, il ne s'agit de retracer une chronologie ou d'établir la liste de toutes les structures fréquentées. Il s'agit simplement de déterminer si le jeune a fréquenté quelques types d'établissements sélectionnés et mentionnés dans la liste sur le questionnaire (ex : question 8 dans les Questionnaires 1 et 2 ou question 10 du Questionnaire 3).

De même, le parcours scolaire n'est pas abordé chronologiquement mais à travers un nombre de questions limité. Ainsi, dans le questionnaire concernant les jeunes actuellement dans l'établissement (Questionnaire 1), trois questions (N°20, 21, 22) tentent de caractériser le parcours scolaire passé à partir de trois périodes considérées comme charnières : la grande section de maternelle, le cours préparatoire et la fréquentation d'une classe spécialisée quelle que soit sa forme (classe d'adaptation ou de perfectionnement, CLIS).

La qualification du profil psychopathologique du jeune :

Le profil du jeune est abordé à travers deux questions dans les trois questionnaires.

Une première question concerne le **profil psychopathologique** du jeune. Il s'agit de qualifier la nature des troubles de la conduite et du comportement en essayant de les situer en fonction de leur proximité avec des troubles plus psychiatriques.

Après un travail avec un médecin psychiatre de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile, des représentants des psychiatres des établissements, le MISF chargé de l'enfance handicapée et inadaptée à la DDASS, six items ont été retenus en se basant sur la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) bien connue des praticiens :

- jeunes atteints de **psychoses** en distinguant celles qui sont actives et qui, théoriquement, devraient être prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile, de celles qui sont stabilisées.
- jeunes atteints de **troubles névrotiques** qui, à l'unanimité des personnes consultées, constituent le public 'classique' des instituts de rééducation.
- jeunes souffrant de **pathologies de la personnalité** (hors psychoses et névroses). Ont seulement été retenues ici trois des grandes catégories de la CFTMEA, celles susceptibles d'être retrouvées en institut de rééducation : les dysharmonies évolutives, les pathologies narcissiques et les organisations de type caractériel ou psychopatique. Parmi ces derniers, il semblerait que l'on retrouve plutôt des jeunes dont le profil est proche de ceux suivis par la PJJ.

Une seconde question concerne **les troubles ou déficiences associées** aux troubles de la conduite et du comportement. Ceux-ci sont déclinés en treize rubriques à partir, notamment, d'un travail de classification mené par le CREA Ile de France en décembre 1996 et d'une sélection opérée par le groupe de travail constitué pour la mise en oeuvre de cette étude. Il s'agit, entre autres, de faire ressortir les jeunes qui peuvent présenter un profil proche de ceux accueillis en IME/IMP (notion de retard mental) et les raisons des difficultés d'apprentissage (troubles complexes du langage oral, troubles du raisonnement, limitation des efficacités...).

L'environnement du jeune :

Sans chercher à faire un travail sur l'étiologie des troubles de la conduite et du comportement, il est apparu indispensable de tenter de qualifier l'environnement dans lequel évolue le jeune. En effet, il est clair qu'un environnement familial très perturbé est facteur d'apparition de tels troubles. De plus, ce travail permet de repérer les milieux socio-familiaux très défavorisés qui sont souvent déjà connus des services sociaux de secteur et dont les enfants ont pu être suivis par l'ASE (profil 'frontière').

Dix rubriques ont été retenues pour décrire les facteurs environnementaux dans les trois enquêtes. Celles-ci sont tirées de la CFTMEA (axe II « Facteurs et conditions d'environnement »).

La saisie des informations confiée aux établissements et à la CDES :

Compte-tenu des délais limités réservés à la collecte de l'information et à son analyse, toutes les questions posées sont fermées (à choix multiples) et donc plus facilement renseignées et rapidement exploitées.

Les contraintes de moyens ont également conduit à une forte mobilisation des établissements et de la CDES qui ont réalisé la saisie informatique de leurs questionnaires préalablement renseignés par leurs soins.

La conception du masque de saisie, réalisée avec l'appui du service de la COMI, a pris un peu plus de temps que prévu mais a permis de mettre à disposition des lieux d'enquête un outil convivial qui 'déroule' à l'écran un questionnaire identique à celui du support 'papier'. L'alimentation de la base de données est réalisée automatiquement, dès lors, qu'une réponse est cochée à l'écran (logiciel : Excell 5 et programmation sous Visual Basic).

Le traitement des informations et l'exploitation des résultats :

Avant tout travail sur la base de données départementale ainsi constituée, un travail de vérification des informations collectées a été réalisé.

Il s'agit essentiellement de repérer les éventuelles incohérences à travers les réponses à plusieurs questions qui se recoupent, de traiter les non réponses et au besoin de demander des informations complémentaires, de procéder à divers calculs (âge à partir de la date de naissance, ancienneté de prise en charge...).

Le repérage des jeunes au 'profil frontière' :

Par ailleurs, un des objectifs de cette recherche est de repérer quantitativement et qualitativement les jeunes aux profils 'mixtes ou frontière'.

Un moyen relativement objectif pour caractériser si le profil d'un jeune est proche ('frontière') ou non avec d'autres modes de prises en charges, est de partir de données factuelles (fréquentation d'un hôpital de jour, d'un établissement de l'ASE ou de la PJJ...).

Dans chaque questionnaire, un certain nombre de 'questions filtres' permettent d'isoler les :

- Jeunes au profil 'frontière PJJ' : à partir de questions sur la fréquentation d'un établissement agréé PJJ, le bénéfice d'une AEMO judiciaire ou encore le fait que le jeune a déjà fait l'objet d'une mesure pénale (ordonnance de 1945 - enfance délinquante)...
- Jeunes au profil 'frontière ASE' : à partir d'éléments tels que le placement à l'ASE (que ce soit à l'initiative du juge ou des parents), la fréquentation d'un établissement agréé ASE ou le bénéfice d'une AEMO administrative...
- Jeunes 'frontière psychiatrie' ou 'PIJ' (psychiatrie infanto-juvénile) : notamment à partir de la fréquentation régulière d'un hôpital de jour ou le fait que le jeune présente une psychose active...
- Jeunes au profil 'frontière IME' : à partir de la notion de retard mental (trouble associé) ou encore l'orientation à la sortie de l'établissement.

Bien entendu, rien n'empêche qu'un même jeune se retrouve simultanément dans une ou plusieurs de ces catégories.

Des tris successifs ont permis d'isoler :

- le nombre de jeunes au profil 'frontière' unique, c'est à dire relevant que d'une des quatre catégories et appelés '**profils frontière unique**';
- le nombre de jeunes présentant un profil 'frontière' à cheval sur deux catégories définies ci-dessus, appelés '**profils frontière à deux composantes**';
- le nombre de jeunes présentant un '**profil frontière à trois ou quatre composantes**';
- enfin, le nombre de jeunes qui n'ont pas de profil frontière selon les critères retenus.

Le tableau suivant, résume le nombre de 'questions filtres' retenues pour chaque questionnaire :

	Présents en IR Questionnaire 1	Sortis d'IR Questionnaire 2	Attentes CDES Questionnaire 3
profil frontière PJJ	3	3	4
profil frontière ASE	3	4	5
profil frontière PIJ	2	4	4
profil frontière IME	1	2	2
total questions filtres	9	13	15

4- ORIGINE ET DEVENIR DES JEUNES ACCUEILLIS EN IR :

Ces trois enquêtes ont permis l'examen de situations individuelles :

- **314** jeunes présents dans les instituts de rééducation du Val d'Oise au 1er octobre 1998,
- **86** jeunes sortis de ces structures entre le 1er septembre 1997 et le 31 août 1998,
- enfin, **58** cas bénéficiant d'une orientation en institut de rééducation mais en attente de places et donc inscrits sur la liste d'attente de la CDES du Val d'Oise au 1er octobre 1998 (dossiers déposés avant le 1er juin 1998).

Des jeunes essentiellement repérés par l'Education Nationale :

Le questionnaire 3, relatif à la liste d'attente de la CDES fait ressortir la place prépondérante de l'Education Nationale qui est à l'origine de 52% des demandes d'orientations adressées à la commission. D'ailleurs plus de la moitié des jeunes en liste d'attente sont scolarisés en milieu ordinaire au moment de la première proposition d'orientation, que ce soit en scolarité ordinaire (48% des cas) ou dans le cadre d'une scolarité adaptée ou spécialisée dans un établissement scolaire (15% des cas). Les jeunes scolarisés dans le cadre d'un établissement spécialisé (autre institut de rééducation, établissement de l'ASE ou de la PJJ, hôpital de jour) représentent 22% des cas (dont 12% pour les jeunes déjà en institut de rééducation). Seuls 7 jeunes en attente de place ne sont pas scolarisés. Ils sont un peu plus âgés et ont un passé institutionnel assez dense (placement, AEMO, fréquentation passée d'établissements de l'ASE, PJJ, IR, hôpital de jour...). Par ailleurs, les parents sont à l'origine de 9% des demandes d'orientation adressées à la CDES, tout comme les instituts de rééducation qui souhaitent réorienter un jeune vers une autre structure.

Les refus d'admissions souvent justifiés par rapport à l'agrément ou le projet d'établissement :

D'une façon générale, les refus d'admission ont été expliqués à partir des items proposés. Seuls 4 dossiers n'enregistrent aucun motif ou pas de réponse à cette question. La plupart du temps un seul motif de refus est avancé (64% des cas) voire deux (21%).

Les motifs de refus les plus fréquemment avancés pour l'ensemble de la population étudiée ont trait à une inadaptation du profil du candidat au projet de l'établissement (41% des motifs) et à une absence de démarche des parents ou une opposition de leur part (29%). En effet, après la proposition d'orientation par l'équipe technique de la CDES, les dossiers des jeunes sont adressés aux établissements retenus. Ces derniers attendent que les parents fassent la première démarche afin de confirmer leur adhésion au projet proposé.

Il est à noter que 10 refus n'ont pu être expliqués par les équipes de la CDES.

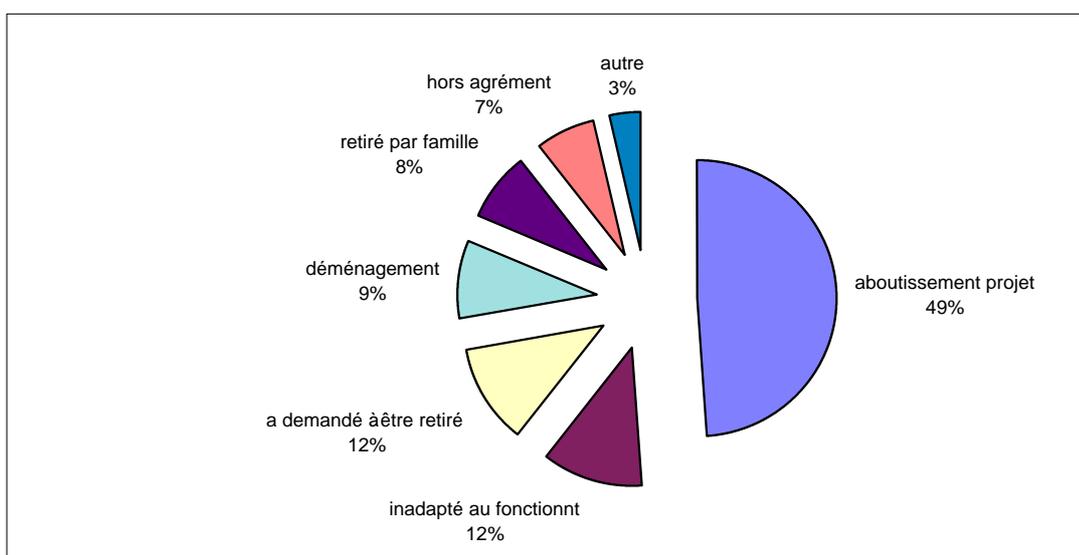
Motifs proposés	Nbre citations	% Répartition
Refus non expliqué	10	13,2
Absence démarche/refus parents	22	28,9
Pas places IR Val d'Oise dans mode hébergé	2	2,6
Pas places IR Val d'Oise tout mode hébergé	2	2,6
Pas places autres IR conseillés	6	7,9
Temps trajet trop élevé	1	1,3
Refus admission par étab, hors agrément	31	40,8
profil psychiatrique	14	18,4
profil déficitaire (IME)	2	2,6
problème social	0	0,0
problème délinquance	1	1,3
problème somatique	0	0,0
trop âgé	5	6,6
autre	9	11,8
Autre	2	2,6
Total citations	76	100,0

Près de 50% des sorties liées à l'aboutissement du projet individuel :

Le principal motif de sortie de l'établissement est abordé à travers 7 items dans le questionnaire 2. Le taux de réponse à cette question est de 100% et les items proposés semblent bien correspondre à l'éventail des situations possibles puisque la rubrique 'autres' n'enregistre que 3 réponses.

Ainsi, 49% des sorties correspondent à l'aboutissement du projet du jeune. Par ailleurs, près de 19% des sorties sont vraisemblablement liées à une difficulté d'appréciation du candidat au moment de l'admission puisque 12% des jeunes quittent la structure car ils se révèlent inadaptés à son fonctionnement et que 7% sont qualifiés de 'hors agrément'. Enfin, les rubriques relatives au changement d'avis ou de situation correspondent à 29% des départs (somme des sorties liées à une demande de départ formulée par le jeune ou la famille et aux déménagements).

Principal motif de sortie de l'établissement :



D'une façon générale, plus l'âge théorique de sortie augmente (calculé au 1er septembre 1997 pour tous les jeunes - sortie la plus précoce possible), plus les départs liés à l'aboutissement du projet individuel représentent une part importante. Ainsi, 71% des sorties des jeunes âgés de 16 à 19 ans sont liées à l'aboutissement de leur projet.

Des sorties les plus nombreuses vers le milieu scolaire ou la formation professionnelle :

Un peu plus de la moitié des 86 sorties d'établissements enregistrées en un an se sont faites vers le milieu scolaire (ordinaire ou adapté et spécialisé) ou pour réaliser un parcours d'insertion professionnelle.

Plus précisément, ce sont les sorties vers une scolarité adaptée ou spécialisée (SEGPA, EREA, dispositif d'aide et de soutien...) qui sont les plus nombreuses (22 sorties sur 44), suivies par les parcours d'insertion professionnelle (15 sorties en Classe d'initiation pré-professionnelle en alternance -CLIPA-, CFA...). La scolarité ordinaire ne constitue une perspective que pour 7 jeunes. Logiquement, les jeunes orientés vers un parcours d'insertion professionnelle sont proportionnellement plus nombreux dans les tranches d'âge les plus élevées.

L'essentiel des sorties vers le milieu scolaire (ordinaire ou adapté) ou un parcours d'insertion professionnelle est lié à un aboutissement des projets individuels (68% des sorties pour ce motif contre 49% en moyenne).

Le second débouché après un séjour en institut de rééducation (17% des sorties - 15 cas) est le secteur médico-social (IME, IMPro, autre IR) ou sanitaire (3 cas d'hospitalisation psychiatrique complète). Seuls, 4 jeunes partent pour un autre IR. Un tiers des sorties vers le secteur médico-social ou secteur sanitaire sont liées au fait que le jeune est hors agrément ou inadapté au fonctionnement de l'établissement.

Les orientations vers des établissements de l'ASE correspondent à 13% de l'ensemble des sorties (11 cas), quant à celles vers le milieu de travail ordinaire ou protégé, elles ne constituent que 8% des orientations (7 cas de jeunes âgés de 16 à 17 ans) reflétant ainsi les difficultés d'accès au marché du travail pour ces jeunes.

Parmi ces jeunes, un seul contrat de travail ordinaire est à relever, 3 jeunes s'orientent vers l'insertion par l'économique (CAT, association intermédiaire...) et 3 sont demandeurs d'emploi. Ces derniers ont quitté leur établissement suite à l'aboutissement de leur projet individuel (un jeune de 17 ans à Arnouville) ou parce qu'ils l'ont demandé (deux jeunes de 16 ans au Clos Levallois sans autre projet que de rechercher du travail).

5- LES PROFILS DES JEUNES DES TROIS ENQUETES NE SONT PAS FONDAMENTALEMENT DIFFERENTS...

Les trois questionnaires disposant de rubriques communes, il a été aisé de constater quelques similitudes entre les profils des trois populations étudiées.

Il s'agit essentiellement d'adolescents :

Quel que soit le questionnaire, les résultats soulignent que le public accueilli ou orienté en institut de rééducation est essentiellement constitué d'adolescents. Ainsi, les 10-14 ans représentent environ 70% des jeunes accueillis en IR ou en liste d'attente à la CDES et 55% des sortants des établissements. Ces derniers sont en général, un peu plus âgés puisque les 15-17 ans rassemblent à eux seuls 38% des sorties.

Comme d'autres études l'ont déjà souligné, il s'agit essentiellement de garçons. La part des filles oscille entre 12% (questionnaire 3, relatif à la liste d'attente) et 14% (questionnaire 1, sur les jeunes accueillis en IR).

Des recrutements centrés sur le Val d'Oise :

La CDES a une compétence départementale. Dès lors, les jeunes inscrits en liste d'attente sont tous domiciliés dans le Val d'Oise. Quant aux jeunes actuellement en IR, 88% sont domiciliés dans le département. Les rares recrutements extérieurs concernent des jeunes originaires de départements frontaliers (notamment les Yvelines). De même, 78% des sorties concernent des jeunes du département.

Des jeunes issus de familles fragilisées :

Il s'agit d'une constante sur les trois questionnaires : les jeunes accueillis ou orientés en IR sont globalement issus de cellules familiales fragilisées. Quel que soit le questionnaire, on constate une proportion plus élevée de familles monoparentales (de 21% dans le questionnaire 3 à 27% dans le questionnaire 2) qu'en moyenne sur le département (13% au recensement de la population de 1990). De même, les jeunes issus de familles monoparentales, recomposées ou

n'ayant plus de contacts avec leurs parents représentent des parts non négligeables dans les trois populations étudiées (de 35% dans l'enquête CDES à 54% dans l'enquête 1).

Les facteurs environnementaux, abordés à travers 10 items, confirment l'existence de contextes familiaux défavorables. Ainsi, dans les trois questionnaires, les trois facteurs environnementaux qui reviennent le plus souvent sont les mêmes (dans le même ordre d'apparition) :

- les carences affectives, éducatives, sociales et culturelles (regroupant des situations certes assez larges),
- les troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérés dans la famille,
- les événements entraînant la rupture de liens affectifs de gravité indéniable (décès d'un proche...).

Par ailleurs, les mauvais traitements et négligences graves constituent également le troisième facteur le plus cité dans le questionnaire CDES.

Une des conséquences : des mesures de placement et d'assistance éducative essentiellement sous mandat judiciaire

Ces situations familiales délicates peuvent être à l'origine de placements de l'enfant, soit à la demande des parents (accueil provisoire, placement chez un proche...), soit à la demande du juge dans le cadre de la protection de l'enfance en danger. Ainsi, dans les trois questionnaires les jeunes bénéficiant de placement (au moment de l'enquête dans le questionnaire 1, au moment de la sortie dans le questionnaire 2, ou de la proposition d'orientation dans le questionnaire 3) ne sont pas négligeables (de 16% - questionnaire 1 - à 29% - questionnaire 3 -). Quel que soit le questionnaire, plus de 60% des enfants placés sont confiés à ASE (voire jusqu'à 81% pour les sortants) et essentiellement suite à une demande du juge.

Dans le cadre de l'assistance éducative, des mesures d'AEMO (assistance éducative en milieu ouvert) peuvent être mises en place, soit à la demande des parents (AEMO administrative), soit à la demande du juge (AEMO judiciaire). Quel que soit le questionnaire, environ 30% des jeunes bénéficient ou ont déjà bénéficié d'une AEMO qui dans 75% des cas relève du statut judiciaire.

Les jeunes délinquants sont rares :

Les jeunes ayant déjà fait l'objet de mesures prononcées par le juge dans le cadre de l'ordonnance du 2 février 1945 sur l'enfance et l'adolescence délinquante sont peu nombreux : 5 sur 314 pour le questionnaire 1, 4 sur les 86 sortants (questionnaire 2) et un seul jeune de la liste d'attente CDES. Excepté quelques rares cas, leur parcours ne semble pas plus heurté qu'en moyenne. Leur milieu familial est dans tous les cas caractérisé par des fragilités.

Profil clinique : les pathologies de la personnalité sont dominantes

Dans les trois enquêtes, le profil clinique dominant est celui des pathologies de la personnalité (hors psychoses et névroses) qui regroupent les dysharmonies évolutives, les pathologies narcissiques et les organisations de type caractériel ou psychopathique. Leur prépondérance est nette : 48% des profils des questionnaires 1 et 2 et jusqu'à 55% de ceux en liste d'attente CDES.

La convergence de ces résultats laisse supposer que les jeunes en attente à la CDES présentent un profil proche de celui des jeunes actuellement en établissement. Dès lors, les orientations semblent conformes aux possibilités d'accueil des instituts de rééducation.

Des déficiences associées homogènes pour les trois populations étudiées :

Les troubles ou déficiences associées aux troubles de la conduite et du comportement sont déclinés en treize rubriques dans les trois questionnaires. Les mêmes troubles associés arrivent en tête des citations dans les trois enquêtes (avec toutefois des ordres d'apparition différents) :

- la limitation des efficacités (difficultés de certains apprentissages scolaires),
- l'instabilité psychomotrice (manque d'attention, impulsivité, agitation motrice incessante...),
- les troubles lexicographiques (dyslexie-dysorthographe).

Les troubles du raisonnement et les retards du langage apparaissent également dans les premiers rangs, quelle que soit l'enquête.

D'une façon générale, la majorité des jeunes souffrent de deux troubles associés ou plus (de 80% des jeunes dans le questionnaire 1 à 70% dans le questionnaire 3).

En revanche, le retard mental qui pourrait indiquer une proximité avec les jeunes accueillis en IME/IMP/IMPPro est très rarement cité (13 cas dans le questionnaire 1, 7 dans le second et seulement 2 cas pour le troisième).

Une majorité de jeunes déjà concernés par un suivi ambulatoire régulier :

La proportion de jeunes déjà concernés par un suivi ambulatoire spécifique et régulier (suivi libéral, CMPP, CMP, CATTP...) est conséquente dans les trois questionnaires. 71% des jeunes inscrits en liste d'attente à la CDES en ont déjà bénéficié. On peut donc supposer que l'entrée en IR de ces jeunes a été envisagée parce que le suivi ambulatoire n'est plus suffisant et ne constitue qu'une solution d'attente. Cette hypothèse est confirmée par les résultats du questionnaire 1 pour lequel 76% des jeunes ont déjà bénéficié d'un tel suivi, qui dans la plupart des cas a été initié avant l'entrée en IR et a été interrompu lors de l'intégration de l'établissement. Seuls 11% des jeunes du questionnaire 1 bénéficient de suivis ambulatoires extérieurs concomitamment avec leur prise en charge par l'IR (dont 9% de suivis initiés avant l'entrée dans l'établissement). Ces jeunes bénéficiant de prise en charge conjointe présentent plus fréquemment un profil clinique assez lourd (psychose).

Un suivi thérapeutique principalement axé sur les psychothérapies :

Que ce soit parmi les jeunes actuellement en établissement ou ceux qui viennent de quitter un IR, le suivi psychothérapeutique est majoritaire (respectivement 65% des cas et 56%). Il s'articule en général autour d'une unique séance hebdomadaire (de 30 minutes à une heure) au sein de l'établissement.

Les séances d'orthophonie ne concernent que 23% des jeunes de l'enquête 1 et 35% des sortants ce qui peut paraître assez faible compte-tenu de la fréquence des troubles lexico-graphiques et des retards du langage.

Environ, 20% des jeunes en IR ou sortants ont bénéficié ou bénéficieront de séances de psychomotricité.

Par ailleurs, le suivi thérapeutique des parents (au moins une séance par mois) est assez peu développé. Seuls deux établissements le pratiquent. En moyenne, 13% des parents d'enfants accueillis dans les IR du département bénéficient d'un tel suivi.

Des retards scolaires importants :

Globalement, tous âges confondus, la part des niveaux inférieurs ou égaux au CM2 est prépondérante dans les trois groupes étudiés, même s'il existe quelques nuances :

- 82% des jeunes accueillis en IR au 1er octobre 1998 ont un niveau inférieur ou égal au cycle 3 (CE2 - CM1 - CM2);

- 62% des sortants sont dans cette situation (questionnaire 2);

- 71% des jeunes en attente de places à la CDES (questionnaire 3).

D'une façon générale, dans les trois populations étudiées, plus l'âge augmente, plus la part des jeunes scolarisés dans les niveaux inférieurs ou égaux au cycle 3 se réduit. Toutefois, celle-ci demeure à un niveau non négligeable même dans les tranches d'âge élevées (exemple : 54% des jeunes de 15 ans accueillis en IR disposent d'un niveau inférieur ou égal au cycle 3). Ainsi, si le nombre de jeunes caractérisés par un retard scolaire conséquent à l'attente de se réduire avec l'âge, l'importance du retard scolaire, lui, se creuse.

Au-delà de 16 ans cette analyse est plus délicate à faire car la majorité des jeunes a initié un parcours d'insertion professionnelle.

Une majorité de jeunes présentant un 'profil frontière' :

La méthodologie retenue pour qualifier le profil d'un jeune repose sur des questions relatives à la fréquentation de certaines structures (de l'ASE, de la PJJ ou psychiatriques...), le bénéfice de certains dispositifs (AEMO judiciaire...) ou encore le profil clinique, les déficiences associées... (cf. Méthodologie ci-dessus).

Le nombre de questions utilisées varie d'un questionnaire à l'autre, il n'est donc pas pertinent de comparer les proportions de jeunes au 'profil frontière' d'un questionnaire à l'autre. Globalement, les jeunes au 'profil frontière' occupent des parts allant de 43% pour ceux accueillis en IR, à 55% des sortants et 62% de ceux en attente à la CDES. On peut donc considérer que ces jeunes ne constituent pas un phénomène marginal mais bien une des caractéristiques du public accueilli en institut de rééducation.

Dans les trois enquêtes la proportion de jeunes au 'profil frontière à une composante' est à peu près équivalente (de 31% des 'jeunes frontière' dans le questionnaire 1 à 38% dans le questionnaire 3). De même, les parts respectives des jeunes présentant un 'profil frontière à deux composantes' sont relativement proches dans les 3 questionnaires : de 11% à 19%. Le même constat est fait pour les 'profils frontière à trois composantes'.

Bien entendu, cela ne signifie pas que ce soit spécifiquement ces jeunes qui concentrent les difficultés de prise en charge mais leur problématique est bien à l'intersection de plusieurs champs institutionnels ce qui complexifie le suivi à mettre en oeuvre.

6- ...MAIS PRESENTENT TOUTEFOIS DES SPECIFICITES :

Un âge et une ancienneté plus élevés pour les sortants :

L'âge moyen des jeunes accueillis en établissement est de 12 ans (questionnaire 1). La médiane s'établit également à cet âge, en d'autres termes 50% des jeunes accueillis en IR ont moins de 12 ans et 50% ont plus de 12 ans. L'âge moyen (et médian) des candidats en liste d'attente à la CDES était de 11 ans au moment de la première proposition d'orientation. Sachant que l'ancienneté moyenne en liste d'attente est de 14 mois, l'âge moyen de ces candidats au 1er octobre 1998 est de 12 ans, donc identique à celui des jeunes accueillis en établissement.

Ce résultat laisserait donc penser que les jeunes actuellement inscrits en liste d'attente à la CDES ont été adressés assez tardivement (quand ils ont atteint le seuil de tolérance de leur milieu d'origine?). Or, d'après les résultats du questionnaire 1, environ un quart des jeunes actuellement en établissement avaient au préalable été maintenus en grande section de maternelle et 38% avaient redoublés leur CP. On peut donc considérer que leurs troubles ont été repérés de façon assez précoce ou, du moins, la manifestation scolaire de leurs troubles. Ainsi, la moyenne d'âge assez élevée des jeunes en attente de place à la CDES pourrait s'expliquer par deux hypothèses :

- d'une part, les jeunes ont été maintenus, au maximum, en milieu scolaire ordinaire avec un suivi ambulatoire (malgré un vraisemblable repérage précoce de leurs difficultés). L'orientation en IR, trop stigmatisante, n'est envisagée qu'en ultime alternative,
- d'autre part, les troubles des jeunes n'ont pas été repérés assez tôt, la situation s'est dégradée et ceux-ci n'ont pu passer la barrière de la sixième.

Les sortants, âgés en moyenne de 14 ans sont restés généralement près de deux ans et demi dans la structure avant leur départ. Logiquement, plus les sortants sont restés longtemps dans un établissement, plus leur départ est lié à l'aboutissement du projet individuel. En effet, si en moyenne, 49% des sorties se font pour ce motif, cette proportion monte à 56% des départs pour les jeunes restés dans ces établissements entre 3 et 4 ans et à 69% de ceux qui y sont depuis 4 ans et plus.

Les jeunes actuellement accueillis en institut de rééducation le sont, en moyenne, depuis 2 ans. Quant aux jeunes inscrits sur la liste d'attente, il semblerait que plus on avance dans le temps, plus les difficultés s'installent et près de 50% des jeunes attendent une place depuis un an et plus, dont 15% depuis 2 ans et plus (9 cas). Enfin, 17% des dossiers bénéficient d'une orientation réalisée il y a six mois à moins de 1 an.

Des résultats contrastés concernant le contexte familial :

Les familles fragilisées (monoparentales + recomposées + jeune n'ayant plus de contacts avec ses parents) sont très répandues parmi les jeunes accueillis ou orientés en IR. Toutefois, elles sont moins représentées parmi les jeunes inscrits en liste d'attente (35%) que parmi ceux accueillis en IR (54%) ou ceux qui viennent de quitter ces structures (51%). De même, le nombre moyen de facteurs environnementaux défavorables par dossier est un peu moins élevé pour les jeunes du questionnaire 3 que pour ceux des deux autres. Ce résultat est sûrement lié à une appréciation différente de la réalité entre, d'une part, équipes des établissements et, d'autre part, les équipes de la CDES. Toutefois, cette tendance étant vérifiée sur les quatre établissements on peut aussi interpréter ce résultat comme une tendance de ceux-ci à justifier leurs interventions en insistant sur les facteurs aggravants.

Une proportion de placements plus importants parmi les jeunes de la CDES :

Ce constat renforce l'hypothèse d'appréciation différente des situations familiales entre la CDES et les établissements. En effet, alors que les résultats des deux premiers questionnaires suggèrent des milieux familiaux plus dégradés que pour le troisième (liste d'attente CDES), l'analyse du taux de placement infirme cette hypothèse : les jeunes bénéficiant d'une mesure de placement sont proportionnellement plus nombreux parmi ceux en liste d'attente (29%) que parmi ceux en établissement (16%) ou les sortants (19%).

Un passé institutionnel également plus fréquent pour les jeunes de la CDES :

Le passé institutionnel est abordé à partir de la liste de différentes structures susceptibles d'avoir été fréquentées par un jeune bénéficiant d'une orientation en IR. En aucun cas il ne s'agit d'une approche chronologique. Malgré un taux de non-réponses élevé pour cette rubrique dans le questionnaire 3, 40% des jeunes inscrits en liste d'attente ont déjà fréquenté une ou plusieurs des six structures proposées (établissement, ASE, PJJ, ou ASE/PJJ, autre IR, hôpital de jour, maison d'enfants à caractère sanitaire). Dans les deux autres questionnaires cette proportion atteint environ 30%. On retrouve là l'hypothèse que les jeunes en liste d'attente sont davantage à avoir déjà tenté d'autres alternatives avant l'orientation en IR.

Des psychoses plus fréquentes en liste d'attente :

La part de jeunes présentant des psychoses est largement supérieure parmi les jeunes inscrits en liste d'attente à la CDES. En effet, 22% de ceux-ci présentent des psychoses actives ou passives (respectivement 10% et 12%) alors que cette proportion n'est que de 11% des jeunes accueillis en établissement (5% de psychoses actives et 6% de psychoses stabilisées). Au niveau des sortants elle atteint une proportion intermédiaire de 17.5% (respectivement 10.5% et 7%).

Ces résultats doivent être rapprochés de la situation de sous-équipement du département en matière de psychiatrie infanto-juvénile qui expliquerait la plus forte présence de jeunes souffrant de psychoses en liste d'attente.

D'autre part, l'examen des motifs de refus des jeunes inscrits en liste d'attente souligne que 18% de ceux-ci sont écartés de l'accès aux IR du département en raison de leur 'profil psychiatrique'. Il est clair que les psychoses sont moins facilement accueillies dans ces établissements que les autres pathologies. D'ailleurs, la part des psychoses parmi les sorties d'IR atteint 17.5% et rien que celle des psychoses actives 10.5%. Près de la moitié des départs de jeunes atteints de psychoses actives est expliquée par une inadaptation au fonctionnement de l'établissement ou une situation 'hors agrément'.

Enfin, la part des jeunes présentant des troubles névrotiques va de 37% pour ceux actuellement en IR à 33% pour les sortants et seulement 7% pour ceux en liste d'attente. Il semblerait donc qu'ils présentent un profil facilement intégré en institut de rééducation.

A âge égal, les sortants d'IR ont un niveau scolaire légèrement supérieur :

D'une façon générale, à âge égal, les sortants d'IR enregistrent des retards scolaires apparemment plus faibles que les jeunes en établissement (avec une réserve toutefois : la rubrique 'second degré' ne permet pas une analyse fine en fonction de l'âge).

Par exemple, la répartition des jeunes de moins de 12 ans en fonction du niveau scolaire montre que ceux actuellement en IR sont essentiellement en cycle 2 (75%) alors que pour les sortants de cette tranche d'âge ne sont que 47% dans ce niveau scolaire. Autre exemple, les jeunes de 14 ans actuellement en établissement sont 77% à disposer d'un niveau inférieur ou égal au cycle 3 contre seulement 60% des sortants du même âge.

Les mêmes comparaisons entre les jeunes actuellement en IR et ceux qui viennent d'en sortir, réalisées pour des âges différents, font ressortir les mêmes conclusions : à âge égal, les niveaux de formation les plus faibles sont mieux représentés parmi les jeunes actuellement en établissement. On peut donc en conclure qu'à âge égal, ceux qui sortent d'IR ont un niveau scolaire un peu plus élevé que ceux qui y sont actuellement. Toutefois, les sortants d'instituts de rééducation souffrent également de retards scolaires conséquents.

Par ailleurs, la comparaison de l'âge et du niveau scolaire des jeunes au moment de la proposition d'orientation de la CDES n'est pas suffisamment fiable pour en tirer des conclusions.

Des 'profils frontière' à expression multiple :

Si le phénomène est généralisé dans les trois populations étudiées, les caractéristiques sont différentes. En effet, les profils 'frontière à composante unique' sont en premier lieu orientés vers la PJJ pour les jeunes actuellement en établissement, vers l'ASE pour les sortants et de façon équivalente PJJ ou ASE pour la liste d'attente. Concernant les 'profils frontière à deux composantes', ils présentent essentiellement la combinaison 'ASE/PJJ' pour les jeunes accueillis en IR ou sortants et 'PJJ/Psychiatrie' pour ceux en liste d'attente à la CDES. On retrouve ici le cas des jeunes présentant des psychoses qui sont en attente de solution. Les cas présentant des profils complexes à trois voire quatre composantes restent marginaux ainsi que ceux caractérisés par une proximité avec le 'profil IME'.

Par ailleurs, la comparaison des jeunes présentant un profil frontière (quelle que soit son expression : une, deux, trois composantes...) à ceux qui ne remplissent aucune de ces conditions pour être rattachés à cette catégorie fait ressortir quelques différences. Bien entendu, il n'est pas pertinent de comparer les réponses aux questions ayant servi de filtre pour isoler les jeunes 'frontière'.

Dans le questionnaire 1, ces différences se concentrent essentiellement sur les familles d'origine des jeunes 'frontière' qui sont nettement plus fragiles (58% des jeunes frontière issus d'une famille monoparentale, recomposée ou n'ayant plus de contacts contre 49% des autres jeunes) et un niveau scolaire qui semble légèrement inférieur.

Les différences entre sortants au 'profil frontière' et les autres se concentrent surtout sur les motifs de départ. En effet, les sorties liées à l'aboutissement du projet individuel sont nettement plus faibles pour les jeunes 'frontière' (40%) que pour les jeunes 'non frontière' (59%). En contrepartie, les sorties liées à l'inadaptation du jeune à l'agrément ou au fonctionnement de l'établissement sont sur-représentées parmi les jeunes 'frontière' (32% contre 3% pour les 'non frontière'). Les sorties des jeunes 'non frontière' sont souvent expliquées par une décision des parents (unilatérale?) de retirer l'enfant (15% contre 2% pour les jeunes 'frontière').

Enfin, concernant les jeunes inscrits sur la liste d'attente de la CDES, les différences résident surtout au niveau du lieu de scolarisation au moment de la proposition d'orientation. Ainsi, les jeunes n'ayant pas un 'profil frontière' sont plus largement scolarisés dans le milieu ordinaire, dans une classe normale, que ceux qui ont cette caractéristique (respectivement 64% des cas et 39% des cas). De plus, les jeunes au 'profil frontière' sont plus souvent déscolarisés (19%) alors que dans le premier groupe cette situation n'a pas été rencontrée.

7- CONCLUSIONS :

Une amélioration de la connaissance du profil de la population :

La convergence des résultats des 3 questionnaires permet de mieux dessiner les contours de cette population : des adolescents, issus de milieux familiaux fragilisés, qui présentent principalement des pathologies de la personnalité ou des troubles névrotiques et dont la caractéristique essentielle est la proximité avec le profil des jeunes d'autres filières institutionnelles ('profils frontière').

Des besoins de places en IR mais également en psychiatrie-infanto-juvénile :

La question des besoins reste délicate comme l'ont déjà montré les différentes études locales ou régionales aux conclusions parfois contrastées (cf. Seconde Partie, Point B, 3°). L'existence de la liste d'attente de la CDES semble bien résulter de la conjonction de deux phénomènes :

- **un manque de places en psychiatrie infanto-juvénile** déjà largement diagnostiqué sur le département mais confirmé ici par le taux de psychoses parmi la liste d'attente, ou les refus d'admissions en IR (6 psychoses actives et 7 psychoses stabilisées en liste d'attente, 14 refus d'admission en IR expliqués par le 'profil psychiatrique');

- **un manque de places en IR** car les jeunes en liste d'attente ne présentent pas, en général, un profil très éloigné de celui des jeunes accueillis en établissements (45 jeunes en liste d'attente - hors psychoses - pour des demandes déposées avant le 1er juin 1998).

Considérant l'intrication des facteurs d'apparition des troubles de la conduite et du comportement avec les causes sociales, la complexité des parcours des jeunes qui combinent, parfois, différents types de prises en charge, il est clair que l'offre à mettre en place doit s'appréhender de façon globale et articulée avec les places de pédopsychiatrie, celles de l'ASE ou de la PJJ.

Le rôle essentiel des parents :

Sans prétendre faire l'étiologie des troubles de la conduite et du comportement, les parents sont souvent impliqués dans leur apparition.

Ils sont également souvent à l'origine du refus d'admission de leur enfant après son orientation en institut de rééducation. En effet, dans 29% des cas, ils n'ont engagé aucune démarche pour contacter l'établissement conseillé ou se sont même opposés à cette orientation. Enfin, les parents sont aussi à l'origine de 8% des sorties d'IR.

Des établissements qui se spécialisent :

Les résultats des trois enquêtes soulignent nettement que les quatre établissements du Val d'Oise sont complémentaires dans leurs interventions. Cela apparaît notamment à travers :

- les profils cliniques accueillis (Arnouville et l'Oratoire accueillant des proportions plus élevées de jeunes atteints de psychoses que les deux autres établissements),
- les lieux et les niveaux de scolarisation (au Clos Levallois, l'ouverture vers le second degré adapté ou ordinaire est nette),
- les orientations à la sortie (au Clos Levallois et à la Mayotte une sortie vers la scolarité ou les parcours d'insertion professionnelle, Arnouville vers le marché du travail),
- les thérapies mises en place (psychothérapies seules ou en combinaison avec des séances d'orthophonie et psychomotricité comme à la Mayotte ou au Clos Levallois).

Par ailleurs, les articulations avec les intervenants extérieurs, sont au vu de l'enquête 1, assez ponctuelles (très faible taux de prises en charge thérapeutiques à l'extérieur, rupture très fréquente des suivis ambulatoires et assez courante des mesures AEMO lors de l'entrée en établissement⁷⁵).

La poursuite de ces travaux :

Le premier intérêt de ce type d'étude est de permettre d'amorcer le débat entre tous les partenaires concernés.

De plus, ces résultats seront directement utilisés pour les travaux préparatoires à la mise en place de la cellule de concertation pour les cas difficiles.

Enfin, cette enquête pourrait être menée régulièrement afin d'affiner les outils de connaissance de cette population.

B- PROPOSITIONS : REAFFIRMER DES PRINCIPES D'INTERVENTION FEDERATEURS ET ADAPTER LA CONCEPTION DES PRISES EN CHARGE

1- FAVORISER L'INTEGRATION SOCIALE PAR UNE ACTION PRECOCE :

Quelle que soit la discipline, l'intérêt d'une action précoce n'est plus à prouver. Mentionnée dans différents textes de référence, que ce soit concernant le handicap, l'intégration scolaire des jeunes handicapés ou malades chroniques, ou par rapport à la psychiatrie infantile-juvénile, cette préoccupation est souvent rappelée.

L'action précoce doit surtout être un repérage des difficultés, afin de mettre en place des mesures d'accompagnement, avant que la situation n'empire, tout en garantissant une intégration sociale maximale et éviter toute forme de ségrégation.

Les différents niveaux d'action précoce :

Il s'agit surtout d'anticiper les difficultés naissantes et si besoin est, d'orienter le jeune.

- **la prévention primaire** pour éviter l'apparition des troubles (cf. ci-dessous le paragraphe sur l'intervention auprès des familles).

- **la prévention secondaire** : il s'agit de déceler les handicaps ou troubles naissants afin d'éviter leur aggravation et que cela conduise à l'exclusion du jeune, notamment, du système scolaire. L'intérêt de solutions articulant soins ambulatoires et soutien des équipes scolaires est très net.

- enfin, **la réparation du handicap**, qui correspond à la mise en œuvre de moyens appropriés pour pallier les conséquences des difficultés, tout en permettant à l'intéressé de développer ses facultés.

Concernant les très jeunes enfants, les dispositifs de prévention et de dépistage des premières difficultés existent : PMI, RASED, CCPE, CAMSP, pour les cas les plus lourds. Si les réponses

⁷⁵ 83% des suivis ambulatoires, 20% des AEMO administratives et 11% des AEMO judiciaires sont stoppés au moment de l'entrée en établissement.

ne sont pas toujours quantitativement suffisantes, on peut toutefois considérer que les dispositifs existants sont satisfaisants pour assurer une couverture des besoins correcte.

Dans un second temps, après le dépistage, les prises en charge peuvent articuler des solutions telles que les CLIS et les SESSAD qui présentent l'avantage, par rapport au suivi d'un CMPP de proposer un accompagnement thérapeutique souvent relié au projet pédagogique. De plus, des soins dispensés à domicile permettent de mobiliser plus facilement les parents autour du projet de l'enfant (ce qui semble être fréquemment le point faible dans ces familles).

Pour les adolescents, que l'on retrouve notamment assez nombreux en liste d'attente pour une entrée en IR, on peut supposer que ces dispositifs de dépistage et de traitement précoces ont soit mal fonctionné ou ont été insuffisants. Pour ces jeunes, des solutions telles que les UPI⁷⁶ (qui sont encore peu nombreuses), là encore, en combinaison avec une prise en charge de type SESSAD pourraient être satisfaisantes.

Enfin, quand ces solutions alternatives restent insuffisantes, une entrée en institut de rééducation peut être envisagée.

Un débat relatif au moment opportun pour une orientation en institut de rééducation :

Pour certains professionnels, l'institut de rééducation doit être envisagé comme ultime alternative après avoir échoué dans des modes de prise en charge plus légers.

Pour d'autres, surtout des professionnels rencontrés en institut de rééducation, il semble indispensable d'orienter les enfants le plus tôt possible vers les instituts de rééducation afin d'avoir le maximum de chances de construire un projet individuel ayant pour objectif un retour vers le milieu scolaire ordinaire.

Si cela peut sembler satisfaisant, en théorie, la mise en pratique est plus délicate. En effet, comment déterminer, pour chaque cas, le moment le plus opportun d'une orientation en institut de rééducation, sachant que le phénomène de listes d'attentes diffère toujours la réalisation d'une telle décision ?

Par ailleurs, si cette prise en charge précoce a pour objectif un retour possible vers le milieu scolaire ordinaire, il faut quand même tenir compte du poids que cela peut représenter pour un jeune d'avoir fréquenté un institut de rééducation.

De ce fait, cette volonté d'accueillir des enfants jeunes est, semble-t-il, risquée. Tout d'abord, il y a un danger d'appropriation du projet individuel par les équipes éducatives, au risque de déposséder la famille. Ensuite, entrer de façon précoce dans 'la filière du handicap', via les instituts de rééducation, présente de nombreux effets pervers dont les conséquences peuvent être lourdes à assumer pour un jeune déjà fragilisé (effet stigmatisant, effet de filière et limitation des chances de retour vers une scolarité normale...). La prise en charge précoce devient alors une exclusion précoce du système scolaire ordinaire. A ce propos, les résultats du questionnaire 2 relatif aux sorties d'IR dans le Val d'Oise soulignent que les retours vers la scolarité ordinaire sont peu nombreux et donc non garantis (cf. Troisième Partie, Point A).

En revanche, ces propositions de prises en charge précoces par les professionnels révèlent qu'il existe de nombreuses possibilités d'interventions auprès de ces jeunes si le suivi est amorcé suffisamment tôt. Dès lors, cela renvoie au rôle de l'Education Nationale vis à vis de ces publics et à la mise en œuvre de pédagogies adaptées.

Quant aux adolescents orientés plus tardivement vers un IR, leur admission est rendue difficile par la conjugaison de deux phénomènes. D'une part, la réticence des IR à accepter un candidat plus âgé pour lequel la durée de réalisation du projet individuel sera réduite (excepté pour des établissements comme l'IMPro d'Arnouville dont c'est la vocation) et, d'autre part, le refus de cette orientation par les parents qui ne parviennent pas à accepter cette situation.

⁷⁶ Unités Pédagogiques d'Intégration, définies par les circulaires N°95-124 et 95-125 du 17 mai 1995, prolongement dans le secondaire de la CLIS et qui ont des objectifs moins ambitieux que les SEGPA.

2- IMPULSER DES LOGIQUES DE COMPLEMENTARITE ET DE CONCERTATION AFIN D'ASSURER UNE CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE :

Soutenir la logique de complémentarité :

Le travail d'orientation mené par les CDES s'appuie bien sur un fonctionnement en complémentarité de différents professionnels (équipe pluridisciplinaire : représentants des CCPE, du secteur de psychiatrie infanto-juvénile...) mais il existe réellement des cloisonnements entre filières institutionnelles (sanitaires, sociales, médico-sociales...).

En effet, comme le souligne Jean-Yves Barreyre dans le Bulletin N°2 du CREA Ile de France à propos notamment des cas qui posent problème : « chaque filière institutionnelle oriente, c'est à dire pose un diagnostic et une ordonnance d'actions mais renvoie cette ordonnance à une autre filière virtuelle sans se poser comme référent pour l'avenir, supposant que l'orienteur précédent (CDES, ASE, Juge) s'est trompé de filière ou tout au moins de priorité dans l'échelle des problèmes à résoudre pour tel enfant ». Il est donc essentiel de décloisonner les orientations afin d'éviter de telles situations aux conséquences individuelles néfastes (parcours semé de ruptures). Dans le cas du Val d'Oise, peu à peu, s'organisent des consultations ponctuelles inter-institutionnelles pour aborder des situations qui semblent insolubles mais la mobilisation des acteurs reste relativement rare et occasionnelle.

Outre les parcours heurtés, une autre conséquence possible des cloisonnements institutionnels est l'effet de filière. A ce niveau, il faut souligner le poids de la première orientation du jeune atteint de TCC qui détermine souvent la suite de son parcours.

Dès lors, il s'agit d'organiser la connaissance réciproque et la rencontre des différentes filières pour une meilleure appréhension des missions, mais aussi des limites de prise en charge de chacun des partenaires. Ceci permettrait d'orienter les jeunes en connaissance de cause et non en évacuant les cas les plus délicats vers une autre filière. Les missions des différentes filières sont à repositionner en complémentarité les unes des autres.

Un outil de continuité : le dossier individuel

Le parcours des jeunes TCC est souvent ponctué de ruptures de prise en charge ce qui souligne le décalage entre le discours sur la continuité du projet individuel, les déclarations d'intention et la pratique quotidienne.

Tout d'abord, pour la réalité d'un projet individuel, il est indispensable de constituer un dossier extrêmement solide si l'on ne veut pas voir l'enfant s'égarer dans des structures inadéquates. En effet, un bon dossier équivaut à une bonne connaissance des besoins qui conduit, elle même, à une bonne adaptation de la solution proposée. Toute la difficulté réside dans la constitution d'un dossier le plus fidèle possible à la situation du jeune, mais aussi, suffisamment synthétique et formalisé pour que les 'orienteurs' s'y repèrent facilement.

Outil d'une évaluation régulière du parcours de l'enfant, le dossier individuel doit éviter la constitution de solutions toutes prêtes, sans fondements et concertation. Dès lors, il est essentiel que les rubriques soient construites en commun afin que tous les partenaires s'y retrouvent.

Un tel projet est actuellement en cours à la CDES du Val d'Oise avec, dans un premier temps, un objectif moins ambitieux mais tout aussi essentiel : présenter chaque dossier individuel de façon identique en faisant ressortir les rubriques clé sur une fiche synthétique, ce qui fera gagner un temps précieux aux équipes techniques qui préparent les orientations des jeunes.

Au-delà d'une plus grande efficacité de la CDES, un bon dossier peut aussi être un élément de liaison entre partenaires institutionnels pour une information réciproque et une poursuite du suivi lorsqu'un jeune a un parcours mixte (avec différentes prises en charge successives qui pourraient, dès lors, s'articuler entre elles). Actuellement, le travail inter-institutionnel se résume à la consultation réciproque lorsque se présente un cas apparemment insoluble pour une institution isolée. Le plus souvent, le projet individuel est reconstruit intégralement à chaque orientation dans une nouvelle filière.

Si un bon dossier individuel peut être un outil d'articulation des différents types de prise en charge possibles, cela doit s'accompagner de la mise en place de réponses pluri-institutionnelles et de moyens financiers pour développer ces prises en charge spécifiques.

Construire des réponses pluri-institutionnelles :

Les réponses institutionnelles existent mais se révèlent souvent insuffisantes face à la complexité de la prise en charge qui serait nécessaire. Dans bien des cas, seules des réponses pluri-institutionnelles ont des chances d'aboutir.

Au niveau des premières interventions en milieu scolaire :

Comme le souligne la DDASS des Hauts de Seine dans le Schéma Départemental du Handicap réalisé en janvier 1998 : « dans la petite enfance les réseaux d'aide spécialisée fonctionnent plutôt bien. Les complémentarités entre la PMI, la famille, le CMP et l'école jouent. La situation devient plus difficile à partir du collège. L'enfant n'a plus d'interlocuteur unique, le professeur principal a, au plus, 5 heures par semaine avec lui. (...) Actuellement, les cas de réponses adaptées restent insuffisantes. (...) Pour les jeunes en voie de rupture scolaire, le système du type de la 'classe relais' pourrait être une réponse. Rattachée administrativement à un établissement scolaire, la 'classe relais' fonctionne grâce au partenariat entre la PJJ et l'Education Nationale. ». Cette dernière apporte l'enseignant, la PJJ l'éducateur. Un partenariat avec des structures de soins type SESSAD, CMPP, CMP ou CATTP pour la pédopsychiatrie reste à construire.

Au niveau des prises en charge en institutions :

Trop souvent encore, l'entrée dans une structure telle que les IR coïncide avec une rupture de la prise en charge thérapeutique. En effet, le principe d'absence de double prise en charge entraîne des aberrations qui peuvent être traumatisantes pour un jeune déjà fragilisé.

Si la CDES peut être garante de la continuité de la prise en charge, il s'agit d'accompagner ce mouvement par des modes de financements adaptés. Une possibilité serait, non pas d'assurer une double prise en charge mais **une prise en charge concomitante**. La prise en charge à l'extérieur de l'établissement pourrait être poursuivie quelque temps après l'intégration du jeune afin d'assurer un relais ou, dans quelques cas limités maintenue sur une plus longue période. Ainsi, annuellement, il pourrait être déterminé un volant de places par établissement qui ouvrirait l'accès à un suivi thérapeutique extérieur. Non individualisé, ce volant de places, pourrait être assimilé à une enveloppe financière globale utilisable en tant que de besoin. Le nombre de places concernées pourrait être basé sur l'examen des rapports d'activité des établissements. Par ailleurs, les jeunes orientés dans des structures de l'ASE ou de la PJJ peuvent avoir également besoin de soins et ces structures sont de plus en plus tentées de bénéficier des plateaux techniques des IR. Ne serait-il pas possible d'assouplir les articulations entre ces modes de prise en charge en offrant à chaque jeune en difficulté, qu'il soit suivi par l'ASE, la PJJ ou un IR, un droit de tirage sur **un forfait soin unique**, que le suivi thérapeutique soit réalisé par une unité ambulatoire ou une structure spécialisée de type IR ?

3- REAFFIRMER QUE L'USAGER EST AU CŒUR DU DISPOSITIF :

Il s'agit ici d'un des principes fondateurs de la Loi N°75-534 du 30 juin 1975 qui semble parfois perdu de vue :

- quand une intervention trop tardive, par exemple auprès d'un grand adolescent se solde par une exclusion scolaire;
- quand un institut de rééducation refuse la candidature d'un jeune au prétexte qu'il présente un profil 'hors agrément' (pathologie problématique) ou encore qu'il menace 'l'équilibre institutionnel'. Cela pose la question du devenir des jeunes exclus des structures qui théoriquement avaient été créées pour eux.

La spécialisation des établissements peut constituer une véritable richesse en élargissant la palette des offres de prise en charge et en permettant une complémentarité entre les structures. Elle peut également entraîner des effets pervers tels qu'une sélectivité accrue et des phénomènes d'éviction des cas les plus lourds. En effet, dans un souci de maintenir la fluidité des sorties d'IR, afin de garantir des places pour les candidats les plus jeunes et éviter la constitution de goulots d'étranglement, les profils atypiques se verront plus facilement refuser

l'entrée d'une structure. Toutefois, le contexte local et notamment, le manque de places en pédopsychiatrie pousse les établissements à proposer des alternatives quand cela reste à leur portée.

4- SOUTENIR UN ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL GLOBAL :

En amont des troubles de la conduite et du comportement :

Dans l'étiologie des troubles de la conduite et du comportement, non abordée directement dans le cadre de ce travail, il est toujours découvert des difficultés familiales importantes (cf. les résultats des trois enquêtes menées dans le Val d'Oise, Troisième Partie, Point A). Dès lors, il est difficile pour un enfant d'aller bien quand tout va mal autour de lui.

Le travail de suivi social global des familles fragilisées est donc central mais devient de plus en plus difficile avec le développement du chômage de masse et des phénomènes d'exclusion.

En aval : un suivi de la cellule familiale

Actuellement, l'aide apportée au jeune souffrant de troubles de la conduite et du comportement se concentre sur lui et l'action sur son entourage est secondaire alors que, paradoxalement, on souhaite impliquer ce dernier dans l'élaboration du projet individuel de leur enfant. Ainsi, en institut de rééducation le suivi des familles se résume plus à des rencontres ponctuelles, des réunions d'information et de concertation autour du projet de l'enfant afin de tenter d'impliquer les parents ou tuteurs dans son élaboration. Rarement, il s'agit d'un accompagnement des difficultés familiales. Pourtant, un suivi des parents en complémentarité de celui de l'enfant permettrait un travail global sur la cellule familiale. Parfois, la difficulté essentielle est de faire accepter une telle démarche à une famille, qui n'est pas toujours demandeuse, et qui a déjà mal vécu l'entrée de son enfant en IR.

Quel que soit le secteur d'activité, les interventions sont la plupart du temps centrées sur les enfants. Par exemple, les AEMO se basent sur des mandats individuels. Parfois, quelques éducateurs s'impliquent parfois auprès d'une famille complète (notamment lorsqu'il y a plusieurs mandats d'AEMO pour une fratrie).

Dans le cadre du travail social de polyvalence de secteur, le suivi à mettre en œuvre est parfois très lourd. Les équipes expérimentées sont parfois désabusées et les personnels débutants démunis. Ainsi, les interventions sont recentrées sur les priorités et les situations d'urgence. Dans ces conditions, il est souvent difficile de faire un travail de prévention ou d'accompagnement auprès des familles à risque.

La mise en place de la politique de lutte contre les exclusions a l'ambition de développer les approches globales articulant l'accès à l'emploi, au logement, aux soins à la prévention des exclusions, notamment dans les quartiers sensibles et auprès des populations les plus vulnérables.

5- ACCOMPAGNER ET GARANTIR L'INTEGRATION SCOLAIRE EN MILIEU ORDINAIRE :

Si l'Education Nationale a un rôle essentiel au niveau du repérage des difficultés d'un enfant, elle a aussi un rôle considérable dans le choix de son orientation et, également, du moment de celle-ci. A l'adolescence, les problèmes posés par un jeune peuvent aller jusqu'à la prise de position des équipes enseignantes pour son expulsion.

En effet, les problèmes sont plus délicats concernant les adolescents qui, au collège, présentent des troubles comportementaux avec des difficultés scolaires car il n'y a pas d'interventions de type 'RASED' comme dans le primaire. Dans les collèges, il n'y a pas de réseau d'aides, au sens de la structure du premier degré. Les dispositifs de soutien sont inexistantes (excepté dans les zones d'éducation prioritaires -ZEP-) et lorsque les difficultés persistent, le jeune est soit réorienté en SEGPA (via la CCSD), soit, lorsqu'il n'y a plus d'autre issue, passe en conseil de discipline et est exclu de l'établissement (notamment après 16 ans).

Les réactions sont plus facilement de l'ordre de la sanction (expulsion temporaire voire définitive) avant même d'avoir tenté de mettre en place un soutien spécifique. Le manque d'intervention et de dispositifs de prévention est très insatisfaisant et laisse le sentiment de laisser les situations s'envenimer jusqu'à un point 'non retour'. Dès lors, l'orientation du jeune se fait par l'échec ce qui ouvre grand l'accès à la prédélinquante ou à la délinquance.

C'est à ce niveau qu'il serait intéressant de développer des SESSAD spécialisés pour adolescents difficiles qui interviendraient sur les lieux de scolarité en articulation avec le projet pédagogique. Une autre articulation est également envisageable avec les modes d'intervention prévus par la Loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (articles 140 à 149 : discrimination positive, lutte contre l'illétrisme, comité d'éducation à la santé et à citoyenneté...).

Par ailleurs, dans le cadre de la circulaire du Ministère de la Justice du 15 juillet 1998 relative à la politique pénale en matière de délinquance juvénile, des interventions coordonnées sont prévues avec l'Education Nationale et les Conseils Généraux afin de limiter l'absentéisme scolaire, la déscolarisation des mineurs qui sont facteurs de délinquance. A ce sujet une circulaire interministérielle relative à la lutte contre la violence en milieu scolaire et au renforcement des partenariats entre les services ministériels est en cours d'élaboration.

Des expériences telles que les classes relais permettent une issue à certaines de ces situations. De même, les Centres de Formation d'Apprentis 'Relais' permettent d'offrir à des jeunes de 16 à 26 ans handicapés ou inadaptés (sociaux, troubles psychologiques et/ou comportementaux, échecs scolaires et difficultés d'intégration) un moyen d'insertion dans le monde du travail grâce à la formation professionnelle organisée par la voie de l'apprentissage (conventionnement avec les Conseils Régionaux).

6- GUIDER ET SOUTENIR LES PROFESSIONNELS :

Que ce soit pour des équipes intervenant en milieu ouvert (éducation nationale, éducateurs, assistants sociaux, médico-sociaux...) ou en milieu institutionnel, il est nécessaire d'accompagner les professionnels. En effet, ces jeunes ont parfois une telle capacité à perturber, à repérer les points faibles qu'ils font peur et déstabilisent beaucoup.

- **En amont de la prise en charge** de ces jeunes, sur le terrain de leur signalement primitif, à savoir dans la majorité des cas, l'école, il est indispensable d'intervenir auprès des enseignants. A ce sujet, la DDASS des Hauts de Seine travaille, en partenariat avec d'autres institutions, à un projet de guide pratique sous forme de questions-réponses et comprenant un carnet d'adresses qui sera destiné aux personnels de l'Education Nationale confrontés à des adolescents particulièrement difficiles.

- **Durant la prise en charge** de ces adolescents, un soutien des équipes peut être organisé au niveau des établissements médico-sociaux avec notamment des groupes de paroles autour d'un thème particulier. Souvent ce genre d'initiative reste rare et limité aux temps de crises alors qu'un soutien régulier des équipes serait souhaitable.

- **En cas d'impasse**, il faut souligner l'initiative intéressante, en Ile de France, du **DERPAD - Dispositif Expert Régional pour Adolescents en Difficulté**. Initié en 1995 sur la base d'une convention entre les Ministères de la Justice, des Affaires Sociales (Direction des Hôpitaux) et la Mutualité de la Fonction publique, il s'inscrit très clairement dans une perspective de réponses aux limites atteintes par les réseaux professionnels. L'action proposée s'engage à l'interface des secteurs de la psychiatrie, de l'éducatif et du judiciaire et prend essentiellement trois formes :

- **Le lieu tiers** est destiné aux équipes de professionnels quelle que soit leur origine (milieu ouvert, établissements ASE, PJJ, IR...), qui se retrouvent dans une impasse par rapport à un cas problématique. La nécessité de se dégager de sa propre logique institutionnelle et de prendre du recul rend alors pertinent l'appel à un espace libre de parole placé en dehors de tout enjeu de pouvoir ou de l'urgence. Ainsi, en 1997, 150 institutions ont fait appel au DERPAD pour résoudre 172 situations individuelles.

- **Le lieu ressource** offre toutes les informations disponibles quant aux structures, établissements et services sanitaires destinés aux adolescents en Ile de France et, pour la France entière, uniquement pour les structures d'hébergement. Ceci permet d'optimiser les réseaux existants et une large diffusion des informations et expériences repérées sur

le terrain. Cela fournit aux équipes qui épuisent habituellement très vite les filières avec lesquelles elles ont l'habitude de travailler, de nouvelles possibilités d'hébergement dans des établissements parfois voisins qu'elles connaissent pas ou mal. Une application informatique permet une consultation aisée à partir de différents critères (âge, type d'hébergement, activités...).

→ Enfin, **un lieu de soin** qui n'a pas la prétention de substituer aux structures déjà existantes mais qui s'adresse à des situations particulières d'adolescents qui échappent totalement aux dispositifs actuels. C'est le cas notamment de jeunes en errance que l'on retrouve à quelques mois d'intervalle en 2 ou 3 départements différents au gré de leurs fugues ou de leurs placements d'urgence. La prise en charge thérapeutique ne pouvant se faire étant donné les changements incessants de résidence, le DERPAD peut dès lors constituer un fil rouge pour environ 6 à 8 cas annuellement. Ce sont là des situations exceptionnelles qui relèvent de ces 'incasables' pour qui les solutions sont toujours d'autant plus difficiles à trouver pour les professionnels qu'elles sont remises en cause très rapidement.

Enfin, rappelons l'importance de la formation continue du personnel pour accompagner l'évolution des institutions.

7- DEVELOPPER LES EVALUATIONS :

Au niveau individuel :

Si au niveau des jeunes suivis en institut de rééducation, l'article 2 du décret du 27 octobre 1989 précise : « la famille doit être associée autant que possible à l'élaboration du projet individuel pédagogique, éducatif et thérapeutique, à sa mise en œuvre, à son suivi régulier et à son évaluation.(...) L'équipe médico-psycho-éducative de l'établissement ou du service fait parvenir à la famille au moins tous les six mois, des informations détaillées sur l'évolution de l'enfant et de l'adolescent.(...) Chaque année, les parents sont destinataires d'un bilan pluridisciplinaire complet de la situation de l'enfant ou de l'adolescent. »

A cette fin, des réunions de synthèse sont organisées dans les établissements. Celles-ci permettent de faire un bilan en continu et, la plupart du temps, le projet individuel est construit au fur et à mesure. Concernant les jeunes d'IR qui bénéficient conjointement d'une mesure spécifique (du type AEMO, placement...), il serait nécessaire d'associer les personnes référentes de ces dispositifs aux évaluations individuelles de l'enfant afin de garantir une approche globale et cohérente.

Par ailleurs, les articulations de la CDES avec les établissements sont très ponctuelles. Ainsi, il est étonnant, qu'excepté les périodes de réorientation, les équipes de la CDES ne soient pas systématiquement tenues au courant des évaluations des jeunes, alors qu'elles sont à l'origine du placement de ceux-ci.

Au niveau institutionnel :

Comme les directeurs des instituts de rééducation du Val d'Oise l'on pointé (cf. Seconde partie point B), ils manquent d'informations et de recul par rapport au profil du public accueilli afin d'affiner leurs prises en charge.

Les rapports d'activité annuels pourraient être d'avantage l'occasion d'une véritable réflexion en référence aux principes directeurs des projets d'établissement. L'évaluation de l'action des IR par rapport à leurs missions semble assez peu développée et formalisée.

A ce sujet, le projet de révision de la Loi N°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales prévoit d'introduire des obligations en terme d'évaluation qui se traduiront notamment par des autorisations à durée limitée.

Par ailleurs, les CDES disposent de nombreuses informations qui, faute de moyens, sont sous-exploitées. Le système d'information actuel est insuffisant pour pouvoir constituer un véritable outil de planification.

C- LES MOYENS DE MISE EN ŒUVRE DE CES PRINCIPES : LE PARTENARIAT ET L'APPROCHE LOCALE

1- LES CONDITIONS DU PARTENARIAT :

Si la proposition d'un partenariat construit localement n'a rien d'original en soi, tant cette recette a déjà été avancée pour résoudre nombre de problèmes, il est clair que la problématique des troubles de la conduite et du comportement, par définition transversale à plusieurs champs, ne peut être réglée qu'en articulant ces différentes institutions au niveau local. Face à ce type d'enfants et d'adolescents, il n'y a pas de réponse unique. La réussite de la prise en charge ne peut venir que d'une réponse commune. Or, il n'existe pas actuellement de structures qui permettent ce partenariat incontournable. Lorsqu'une institution intervient, les autres se trouvent souvent bloquées faute de possibilité de prises en charge multiples.

Ainsi, les clivages entre ces différents champs institutionnels, expliqués par des raisons historiques et d'organisation administrative (cf. Première Partie, Point A), entraînent un traitement parfois insatisfaisant des cas les plus complexes qui sont renvoyés d'une filière à l'autre sans qu'une approche globale soit organisée.

Toutefois, le partenariat local ou territorialisé ne s'impose pas mais doit être construit conjointement par les différents partenaires autour d'un projet partagé.

Les freins au partenariat :

Généralement, les résistances et obstacles au travail de collaboration avec d'autres partenaires sont liés à quelques raisons ⁷⁷ :

- les clivages et incertitudes institutionnelles : multiplicité des logiques, des décideurs et des financiers,
- implication de personnels différents tant au niveau de leur culture professionnelle, que de leur statut ou de leur salaire,
- discontinuité et incohérence entre les responsables du fait même du nombre d'acteurs,
- manque de moyens supplémentaires tant au niveau financier que matériel et humain,
- communication difficile ou rare,
- peu d'information sur la réussite des projets partenariaux déjà engagés montrant que c'est techniquement possible, humainement positif et que les dysfonctionnements ne sont pas automatiques,
- résistances quant aux représentations : crainte de voir augmenter les contraintes horaires, de voir limiter sa liberté.

Les moteurs du partenariat :

Sans qu'il existe de recettes miracles, il y a des erreurs à éviter et surtout des conditions indispensables à assembler :

- organiser un dialogue autour du projet et de ses objectifs afin d'obtenir un accord partagé par les partenaires,
- tenter de quantifier dès l'origine, les coûts : combien d'efforts vont être nécessaires, que va-t-il falloir délaissier et pour quel gain ?
- l'instrumentalité et non une collection de situations individuelles arrangées : en quoi cela va-t-il aider le travail du professionnel ?
- la congruence : que va me renvoyer cette collaboration sur mon rôle, mon travail ?

Les modalités du partenariat :

Le partenariat est un lieu d'affrontement des logiques d'acteurs. Les incompréhensions naissent aussi du fait que ce ne sont pas toujours les demandeurs qui sont les financeurs. Par exemple, l'Education Nationale repère et oriente, via les CCPE puis la CDES, de nombreux jeunes qui seront ensuite pris en charge par l'assurance maladie.

⁷⁷ tiré d'une étude effectuée au sein de l'Education Nationale, in Lien Social, N°393, 10 avril 1997, page 11.

Par ailleurs, l'évaluation des besoins des jeunes est lourde de conséquences : en fonction du champ sur lequel l'accent va être mis, ce ne seront pas les mêmes financements qui vont être sollicités.

Le développement du partenariat équivaut à modifier la conception des prises en charge :

- en étudiant dans le détail **les ressources, les dispositifs des différents partenaires** (classes relais, hébergement individualisé, projet d'accueil familial...) pour les développer ou bien les faire passer d'un statut expérimental à un statut pérenne.
- en **introduisant de la souplesse** pour notamment le passage d'une structure à l'autre, du sanitaire vers le médico-social et vice-versa, pour des séjours de rupture (notamment dans les CATTP qui répondent bien aux besoins des adolescents en rupture de prise en charge collective)...
- en développant les **possibilités de financements multiples** à partir de nouveaux instruments sinon ces initiatives resteront du bricolage de solutions individuelles.

A ce niveau quelques initiatives intéressantes méritent d'être soulignées.

Dans les Hauts de Seine, **un centre d'hébergement** spécialisé dans l'accueil et l'accompagnement des jeunes adolescents qui ne peuvent plus supporter la collectivité, a été mis en place par la PJJ et une association liée à un des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Ces jeunes vivent de façon autonomes dans un studio, le suivi éducatif est assuré par des éducateurs de la PJJ et le suivi thérapeutique par un CMP. La violence qui se manifestait en collectivité a disparu du studio.

Autre initiative, dans le même département, la DDASS réfléchit actuellement, dans le cadre d'un groupe de travail inter-institutionnel, à la mise en place d'une **charte du partenariat** signée par les différents interlocuteurs qui pourront intervenir potentiellement sur le thème des jeunes en difficulté et qui déclinera les interventions réciproques et coordonnées de chacun d'entre eux. Outre l'affirmation de principes d'action communs afin de garantir une intervention rapide et coordonnée, un guide pratique précisera les procédures, les contacts...de façon très concrète sur le terrain.

2- LES NIVEAUX POSSIBLES DU PARTENARIAT ET LES INITIATIVES DEVELOPPEES :

Le partenariat pour répondre à une situation urgente et insoluble :

Ce type de collaboration ponctuelle peut prendre plusieurs formes.

Le plus souvent, il s'agit d'une **mise en rapport des différentes parties prenantes** réalisée dans l'urgence, sans aucune organisation préalable des interventions. Il est difficile d'appeler ce type de collaboration 'partenariat'. (exemple : réunion des équipes de la CDES, d'un IR et d'une association 'habilitée PJJ' pour résoudre le cas d'un jeune renvoyé de cet IR et qui a déjà été suivi en AEMO judiciaire par cette association habilitée).

Une intervention plus construite est proposée par **le DERPAD**, (cf. ci-dessus point B), avec des réponses spécifiques et organisées aux problèmes posés par les 'incasables' (le lieu tiers et le lieu de soin). Le lieu tiers offre surtout un terrain neutre pour un déblayage des situations les plus complexes. Il permet souvent à deux institutions qui s'ignoraient ou se comprenaient mal, de renouer le contact autour de la résolution d'un cas individuel.

Par ailleurs, des réponses organisées ont vu le jour, telle que **la Commission 'Cas difficiles'** mise en place à l'initiative de la Direction Départementale de la PJJ de Paris depuis novembre 1994. Le principe est le suivant : il s'agit d'un lieu d'échanges d'informations pour tenter de résoudre les cas difficiles. La fréquence des réunions est cependant assez faible puisqu'elle n'est que bimestrielle. Ce groupe de travail pourrait également être comparé à une tribune libre puisque c'est aussi un lieu ouvert à tout représentant institutionnel intéressé et que de nombreux sujets y sont débattus (selon le rapporteur, l'ordre du jour est rarement respecté...).

Malgré des objectifs ambitieux à l'origine (notamment : assurer l'accueil d'urgence, évaluer-orienter les adolescents, coordonner les services dans la continuité avec un référent pour les

prises en charge mixtes, organiser des actions de prévention), aucune procédure de collaboration entre institutions n'a pu être élaborée, ni même la charte de mise en place de cette commission signée (problème de signataires). Dès lors, comment assurer la pérennité de cette initiative si elle repose uniquement sur des volontés individuelles notamment celle du Directeur Départemental de la PJJ ? Seules des procédures permettraient de garantir dans le temps le devenir de cette commission contre les mouvements de personnels.

Le partenariat pour la décision d'orientation :

Dans les situations d'urgence, il se confond avec le point précédent. Quelque soit le type de partenariat institué, il est clair que les différentes commissions d'orientation restent souveraines. Concernant les IR, poser la question du partenariat au moment de l'orientation revient aussi à poser celle du rôle des établissements dans les décisions d'admissions.

Il semble que lorsqu'il existe une liste d'attente, la marge de manoeuvre de l'établissement soit large et permette de délimiter les accueils en fonction des spécificités de moyens à disposition. Dans d'autres cas, c'est la qualité du partenariat avec les services 'orienteurs' qui vont permettre de réguler les accueils. On observe, que plus la spécificité d'un institut de rééducation est positionnée et reconnue dans un environnement professionnel, et moins il est 'utilisé' à côté de ses limites. Toutefois, les effets pervers de telles pratiques entraînent l'émergence de situations de jeunes 'incasables'. Ainsi, les commissions d'orientation comme la CDES doivent veiller à limiter ces conséquences.

De plus, l'encouragement du partenariat se heurte également à des contraintes de manque de places et de ce fait, d'orientation par défaut. L'urgence de certaines situations conduit parfois à une orientation rapide, sans évaluation approfondie des besoins.

Le partenariat pour l'expertise de l'indication d'une prise en charge :

La question posée ici est celle de l'évaluation des besoins du jeune, de sa famille et des différentes réponses proposées localement. Une approche inter-institutionnelle est parfois nécessaire pour avoir une bonne connaissance des besoins.

Concernant les instituts de rééducation cela revient à se demander à quoi servent-ils : à soigner ? à faire un travail dans un contexte de rappel à la Loi ? À réaliser un accompagnement relatif à des problèmes sociaux ? À faire les trois à la fois ?

La variété des positionnements institutionnels est telle que c'est l'identité des établissements et la façon dont ils se définissent qui permet de clarifier les délimitations d'indications.

Le partenariat pour la prise en charge des jeunes :

Schématiquement deux types de partenariat peuvent être distingués :

- **des partenariats intra-établissement** liés au fait qu'un même établissement peut recevoir des enfants sur différents registres d'agrément (ASE pour le versant 'social', justice pour le versant 'délinquance', CDES pour le versant 'soin'). Cette multihabilitation présente l'avantage de faire jouer les prises en charge sur les limites entre ces problématiques. Mais l'inconvénient de cette approche, outre le risque de rassembler enfants 'maltraitants' et enfants 'victimes', est la difficulté de répartition interne des dépenses entre les différentes affectations de financements. Un des effets pervers les plus fréquents est de constater des admissions plus nombreuses au titre du prix de journée le plus rémunérateur.

Ici, les relations de collaboration entre les différents champs des prises en charge sont internes à l'établissement.

- une autre possibilité est de développer **des relations partenariales extérieures à l'établissement** pour compléter la prise en charge des jeunes dans une perspective transversale. Outre les interventions de thérapeutes extérieurs (très rares comme l'on montré les enquêtes menées dans le Val d'Oise), il serait possible d'imaginer un partage des moyens entre plusieurs établissements du même type (des IR) ou différents (sur le principe des communautés d'établissements qui se mettent peu à peu en place dans le domaine sanitaire - Code de la Santé Publique, article L 712-2-3 nouveau). Pour l'instant, le principal obstacle, comme cela a déjà été souligné est l'impossibilité de répartir le financement des prises en charge entre plusieurs services intervenant de façon complémentaire auprès d'un enfant.

L'aussi, une initiative originale permet d'illustrer les possibilités de travail en réseau. Il s'agit du cas d'un IR de Normandie (Institut Camille Blaisot, habilité CDES/PJJ) qui a mis en place une structure annexe : **le centre Freia, qualifié 'd'IR hors les murs'**. Ce projet est soutenu par un comité de pilotage rassemblant la DDASS et la PJJ du Calvados, un magistrat et un représentant du FSE (Fonds Social Européen) qui finance également l'opération. Cette structure est destinée à l'accueil de jeunes de 16 à 20 ans, en impasse, pour de multiples raisons mais souvent parce que leur problématique est à l'intersection de plusieurs champs de compétences. La prise en charge organisée est souple, sur-mesure, mais limitée à 6 mois, les jeunes devant réintégrer leur institution d'origine ou avoir un projet dans ce laps de temps. Ce centre est établi dans un pavillon qui héberge 4 jeunes. Par ailleurs, 4 jeunes sont accueillis dans des familles 'support'. Le projet éducatif s'appuie, entre autres, sur un réseau de 50 patrons qui peuvent accueillir un jeune durant 3 semaines, des bénévoles (artistes, musiciens, ferrailleur...) qui permettent une approche différente, non institutionnelle et également des partenariats internationaux (actions humanitaires, échange avec d'autres jeunes des Pays-Bas, Italie, Espagne).

4- REMARQUES RELATIVES A LA CELLULE DE CONCERTATION POUR LES SITUATIONS D'ADOLESCENTS DIFFICILES DU VAL D'OISE :

Le projet actuel :

Ce projet est issu des groupes de réflexion qui se sont réunis lors de la préparation du schéma départemental relatif à l'enfance handicapée (cf. Seconde Partie, point C).

Les missions de cette cellule seront précisées par un groupe de travail qui sera mis en place après la présentation conjointe du schéma départemental du handicap par Le Préfet du Val d'Oise et le Président du Conseil Général en janvier 1999. Ce groupe de travail s'articulera avec la réflexion menée dans le cadre d'un autre groupe de travail, émanation du CDSM (Conseil Départemental de la Santé Mentale), relatif à la psychiatrie infantile-juvénile. L'objectif est de construire le projet de façon partenariale dès son origine.

Cette cellule devrait être composée notamment de représentants de l'ASE, de la PJJ, de magistrats, de membres de la CDES, de représentants du secteur de psychiatrie infantile-juvénile et de l'Inspection Académique.

De prime abord, les missions qui lui sont dévolues sont celles d'une cellule saisie quand une difficulté de prise en charge ou d'orientation est repérée. Chaque partenaire peut la saisir et la consulter. Les avis émis devront être suffisamment pertinents et argumentés pour être appliqués dans les commissions d'orientation qui restent souveraines (notamment la CDES, CCPE, CCSD, ASE, juge des enfants, parquet des mineurs). Les membres permanents de cette cellule, parmi lesquels se trouvent des représentants désignés des commissions d'orientation, veilleront à l'application de cet avis en assurant le relais auprès de leur administration d'origine.

Des pistes à développer :

Les missions de cette cellule pourrait relever de différents niveaux. Comme prévu, elle pourra être saisie pour trouver une solution à des **situations d'urgence** (difficultés d'orientation ou de prise en charge). Pour définir la fréquence des réunions, il pourrait être intéressant de profiter des expériences qui fonctionnent déjà (le DERPAD, la Commission 'cas difficiles' à Paris).

Par ailleurs, cette commission pourrait être un lieu de réflexion sur le positionnement respectif de chaque institution et permettre un début d'élaboration de **procédures communes**.

Il s'agit notamment :

- de repérer les dispositifs et les moyens existants en indiquant les limites d'intervention de chaque institution,
- de définir des procédures contractuelles reconnues par toutes institutions concernées afin de construire des réponses aux jeunes en grande difficulté (accueil d'urgence),
- de donner l'occasion d'exprimer son impossibilité à assumer une prise en charge complexe et permettre à chaque service de mettre fin aux impasses dans lesquelles il peut se trouver,
- de trouver les appuis et les partenaires pour assurer la continuité et la globalité d'une prise en charge,

- de construire une référence commune en évaluant régulièrement chaque situation résolue par la commission.

Le CREA Ile de France a d'ailleurs mené une réflexion de ce type concernant la mise en place de **Plan d'Action d'Urgence Départemental (PAUD)** en faveur des enfants et adolescents difficiles⁷⁸ co-présidé par le Président du Conseil Général et le Préfet de département.

Le principe du PAUD est de mobiliser l'ensemble des moyens (matériels et humains) éducatifs, sanitaire, médico-sociaux et pédagogiques à disposition sur son territoire, quelles que soient les sources de financement des dispositifs existants. Les principes d'action du PAUD sont :

- la coordination de l'accueil, des soins et du suivi médico-social,
- l'intégration scolaire et professionnelle,
- l'intégration sociale.

C- L'ARTICULATION DES DRASS ET DDASS AUTOUR DES PROBLEMATIQUES DES ADOLESCENTS DIFFICILES :

Une intervention qui ne se limite pas au secteur médico-social :

Il est clair que la problématique des jeunes accueillis en institut de rééducation abordée ici déborde largement sur la question de l'intégration sociale des jeunes en difficulté.

Parmi les jeunes en difficulté, seuls quelques uns d'entre eux sont amenés à être suivis en institutions spécialisées (sociales, médico-sociales, sanitaires, justice). Toutefois des articulations sont possibles avec les dispositifs de droit commun : comme l'intégration sociale et professionnelle des jeunes assurée par les Missions Locales (qui sont également confrontées aux problèmes de santé des jeunes⁷⁹), les aides apportées par le Fond d'Aide aux Jeunes ou dans le cadre de l'hébergement d'urgence (CHRS) ou encore dans le cadre de la politique de la ville ou de la politique de lutte contre les exclusions.

En effet, selon les propres termes de la circulaire DAGPB N°97-53 du 27 janvier 1997 relative aux missions des DRASS et DDASS, l'objectif est notamment de « garantir une prise en charge globale des personnes et des familles, notamment des jeunes, et une coordination des actions engagées dans les domaines de l'insertion, du logement, de la formation et de l'emploi, de la culture et de la famille ».

S'agissant d'un domaine de responsabilité partagé entre divers partenaires, l'élaboration et la mise en oeuvre de schémas départementaux d'intervention comme ceux relatifs au handicap présente un intérêt stratégique, d'autant plus s'ils sont articulés entre eux (ex : schéma départemental du handicap et celui conduit par l'ASE et la PJJ).

Améliorer la connaissance des besoins et fournir des outils de suivi :

D'après la même circulaire : « Pivot de cette action, la DRASS doit assurer un rôle d'animateur et de fédérateur des systèmes d'information, notamment par la réalisation d'études et d'analyses dans le domaine sanitaire et social, en lien étroit avec l'administration centrale, en mobilisant et en valorisant les potentiels scientifiques disponibles (ORS, CREA, IRTS, universités, CNRS, INSERM...). »

Par rapport à la problématique des jeunes adolescents difficiles, il s'agit de développer au niveau régional la fonction de veille, de prospective, à travers :

- des études régionales notamment en partenariat avec les autres partenaires concernés (Education Nationale, psychiatrie...) afin de mieux cerner les besoins de ces jeunes de façon transversale, aussi pour éclaircir les facteurs de blocages dans certains parcours et mieux connaître les relations entre les IR et les autres institutions,
- la capitalisation et la diffusion des expériences innovantes,

⁷⁸ in Les cahiers d'interface, bulletin bimestriel du CREA Ile de France, N°2, octobre 1997, page 2.

⁷⁹ in Echanges Santé-Social, 'Les missions locales toujours présentes sur le terrain social', N°90, juin 1998, pages 21-23.

- la fourniture de données de cadrage (exploitation des enquêtes ES, constitution de séries chronologiques...) et surtout, au-delà de l'approche quantitative, la mise au point de méthodologies d'étude afin de cerner les besoins relatifs au secteur médico-social,
- le développement de l'approche qualité et notamment la conception d'indicateurs ou de grille de lecture pour affiner l'examen par les DDASS des projets à présenter en CROSS.

Orienter l'offre de structures médico-sociales :

La planification relative aux établissements d'accueil pour enfants handicapés, domaine dans lequel les disparités régionales et interdépartementales sont importantes fait l'objet d'une approche régionale : le Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale est chargé de donner un avis au Préfet de région sur toutes les décisions d'autorisation ou de retrait d'autorisation.

Actuellement, la présentation d'un nouveau projet suit souvent un circuit qui semble inversé. En effet, c'est souvent le promoteur du projet qui est à l'origine de la présentation du dossier au CROSS (par l'intermédiaire d'un rapporteur originaire de la DDASS d'implantation).

Après avoir recueilli l'avis du rapporteur sur l'opportunité du projet, le CROSS rend son avis. Toutefois, si le projet est autorisé cela ne signifie pas pour autant que les financements soient disponibles.

Dans l'idéal, la démarche pourrait être inversée. L'étude des besoins insatisfaits sur un département conduirait au lancement d'un appel d'offre qui préciserait les conditions à remplir par les promoteurs du projet dans une enveloppe financière limitée.

CONCLUSION

Les jeunes au 'profil frontière' ne sont pas rares :

A partir de l'approche sur le département du Val d'Oise, les trois enquêtes population menées concomitamment, ont permis de comparer le profil des jeunes accueillis en institut de rééducation, de ceux qui en sont sortis avec ceux présents sur la liste d'attente de la CDES. Dès lors, il semblerait, que les jeunes au 'profil frontière' ne relèvent pas d'un phénomène marginal, mais d'une situation assez répandue (sans être toutefois généralisée). Ainsi, peut-on considérer, compte-tenu du flou de la définition du profil de la population des instituts de rééducation dans les annexes XXIV, qu'il s'agit bien d'une des caractéristiques des jeunes accueillis dans ces structures. La question initiale relative à l'amélioration des prises en charge, s'étend, ainsi, à l'ensemble de la population des instituts de rééducation.

Ces enquêtes ont également permis de vérifier que, dans l'ensemble, les places en institut de rééducation ne semblent pas occupées indûment excepté quelques cas de psychoses actives qui pourraient également être suivis par le secteur psychiatrique, s'il offrait d'avantage de capacités d'accueil pour les adolescents dans le Val d'Oise. Quant au phénomène de liste d'attente, outre la fluctuation statistique de ce comptage, il semblerait plus lié à un manque de places en institut de rééducation (contrairement aux conclusions tirées de l'exploitation de l'enquête ES 95) qu'à un profil particulièrement atypique des jeunes en attente.

Des pistes pour l'amélioration de la prise en charge :

L'amélioration de la prise en charge des jeunes en institut de rééducation ne se concentre pas uniquement sur les missions de l'établissement mais s'articule en trois temps :

- **en amont** : un dépistage précoce mais aussi des mesures d'accompagnement des enfants ou adolescents (en milieu ordinaire), des parents et des professionnels (notamment les enseignants) garantissent une intégration sociale optimale et limitent les erreurs d'aiguillage.
- **durant la prise en charge** en institut de rééducation avec la construction d'un véritable projet individuel pédagogique, éducatif et thérapeutique en continuité avec les éventuels projets antérieurs. La prise en charge peut, au besoin, être articulée avec des interventions extérieures (notamment pour éviter les ruptures au moment de l'entrée en établissement). Enfin, la mise en commun de moyens entre instituts pourrait être envisagée.
- **en aval** : en développant les perspectives d'insertion professionnelle (comme les CFA-relais) pour ces jeunes déjà fragilisés qui ont du mal à construire un projet d'avenir dans un contexte de chômage de masse et de précarité touchant les moins qualifiés.

Les supports de ces améliorations sont essentiellement partenariaux, que ce soit au niveau :

- de la planification et du rôle stratégique des différents schémas d'organisation qu'il s'agit d'articuler entre eux (handicap, psychiatrie, ASE/PJJ...).
- du repérage des difficultés notamment en milieu scolaire, du soin apporté aux premières orientations (le mode de signalement primitif semble déterminer la nature parcours) ou aux orientations difficiles (exemple des initiatives de commissions 'cas lourds').
- du développement de la souplesse et de l'articulation des prises en charge entre structures du même type ou différentes afin de faire jouer les complémentarités.

Il est clair que les problématiques inter-institutionnelles freinent le développement du partenariat, notamment pour des raisons d'organisation administrative, et surtout de cloisonnement des financements. Dès lors, la capitalisation, la diffusion, l'analyse et l'évaluation des initiatives novatrices contribuent à l'émergence de solutions nouvelles.

Beaucoup de choses sont à construire et l'inspecteur des affaires sanitaires et sociales a tout son rôle à jouer du fait de sa vue d'ensemble sur les secteurs social, médico-social et sanitaire.

ANNEXES ET BIBLIOGRAPHIE

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées ou sollicitées

Annexe 2 : Bibliographie

Annexe 3 : Enquête 'ES'

Annexe 4 : Carte du Val d'Oise

Annexe 5 : Questionnaire 1

Annexe 6 : Questionnaire 2

Annexe 7 : Questionnaire 3

Annexe 8 : Calendrier des enquêtes menées dans le Val d'Oise

Liste des personnes rencontrées ou sollicitées :

- **Monsieur Barreyre**, Directeur du CREAL d'Ile de France.
- **Monsieur Casier**, Bureau K2 'Méthodes et action éducative', Ministère de la Justice.
- **Monsieur Deniau**, Directeur de l'AIRE (Association des Instituts de Rééducation).
- **Madame Deprez**, Responsable du Service régional des statistiques, DRASS Ile de France.
- **Monsieur Dupuy**, Directeur Départemental de la PJJ à Paris.
- **Docteur Faure**, attaché au secteur de psychiatrie infanto-juvénile de Garges, psychiatre.
- **Madame Lavaille**, Inspectrice principale à la DDASS des Hauts de Seine, chargée du secteur médico-social.
- **Madame Manigler**, Directrice Adjointe au Directeur Départemental de la PJJ du Val d'Oise.
- **Docteur Magoudi**, Directeur médical du DERPAD (Dispositif Expert Régional Pour les Adolescents en Difficulté), psychiatre, psychanalyste.
- **Madame Moreau**, Inspectrice de l'Education Nationale chargée de l'adaptation et de l'intégration scolaire.
- **Monsieur Roger**, Directeur éducatif du DERPAD, Directeur de la PJJ mis à disposition par la Direction régionale de la PJJ.
- **Madame Rossy**, Directrice de l'Enfance à la Direction Générale Adjointe de la Solidarité, Conseil Général du Val D'Oise.
- **Monsieur Soutou**, IGAS chargé d'une mission d'évaluation sur le public accueilli en institut de rééducation dans le cadre de la révision de la Loi N°75-534 de 1975.
- **Madame Trohel**, Documentaliste au CREAL de Bretagne.
- **Docteur Valéry-Masson**, pédopsychiatre libéral à Rennes.

- **Les équipes des quatre établissements enquêtés et de la CDES du Val d'Oise et plus spécialement :**
Monsieur Babion, Directeur de l'IR du Clos Levallois.
Monsieur Bagate, Directeur de l'IR de La Mayotte.
Madame Droulout, Directrice de l'IMPro d'Arnouville.
Monsieur Foessel, Directeur médical de l'IR de La Mayotte, psychiatre.
Madame Vaillant, Directrice de l'IR de L'Oratoire.
Madame Wiltz, Assistante sociale à la CDES du Val d'Oise.

- **DDASS du Val D'Oise :**
 L'équipe du secteur enfance handicapée, le Docteur Micheau chargé du médico-social et le Docteur Goyet chargé de la psychiatrie.
Et tout particulièrement, Madame Charlier, programmeur à la COMI.

Bibliographie :

Textes juridiques :

- **Convention internationale des Droits de l'Enfants**, adoptée par l'ONU le 20 novembre 1989, ratifiée par la France le 26 janvier 1990.

- **Ordonnance** N° 45-174 du 2 février 1945, relative à la jeunesse délinquante modifiée par les lois N° 93-2 du 4 janvier 1993 et N° 96-585 du 1^{er} juillet 1996.

- **Articles 375 et suivants du Code Civil**, émanant de la loi N° 70-459 du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale.

- **Lois :**
 - Loi N° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.
 - Loi N° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
 - Loi N° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social (article 8 : les secteurs psychiatriques sont légalisés).
 - Loi N°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.
 - Loi N° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé.
 - Loi N°89-18 du 13 janvier 1989 (amendement Creton) autorisant le maintien des jeunes adultes de plus de 20 ans dans les établissements de l'éducation spéciale pour enfants.
 - Loi N° 89-486 du 10 juillet 1989, Loi d'orientation sur l'éducation.
 - Loi N° 93.22 du 8 janvier 1993, relative à l'état civil, à la famille et aux de droits de l'enfant, instituant le juge aux affaires matrimoniales.
 - Loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à l'exclusion.

- **Décrets :**
 - Décret N° 75-96 du 18 février 1975 fixant les modalités de mise en œuvre d'une action de protection judiciaire en faveur de jeunes majeurs.
 - Décret N° 89-798 du 27 octobre 1989 (nouvelles annexes XXIV) remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter du décret du 8 mars 1956 modifié.

- **Circulaires :**
 - Circulaire N° 82-2 et 820-048 du 28 janvier 1982, relative à la mise en œuvre d'une politique d'intégration en faveur des enfants ou adolescents handicapés.
 - Circulaire N° 83-4 du 29 janvier 1983, relative à la mise en place d'actions de soutien et de soins spécialisés en vue de l'intégration dans les établissements scolaires ordinaires des enfants et adolescents handicapés ou en difficulté en raison d'une maladie, de troubles de la personnalité ou de troubles graves du comportement.
 - Circulaire N° 83-4 du 29 janvier 1989, relative à la mise en place d'actions de soutien et de soins spécialisés en vue de l'intégration scolaire des enfants handicapés.
 - Circulaire N° 89-17 du 30 octobre 1989 relative à la modification des conditions de prises en charge des enfants ou adolescents déficients intellectuels ou inadaptés par les établissements et services d'éducation spéciale.
 - Circulaire N° 90-091 du 23 avril 1990, relative à l'éducation et l'intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés.
 - Circulaire N° 91-302 du 18 novembre 1991, relative à l'éducation et l'intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés.
 - Circulaire N° 70 du 11 décembre 1992, relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.
 - Circulaire N° DPJJ K-98 du 15 juillet 1998, relative à la politique pénale en matière de délinquance juvénile.

Revue spécialisée :

· Lien Social :

- La réforme des annexes XXIV (page 13) et Troubles du caractère et du comportement, et handicaps (pages 8 et 9). N°23, janvier 1990.
- Réflexions à propos de la nouvelle annexe XXIV (pages 8 à 12). N°73, avril 1990.
- Dossier 'La violence des jeunes en milieu urbain' (pages 4 à 7). N°374, 21 novembre 1996.
- Quelle réponse aux incasables ? (pages 10 et 11). N°393, 10 avril 1997.
- Où vont les instituts de rééducation ? (pages 4 à 7). N°404, 26 juin 1997.

· **Bulletin d'information du CREAI Bourgogne** : Les troubles de la conduite et du comportement dans la nouvelle annexe XXIV (pages 5 à 11). N°110, février 1992.

· **Les cahiers du CTNERHI** (Centre Technique National d'Etudes et de recherche sur les Handicaps et les Inadaptations) :

Les classifications et la santé mentale, actes du séminaire du 6 décembre 1990. N°57, janvier/mars 1992.

Classifications. N°58, avril/juin 1992. Pages 57-62 : Du bon usage des classifications. Pages 63-83 : Utilisation de la CIDIH dans le domaine de la santé mentale.

· **Population** : Les troubles du comportement parmi les 13-16 ans selon la zone d'habitation : approche épidémiologique. N°1, janvier/février 1993, pages 63-82.

· **Les cahiers de l'ACTIF** :

- Et nous aussi... les oubliés des annexes XXIV (pages 95 à 101). N°210/211, janvier/février 1993.
- Violences institutionnelles. N°248/249, janvier/février 1997.

· **Communautés éducatives** : revue trimestrielle de l'ANCE. Penser le soin en institution de rééducation. N°87, juin 1994.

· **Le nouveau Mascaret** : Les oubliés des annexes XXIV, à propos des enfants inadaptés, 1994.

· **Bulletin d'information du CREAI Rhône Alpes** : Les oubliés des annexes XXIV. N°112, mars/juin 1994.

· **Les cahiers de l'ANPASE** : Les incasables. N°1, février 1995.

· **ASH** :

- La Loi de 1975 vingt ans après (pages 13 et 14). N°1927, 19 mai 1995.
- Inquiétante enfance devenue « maltraitante » (pages 17 et 18). N° 2050, 19 décembre 1997.
- A propos de la réforme de la Loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales (pages 40 et 41). N°2072, 22 mai 1998.
- La politique de la PJJ (pages). N°2083, 4 septembre 1998.

· **Echanges Santé-Social** :

- Le XX^{ème} anniversaire de la Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées. Revue trimestrielle des Ministères de la Santé Publique et de l'Assurance Maladie, de la Solidarité entre les générations. N°78, juin 1995.
- Jeunes. Revue trimestrielle du Ministère de l'Emploi et de la solidarité. Editions La Documentation Française, N°90, juin 1998.

· **Les notices de la documentation française** : La protection sociale en France, décembre 1995.

· **Le nouveau Mascaret** : Les oubliés des annexes XXIV (pages 34 à 36). N°41, janvier 1996.

· **JDJ** : Journal du Droit des Jeunes, la revue juridique de l'action sociale et éducative.

- Jeunes en difficultés et difficultés des jeunes. A propos des cas dits 'lourds' (pages 36 à 43). N°161, janvier 1997.

- Dossier rentrée scolaire : discipline et exclusions, autorité parentale et autorité scolaire, projet d'établissement. N° 177, septembre 1998.

· **Les cahiers d'interfaces :**

- Les études du CREAM. N°0, CREAM Ile de France, mai 1997.
- Les enfants difficiles, première partie. N°1, CREAM Ile de France, juin 1997.
- Les enfants difficiles, seconde partie. N°2, CREAM Ile de France, octobre 1997.
- Handicap, dépendance et qualifications. N°3, CREAM Ile de France, septembre 1998.

· **Livret d'interfaces**, supplément annuel aux cahiers d'interfaces : Répertoire des sources documentaires du secteur social. CREAM Ile de France, décembre 1997.

Etudes, rapports nationaux :

- L'accueil des mineurs présentant des troubles d'ordre psychiatrique par les services éducatifs de la PJJ. Ministère de la Justice, Direction de la PJJ, sous-direction de l'action éducative et des affaires judiciaires. Décembre 1991.
- La psychiatrie ouverte : une dynamique nouvelle en santé mentale. Rapport de la mission confiée par Monsieur Bruno Durieux, Ministre Délégué à la Santé au Docteur Gérard Massé. Editions ENSP, 1992.
- Bilan d'application de la Loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, Tomes 1 et 2. Rapport présenté par M. F. Guérin, M. T. Join-Lambert, S. Morla et D. Villain, membres de l'IGAS. Rapport N°95-155, décembre 1995.
- Rapport du groupe de travail sur l'intégration scolaire. Ministère du Travail et des Affaires Sociales, Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale, édition Patrick Segal, 1997.

Etudes, rapports de portée locale :

- Les annexes XXIV dans le Val d'Oise : enquête sur la population concernée, les établissements, les difficultés actuelles. DDASS du Val d'Oise, décembre 1992.
- Etude des besoins dans le champ de la psychiatrie infantile et de l'enfance inadaptée en Ile de France : enquête sur les hôpitaux de jour, 1^{er} février - 31 juillet 1994. Rapport présenté par Jean-Pierre Thévenot et Nicole Quemada, étude INSERM, Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale. Novembre 1995.
- Les dossiers en attente dans les CDES d'Ile de France. CREAM et DRASS Ile de France. Février 1997.
- Les enfants et adolescents handicapés d'Ile de France, orientés par les CDES vers les structures médico-sociales. CREAM et DRASS Ile de France. Mai 1997.
- Les enfants et adolescents handicapés du Val d'Oise, orientés par les CDES vers les structures médico-sociales. CREAM et DRASS Ile de France. Mai 1997.
- Projet de schéma régional de la psychiatrie en Ile de France et Projet d'annexe au schéma régional de la psychiatrie en Ile de France. Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile de France, 1997.
- Schéma départemental de l'enfance et de l'adolescence handicapée dans le Val d'Oise. Etat des lieux, diagnostic. DDASS du Val d'Oise, août 1998.
- Schéma départemental de l'enfance et de l'adolescence handicapée dans les Hauts de Seine. DDASS des Hauts de Seine, janvier 1998.
- Etude des besoins dans le champ de la psychiatrie infantile et de l'enfance inadaptée en Ile de France : enquête sur les demandes d'admission en institutions médico-éducatives. Rapport présenté par Jean-Pierre Thévenot et Nicole Quemada, étude INSERM, Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale. Juin 1998.

Ouvrages :

- Les mauvais élèves, M. Vial, E. Plaisance, J. Beauvais, édition PUF, 1970.
- Paroles pour adolescents ou le complexe du homard, Françoise Dolto, édition Hatier, 1989.
- Adolescence et psychopathologie, Alain Braconnier, Daniel Marcelli, édition Masson (4^{ème} édition).
- Psychopathologie de l'enfant, Daniel Marcelli, édition Masson (4^{ème} édition).
- Les adolescents difficiles : psychanalyse et éducation spécialisée, Jean-Pierre Chartier, éditions Privat, 1991.
- Le guide de l'adaptation et de l'intégration scolaire, J. M. Lesain-Delebarre, éditions Nathan, 1996.
- De l'éducation spécialisée, Maurice Capul, Michel Lemay, édition Erès, 1996.
- L'état de l'enfance en France : réalités et difficultés. Réalisé par l'observatoire de l'enfance en France de la Fédération des pupilles de l'enseignement public, sous la direction scientifique de Gabriel Langoriet. Edition Hachette, 1997.
- Les institutions sanitaires et sociales, Daniel Ceccaldi, édition Foucher, février 1997.
- Dictionnaire du handicap, Gérard Zribi, Dominique Poupée-Fontaine, éditions ENSP, 1997.
- L'adolescence aux mille visages, Alain Braconnier, Daniel Marcelli, édition Odile Jacob 1998.

Mémoires d'élèves :

- Repenser la dynamique institutionnelle d'un foyer accueillant des adolescents 'incasables' à partir d'une structure de formation pré-professionnelle, tremplin pour leur insertion. Pierre Carpentier, mémoire CAFDES, ENSP, décembre 1989.
- L'intégration par la scolarité des enfants handicapés : coordination entre la DDASS et l'Education Nationale. Danièle Gachet, d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales, ENSP, décembre 1993.
- Mise en place de conseiller socio-éducatif dans un service d'aide sociale à l'enfance. Corinne Gandiol, certificat d'aptitude aux fonctions de chef de service, ISIS - CREAL Ile de France, février 1994.
- L'organisation institutionnelle d'un institut de rééducation et la prise en charge de jeunes incasables : la mise en œuvre d'une tension. Marc Leray, mémoire C AFDES, ENSP, octobre 1994.
- Pour une prise en charge complexe d'adolescents en grande difficulté : le directeur, garant de sens et de cohérence. Pierre Julien, mémoire CAFDES, ENSP, 1995.
- Mise en cohérence de logiques d'intervention sociale différentes dans un institut de rééducation. Norbert Dejean, mémoire CAFDES, ENSP, 1996.
- Passage d'une logique d'enceinte à une logique de réseau pour accompagner les jeunes en difficulté. Jean-Marie Chalons, mémoire CAFDES, ENSP, 1996.
- L'intervention des équipes de santé mentale auprès des institutions sociales et médico-sociales. Laurent Alaton, formation d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales, ENSP, décembre 1997.
- Les instituts de rééducation dans les Bouches du Rhône : une insuffisance quantitative et/ou problématique inter-institutionnelle. Jacqueline Tervé, formation de médecin inspecteur de santé publique, ENSP, avril 1998.

Actes de colloques, autres documents :

- Les Cahiers de la Justice : La Protection Judiciaire de la Jeunesse, plaquette de présentation publiée par le Ministère de la Justice.
- La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent, R. Misès, J. Fortineau, Ph. Jeammet, J. L. Lang, Ph. Mazet, A. Plantade, N. Quemada.
- La Classification des troubles mentaux et des déficiences, incapacités, désavantages de l'enfant et de l'adolescent, Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration, 1992.
- Intégration scolaire et handicap : guide académique de l'intégration scolaire. Groupe de pilotage AIS de l'académie de Versailles, novembre 1994.
- A propos des instituts de rééducation et des troubles du comportement et de la conduite. Dossier documentaire 1990-1996. CREAL de Bretagne, Mai 1996.
- Association des Instituts de Rééducation (AIRE). Actes du colloque du 3 juin 1996 : « Troubles du comportement : un repérage problématique et une prise en charge complexe. Les instituts de rééducation : pour qui ? Pour quoi faire ? ».
- Documents statistiques N° 280, SESI, février 1997.
- INFODAS : l'activité des établissements sanitaires et sociaux sous compétence de l'Etat, résultats 1995. N°60, mars 1997, publication du Ministère du travail et des affaires sociales.
- INFODAS : le financement des établissements et services sous compétence de l'Etat, résultats synthétiques 1996. N° 2, octobre 1997, publication du Ministère de l'emploi et de la solidarité.
- Association des Instituts de Rééducation (AIRE). Actes du colloque du 2 juin 1997 : « Troubles du comportement : un repérage problématique et une prise en charge complexe. Soigner, éduquer, scolariser : quelles articulations ? Quels paradoxes ? ».
- Le bilan des actions sanitaires et sociales, année 1997, Conseil Général du Val d'Oise.
- Schéma départemental de l'ASE, rapport d'étape, Conseil Général du Val d'Oise, juin 1997.
- Exclusion et insertion en Ile de France, DRASS Ile de France, Pôle insertion et développement social, juin 1998.
- Marché du travail en Ile de France, résultats de juin 1998. Publication de la DRTEFP Ile de France, juillet 1998.

Calendrier des enquêtes menées dans le Val d'Oise :

- **4 septembre 1998** : réunion des Directeurs des instituts de rééducation du département, de l'IMPro 'Le Château' et d'un représentant de la CDES. Validation des objectifs de la recherche par rapport aux interrogations communes, choix du principe des trois enquêtes simultanées et mise au point d'une première trame de questionnement.
- **du 7 septembre au 18 septembre** : consultation de personnes qualifiées : MISP chargé de l'enfance handicapée et inadaptée à la DDASS du Val d'Oise, Directeur du CREAL d'Ile de France, Directrice de l'enfance au Conseil Général, l'Inspecteur de l'Education Nationale chargé de l'adaptation et de l'intégration scolaire, un médecin de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile... et mise au point de trois projets de questionnaires.
- **21 septembre** : diffusion des trois projets de questionnaires aux personnes consultées, aux directeurs d'établissement et à la CDES pour test et/ou validation.
- **du 21 au 24 septembre** : suite consultation extérieure, notamment, auprès du service statistique de la DRASS Ile de France.
- **25 septembre** : réunion de validation/modification des trois projets de questionnaires et mise au point du calendrier de l'enquête.
- **2 octobre** : diffusion des questionnaires 'papier' aux lieux d'enquête.
- **du 28 septembre au 16 octobre** : mise au point du support informatique permettant la saisie automatique sur les lieux d'enquête. Présentation uniformisée des supports 'papier' et 'informatique'.
- **du 16 au 21 octobre** : mise à disposition des supports informatiques sur les lieux d'enquête.
- **du 22 octobre au 6 novembre** : retours des résultats sur support informatique à la DDASS du Val d'Oise.
- **du 7 novembre au 15 décembre 1998** : traitement des informations, analyse et diffusion des résultats.