



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales

PROMOTION 1999 2001

Date du Jury : 26 27 ET 28 FEVRIER 2001

**POURQUOI LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS PRESENTANT DES TROUBLES DU
CARACTERE ET DU COMPORTEMENT POSE-T-ELLE PROBLEME ?**

Géraldine MAYET

S O M M A I R E

INTRODUCTION	4
PARTIE I DEFINITION DES TERMES DE LA PROBLEMATIQUE ET CIRCONSCRIPTION DU ROLE DES ACTEURS.....	8
1 - LES ADOLESCENTS SOUFFRANT DE TROUBLES DU CARACTERE ET DU COMPORTEMENT	8
1.1 Les troubles du caractère et du comportement, une pathologie aux multiples visages.....	8
1.1.1 Historique de la notion :	8
1.1.2 Multiplication des termes, signification	9
1.1.3 Les différents symptômes comportementaux	10
1.1.4 Absence de définition administrative des troubles	11
1.2 L'adolescence et ses troubles, les troubles du comportement de l'adolescent.....	13
1.2.1 L'adolescence, une construction sociale, objet de politique :	13
1.2.2 Pré-adolescent, adolescent et jeune adulte	15
1.2.3 L'adolescence, un état de troubles	15
1.2.4 L'adolescence, un concept rétif à une définition administrative.....	17
2 - LA DIVERSITE DES ACTEURS INSTITUTIONNELS INTERESSES PAR CETTE PROBLEMATIQUE	19
2.1 Les instituts de rééducation comme réponse institutionnelle à cette problématique	19
2.1.1 Histoire juridique à l'origine des difficultés identitaires des instituts de rééducation	19
2.1.2 Coût et modalité de prise en charge en institut de rééducation.....	22
2.1.3 Au cœur d'une prise en charge forcément diversifiée :	23
2.2 La pluralité institutionnelle mobilisée autour de cette problématique	24
2.2.1 Des troubles de comportement à l'école	24
2.2.2 Adolescence, troubles et délinquance.....	27
2.2.3 L'adolescent TCC, un adolescent en souffrance	33

PARTIE II ETAT DES LIEUX DANS LE DEPARTEMENT DU VAL DE MARNE.....38

1 - LES ACTEURS INSTITUTIONNELS DE LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS PRESENTANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT 38

1.1	Le déficit de places en Instituts de Rééducation	38
1.1.1	Le recensement des besoins	38
1.1.2	Présentation générale des instituts de rééducation Val de Marnais.....	40
1.1.3	Deux histoires chaotiques et emblématiques des difficultés rencontrées par les IR ...	43
1.1.4	Bilan et avenir.....	46
1.1.5	La CDES du Val de Marne,.....	49
1.2	Equipe et réflexion en psychiatrie recentrés sur l'adolescence	53
1.2.1	Les recommandations du SROS axées sur la prise en charge des adolescents en psychiatrie infanto-juvénile.....	53
1.2.2	Le département du Val de Marne, département exemplaire.....	54
1.2.3	La concertation en santé mentale, axée sur l'adolescence.....	58
1.3	L'équipement pléthorique des services de la protection de l'enfance dans le Val de Marne	58
1.3.1	L'équipement du conseil général, susceptible d'accueillir des adolescents présentant des troubles du comportement.....	58
1.3.2	Les services départementaux de la PJJ.....	60
1.4	Le bilan positif du dispositif relais du Val de Marne	63
1.4.1	Orientation.....	64
1.4.2	Le bilan positif du dispositif du département.....	64
1.4.3	Les limites au dispositif.....	66

2 - LES OUTILS REGIONAUX ET DEPARTEMENTAUX DE COORDINATION DES ACTEURS 67

2.1	La concertation régionale sur la problématique des adolescents.....	67
2.1.1	Le DERPAD	67
2.1.2	Le groupe de travail réuni à l'ARH sur le thème : « santé mentale-délinquance » :	69
2.2	la dynamique départementale	71
2.2.1	Le séminaire interprofessionnel.....	71
2.2.2	La charte de mise en réseau de prise en charge des mineurs en grande difficulté.....	72
2.2.3	Bilan de cette dynamique départementale	75

PARTIE III PROPOSITIONS POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS PRESENTANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT	77
1 - ACCENTUER LA PRÉVENTION	77
1.1 L'importance du travail avec et sur l'espace familial.....	77
1.2 L'implication d'acteurs jouant un rôle fondamental dans la prévention.....	78
2 - L'IMPORTANCE DU DIALOGUE ENTRE LES PARTENAIRES INSTITUTIONNELS	78
2.1 La mise en place d'une coordination régionale, pour une politique régionale cohérente	79
2.1.1 Réduire la fracture entre les secteurs sanitaire et médico-social.....	79
2.1.2 S'appuyer sur des concertations régionales d'experts	79
2.1.3 Les relais départementaux de cette politique.....	80
2.1.4 L'importance et la pertinence d'un travail en réseau, la place de la DDASS dans ces réseaux.....	80
2.2 La place importante des IR	81
2.2.1 Le bilan mitigé de dix années de fonctionnement de ce secteur.....	81
2.2.2 La mise en place d'une nouvelle annexe, en réponse à la crise identitaire des IR.....	82
2.2.3 Réformer le système de financement des IR	82
CONCLUSION.....	85
LISTE DES ABREVIATIONS ET PRINCIPAUX SIGLES UTILISES	86
BIBLIOGRAPHIE	88
ANNEXE I LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	91

INTRODUCTION

La « jeunesse qui dérange » n'est pas a priori un phénomène nouveau. Que l'on se tourne vers le début de ce siècle (les apaches), ou que l'on pense aux années 1960 (blousons noirs, jeunesse révoltée), la jeunesse se démarque par une ébullition, et corrélativement une certaine consternation du « monde adulte ». Ne dit-on pas « qu'il faut bien que jeunesse se passe » !

Cependant, cette fin de siècle semble marquée par une radicalisation de cette « jeunesse qui dérange » et des problèmes y afférents.

En ce sens, elle se distingue des périodes précédentes : violence extrême, jeunesse de plus en plus précoce, et, en regard, incompréhension grandissante des parents, des éducateurs, des psychologues...de professionnels « qui en perdent leur latin ». Ces jeunes « coutumiers de l'extrême »¹ font exploser les cadres de vie (phénomène des banlieues), les institutions et remettent en cause les nosographies (on parle de jeunes anomiques¹) et les références cliniciennes...

Ils focalisent sur eux l'attention des médias, des politologues, des politiciens, des chercheurs et autres organismes d'études...

Face à un tel problème, toutes les administrations, territoriales ou nationales sont concernées.

Tout d'abord, la justice, outre son aspect coercitif, confie à la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) le soin d'éduquer ces jeunes. Ensuite, l'administration de la jeunesse et des sports concentre les espoirs d'une activité sportive ou occupationnelle salvatrice. Par ailleurs, l'Education Nationale, au centre de la scène, voudrait peut-être inculquer quelques règles de civisme. Enfin, la Santé est bien entendu concernée car, au-delà de la violence, les personnels médicaux et paramédicaux nous apprennent à déceler une souffrance. Chaque administration tente d'apporter un élément de réponse.

Pour l'administration des Affaires Sanitaires et Sociales, il s'agit notamment d'offrir un soin approprié sur l'ensemble du territoire. Or le développement hétérogène des établissements chargés d'accueillir la population souffrant de troubles du caractère et du comportement se traduit par des variations de 0 à 19 places pour 1 000 habitants entre les départements². Cela pose la question du rôle régulateur de l'état et d'une mise en adéquation d'une offre et d'un besoin, qui ne peut justifier de tels écarts.

¹ « ces jeunes anomiques coutumiers de l'extrême » journées d'études du CREAHI d'Aquitaine 20 et 21 janvier 1998

A la base des manifestations agressives, de passages à l'acte, de refus et de non respect d'une quelconque autorité, il existe toute une série de dysfonctionnements de la personnalité. On se situe bien au carrefour de plusieurs secteurs d'interventions, à l'intersection du médical, de l'enseignement spécialisé, de la prise en charge éducative, et de la sanction judiciaire. Toutefois, chaque champ d'intervention est trop imprégné par la logique de sa clientèle³.

Des réponses thérapeutiques peuvent être trouvées dans le champ sanitaire ou dans le champ médico-social. La fracture existante entre ces deux secteurs d'interventions est dénoncée de toutes parts. Des professionnels cherchent comment « mieux articuler le sanitaire et le médico-social ».⁴

Parce qu'aucune solution n'est apparue suffisante ou efficace à elle seule, les professionnels ont envisagé le travail en commun : la réponse serait dans la globalité, chacun dans son champ de compétence, mais tous ensemble.

Si l'on tente de circonscrire les actions menées dans le domaine de la santé psychique des jeunes, on remarque l'intérêt de notre ministère pour cette problématique. A chaque étage de notre administration, et sur chaque pallier, des réflexions et des actions sont menées. La multiplication de rapports touchant de près⁵ ou de loin⁶ cette problématique, les réflexions menées conjointement⁷ traduisent une prise de conscience des institutionnels.

Les auteurs du rapport sur les Instituts de Rééducation⁸ qualifient la vocation des établissements accueillant ce public de « nouvelle urgence sociale » tant il est vrai que *ces jeunes ne sont que le reflet amplifié du risque social plus actuel de la société : celui d'une exclusion grandissante des divers champs de socialisation qui culmine par une rupture du lien social.*⁹

La région Ile de France est touchée de plein fouet par ces explosions de violences parfois collectives. Elle est une région concentrant une population importante de 10 952 000 habitants, une urbanisation galopante avec un développement hétéroclite de quartiers sensibles voire l'apparition de zones de non droit...

Un groupe de travail¹⁰ a été mis en place dans le cadre des journées consacrées à la Conférence Régionale de Santé pour aborder la problématique des jeunes en situation de crise.

² rapport IGAS, les instituts de rééducations, janvier 1999

³ Jacques TREMINTIN, lien social n°393, 10 avril 1997

⁴ « mieux articuler le sanitaire et le médico-social en psychiatrie : pourquoi et comment ? »XVIème journées TNEH, 8 et 9 juin 1999

⁵ rapport IGAS, janvier 1999, les instituts de rééducations ; rapport HCSP, la souffrance psychique des jeunes

⁶ rapport IGAS et IGEN, mars 1999, scolariser les jeunes handicapés

⁷ séminaire santé justice mai 2000

⁸ rapport IGAS, les instituts de rééducations, janvier 1999

⁹ Mme LESPINASSE, les cahiers de l'ANPASE n°1-2/95, les incasables

¹⁰ « les jeunes en situation de crise », conférence régionale de la santé d'Ile de France, 22 novembre 1999.

Le programme d'exécution du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 1999/2004 relatif à la psychiatrie cite comme objectif pour l'année 2000 de *mettre l'accent sur la psychiatrie infanto-juvénile et le développement des services destinés aux adolescents...*

La prise en charge des troubles du caractère et du comportement figure parmi « les questions à approfondir » du schéma régionale de l'enfance handicapée. Dans ce dernier, la durée significative d'attente d'une prise en charge est soulignée pour 32 % des enfants atteints de ces troubles (de une à deux années).

Le département du Val de Marne compte une population importante¹¹. La répartition par classe d'âge traduit une relative jeunesse de cette population avec 102 000 enfants de moins de 6 ans (8%), 146 800 jeunes âgés de 10 à 20 ans (12%), et 137 900 jeunes de 18 à 25 ans(11%).

Or, le département ne compte qu'un seul institut de rééducation¹² destiné à accueillir une population âgée de 12 à 18 ans.

La période de l'adolescence est celle de la construction d'une personnalité, de l'affirmation de soi. Les professionnels pointent de plus en plus la spécificité de cette période ; l'apparition d'une spécialisation sur les questions de l'adolescence laisse penser qu'une prise en charge spécifique peut être nécessaire.

Il est apparu intéressant pour la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales du Val de Marne d'utiliser la possibilité que lui offrait le déroulement d'un stage professionnel dans ses services pour apporter quelques éléments de réponse à la question de savoir pourquoi la prise en charge des adolescents souffrant de troubles du caractère et du comportement pose problème.

Afin de limiter et structurer l'étude menée, quelques pistes de réflexions ont pu être dégagées.

Ainsi, les apports théoriques d'une première partie orientée sur la question de la définition des troubles du comportement de l'adolescent ont permis de montrer que l'absence de définition précise et univoque de la notion « d'adolescent souffrant de troubles du caractère et du comportement » rendait difficile l'orientation de cette population dans une filière de prise en charge adéquate.

A l'issue de cette recherche théorico-clinique, il est apparu qu'il existait une multiplicité d'acteurs concernés. Cette démultiplication des interlocuteurs peut rendre la prise en charge au sein d'une file active globale et cohérente délicate.

¹¹ 1 227 200 hbts, estimation recensement 1999.

¹² voir partie II-I sous partie, chp1

Enfin, par ce qu'il existe peu de places en institut de rééducation dans le Val de Marne, on a pu s'interroger sur les moyens mis en œuvre dans ce département pour assurer une prise en charge efficiente de ces adolescents.

L'essentiel du travail a donc consisté en une circonscription du sujet et du rôle de chaque acteur intéressé (partie I) afin d'orienter de façon plus précise les entretiens ; puis à une recherche sur le terrain des acteurs impliqués (partie II), de la manière dont ils envisagent leur rôle et la résonance des uns sur les autres ; l'objectif étant l'apport de propositions concrètes (partie III) permettant aux services de la DDASS de se positionner dans un débat relatif à une création de places en institut de rééducation tout en ayant une vision globale des dispositifs existant sur le département et accueillant ou en capacité d'accueillir cette population, ou, à tout le moins, améliorer les dispositifs existant.

Il n'a donc pas été possible de limiter ce travail à une étude des instituts de rééducation même s'il s'agit, à prime abord, de la réponse institutionnelle donnée par les textes¹³. En effet, le faible nombre de places dans ces établissements était le vecteur central d'une étude qui, sans prétendre à l'exhaustivité, devait amener à chercher sur le département la présence, ou l'absence, de cette population auprès d'autres institutions.

¹³ voir partie I-II sous partie-chp1

DEFINITION DES TERMES DE LA PROBLEMATIQUE ET CIRCONSCRIPTION DU ROLE DES ACTEURS

L'adolescence est marquée par des troubles du comportement qui sont parfois tels que l'on s'interroge sur leur caractère éventuellement pathologique. Comment finalement identifier cette adolescence en souffrance et envisager sa prise en charge?

En fait, si parler de confusion en la matière serait excessif, il faut à tout le moins constater le caractère multiple, tout d'abord des critères de distinction de ces adolescents (1), ensuite, des acteurs institutionnels concernés (2).

1 - LES ADOLESCENTS SOUFFRANT DE TROUBLES DU CARACTERE ET DU COMPORTEMENT

Les troubles du caractère et du comportement (TCC) sont à mi chemin entre la pathologie et la normalité. Ils se définissent plus par des symptômes que par une structure psychique particulière (1.1). Corrélativement, l'adolescence est un terrain de fragilisation psychologique, porteur de troubles dont il est parfois difficile de circonscrire les frontières (1.2).

1.1 LES TROUBLES DU CARACTÈRE ET DU COMPORTEMENT, UNE PATHOLOGIE AUX MULTIPLES VISAGES

Après un bref historique (1), il sera possible d'envisager les différents symptômes comportementaux (3) dont la multiplicité des termes utilisés (2) rend compte et se traduit, administrativement, par une absence de définition (4) des troubles évoqués.

1.1.1 historique de la notion :

La première allusion dans un texte officiel à la notion de troubles du caractère, du comportement ou de la conduite, sans que le libellé exact de « troubles du caractère et du comportement » n'apparaisse, date de 1944. A cette époque, un document de l'éducation nationale met en place les commissions médico-pédagogiques chargées de « dépister les élèves suspects d'arriération mentale ou de troubles du caractère ». Ces derniers se traduisent par « l'incapacité de l'enfant de s'adapter à la discipline de la classe ».

Cependant, l'existence de ce genre de troubles précède leur conceptualisation. Dès 1942, le Dr Gilbert ROBIN¹⁴ distinguait les « pervers instinctifs », des « impulsifs instinctifs » et les « instables ».

Les pervers instinctifs sont *des enfants amoraux et antisociaux*. Les impulsifs instinctifs, *à la moralité douteuse sont sans perversité foncière*. Les instables *à troubles du caractère épisodique, à délinquance minime, plus chapardeurs que voleurs, plus suggestibles que vicieux, ils sont trop légers pour être combinards, trop versatiles pour s'attacher, assez sensibles pour être sensibles à des marques d'attachement...*

Le développement des sciences du psychisme , de la psychiatrie et de la psychothérapie, fait progresser la réflexion sur l'existence et l'origine de ces troubles. Très vite, cette référence au comportement dérange, tant elle renvoie à une conception Behaviouriste qui limite l'approche comportementale à une observation extérieure des actes.

En 1950, lors du premier Congrès International de Psychiatrie, l'expression troubles du comportement remplace celle de troubles du caractère.

Ce changement de terme traduit alors un intérêt pour les motivations conscientes et inconscientes des actes. Il faut y voir un certain rayonnement des écoles psychanalytiques.

1.1.2 multiplication des termes, signification

La multiplication des termes utilisés est révélateur d'un malaise face à une situation que l'on ne parvient pas à qualifier et par là même à gérer.

Autrefois pervers, pupilles vicieux, ces enfants passent tour à tour par des qualifications plus ou moins imagées d'irrécupérables, innommables, difficiles, barbares inéducables, jeunes violents, jeunes délinquants, cas limites, incasables, jeunes en souffrance psychique... force est de constater qu'aucun des termes ne parvient à rendre compte de la complexité de la situation abordée.

La caractéristique qui les lie est qu'ils sont refusés par les différentes institutions y compris parfois par les plus spécialisées.

Ils mettent en évidence que la solution à leurs problèmes n'est pas la création d'une spécialisation supplémentaire. Dans la logique de la surenchère, ils démontrent qu'ils iront toujours plus loin que nous !

¹⁴ Dr ROBIN, l'éducation des enfants difficiles, PUF, 1942

1.1.3 les différents symptômes comportementaux

Les TCC ne correspondent pas à un créneau pathologique stable. Le profil structural de la personnalité n'est pas celui d'une névrose ou d'une psychose et se caractérise par des manifestations comportementales de type inhibition ou exhibition (violence...)

Ils se définissent plutôt par ce qu'ils ne sont pas, mais souffrent d'une pathologie de la personnalité dont les symptômes sont en relation avec le narcissique, la perversité, l'identité sexuelle, et bien d'autres... la diversité de ces symptomatologies reflète en quelque sorte la diversité des êtres eux-mêmes.

En 1998, la DRASS de Bretagne publie les six symptômes majeurs qui commandent une orientation en IR¹⁵. Cette liste permet d'appréhender de manière assez précise, l'ensemble de ce que recouvrent les troubles.

1/ troubles de la personnalité et difficultés affectives. Il s'agit de difficultés rencontrées par l'enfant dans le développement psychique, identitaire. L'enfant a une image de lui-même troublée et négative, un imaginaire envahissant, non sans lien avec des carences affectives.

2/ troubles du comportement et difficultés d'être. On se réfère ici au schéma corporel de l'enfant marqué par une instabilité, et de l'impulsivité. L'enfant a des difficultés de coordination et de synthèse dans la représentation de l'espace et du temps.

3/ troubles du caractère et difficultés relationnelles. L'instauration de relations équilibrées est empêchée par les troubles de l'humeur, la colère et l'agressivité. On constate une alternance de passages d'un attachement envahissant à un rejet excessif.

4/ troubles cognitifs. Le processus de pensée est discordant et dysharmonieux, il est marqué par l'impossibilité de fixer son attention et sa concentration, la mémorisation se fait de façon discontinuée.

5/ dysfonctionnements familiaux. Ils sont de tout ordre : de la séparation, à l'abandon, ou marqués par la violence, la maltraitance, l'abus sexuel, marquant des traumatismes dans la pensée de l'enfant.

¹⁵ sur la base d'une enquête menée par M KASSOU, enquête 2S FINISS III, s. médico-social, 1998
Géraldine MAYET - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique – 2001

6/ troubles de la conduite sociale. Une tendance à la transgression et à la violence sur les objets ou les personnes est notée dans certains cas, montrant la difficulté d'intégration des règles de la loi, ou des carences éducatives.

Toute cette alchimie fait que l'enfant se trouve dans l'agir, car incapable de verbaliser. L'enfant est incapable de créer ou de s'inscrire dans un lien stable et continu, un lien de confiance avec l'autre si proche soit-il (famille). En cela, il s'agit d'une pathologie du lien. Il suscite de la part de ceux qui l'entourent un hyper investissement qui précède souvent un rejet complet. WINNICOTT nous enseigne que *la tendance antisociale naît toujours d'une privation affective et représente la revendication d'un enfant qui cherche à revenir à un état de chose antérieur, au temps où il n'était pas privé et que tout allait bien.*

Les professionnels s'accordent sur un facteur commun à tous ces enfants qui est la carence éducative. Là encore, cette notion a besoin d'être définie. Il existe des enfants porteurs de troubles qui ont des familles présentes, et pas forcément carencées. Il y a ceux qui sont submergés par cet affect parental. Les troubles de l'enfant peuvent naître des difficultés rencontrées par les parents à se positionner face à leur enfant, et, de ce fait, à poser un cadre structurant. Le cadre structurant est le cadre qu'impose l'adulte face à l'enfant et permettant à celui-ci de s'épanouir au sein d'un espace qui comporte des limites non fluctuantes donnant à l'enfant à la fois bornes et repères.

1.1.4 absence de définition administrative des troubles

Il faut se référer aux textes relatifs aux IR pour admettre le vide face auquel on se trouve en matière de définitions précises des termes.

La première mouture des annexes XXIV issues du décret du 20 août 1946, complété par la circulaire d'application du 27 janvier 1948 fait mention des jeunes accueillis actuellement en IR : *enfants présentant des troubles du caractère justiciables d'une rééducation psychothérapeutique et d'une réinsertion sociale, sous contrôle médical .*

Leurs modifications par le décret du 9 mars 1956 portent notamment sur l'article premier de l'annexe XXIV qui comprend sous la dénomination d'enfants mentalement inadaptés les catégories suivantes : *...3° enfants présentant essentiellement des troubles du caractère et du comportement, susceptibles d'une rééducation psychothérapeutique, sous contrôle médical....*

Enfin, le décret du 27 octobre 1989 redéfinit le texte actuellement en vigueur selon lequel *sont également visés par la présente annexe les établissements (instituts de rééducation) et services, distincts des précédents, prenant en charge 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.

La circulaire du 30 octobre 1989 précise 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.*

La description des troubles reste symptomatique et ne retient que les aspects comportementaux.

Les annexes XXIV fixent *les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés.*(art.1 D 27 octobre 1989). Elles s'inscrivent dans le champ du handicap lequel ne fait l'objet d'aucune définition précise. On peut toutefois se référer à celle donnée par « l'étude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées »¹⁶ dans lequel le rapporteur pose le handicap comme un rapport à la société, issu de caractéristiques personnelles et qui se manifeste par une infériorité par rapport à la moyenne. Ainsi défini, le handicap peut correspondre aux manifestations des troubles en question.

Le second outil permettant d'approcher une définition administrative des troubles est l'ensemble des nosographies existantes dont certaines sont une référence dans le monde médical français.

La terminologie de troubles du caractère et du comportement est absente de la Classification Internationale des Maladies de l'OMS ainsi que dans l'arrêté de 1989 qui en est l'adaptation française. Il est néanmoins question de « troubles de la conduite » à propos des problèmes psychopathiques, des pathologies narcissiques et de « troubles comportementaux et émotionnels ».

La Classification Internationale des Handicaps de l'Organisation Mondiale de la Santé est inspirée par les travaux de Philip Wood sur le handicap datés de 1975.

Elle repose sur une distinction tri axiale de la déficience, de l'incapacité et du désavantage. Ces trois axes correspondent à une étude de l'impact du handicap. Ainsi, la déficience correspond à l'aspect lésionnel du handicap, l'incapacité correspond à son aspect fonctionnel, et enfin le désavantage à son aspect situationnel.

¹⁶ Rapport BLOCH LAINE, étude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées, la documentation française, 1967 : sont inadaptés à la société dont ils font partie, les enfants, adolescents et adultes qui, pour des raisons diverses, plus ou moins graves, éprouvent des difficultés plus ou moins grandes, à être et à agir comme tous les autres(...)ils sont handicapés parce qu'ils subissent par suite de leur physique, mental, caractère ou de leur situation sociale, des troubles qui constituent pour eux des handicaps c'est-à-dire des faiblesses, des servitudes particulières par rapport à la normale.

Parmi les déficiences intellectuelles recensées, on notera la présence de « 25. troubles du comportement », qui correspond cependant aux « autres atteintes qui n'ont pu être classées dans les rubriques précédentes ».

La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent est un outil mis en place par un groupe de pédopsychiatres présidé par le professeur Roger Misès en 1987. Elle repose sur la distinction du principal et de l'adventice, séparant d'une part les catégories cliniques de base et de l'autre les facteurs antérieurs ou associés. Là encore les TCC n'apparaissent pas en tant qu'entité identifiable. Toutefois, il est possible de se référer aux « troubles de la personnalité » dont les symptômes rejoignent ceux de ces enfants instables.

En conclusion, l'allocation « troubles du caractère et du comportement » n'apparaît pas en tant que telle dans les classifications existantes. Ceci n'est que le reflet de la difficulté de parvenir à une définition commune aux divers spécialistes du handicap ou de la maladie. Les causalités de ces troubles sont tout aussi diverses que les manifestations cliniques.

Jean Yves BARREYRE synthétise les troubles de cette population qu'il qualifie de limite¹⁷ : *ils souffrent de traumatisme psychologique lié à un environnement social désorganisé voire dangereux. Les causes de cette souffrance sont d'ordre social : milieu défavorisé, choc interculturel, éclatement familial, absence de revenus, difficultés scolaires. Les conséquences sont d'ordre sanitaire : trouble du caractère ou de la personnalité avec ou sans déficiences graves du psychisme.*

1.2 L'ADOLESCENCE ET SES TROUBLES, LES TROUBLES DU COMPORTEMENT DE L'ADOLESCENT

Caractérisée par des troubles du comportement (3), l'adolescence est un concept rétif à une définition administrative (4). Il s'agit d'une construction sociale (1), une tranche d'âge qui fait l'objet de découpages annexes (2).

En France, un habitant sur huit est âgé de 12 à 20 ans, en 1990. Cette frange de la population représente 12.5% de la population actuelle, soit un peu plus de sept millions d'individus.

1.2.1 l'adolescence, une construction sociale, objet de politique :

Au XVIIIe siècle, Rousseau avait déjà souligné les dangers de la métamorphose pubertaire, moment critique d'une seconde naissance.

¹⁷ Les cahiers de l'interface, les enfants difficiles, CREAI Ile de France, n°1-juin 1997
Géraldine MAYET - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 2001

Cependant, l'adolescence est une construction sociale qui s'élabore au lendemain de la Révolution française. Le XIXe siècle sera le siècle de la découverte de cet âge de l'excès, du trop-plein intérieur. A cette époque, une attention particulière est portée à la découpe des âges de la vie du fait de la découverte de l'instabilité des êtres et des choses.

L'adolescence se définit alors par la fermentation, le bouillonnement, la surabondance du sang, de la sève et des passions. Chateaubriand impose l'association de cet âge de la vie et de la tempête et l'orage¹⁸. Fin XIXe, les écrivains multiplient les romans où le héros est un adolescent ou un jeune adulte qui se laissent guider par ses sentiments¹⁹.

Selon le Larousse du XIXe, l'adolescence ne se dit guère qu'en parlant des garçons, tant cette notion semble définir un comportement masculin de fougue, de fureur et d'indiscipline.

Pour les filles, la menstruation commande le passage de l'enfance à l'âge adulte sans qu'il n'y ait de référence à une quelconque irritabilité. L'indiscipline constatée chez une fille est alors associée à l'hystérie qui, selon Auguste Cancalon, « est en puissance chez toutes les femmes »(1869).

Les bornes de l'adolescence masculine sont déjà mal définies. Première communion, première cigarette, certificat d'étude, baccalauréat, constituent des rites de passage dans le monde selon l'appartenance sociale, sans qu'il n'y ait de dates décisives et fixes à l'instar de la date des premières règles qui, chez les filles, marquent le début de la puberté.

Début XXe, la notion contemporaine d'adolescence se constitue. La psychologie expérimentale fait de l'adolescence son objet de prédilection et l'on voit apparaître un discours scientifique. Les psychologues, rejoints plus tard par les sociologues, voient en l'adolescence un processus de féconde indétermination.

L'adolescence fait peu à peu l'objet de politique. La peur de la criminalité, le vagabondage de la jeunesse ouvrière, les idées libertaires de la jeunesse bourgeoise, le constat d'un abandon fréquent des adolescents par les milieux populaires, amènent les autorités à mettre en place des politiques de jeunesse.

L'adolescence devient une catégorie sociale, avec toutes les vicissitudes que la catégorisation engendre. Ainsi, cette notion gomme dans une classe d'âge des variables comme le sexe, la filière scolaire, l'origine ethnoculturelle, sociale, la religion, variables parfois réintégrées pour affiner les études menées auprès de cette population.

¹⁸ CHATEAUBRIAND, René, 1805

¹⁹ STENDHAL, la Chartreuse de Parme, le Rouge et le Noir
Géraldine MAYET - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 2001

1.2.2 pré-adolescent, adolescent et jeune adulte

L'adolescence ne représente ni une tranche d'âge identique quelque soit l'individu, ni une période fixe quelque soit la période historique considérée.

Ainsi, il semble que dès l'apparition de ce concept, l'adolescence ait débuté avec la puberté.

La puberté se définit comme la métamorphose corporelle²⁰ sous l'effet d'hormones sexuelles. Or, le processus de puberté survient de plus en plus précocement. Ainsi, début XIXe siècle, l'âge moyen d'apparition des premières règles étaient de 17 ans alors qu'aujourd'hui, il est proche de 12 ans. Les évènements pubertaires se situent aux alentours de 12/13 ans chez la fille, de 11/14 ans chez le garçon et ont un impact considérable au-delà de la fin de la puberté puisqu'ils aboutissent à une sexualisation des comportements.

Cependant, il semble que les évènements pubertaires ont été détrônés par les événements comportementaux de l'enfant, ce qui conduit à distinguer un début d'adolescence, une pré-adolescence, période qui caractérise celle, antérieure à l'arrivée de la puberté et marquée par l'apparition de désirs spécifiques, de distinction vis-à-vis des adultes.

La fin de l'adolescence semblait être également relativement fixe, puisqu'elle était marquée par la création de liens affectifs et sociaux stables. Cela coïncidait avec l'autonomisation de l'adolescent, son passage dans le monde des adultes étant symbolisé par l'accession au monde du travail. Or, là encore ces évènements se sont espacés dans le temps.

En effet, la durée des études s'est allongée. La crise économiques de cette fin de siècle, et le chômage qu'elle engendre touche particulièrement les jeunes.

En conséquence, le temps écoulé entre l'affirmation de la personnalité, la fin des études et l'autonomie financière s'est considérablement rallongé et étendu. On peut dès lors distinguer un troisième découpage, une sorte de post adolescence que l'on nomme « jeune adulte », période durant laquelle l'adolescent n'est pas un adulte car il n'est pas complètement autonome (surtout financièrement entendu) ; et il n'est plus adolescent car il a construit sa personnalité d'adulte, il a opéré sa mue comme la nomme Françoise Dolto.

1.2.3 l'adolescence, un état de troubles

L'adolescence est un processus comportant des lignes de force, des enjeux et des risques de blocage, d'impasses et de dérives qui dépassent les différences individuelles.

²⁰ augmentation de la masse corporelle ; apparition des premières règles, de la première éjaculation consciente...
Géraldine MAYET - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique – 2001

Le terme de « crise de l'adolescence » cache des comportements que *l'entourage se doit de comprendre pour mieux prévenir d'éventuels dérapages et éviter des attitudes génératrices de souffrances*²¹.

Quelques traits communs quant à cette période charnière de la vie de tout un chacun peuvent être dégagés.

L'adolescence en tant que fait psychologique et social est une période de crise. Une seule fois dans l'histoire de chacun, s'associent dans une même période, des changements physiques importants observables par le sujet lui-même et les autres, des changements psychologiques influant sur la manière de penser, de ressentir l'autre et soi-même, des changements sociaux manifestés dans les relations interpersonnelles et les champs d'intérêts.

C'est également une période de vulnérabilité particulière provenant du paradoxe que ce dont il a besoin est une menace pour son autonomie d'où des manifestations tangibles de la peur de changer. Elles peuvent être radicalement différentes selon les personnalités de l'enfant, allant de l'attitude défensive, à celle de l'agressivité la plus exacerbée, en passant par des attitudes de désintérêt profond ou de très grande nervosité.

L'enquête de M. Choquet et S. Ledoux²² montre que la plupart des adolescents souffrent de troubles fonctionnels (réveils nocturnes, cauchemars, céphalées, nausées...) et de l'humeur (nervosité ressentie, déprime, envie de pleurer, idées de suicide...), d'un mal-être psychologique qui donne lieu à des consultations médicales ou à la prise de médicaments psychotropes.

Ainsi, il apparaît clairement que l'adolescence se caractérise par des troubles dans le comportement d'un individu.

Face à ces troubles, on peut distinguer deux groupes d'adolescents : ceux qui, en raison de leur milieu familial et social, sont préparés aux changements provoqués par la puberté ; d'autres, moins nombreux, qui ne savent pas ce qui va se passer soit parce que des problèmes de survie se posent de manière aiguë et font passer l'adolescence au second plan, soit parce qu'un déficit ne leur permet pas d'avoir une connaissance intellectuelle des événements de la vie. La période délicate est pour ces jeunes déficitaires au sens large une réelle épreuve.

L'adolescence fragilise l'enfant sur le plan de la santé entendue au sens de l'OMS c'est-à-dire d'« un état complet de bien-être physique, mental et social, ce qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité. »...Elle serait même antinomique de la santé tant il est défini par certains comme un état général de mal-être. C'est pourquoi il occupe une place privilégiée dans les politiques de santé. Population cible, elle reste pourtant mal définie.

²¹ M GILLOOTS, la demande de l'adolescent, quand la précarité sociale redouble la précarité psychique..., Rhizome n°2 septembre 2000...

1.2.4 L'adolescence, un concept rétif à une définition administrative

S'agissant d'une période de la vie, on aurait pu envisager que le législateur, promoteur de politique ciblée sur cette population, circonscrive cette période par deux âges. Cependant, force est de constater que non seulement il n'existe pas de bornes préétablies, mais de plus qu'il existe des variations importantes de la période considérée en fonction des domaines de références.

Pour illustrer cette assertion, il est possible de se référer aux textes et documents des deux champs intéressés par notre étude.

- Dans le champs du handicap, l'adolescence apparaît dans les textes relatifs aux enfants comme un prolongement de l'enfance sans toutefois en être distinguée si ce n'est par le nom. Elle ne fait pas l'objet de textes spécifiques. La limite d'âge qui distingue l'enfance de l'adulte est 20 ans²³.
- En santé mentale, la prise en charge s'effectue par des équipes de secteur. La sectorisation psychiatrique distingue les secteurs de psychiatrie générale qui *répondent aux besoins de santé mentale d'une population âgée de plus de 16 ans* ; les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile qui *répondent aux besoins de santé mentale des enfants et adolescents*²⁴. Toutefois la multiplication de structures pour adolescent s'est faite sur le champ de la psychiatrie infantojuvénile, sur une population de tranche d'âge de 14 à 20 ans.
- La période d'étude retenue par le groupe de travail sur « la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes »²⁵ est la tranche d'âge 12-25 ans.
- Dans le SROS psychiatrie d'Ile de France, sont visés comme adolescents ceux dont l'âge se situe entre 16 et 18 ans, et les jeunes adultes entre 18 et 25 ans.
- Le groupe de travail pour la mise en place d'un Groupement d'Intérêt Public sur l'adolescence²⁶ a confronté les différentes fourchettes d'âge correspondant à l'adolescence dans des milieux de travail différents (la justice, la santé, l'éducation nationale...) et retiendrait une fourchette étendue à savoir de 10 à 25 ans.

²² enquête INSERM, 1999 la santé des jeunes

²³ âge plafond de l'orientation par la CDES, et plancher pour l'orientation en COTOREP

²⁴ art 1^{er} Décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

²⁵ Rapport HCSPfévrier 2000

²⁶ Voir partie II-II-chp1

Conclusion

L'adolescence se définit comme une classe d'âge ayant des problèmes liés au développement pubertaire et au changement de statut social correspondant à l'accès de l'automatisation tant sur le plan physique, psychique et social. Elle ne peut être enfermée dans une période fixe, même s'il est néanmoins possible de distinguer une pré adolescence(10/12 ans), et une post adolescence correspondant à la période jeune adulte (18/25 ans).

Les troubles du comportement semblent inhérents à l'adolescence tant ils participent de sa définition. La préexistence de troubles ou l'apparition d'une souffrance telle qu'elle handicape l'enfant donne une dimension particulière à la prise en charge d'adolescents, *pour ces adolescents qui ont un passé plus qu'imparfait et un avenir plus que conditionnel, le présent est impératif. C'est le tout de suite, l'immédiateté que l'on ne peut différer. Le passage à l'acte, c'est déjà trop tard...*²⁷
De nombreux professionnels s'essaient à la prise en charge délicate de ces adolescents difficiles...

²⁷ M COLINON,ASH n°1613, les incasables alibi ou défi, 1^{er} octobre 1988
Géraldine MAYET - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 2001

2 - LA DIVERSITE DES ACTEURS INSTITUTIONNELS INTERESSES PAR CETTE PROBLEMATIQUE

L'article 1^{er} du décret du 27 octobre 1989 dispose que sont visés par l'annexe XIV, *les établissements ou services prenant en charge des enfants ou adolescents dont les manifestations et les troubles du comportement rendent nécessaire (...) la mise en œuvre de moyens médico-éducatifs pour le déroulement de leur scolarité*, ces établissements et services étant dénommés instituts de rééducations.

Si les instituts de rééducation (1.1) sont une réponse institutionnelle spécifique, d'autres secteurs sont également concernés (1.2).

2.1 LES INSTITUTS DE RÉÉDUCATION COMME RÉPONSE INSTITUTIONNELLE À CETTE PROBLÉMATIQUE

L'histoire juridique de ces établissements est à l'origine des difficultés identitaires qu'ils rencontrent aujourd'hui (1). Ces difficultés ne sont pas sans lien également avec le coût actuel et les modalités de prise en charge dans ces établissements, lesquelles situent l'établissement au cœur d'une prise en charge diversifiée (3).

2.1.1 Histoire juridique à l'origine des difficultés identitaires des IR

Les IR trouvent leur origine première dans les structures mises en place pour juguler la délinquance juvénile. Avec l'avènement de la sécurité sociale, certaines de ces institutions ont vu leur financement assuré par des crédits d'assurance maladie en réponse à la vocation thérapeutique qu'ils avaient décidé d'assurer.

Il faut partir de l'origine des annexes XXIV pour comprendre la place occupée et les difficultés rencontrées aujourd'hui par les IR au sein d'un secteur relativement récent qu'est celui du médico-social.

- Les Annexes XXIV

Le décret en date du 20 août 1946 intervient pour *fixer les conditions d'autorisation des établissements privés, de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux*. Il sera abrogé le 9 mars 1956 par un décret portant constitution des nouvelles annexes XXIV.

Il faut rappeler le contexte juridique de l'époque et situer ce décret dans un champ juridique plus vaste pour en comprendre les implications.

Ainsi, on peut rapprocher de ce texte l'ordonnance du 2 février 1945 sur la délinquance des mineurs. L'ordonnance met l'accent sur le caractère éducatif des mesures prises pour les mineurs délinquants, sans toutefois oublier la sanction nécessaire.

La lecture de l'art. 30 du décret de 1946 permet de saisir la place et le rôle respectif des institutions judiciaires et médico-sociales. Cet article interdit les sanctions corporelles et précise que les mesures d'isolement doivent être considérées comme étant d'ordre thérapeutique et ne pas devoir être identifiées à des mesures d'incarcérations.

A l'issue de la guerre, la situation est donc la suivante : le mineur délinquant relève de la justice pour les faits délictueux qu'il aurait commis.

L'enfant qui présenterait des troubles du caractère peut bénéficier de soins dans des institutions assurant une rééducation psychothérapique de l'enfant ainsi qu'une réinsertion sociale sous contrôle médical.

- Les lois du 30 juin 1975

Après que le secteur hospitalier eut été modernisé par une loi du 30 décembre 1970, la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales donne un cadre juridique aux institutions dont la loi n° 75-534 du même jour fixe les droits des personnes qui y sont accueillis. Véritable loi cadre du secteur médico-social elle devrait faire aujourd'hui l'objet d'un toilettage. Toutefois, ces lois sont très complètes et plutôt que de procéder à leur refonte, certains préconisent la simple réaffirmation de leur contenu parfois oublié²⁸.

Parmi les implications de ces lois, il faut citer l'institution des Commissions Départementales d'Education Spéciale, dont les décisions commandent notamment le remboursement des prises en charge effectuées dans les institutions, par l'assurance maladie.

La loi n° 75-535 définit les missions des établissements et services, précise leurs modalités de création, d'extension, de fermeture ; pose le principe de la coordination des différents organismes ; institue les schémas départementaux...

Cette loi sera modifiée en fonction d'événements conjoncturels dont la décentralisation est un point fort.

- La décentralisation et ses conséquences sur le domaine médico-social

La décentralisation va avoir des conséquences considérables en ce qui concerne la place des IR.

La loi du 6 janvier 1986 adapte la législation sanitaire et sociale au transfert de compétence en matière d'aide sociale et de santé.

Prenant acte de ce que la protection de l'enfance relevait du département mais aussi des avancées médicales, le décret du 27 octobre 1989 modifie les annexes XXIV dans le sens d'un ajustement des financements. L'adéquation entre le soin financé par des crédits d'assurance

²⁸ Voir les recommandations du rapport conjoint IGAS IGEN, scolariser les jeunes handicapés, mars 1999
Géraldine MAYET - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 2001

maladie et les mesures de protection de l'enfance prises par le juge ou le président du conseil général, financées par le département doit se faire.

La répartition des compétences s'accompagne d'un train de mesures financières et administratives dont la séparation des services.

Les difficultés liées à la décentralisation sont exacerbées dans le champ médico-social.

Le décret de 1989 impose la révision des agréments. De ce fait, la circulaire d'application du 30 octobre 1989 précise *qu'il ne faut pas accueillir dans les IR des enfants dont les troubles auraient pour seule origine des difficultés sociales.*

En conséquence, les établissements chargés d'accueillir des mineurs se trouvent répartis en deux catégories, les foyers ou maisons accueillant des mineurs au titre de la protection de l'enfance, et les établissements chargés de la rééducation thérapeutique des enfants dont le comportement est symptomatique d'une souffrance psychique. Les associations gérant ce type de structures doivent dès lors revoir et fonder un projet institutionnel traduisant, dans la prise en charge, ces évolutions. Cependant, outre les IR créés de toutes pièces, les IR nouvellement agréés sont pour l'essentiel des Maisons d'Enfants à Caractère Social ou foyers de l'enfance transformés dans lesquels un plateau médicoteknique traduit le tournant médical pris dans l'accueil des enfants.

- Place et rôle de la DDASS

La décision de création, d'extension ou de modification d'un IR relève du préfet de région, selon l'art. 9 de la loi n°75-535. Cette décision est prise après avis du CROSS.

La DDASS est chargée d'inscrire l'équipement du département dans une démarche de planification. A ce titre, elle établit un schéma de l'enfance handicapée. Cette démarche doit permettre d'acquérir une vision prospective de l'ensemble des équipements nécessaire à la satisfaction des besoins de la population départementale. Cela permet, dans le cadre d'un projet déposé au CROSS, de soutenir la démarche de l'établissement ou, au contraire, de disposer d'éléments objectifs pour contester un projet inopportun.

L'autorisation de fonctionner vaut, sauf mention contraire, autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux (art. 11 loi n°75-535). Le préfet du département dispose du pouvoir de tarification. Dès lors, les IR font l'objet d'un arrêté de tarification. Il s'agit d'un prix fixé à la journée, déterminé par les services de la DDASS, au vu des documents prévisionnels et des comptes annuels transmis par l'établissement.

La loi de 1975 prévoit également la possibilité pour le Préfet du Département de fermer un établissement dans les cas limitativement cités à l'art. 14.

En outre, animateurs des politiques nationales instiguées par notre ministère dans le domaine du handicap, les DDASS assurent également un rôle de coordination des acteurs et mènent des actions ponctuelles sur ce champ dans lequel les IR jouent un rôle²⁹.

Présidant, en alternance avec l'IEN, les CDES, la DDASS contribue à l'orientation d'enfants en IR. Ces commissions jouent un rôle non négligeable dans le dispositif de prise en charge des adolescents TCC.

Ces différents éléments font que les relations entre la DDASS et l'IR sont fréquentes.

2.1.1.1 coût et modalité de prise en charge en institut de rééducation

- le poids financier important

Au 1^{er} janvier 1998, 345 instituts de rééducations ont une capacité d'accueil de 16 à 900 places.

Le volume des dépenses d'assurance maladie qui y est consacré est important, pour atteindre près de 3,5 milliards de francs en 1997³⁰.

Les IR, en raison de leur taux d'encadrement supérieur à la moyenne, présentent un coût moyen à la place de 193 000 F, soit un prix de journée de 875 F³¹.

On peut évoquer, à titre de comparaison, le prix de journée d'un IME, d'un IMP ou d'un IMPRO (respectivement 800 F, 785 F, 675 F), qui sont des établissements où les enquêtes statistiques montrent que les TCC sont relevés comme déficience principale dans 6,2 % des cas³².

Ces différents éléments (nombre, poids financier, coût...) permettent de conclure à une place non négligeable des IR dans le dispositif médico-social d'une part, et de mieux comprendre les préoccupations des politiques actuelles envers ce type d'institutions d'autre part. La question de l'évaluation de cette prise en charge apparaît dès lors légitime, au même titre que celle portant sur des modalités de prise en charge moins coûteuses³³.

- Modalités de prise en charge

Au 1^{er} janvier 1996, la grande majorité des enfants pris en charge dans un IR présente une déficience du psychisme (90,4%) ; une minorité est atteinte de déficience intellectuelle (8,4%).

²⁹ démarche handiscol initiée par la circulaire 19 novembre 1999.

³⁰ rapport IGAS, les instituts de rééducations, janvier 1999

³¹ INFODAS N°60, mars 1997

³² enquête DREES n°280, février 1997

³³ du type SESSAD, voie partie II- titre I-chp1-4.2

Les modalités de prise en charge dans ces instituts sont diversifiées. Les instituts combinant dans 24,5% des cas l'internat, le semi-internat et l'externat. Certains établissements mettent également en œuvre une activité de SESSAD, voire un CAFS. Ces deux dernières formules sont toutefois largement minoritaires, l'accueil en internat concentrant 67% des places³⁴.

La durée moyenne de séjour à la sortie de l'établissement est de 2 à 4 ans, avec un âge moyen à la sortie de 16 ou 17 ans.

Au 1^{er} janvier 1998, les IR emploient 11 300 personnes en ETP. La part des emplois de direction, d'administration et de services généraux avoisine les 32%, tandis que les emplois éducatifs, pédagogiques et sociaux avoisinent les 54%. L'équipe paramédicale veille à la mise en œuvre du projet thérapeutique et rééducatif, assure une surveillance de la santé des enfants et est placée sous la responsabilité d'un médecin. Elle représente 5% du personnel.

En moyenne, l'ensemble des structures disposent d'un effectif de 67 personnes pour 100 places.

2.1.2 au cœur d'une prise en charge forcément diversifiée :

L'accueil d'un enfant dans un IR doit tendre vers certains objectifs que décrivent les textes relatifs à l'enfance handicapées (loi 75 ; décret 1989 ; circulaire 1989).

L'art.2 du décret 27 octobre 1989 dispose notamment que *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.*

Il s'agit donc d'objectifs vastes et concrets, dont la réalisation nécessite une prise en charge globale de l'enfant ou de l'adolescent, comme le souligne l'art.9 de ce même décret qui prévoit que *l'ensemble du personnel participe à la prise en charge globale de l'enfant ou de l'adolescent dans le cadre d'un projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individualisé.*

L'institut de rééducation a pour but de souder des volets pédagogique, éducatif, thérapeutique, nécessaires au développement de l'enfant. L'aspect affectif fait également l'objet d'une attention particulière dans la mesure où cet institut peut accueillir les enfants en internat ou semi internat, ainsi que gérer un centre d'accueil familial spécialisé lequel met à la disposition des enfants ou adolescents *un environnement psychologique, éducatif, et affectif complémentaire de celui qu'ils peuvent trouver dans leur propre entourage.*

³⁴ enquête DREES citée supra n°4

Conclusion : même si la révision des agréments doit se traduire dans les faits par une distinction claire entre les établissements financés par le Conseil Général, et les IR financés par des crédits d'assurance maladie, il faut souligner le caractère relatif de cette séparation à plus d'un titre artificielle.

Les carences éducatives peuvent être la cause des troubles³⁵. Ensuite la dénomination des établissements peut contribuer à entretenir un certain flou³⁶. Enfin, les formules de multiples financements permettent d'apporter la preuve de l'absence de limites claires entre les populations qui y sont accueillies.

2.2 LA PLURALITÉ INSTITUTIONNELLE MOBILISÉE AUTOUR DE CETTE PROBLÉMATIQUE

Les adolescents TCC sont à la croisée de plusieurs orientations : sociale, scolaire (1), judiciaire (2) et psychiatrique (3)³⁷.

2.2.1 des troubles de comportement à l'école

2.2.1.1 la place de l'école

L'école est le milieu privilégié pour la reconnaissance des premières difficultés. On peut dès lors être surpris de constater que certains enfants arrivent à l'âge de l'adolescence sans qu'aucune prise en charge soit mise en place alors même que leur dossier scolaire révèle des difficultés depuis fort longtemps.

De même, si l'école peut être un formidable moyen de socialisation, d'épanouissement de l'élève, ce peut également être un catalyseur des troubles de l'enfant voire un premier facteur de rejet, symbole d'un parcours qui s'annoncera difficile dans la société. La classe peut devenir synonyme de frustration lorsque l'enfant, après avoir échoué aux premières heures de sa scolarité, se laisse aller à un désintérêt sous l'œil indifférent de l'enseignant lui aussi démissionnaire.

Les adolescents TCC pour lesquels se conjuguent bien souvent les défaillances de l'environnement familial et les déficits individuels (retard de maturation et troubles caractériels) ne s'adaptent pas aux contraintes et aux rythmes de l'activité scolaire. Les classes pléthoriques et non homogènes, une formation psychopédagogique des enseignants insuffisante font que ceux-ci

³⁵ cf définition JL BARREYRE citée supra

³⁶ le foyer éducatif l'Oustral, a changé de nom en 1999. Il s'appelait antérieurement IRMP l'Oustral, c'est-à-dire Institut de Rééducation Médico-Pédagogique !...

³⁷ rapport IGAS, les instituts de rééducation, janvier 1999

sont souvent désarçonnés face à ces adolescents qui sont soit extrêmement turbulents, soit complètement inhibés.

Pourtant, il n'est pas possible de céder devant la tentation, facile, de responsabiliser l'école et de culpabiliser l'enseignant. Les professionnels qui ont quotidiennement affaire avec des adolescents soulignent les difficultés qu'ils rencontrent. Celles-ci sont exacerbées lorsqu'il s'agit d'adolescents qui en plus de leur troubles pubertaires, expulsent une violence verbale et physique.

2.2.1.2 Parcours de l'enfant souffrant de troubles à l'école.

- le repérage des premiers troubles

Les signes de souffrance de l'enfant sont souvent révélateurs d'un dysfonctionnement familial ou scolaire. L'aide mutuelle des parents, de l'enseignant, du médecin et du psychologue scolaire permettent parfois de rétablir la situation.

Parfois, l'intensité des troubles dépasse les possibilités de résolution par l'entourage. Les Commission de Circonscription Primaire et Elémentaire peuvent être les premières instances informées. Il s'agit de commissions formées par du personnel de l'éducation nationale et agissant sur délégation de la CDES, conformément à la possibilité laissée par l'art. 6 de la loi n°75-534 du 30 juin 1975.

Le RASED (Réseau d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficulté) peut être sollicité, celui-ci n'existe que dans le premier degré et a pour objectif d'aider à une intégration. Un projet d'intervention est arrêté par les intervenants du réseau (psychologue et maîtres spécialisés), le maître de classe et les parents. (école maternelle et élémentaire). Toutefois, ces structures préventives se sont difficilement mises en place et de façon hétérogène sur l'ensemble du territoire.

- le collège lieu d'explosion des troubles

L'étude sur les enfants entrés en IR pour adolescents permet de distinguer trois groupes. 1/4 proviennent d'un IR, 1/3 viennent de l'école en fin de CM2 ; et le restant, soit près de la moitié viennent du collège³⁸.

Le passage du cycle élémentaire au cycle secondaire favorise le développement et l'expression de ces troubles.

Le collège est moins encadrant. Dans une optique d'autonomisation et de socialisation de l'enfant, celui-ci se retrouve avec plusieurs professeurs différents.

Les troubles sont alors d'autant plus visibles que l'enfant a grandi et que sa violence peut être décuplée par sa force.

Par ailleurs, à 12 ans, l'enfant ne peut mesurer toute la portée de ces actes, la conscience des actes commis n'apparaît que plus tard.

De comportements perturbant, en mesures disciplinaires, l'adolescent se trouve assez rapidement mis au ban de l'institution scolaire.

Dans le rapport présenté en mars 1999 par l'IGAS et l'IGEN³⁹, les auteurs concluent : *la mission a constaté sur le terrain, en matière d'orientation des enfants handicapés, des cas de dysfonctionnements graves :..., déscolarisation d'adolescents atteints de troubles du comportement et de la conduite...*

2.2.1.3 les dispositifs de l'éducation nationale

La loi d'orientation du 10 juillet 1989 fixe comme objectif l'accueil de TOUS les élèves au collège en vue de leur assurer une culture générale et une qualification reconnue. Or, certains collégiens entrent dans un processus évident de rejet de l'institution scolaire comme le montre l'augmentation du taux d'absentéisme et de déscolarisation dans le secondaire.

Dans certains quartiers difficiles, le taux d'absentéisme dépasse les 12 %.

Certaines classes spécialisées de l'éducation nationale accueillent des adolescents souffrant de troubles.

Ainsi, en est-il de certaines SEGPA et certains EREA, bien que dans la majorité des cas, il s'agisse de classes destinées à des enfants déficients intellectuels.

Prenant acte du fait que l'absentéisme traduit une perte d'attractivité de l'école dans une société où se cumulent chômage et précarité de l'emploi, et prenant exemple sur certaines expériences menées depuis 1985, la circulaire du 18 juin 1998 officialise et généralise la mise en place de dispositif relais.

Les classes relais sont constituées d' « *élèves de collège, faisant parfois l'objet de mesure judiciaire d'assistance éducative, qui sont entrés dans un processus évident de rejet de l'institution scolaire et qui ont même souvent perdu le sens des règles de base qui organisent leur présence et leur activité au collège* ».

³⁸ Chiffres IR du Cèdre Bleu du département

³⁹ scolariser les jeunes handicapés, p104

Il y a en France 200 classes relais accueillant des élèves d'âge 13/14 ans⁴⁰. Ces élèves vivent souvent des situations psychiques familiales et sociales très complexes.

Les classes sont à effectif réduit de six à huit élèves et dirigées par des professeurs volontaires et épaulés par une équipe pluridisciplinaire composée d'éducateurs, d'assistants sociaux, d'infirmiers, de psychologues, de médecins scolaires.

La fréquentation de ces classes ne peut pas excéder une année scolaire.

Les équipes sont quotidiennement mises en difficulté par des comportements agressifs ou violents des élèves. De ce fait, il est apparu important de les soutenir. Leur soutien par les équipes des CMP et des CMPP fait l'objet d'une circulaire du 25 juillet 2000. Celle-ci préconise notamment la signature de convention entre le DARH, le DPJJ, le PCG, le Préfet (DDASS), l'IA pour organiser cette collaboration.

Sur 190 élèves étudiés⁴¹, on constate une nette amélioration de leurs comportements mais l'élévation de leur niveau scolaire n'est pas toujours assez rapide pour leur permettre de rattraper ensuite un parcours scolaire normal.

2.2.2 adolescence, troubles et délinquance

La justice occupe une place majeure dans ce dispositif, que ce soit le juge des enfants, le juge aux affaires familiales ou encore le juge des tutelles.

Le risque est grand de glisser vers une conclusion facile qui serait d'identifier de manière systématique le jeune délinquant à un jeune malade. En effet, puisque le comportement d'un jeune peut être pathologique, et qu'on ne cerne pas de façon claire ce qui résulte de la pathologie et ce qui résulte d'une révolte, d'un rejet sociétal, il est commode de faire l'amalgame et de qualifier de malade tout jeune délinquant, c'est-à-dire qui ne se conforme pas à la norme établie par la société et acceptée comme telle par une majorité d'entre elle.

2.2.2.1 L'incarcération des mineurs en souffrance

- Notion de responsabilité pénale des mineurs

⁴⁰ Les classes relais 1999, direction de la programmation et du développement, ministère de l'éducation nationale, juillet 2000.

⁴¹ Les élèves des dispositifs relais, ministère de l'éducation nationale et du ministère de la justice, 1999
Géraldine MAYET - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 2001

Le texte fondateur en la matière est l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante. Le principe fondamental est celui du caractère exceptionnel de la sanction pénale prononcée à l'encontre d'un mineur, le juge devant lui préférer les mesures éducatives.

Ainsi, jusque 13 ans, la loi pose l'interdiction absolue de prononcer une sanction pénale⁴². De 13 à 16 ans, une sanction pénale peut être prononcée avec toutefois le bénéfice de l'excuse de minorité⁴³. De 16 à 18 ans, une sanction pénale peut être prononcée avec ou sans le bénéfice de l'excuse de minorité, la condamnation à un travail d'intérêt général est alors possible.

La détention d'un mineur est possible dès 13 ans, lorsque celui-ci a commis des faits criminels.

Il n'existe que 9 régions pénitentiaires en France. L'Île de France se situe dans une région englobant également le Centre de la France. Cette répartition peut poser problème car il y a peu de centres de détention qui ont une unité pour mineurs.

- L'incarcération au centre de Fleury Mérogis, l'importance du rôle du Service Médico-Psychologique Régional

Sur la région, on compte 120 places pour mineurs délinquants à Fleury Mérogis, pour couvrir les départements 75-77-91-93-94, 15 places au Bois d'Arcy pour couvrir 78-92, quelques places à Villepinte pour couvrir une partie du 93 et quelques places à Osny.

A l'heure où l'on regrette l'augmentation de la délinquance juvénile, avec recrudescence d'actes violents commis par des enfants de plus en plus jeunes, le faible nombre de places en détention est un problème.

Fleury Mérogis accueille actuellement 95 mineurs de 16 à 18 ans et 16 mineurs de 13 à 16 ans (15 condamnés pour viol, 1 pour homicide).

art.8 al 5 ordo 1945 dispose en outre *le juge des enfants ordonnera un examen médical ou si il y a lieu un examen médico-psychologique.*

A Fleury Mérogis, chaque mineur délinquant est vu à son arrivée par un médecin qui lui propose notamment un suivi psychiatrique. Tous refusent systématiquement.

Lors de leur détention, ils sont en contact avec une infirmière psychiatrique qui, pour éviter un phénomène de rejet se pose en infirmière générale. Elle assure notamment avec des éducateurs des ateliers de médiation type théâtre, musique ou peinture et tente d'amener ceux qui en auraient besoin à un suivi plus individualisé.

Pour ceux pour qui un suivi psychiatrique est mis en place comme pour ceux qui ont suivi des ateliers de médiation, l'important est de ne pas interrompre l'accompagnement à la sortie.

⁴² L'art.8 ord. 1945 distingue six mesures éducatives : admonestation, remise au parent, au tuteur, à la personne qui avait la garde de l'enfant ou un tiers digne de confiance, mise sous protection judiciaire, placement, liberté surveillée...

⁴³ Peine privative de liberté et amende moindres, sans période de sûreté ni autre interdiction, déchéance ou incapacité

C'est pourquoi le SMPR a demandé et obtenu de l'ARH deux postes supplémentaires, devant permettre de travailler le relais entre la détention et les équipes extérieures dans le but d'assurer la continuité des soins.

Il y a depuis lors présentation de l'enfant à l'équipe PJJ qui assure la sortie de l'enfant.

2.2.2.2 l'intervention éducative auprès du jeune et la prise en compte de leur souffrance

2.2.2.1.1 *le système de protection de l'enfance*

La législation française a mis en place un dispositif original de protection de l'enfance en danger. Il s'agit d'un double système qui distingue protection sociale et protection judiciaire, ce qui pose le problème de la frontière entre danger et risque de danger⁴⁴.

La protection sociale de l'enfant est assurée par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Les décisions d'accueil décidées par le département le sont, sur le fondement juridique de l'art 375 c.civ, alors que les missions de la PJJ sont centrées sur les mineurs délinquants, donc l'ordonnance de 1945.

Toutefois, le juge peut décider de confier un enfant à l'ASE quand bien même il s'agit d'un mineur délinquant. Le placement ou le suivi est confié à la PJJ ou à l'ASE est fonction du degré de gravité de l'acte commis. Le juge ne confie à la PJJ que des situations qu'il considère comme extrême. La PJJ est le dernier échelon de prise en charge, lorsque les autres ont été franchis.

Une autre distinction s'opère, il s'agit de confier à l'ASE un enfant susceptible d'être en danger, et à la PJJ un enfant dont on est certain qu'il est en danger.

- Les services de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

La prise en charge des jeunes délinquants a fait l'objet de nombreuses critiques et d'une prise de conscience lorsque, après la guerre, des résistants incarcérés pendant les périodes troubles révèlent l'horreur des maisons de correction. Celles-ci étaient destinées à accueillir des jeunes délinquants mais aussi des enfants que la famille y plaçait, faute de pouvoir s'en occuper.

La protection judiciaire est assurée par les services de la protection judiciaire de la jeunesse. Anciennement « éducation surveillée », devenue en 1990 Protection judiciaire de la jeunesse, elle a été chargée par l'ordonnance du 2 février 1945 de la prise en charge de jeunes ayant commis des infractions pénales ; puis son domaine d'activité s'est élargi à l'assistance éducative. Elle assure la prise en charge des jeunes mineurs depuis 1945, des mineurs en danger depuis l'ordonnance du 23 décembre 1958, des jeunes majeurs depuis 1975.

⁴⁴ D MARINS, D GIRODET, le double système de protection de l'enfance : une originalité française, archives et pédiatrie n°7-juillet 2000

Cette administration fonde sa légitimité sur la décision judiciaire. La PJJ est un prestataire de service pour les magistrats du parquet comme le juge d'instruction ou du siège. Elle est chargée de rendre des avis, de suivre une mesure ordonnée par le juge, de rendre compte au juge du déroulement de la mesure.

Pour ce faire, la PJJ dispose d'agents d'Etat⁴⁵, d'équipements propres et d'un secteur privé qu'elle habilite.

C'est dans ce cadre là qu'elle peut être amenée à recevoir des adolescents souffrant de troubles du comportement d'autant plus que ce type de pathologie s'accompagne pour une majorité des adolescents d'une explosion de violence et donc souvent de délinquance.

Le contexte dans lequel évolue la PJJ est à la fois complexe et difficile⁴⁶. Cette complexité résulte à la fois d'une décentralisation qui opère une répartition pas toujours très fluide des compétences, d'un contexte de fracture sociale et de crise de la famille et de l'école, enfin d'une délinquance juvénile en hausse et caractérisée par une radicalisation de la violence et une participation des mineurs de plus en plus jeunes à des actes délictueux.

- Les services du conseil général

Initialement confiées au directeur départemental des affaires sanitaires et sociales par la loi du 7 janvier 1959 qui exerce *une action préventive auprès des familles dont les conditions d'existence risquent de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de leurs enfants*, les missions de protection sociale de l'enfance ont été confiées aux collectivités départementales⁴⁷.

Chaque département dispose pour remplir cette mission d'un service de l'aide sociale à l'enfance dont l'organisation est définie aux art 77 et s du CFAS et d'un dispositif d'établissements et de services publics ou privés habilités dont le financement est approuvé chaque année lors du vote du budget et dont l'activité est contrôlée par les services du département. Il peut également offrir certaines prestations dont il fixe les tarifs.

Le préfet conserve une compétence résiduelle : la tutelle des pupilles de l'Etat. Cela induit pour les services déconcentrés de notre administration un rôle à jouer dans le domaine de l'enfance : assurer le financement et le contrôle des associations qui opèrent dans le domaine de la tutelle et de la curatelle ; participer au conseil de famille notamment.

L'objectif général de protection de l'enfance assigné aux services de l'ASE est d'apporter à chaque enfant en difficulté ou en danger la prestation la mieux adaptée à sa situation.

⁴⁵ 5 000 agents

⁴⁶ M RUFFIN, rapport au premier ministre sur la situation de la PJJ, 1996

En 1998⁴⁸, 274 000 enfants de 21 ans et moins bénéficient d'une mesure ou d'un placement (120 000 action éducative⁴⁹; 144 000 bénéficient d'un placement⁵⁰).

En 1999, l'observatoire national de l'action sociale avance un chiffre de 269 000⁵¹ enfants et familles concernés par le dispositif de protection de l'enfance.

La mesure administrative ou judiciaire s'arrête dès lors que l'enfant est estimé hors danger, elle peut se transformer en placement si le danger persiste.

Dans ce cadre là, la question de la santé psychique de l'enfant est abordée. Il se peut dès lors qu'un suivi ambulatoire soit mis en place, qu'une demande de prise en charge soit adressée à la CDES pour une orientation en internat ou en externat auprès d'un établissement spécialisé.

2.2.2.1.2 *la santé du jeune accueilli*

- Le défaut de partenariat entre la PJJ et la psychiatrie

Michel RUFFIN⁵²note par deux fois les difficultés rencontrées par le personnel de la PJJ avec la psychiatrie. Il préconise dans le cadre des propositions qui concluent son rapport, d'envisager le développement de conventions avec les secteurs de la psychiatrie infanto-juvénile.

Il semble en effet, qu'un nombre croissant d'enfants accueillis par les services de la PJJ souffre de troubles ne permettant pas d'envisager un séjour permanent dans des foyers d'hébergement, les professionnels du monde éducatif relevant que ces jeunes «incasables » ou « border line » ne peuvent être pris en charge dans le cadre d'une action éducative classique. Face à cela, selon l'auteur, *l'intersecteur psychiatrique considère que les jeunes en question ne peuvent faire l'objet d'un diagnostic de maladie mentale vu leur jeune âge, leur personnalité n'étant pas parvenue à maturité, d'où un nombre non négligeable de jeunes se retrouvant dans la rue sans soins appropriés.*

- La santé des jeunes accueillis par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance

L'état actuel des données statistiques sur la santé des enfants confiés à l'ASE montre que, le plus souvent, il n'existe pas de suivi sanitaire systématique de ces enfants⁵³. Pourtant, il est avéré que la santé physique et mentale d'un enfant détermine souvent la qualité de sa réintégration dans sa famille ou sa possibilité de bénéficier d'un cadre alternatif de vie et d'épanouissement approprié à l'ensemble de ces besoins.

⁴⁷ Les lois de décentralisation du 7 janvier et du 22 juillet 1983

⁴⁸ DRESS, études et résultats, l'aides sociale à l'enfance : davantage d'actions éducatives et de placements décidés par le juge, n°46-janvier 2000

⁴⁹ 30 000 AEDA ; 90 000 AEMO

⁵⁰ 27 000 placements provisoires ; 28 000 placements directs ; 85 000 placement judiciaire ; 3 000 pupilles de l'état

⁵¹ Libération 20 septembre 2000

⁵² M RUFFIN, rapport au premier ministre sur la PJJ, 1996

⁵³ promouvoir la santé et le droit à la santé des enfants confiés aux services de l'ASE, journal du droit des jeunes n°176-juin 1998

Le service de l'ASE n'est fondé, en droit, à prendre des décisions en matière de santé que pour les enfants confiés par l'autorité judiciaire avec une mesure explicite de délégation de l'autorité parentale au président du conseil général, ou avec une mesure de tutelle sociale ou encore pour les enfants pupilles de l'Etat.

La sous-direction des actions de santé du conseil général de la Seine et Marne a réalisé en 1992 une enquête sur l'état de santé de 510 enfants de 0 à 10 ans confiés au service de l'ASE⁵⁴. Cette enquête a permis de mettre en évidence qu'en 1992, ces enfants avaient par rapport à l'ensemble des enfants du même âge vivant en France *un passé médical plus lourd* (nombreuses hospitalisations, maladies graves, handicaps lourds) *et un présent médical préoccupant* (état général médiocre en début de prise en charge, nombre important de troubles visuels et auditifs non dépistés, fréquence accrue des problèmes du comportement et des troubles du langage).

Plus récemment, le service de l'ASE de la Seine Saint Denis⁵⁵ établissait le constat suivant : Actuellement, des jeunes avec des troubles du comportement ou de la personnalité représentant environ 10% de l'effectif des jeunes accueillis à l'ASE (300 à 500), en grande difficulté, sont accueillis dans des lieux de vie ou des placements spécialisés très éloignés du département par manque de réponse possible sur le département.

A la suite des constats dressés par le service, les conseillers généraux ont approuvé en janvier 1998 une série de proposition d'actions d'ordre individuel et d'ordre collectif. Parmi ces dernières, et pour qu'une meilleur réponse soit apportée aux enfants ayant des troubles du caractère et du comportement, le département se proposait de créer des places d'accueil supplémentaires, en lien avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et de psychiatrie générale susceptibles d'aider les équipes psycho-éducatives de l'ASE à mieux répondre aux problématiques de ces jeunes.

Dans la Val de Marne, 103 enfants pris en charge par l'ASE que ce soit en hébergement complet ou placé en famille d'accueil⁵⁶ bénéficient d'une décision de la CDES. Ce qui apparaît significatif sur les 2 839 enfants suivis.

Il s'agit là du chiffre constaté. Or, si l'on se réfère aux adolescents TCC, on sait qu'il existe un certain effet pervers de contentement dès lors qu'une prise en charge est assurée, quand bien même elle ne serait pas adéquate. D'autre part, ce chiffre ne procède pas d'un recensement exhaustif de tous les enfants et adolescents qui souffrent de TCC tant il est difficile de dénombrer une population indéfinie, au sens premier de l'absence de définition qui existe. Ensuite, la

⁵⁴ doc cité note 27

⁵⁵ doc cité note 27

⁵⁶ 33 sont dans des foyers, 9 en MECS, 2 en centre éducatif, 15 sont en établissements spécialisés, 12 en famille s'accueil, 9 en famille spécialisée

procédure CDES n'est pas toujours enclenchée car les professionnels connaissent le manque de places et se satisfont d'un montage qui semble convenir à l'adolescent.

2.2.3 L'adolescent TCC, un adolescent en souffrance

Le champ médico-social est particulièrement proche du champ sanitaire. La prise en charge des enfants et des adolescents illustre l'imbrication de ces domaines.

Le rapport de l'IGAS constate d'ailleurs que l'on retrouve des adolescents souffrant de troubles du caractère et du comportement à la fois dans les établissements relevant des annexes 24 et dans les établissements du champ sanitaire.

Les intersecteurs de psychiatrie se sont mobilisés autour de cette problématique.

2.2.3.1 l'adolescent, au cœur des préoccupations du secteur de psychiatrie infanto-juvénile

2.2.3.1.1 l'organisation de la prise en charge dans les secteurs ⁵⁷:

La sectorisation permet grâce à une gestion et un financement unique, la mise en place d'un dispositif cohérent de lutte contre les maladies mentales. Elle répond à trois objectifs essentiels : recentrer l'hospitalisation sur son rôle thérapeutique, développer les alternatives à l'hospitalisation, assurer la continuité des soins en santé mentale. La sectorisation psychiatrique date de la circulaire du 15 mars 1960, et a fait l'objet de la loi n°85-1468 du 31 décembre 1985.

Le secteur est doté d'une grande diversité de structures. Les secteurs peuvent de ce fait, faire face aux situations d'urgence et de crise, assurer une prise en charge plus intensive, relayée par différentes solutions extra-hospitalières. La coordination entre ces différentes structures est assurée et permet de constituer un cadre cohérent de soins. A la tête du secteur, un médecin-référent facilite la communication intra-sectorielle et est l'interlocuteur privilégié dans les relations avec l'extérieur. La cohésion interne au secteur ainsi qu'un rayonnement sur l'extérieur sont notamment assurés par un personnel travaillant souvent simultanément dans plusieurs lieux de soins intra ou extra sectoriel.

Le secteur psychiatrique apparaît donc comme un réseau homogène et dynamique, offrant des réponses variées et complémentaires aux besoins des patients.

Il faut noter que, dans le domaine de la psychiatrie infanto-juvénile les prises en charge ambulatoires sont largement prédominantes. En 1997, tous les secteurs disposent au moins d'un CMP et plus de 90% d'au moins une formule de prise en charge à temps partiel. C'est à

l'évidence, la modalité de soins privilégiée en pédopsychiatrie puisque 91 % des enfants et adolescents suivis n'ont eu que cette modalité de soins pendant l'année 1997.

Dans le domaine de l'accueil à temps partiel, l'hôpital de jour et le CATTP occupent les premières places. Le CATTP est un lieu de rencontre et de verbalisation des problèmes à travers une activité collective (théâtre, jeux de société...). Il favorise la relation équipe-adolescent, sans nécessairement initier un traitement.

La capacité d'hospitalisation complète est nettement réduite.

Cette place réduite s'explique en partie par l'histoire des secteurs de PIJ qui ont été mis en place dans les années 1970, alors qu'une réflexion s'installait sur le bien-fondé de la séparation de l'enfant à sa famille, et que, parallèlement, les équipes se voyaient offrir la possibilité de disposer d'équipements permettant des soins en ambulatoire ou à temps partiel.

Cette offre réduite laisse apparaître dans certains secteurs des manques importants d'autant plus que les autres formes d'accueil à temps complet, en accueil familial thérapeutique ou en hospitalisation à domicile, sont très marginales (respectivement 1 000 et 560 enfants en 1997).

Le panel de soins en psychiatrie est grand. Les traitements médicamenteux restent exceptionnels. Ils sont utiles dans les cas de crises graves, avec des débordements de violences. L'écoute, les ateliers thérapeutiques, et l'accompagnement sont les soins les plus usités.

2.2.3.1.2 *Le recentrage des politiques et des préoccupations des acteurs sur cette population*

- La circulaire du 11 décembre 1992

La Circulaire du 11 décembre 1992 actualise les orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents, ainsi que les missions et l'organisation du service public de psychiatrie infanto-juvénile. Parmi les préconisations, la circulaire invite les professionnels à développer de nouvelles approches en faveur des adolescents. Il s'agit notamment de *former les professionnels, de continuer le travail de liaison, d'organiser ou de poursuivre la mise en œuvre de projets spécifiques, d'accroître les possibilités d'accueil à temps complet...*

- La place importante des adolescents dans la population prise en charge en 1997⁵⁸

Deux enquêtes nationales l'une en date de 1988, l'autre en date de 1996 permettent de conclure à une évolution des pathologies prises en charge avec l'augmentation des troubles réactionnels en psychiatrie infanto-juvénile « troubles à expression somatiques et/ou comportementales » et « variations à la normales ». Cela marque l'importance prise par les adolescents TCC.

⁵⁷ Bilan de la sectorisation psychiatrique, document de travail DREES n°2-juin 2000

⁵⁸ Bilan de la sectorisation psychiatrique, document de travail DREES n°2-juin 2000

380 000 enfants et adolescents ont été suivis par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (PIJ) en 1997. Ce chiffre s'inscrit dans une hausse constante de prise en charge d'enfants et d'adolescents (augmentation globale de patients suivis par les secteurs PIJ de 49% entre 1991 et 1997).

Il est remarquable de noter également que plus de 60 000 jeunes âgés de 15 ans et plus sont suivis par ces secteurs, et que l'effectif des adolescents suivis a enregistré un très fort taux de croissance puisqu'il a doublé entre 1988 et 1997.

En 1997, 52% des secteurs de PIJ déclarent disposer d'un accueil spécifiquement réservé aux adolescents.

2.2.3.1.3 *L'adhésion aux soins des adolescents*

La psychiatrie constitue une discipline à part dans les disciplines médicales, elle occupe de ce fait une place particulière au sein du dispositif de soin. Les enquêtes d'opinion montrent que l'image des troubles mentaux et la conception qu'on peut en avoir changent. La notion de soins en psychiatrie a évolué parallèlement, il s'agit aujourd'hui « d'une recherche du mieux être avec soi-même et avec l'autre ».

Cependant, l'adolescent et le soin psychiatrique est une problématique particulière, justement parce que les représentations sociales revêtent une importance à cet âge. L'adolescent qui souffre de troubles du comportement ne se reconnaît pas dans un dispositif qu'il associe à la folie d'où il s'exclut.

La question qui se pose le plus fréquemment lorsque l'on évoque les adolescents qui souffrent de troubles du comportement, est celle de leur adhésion aux soins.

S'agissant du consentement à l'hospitalisation, celui-ci est donné par les personnes qui sont responsables de l'adolescent. Cette hospitalisation a lieu dans des cas d'urgence et de crise qui se manifestent souvent par une agressivité attentatoire à l'intégrité de l'adolescent lui-même ou de son entourage. Les services d'urgence psychiatrique font valoir les difficultés qu'ils ont pour *gérer* ces situations extrêmes.

Mais au-delà de la crise, amener l'adolescent à reconnaître sa souffrance et à se soigner est difficile. L'adhésion nécessaire est obtenue par une contractualisation des relations avec une équipe soignante et/ou un thérapeute.

2.2.3.2 l'offre de soins hors du secteur de psychiatrie infanto-juvénile :

2.2.3.1.4 Dans le domaine de la psychiatrie générale,

Selon les textes, toute personne de plus de 16 ans doit être prise en charge dans les secteurs de psychiatrie générale. Force est de constater que rares sont les secteurs de psychiatrie générale qui ont des structures pour adolescents.

En ce sens, l'adolescence est considérée comme une période qui suit l'enfance plutôt qu'une période précédant l'âge adulte.

Certains intersecteurs orientent l'adolescent vers les secteurs adultes, mais c'est la considération du « gabarit » de l'adolescent qui préside à cette orientation plus que son âge réellement.

2.2.3.1.5 Dans les services de pédiatrie

L'adolescence était une des tranches de la vie oubliée du découpage des services hospitaliers. Il était de fait convenu que l'adolescent de moins de 16 ans serait reçu dans les services de pédiatrie, alors que celui de plus de 16 ans bénéficierait des services adultes.

Toutefois, les services de pédiatrie ont développé des projets destinés aux adolescents. Ils y ont été incités par la circulaire du 16 mars 1988 *amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents*, mais aussi par une réflexion plus générale menée dans le cadre de la psychiatrie.

En 1996, un questionnaire fut adressé à tous les services de pédiatrie publics de France hormis les services de pédiatrie⁵⁹spécifiques.

Il ressort de cette enquête que les adolescents (12 ans à 18 ans et plus) représentent plus de 10 % de la population accueillie dans ces services, et que seulement 6% des services respectent la limite officielle de 16 ans. 39 services soit près de 13 % disposent en leur sein d'aménagements spécifiques pour adolescents ; et 40 % ont élaboré un projet de service « adolescent ».réf ???

70% dispose d'un « psy » (-chologue ou-chiatre).

Il faut noter l'importance du psychiatre de liaison qui se rend régulièrement, ou sur appel, dans le service de l'établissement hospitalier pour procéder à une première évaluation de l'état de santé mentale du patient, afin d'envisager un suivi ou une réorientation dans un service spécialisé. Cette pratique se développe actuellement.

Il est intéressant de noter que si les tentatives de suicide des adolescents sont un motif fréquent d'hospitalisation pour cette population, ils ne semblent pas poser de difficultés de prise en charge. Alors que les comportements agressifs et les troubles psychiatriques posent problèmes, ces motifs sont même cités par les services interrogés, comme contre-indications à l'hospitalisation des

adolescents en service de pédiatrie, y compris lorsqu'il existe des aménagements spécifiques. Les problèmes psychiatriques avérés, et particulièrement les « états limites » posent des difficultés de gestion pour de nombreux services de pédiatrie, d'autant que près d'un service sur trois ne dispose d'aucune possibilité d'hospitalisation en pédopsychiatrie dans son environnement proche.

La polyvalence des services de pédiatrie favorise leur ouverture aux adolescents. Toutefois, l'activité de ces services auprès de cette population est fonction de l'existence et de la disponibilité des autres services ou structures qui normalement participent de près ou de loin au réseau de soins auprès des patients de cette tranche d'âge : dispositifs de soins médicaux mais aussi psychoéducatifs, psychiatriques et sociojudiciaires.

⁵⁹ la prise en charge des adolescents en pédiatrie hospitalière, archives de pédiatrie n°7- juillet 2000.
Géraldine MAYET - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 2001

Après avoir opéré un recensement des acteurs Val de Marnais intéressés par cette problématique (1), nous envisagerons les différents outils qu'ils ont su mettre en place pour se coordonner (2).

1 - LES ACTEURS INSTITUTIONNELS DE LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS PRESENTANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

Le Val de Marne est un département particulier qui se caractérise à la fois par un équipement et une réflexion recentrés sur l'adolescence en pédopsychiatrie (1.2), un équipement pléthorique des services de la protection de l'enfance (1.3), un dispositif relais qui fonctionne bien (1.4), mais un déficit de places en instituts de rééducation (1.1).

1.1 LE DÉFICIT DE PLACES EN INSTITUTS DE RÉÉDUCTIONS

Le recensement des besoins sur la région Ile de France et sur le département fait apparaître un manque en places d'institut de rééducation (1).

La situation actuelle des IR du Val de Marne (2) est marquée par l'histoire de ces deux établissements (3) dont un seul est réservé à l'accueil des adolescents (3).

Enfin, la combinaison de ces différents facteurs traduit et accentue les difficultés rencontrées par la CDES du Val de Marne pour l'exercice de sa mission (4).

1.1.1 Le recensement des besoins

1.1.1.1 Des besoins mis en évidence dans la région Ile de France

L'enquête menée sur les dossiers en attente dans les CDES de la région Ile de France⁶⁰ fait apparaître 1 124 dossiers en attente en 1997, dont 832 en file active. Sur ces 832, 34,1% (284 dossiers) concernent les TCC.

⁶⁰ CREAMI Ile de France / DRASSIF, enquêtes les dossiers en attente dans les CDES, février 1997, la clientèle dans les établissements médico-sociaux, ES 95 in cahier interface CREAMI.

Il faut ajouter à ce chiffre, les enfants TCC franciliens qui sont accueillis en province, faute de places en Ile De France.

On totalise ainsi 599 enfants ou adolescents TCC qui n'ont pas de places dans des IR d'Ile De France (soit 29% des enfants franciliens handicapés).

Il s'agit là d'une première estimation qui ne tient pas compte des enfants et adolescents accueillis par les établissements de la protection de l'enfance ou de l'enfance délinquante, qui auraient pu bénéficier de soins en IR et qui bénéficient souvent bon an mal an d'un soutien ou d'un suivi dans les intersecteurs de psychiatrie. Cette situation correspond à un nombre non négligeable qu'il faudrait chercher à quantifier.

L'enquête sur les dossiers en attente permet de brosser un rapide tableau de la population dont il s'agit. Majoritairement des garçons (85%), en pleine adolescence (40% des TCC sont âgés de 13 à 15 ans, 70% ont entre 10 et 15 ans), ils n'ont pas ou peu souvent de déficiences associées et sont orientés en IR (pour 155 des 284 TCC) ou en IME (pour 105).

Ce qui est frappant est le peu de prise en charge précédente. En effet, 56% des enfants orientés en IR n'ont bénéficié d'aucune prise en charge spécialisée. Lorsqu'elle a eu lieu, il s'agissait d'un suivi en ambulatoire. Ce chiffre est à regarder en contemplation du pourcentage d'adolescents dans ces dossiers en attente...et pose le problème de la prévention de ces troubles.

1.1.1.2 le sous équipement de la région en IR

Le schéma régional et interdépartemental en faveur des personnes handicapées a été établi en mai 1999 pour la région Ile de France. Il fait état d'un grand retard de la région pour ce qui est de l'équipement en faveur des enfants handicapés puisqu'il chiffre le ratio d'équipement en établissements et services relevant des annexes XXIV à 5,6 places pour 1000 enfants de moins de 20 ans, alors que la moyenne nationale est de 8, 21. Ce chiffre permet de situer l'Ile de France à l'avant dernier rang des régions de France métropolitaine.

Si l'on s'en tient aux IR, l'Ile de France est une région sous-dotée avec 0,55 places pour 1000 enfants de 0 à 19 ans. Il y a 28 établissements ou services accueillant ce type de population sur la région, soit 9% des IR en France, avec 1640 places installées soit 9,7% du total des places installées de France⁶¹.

Le Val de Marne dispose de deux institut de rééducation, d'1 SESSAD.

⁶¹ Document de travail de la DREES n°7- août 2000, collection statistique, les établissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés, activité personnel clientèle et personnel série chronologie 1985 à 1998 , Emmanuel WOITRAIN

L'enveloppe dans le secteur médico-social est une enveloppe régionale allouée par le ministère. Elle est de 3 589 015 918 F (hors RTT), pour l'enfance handicapée, au 31 décembre 1999. Cette enveloppe fait l'objet d'un découpage en sous-enveloppes départementales. L'enveloppe départementale pour l'enfance handicapée est de 488 345 789 F au 31 décembre 1999.

Prenant acte des difficultés régionales et de son taux d'équipement relativement faible, le plan triennal en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés annonce une manne de 58,95 MF au total. La circulaire du 11 août 2000 relative à la mise en œuvre des mesures du plan triennal recadre la politique gouvernementale en faveur des personnes handicapés.

1.1.1.3 L'absence de schéma départemental

Le schéma régional de l'enfance handicapée n'a pas fait l'objet d'une déclinaison départementale dans le 94. Ainsi, si les chiffres et renseignements divers sur l'équipement du département ont été communiqués à l'échelon régional, il n'y a pas d'approche qualitative formalisée sur le département, à l'heure actuelle.

1.1.2 Présentation générale des instituts de rééducation Val de Marais

1.1.2.1 équipements et places :

Les deux IR du département sont des Instituts Psychothérapeutiques de Rééducation. Cette appellation se justifie dans la mesure où l'accent est mis, dans le projet individuel de chaque enfant sur un suivi thérapeutique de l'enfant et sa famille. Toutefois, cette appellation ne se justifie pas, juridiquement parlant, aucun texte n'y faisant référence.

L'IR « le Coteau - Georges AMADO » est destiné à accueillir les enfants âgés de 4 à 12 ans.

L'IR « Le Cèdre Bleu » accueille des adolescents âgés de 12 à 18 ans.

Au total, le département compte 234 places agréées et 213 places installées d'IR. La différence importante s'explique par la situation difficile de l'IR destiné à accueillir les adolescents.

	PLACES AGREEES	PLACES INSTALLEES	
LE COTEAU			CROSS DU 26/10/00
INTERNAT	72	72	54
EXTERNAT	46	46	46
CAFS	55	55	40
SESSAD			10
TOTAL	173	173	150
LE CEDRE BLEU			PROJET
INTERNAT	31	14	21
EXTERNAT	20	16	10
CAFS			
SESSAD	10	10	30
TOTAL	61	40	61

Ni l'un, ni l'autre ne font l'objet d'une habilitation multiple, leur budget de fonctionnement est donc abondé par la sécurité sociale uniquement.

Le Coteau ne fera pas l'objet d'une attention approfondie de notre part. Toutefois, il nous faudra apporter quelques précisions sur cet établissement dans la mesure où les enfants qui sortent de cet IR correspondent à la population que nous avons choisie d'étudier.

1.1.2.2 aspect budgétaire :

Le budget prévisionnel des IR pour l'année 2000 s'élève à 64 314 792 FF.

	Le coteau	Le cèdre bleu
Budget alloué au 31.12.99	47 848 778	12 580 375
Base	46 444 360	14 500 000 (a pl)
CNR	1 561 771	3 141 021
Total alloué IR	60 429 153	
Budget prévisionnel 2000	50 951 200	13 363 592
Total prévu IR 2000	64 314 792	
Coût à la place	294 516	334 090
Prix de journée moyen 1999		
Internat	2 844,43	3 580,51
Externat	1 306,81	2 433,68
SESSAD		1 259,69
CFAS	625,95	

Afin de mieux comprendre les difficultés de ce département pour offrir un équipement adéquat à la problématique des enfants qu'ils sont susceptibles d'accueillir, il est nécessaire de retracer brièvement l'histoire de ces établissements.

1.1.3 deux histoires chaotiques et emblématiques des difficultés rencontrées par les IR

1.1.3.1 l'importance du projet institutionnel

1.1.3.1.1 *la difficulté du Coteau pour construire un projet, révélateur d'une crise institutionnelle grave*

Créé en 1893, il est un des premiers instituts médico-pédagogiques existants en France. D'abord géré par l'UFSE, il devient en 1947 un « centre d'observation » puis un « centre de traitement psychothérapeutique ». Repris en 1953 par l'ARSEA de Paris, la gestion est transférée à la CPAM en 1962, puis à la CRAMIF en 1983.

Au 1^{er} janvier 2000, l'UGECAM⁶² reprend la gestion de l'établissement, dans le cadre de la mission qui lui est confiée à savoir la gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux de l'assurance maladie, et des patrimoines correspondants.

A l'occasion de la parution des nouvelles annexes XXIV au décret du 9 mars 1956 modifié, la CRAMIF dépose un dossier de renouvellement d'agrément en 1993. Le Préfet de Région accorde un agrément provisoire⁶³. L'établissement dispose alors d'un délai de deux années pour travailler sur un recentrage départemental de la population accueilli, sur un accueil élargi aux enfants de 12 à 14 ans, ainsi que sur la notion de « séparation familiale » à l'internat.

En 1995, la CRAMIF dépose un nouveau dossier en vue d'obtenir un agrément définitif. Le dossier ne répondant pas aux exigences posées par l'arrêté du Préfet de Région, il est demandé à ce dernier de proroger la validité de l'arrêté provisoire.

Trois personnes se succéderont au poste de directeur sur trois années. Fin 1995, un nouveau directeur est nommé avec pour mission de concevoir un nouveau projet CROSS. De ce fait, une nouvelle prolongation de l'autorisation est sollicitée jusqu'au 1^{er} juillet 1997.

Depuis cette date et du fait de l'échec du directeur dans la mission qui lui a été confiée, l'établissement fonctionne sans autorisation.

L'absence de projet institutionnel était révélateur d'une crise interne grave. Des cas de maltraitance à enfants étaient évoqués sans que la justice ait tranché sur ces points.

Le Préfet du Val de Marne décidait en mars 1999 la fermeture à titre provisoire de la structure ainsi que sa mise sous administration provisoire jusqu'au 31 décembre 1999, après avoir constaté que les conditions d'organisation et de fonctionnement compromettaient la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des enfants accueillis. Cet arrêté ne fut pas suivi d'un arrêté de fermeture définitive, mais l'établissement est sous mandat de gestion depuis le 1^{er} janvier 2000.

⁶² organisme paritaire employeurs, salariés

Le 26 octobre 2000, un nouveau projet institutionnel est proposé au CROSS lequel rend un avis favorable à l'unanimité, ce qui, vu les circonstances et les efforts accomplis par les membres de la structure, pour adhérer à un nouveau projet, par les gestionnaires initiaux et mandatés ainsi que les représentants de la DDASS, pour soutenir la structure, est vécu comme une victoire.

L'arrêté du Préfet de Région portant l'agrément définitif de cet établissement devrait intervenir au plus tard au 27 décembre 2000. Il permettra de mettre l'établissement en accord avec la législation même si l'ouverture du SESSAD, bien qu'elle se fasse sur une enveloppe fermée, donc à budget constant ne devrait pas intervenir avant 2002.

1.1.3.1.2 L'importance du projet institutionnel et ses limites

Le fonction soignante de l'institut ne peut se réduire au seul champ thérapeutique, c'est la rencontre des espaces éducatif, psychothérapeutique et pédagogique qui fait que l'institution est soignante.

Le projet institutionnel est important car il doit permettre d'envisager l'intrication des compétences qui donne aux IR leur dimension soignante.

Le projet dispose de moyens humains, techniques, financiers dont il organise les modalités de fonctionnement. Il est dynamique, évolutif et explicite. Il présente la finalité de l'action, les buts à atteindre, et les objectifs.

Le contrôle exercé par la DDASS passe par un regard exercé sur ce projet en ce qu'il doit permettre d'appréhender la fonction soignante de l'institut qui légitime le financement par la sécurité sociale de ces institutions.

Les limites de ce projet se situent dans son aspect théorique. Le projet est une déclaration d'intention initiale. Il existe une marge entre cet énoncé d'intentions et sa mise en pratique.

*La vie institutionnelle repose sur l'inadéquation entre la structure, les moyens, l'organisation et les aléas des relations, la réactivité des acteurs, leur imagination, leur créativité, la différence de leur formation*⁶⁴.

L'interactivité permet à l'institut d'avoir une dynamique propre. Elle peut cependant générer des conflits ; d'autant plus que le comportement des enfants invitent à l'agression. L'adhésion au projet institutionnel peut être un premier garde fou. Il suppose que chacun ait envisagé et accepté la place qu'il occupe dans la construction, mais aussi qu'il ait accepté la place de l'autre professionnel avec lequel il est amené à travailler, sans lequel il ne peut remplir pleinement la mission qu'il s'est assigné.

⁶³ arrêté du 16 mars 1993

1.1.3.2 « le Cèdre Bleu » sortie des cendres de « l'Essor »

- la fermeture de l'Essor

L'essor était un IR situé à Santeny et destiné à accueillir 82 garçons présentant de troubles du comportement. Cet institut a fait l'objet d'un arrêté de fermeture définitive, pris par le préfet du département pour des raisons de sécurité et de dysfonctionnement interne.

Sa fermeture a marqué les esprits tant les conséquences en ont été désastreuses : une soixantaine de personnes licenciées, 40 enfants renvoyés dans leur famille.

L'un des éléments explicatifs est qu'il accueillait une population hétérogène.

En effet, il semble que cohabitaient dans cet établissements des dealers, des adolescents en souffrance et des adolescents placés au titre de la protection de l'enfance. Cette cohabitation explosive a donné lieu à de multiples méfaits, entravant le bon fonctionnement de l'institut.

D'autre part, la concentration d'un nombre important d'enfants sur un même lieu a amené les auteurs du projet du cèdre bleu à réfléchir sur la possibilité de limiter l'accueil à un seuil au-delà duquel il rencontrerait trop de difficultés pour canaliser ces jeunes.

- un projet ambitieux

Le Cèdre Bleu a fait l'objet d'un agrément délivré par arrêté n° 98-844 du Préfet de Région en date du 8 juin 1998.

Il est géré par l'ACMPP. Cette association avait été contactée pour assurer l'administration provisoire de l'Essor. Elle a fait une proposition de création d'un nouvel institut de 61 places pour répondre à un besoin recensé sur le département mais aussi sur la région de places pour des adolescents de 12 à 18 ans.

Comme le montre le tableau ci-dessus, il fonctionne en année pleine sur le SESSAD, mais présente un déficit de places installées, de 4 places d'externat et de 17 places d'internat. Cela correspond à un problème structurel, l'ensemble des unités d'internat n'étant pas créés.

Le projet ambitieux se fonde sur une volonté de créer plusieurs entités, les bâtiments destinés aux activités de jour et ceux destinés à l'accueil de nuit étant localisés sur des sites différents : 3 unités de 7 places, dont l'une réservée aux filles, fonctionnant en internat de semaine donc ouvertes 220 jours par an ; une unité de 10 places ouverte en continu sur 300 jours.

L'externat mixte, d'une capacité de 20 places, ainsi que le SESSAD, sont ouverts 210 jours par an. Cela doit permettre d'éviter le regroupement sur un même lieu d'un nombre trop important de jeunes, de rapprocher le rythme des adolescents d'une existence scolaire ordinaire, mais aussi de permettre une intégration plus facile de ces entités dans le tissu urbain.

⁶⁴ Michel DEFRANCE
Géraldine MAYET - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 2001

Le Cèdre Bleu assure la prise en charge des « adolescents des deux sexes, âgés de 12 à 18 ans, avec des capacités normales ou approchant de la normale, présentant des troubles de l'affectivité, du caractère et du comportement entraînant des retards d'acquisition, voire des échecs scolaires et des difficultés d'adaptation sociale nécessitant la mise en œuvre de moyens médico-éducatifs pour le déroulement de leurs études. » (Arrêté n°98-844).

Le personnel de l'IR, embauché par l'ACMPP, est régi par la convention du 15 mars 1966. Le projet présente l'effectif du personnel comme suit : (voir si possible annexe projet CROSS). L'effectif devait s'élever à 44,58 ETP + 4 enseignants soit 48,58 ETP. Ce qui conduit à un ratio de 0,8. Si l'on isole les 2,21 ETP demandés spécifiquement pour le SESSAD, un ratio de 0,9 est dégagé, c'est-à-dire qu'il s'agit d'un encadrement proche de celui assuré dans une MAS. On peut également remarquer que les effectifs de personnels demandés pour l'administration et la gestion sont de 8,5 ETP.

Il est intéressant de comparer ces chiffres à ceux édités par le ministère « le financement des établissements et services sous compétences de l'Etat » montrant un taux moyen d'encadrement de 0,62 et un prix de journée moyen de 860F.

Malgré ces trois précautions, éclatement de l'institut en plusieurs unités, accueil d'une population homogène et taux d'encadrement supérieur à la moyenne nationale, force est de constater que l'institut se retrouve actuellement dans une position délicate qui contribue à marquer au fer les IR du département...

1.1.4 bilan et avenir

1.1.4.1 la difficile montée en charge du Cèdre Bleu

L'établissement fonctionne effectivement pour le SESSAD.

Pour le reste, une unité de 7 places d'internat de semaine, l'unité continue de 10 places ne sont pas en place. L'unité de 7 places est en cours de construction ; toutefois, l'équipe réfléchit à un nouveau projet propre à cette unité. Il ne s'agira probablement pas d'une unité d'internat comme il était prévu initialement. En effet, le nombre d'enfants accueillis est de 14 en internat et de 16 en externat sur 200 jours, et il semble qu'il s'agisse là d'un seuil maximum d'adolescents qu'il est possible d'accueillir sur le site même.

La violence, les difficultés de ces adolescents sont telles que malgré l'effectif renforcé dont l'IR dispose, l'équipe n'a pu maintenir l'ordre, ni empêcher une dégradation importante des locaux. A la suite d'une demande du le Préfet du Val de Marne, le commissariat de Sucy en Brie est chargé d'« opérer une surveillance particulière des abords de l'établissement ». L'ouverture de

l'établissement a induit des effets de voisinage inquiétants (jets de pierre, dégradation de véhicules,...)

L'effectif du personnel est de 29,59 ETP pour les 30 enfants soit un ratio d'encadrement proche de 1 (0,98).

1.1.4.2 l'étude évaluative et prospective confiée au CREAM

- La mission

Après une année de fonctionnement, l'installation des jeunes dans les nouveaux locaux, le directeur de l'IPR adresse une note « premières observations et questions concernant le fonctionnement de l'établissement » qui amène l'association gestionnaire et la DDASS à s'interroger sur la viabilité du projet tel qu'il a été conçu initialement.

Choisi du fait de son expérience, ses compétences techniques, et sa position de tiers vis à vis des acteurs et des enjeux en présence, le CREAM d'Ile de France se voit confier une mission qui a pour buts :

- *de dresser un constat de la situation,*
- *d'analyser ce qui, dans le projet ne correspond pas aux besoins des jeunes reçus,*
- *de comprendre les raisons par lesquelles s'est construite la situation,*
- *de définir avec l'équipe en place et les moyens actuels mobilisés, les bases d'un projet cohérent, en fonction des environnements sociaux, administratifs, et institutionnels,*
- *d'évaluer les coûts d'une éventuelle transformation du projet et sa viabilité.*

- Les préconisations

Le CREAM rend son rapport au mois de mai 2000.

L'inadaptation structurelle des locaux aux enfants semble être à l'origine de la situation actuelle de l'IPR. *L'escalade de la destruction incontrôlable apparaît comme la victoire de la violence du groupe d'adolescents. C'est une source d'angoisse permanente pour les enfants et pour les personnels. Le personnel éducatif manque d'expérience suffisante, est démuné devant la violence et cache à peine une forme de résignation.*

Plusieurs causes sont citées pour expliquer ce manque d'investissement de l'espace et sa dégradation. Le projet a en premier lieu *sous estimé la gravité des troubles du comportement des enfants accueillis. Le manque d'espace, le manque de solidité des matériaux utilisés en lien avec une enveloppe imposée et réductrice* sont ensuite décrits comme facteurs explicatifs.

Face à ce tableau assez sombre de la situation, la mission formule des objectifs à plus ou moins long terme. Ainsi, *rétablir l'ordre, positiver l'ouverture de nouveaux locaux, restaurer en urgence*

les locaux fermés (à la suite des dégradations), sont des objectifs à court terme. Parmi les objectifs à plus long terme figure celui de soumettre au CROSS pour agrément un nouveau dossier présentant des mesures structurelles importantes.

1.1.4.3 le nouveau projet du Cèdre Bleu

Le rapport du CREAL a eu notamment pour mérite de mettre en lumière, et ce de façon objective, un aspect discutable du projet initial à savoir la concentration sur un même lieu de 51 adolescents ayant des troubles se manifestant par des explosions de violences, de réactions importantes face aux regards de l'autre...

Ce nombre trop important avait été dénoncé par le directeur lors des premières observations faites à l'issue d'une année de fonctionnement. Il soulignait également les difficultés rencontrées dans l'accueil des 12 / 14 ans. Il constate les pressions des aînés, l'excitation des plus jeunes et la promiscuité explosive induite avec laquelle l'institution doit fonctionner.

Aujourd'hui, il apparaît clairement que le projet tel qu'il était initialement envisagé n'ira pas à son terme.

Plusieurs pistes d'évolution sont apparues :

- L'augmentation du nombre de places de SESSAD à 30 places
- La diminution à 10 places d'externat
- L'augmentation à 21 places d'internat de semaines, avec une redéfinition du projet de prise en charge pour l'unité en construction et l'abandon de l'unité de prise en charge continue.
- Un projet de classe spéciale intégrée (sorte d'Unité Pédagogique d'Intégration pour TCC). Ce serait une classe dans les murs d'un collège, chapeauté par du personnel éducatif de l'IR, afin de faciliter la rescolarisation des enfants après un passage en internat puis en externat.

Ce nouveau projet s'inscrit parfaitement dans les orientations des politiques actuelles à savoir, le développement des formules de SESSAD⁶⁵, du fait du moindre coût de cette prise en charge⁶⁶.

Il y a un double aspect dans la prise en charge de type SESSAD. Cette modalité de prise en charge s'inscrit dans une démarche à la fois préventive et curative.

Préventive dans le sens où l'intervention ne se fait de cette manière que dans l'hypothèse où une prise en charge en internat n'est pas nécessaire et que le maintien à l'école est envisageable. Les adolescents sont signataires d'une convention d'intégration avec l'institution scolaire et d'un contrat avec l'IR.

⁶⁵ la circulaire 11 août 2000 relative à la mise en œuvre du plan triennal (2001-2003) en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés prévoit une enveloppe de 80MF par ans pour la création de places de SESSAD

⁶⁶ le coût moyen d'un SESSAD de 74 900 F soit PJ de 600 F.

Pour l'instant, un nouveau passage en CROSS peut paraître un peu prématuré. Autant le bilan évaluatif effectué rapidement a permis à chacun de reconnaître sa part de responsabilité dans cette difficile montée en charge (un projet bousculé, la précipitation pour l'ouverture, une ouverture dans des locaux ALGECO...), autant il semble nécessaire pour la DDASS, l'association gestionnaire, et l'établissement de se donner du temps pour coucher sur papier un projet réfléchi, après avoir pris la mesure des engagements qu'il implique.

La difficile montée en charge de cet institut permet de se poser la question de savoir comment la CDES du Val de Marne satisfait à sa mission d'orientation.

1.1.5 La CDES du Val de Marne,

1.1.5.1 le rôle d'orientation des CDES

Instituée par la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, elle est composée 12 membres dont du personnel de la DDASS et de l'éducation nationale à parité et des représentants de parents. La présidence est alternativement assurée par ces deux administrations.

Cette commission a vocation à apprécier l'importance du handicap de l'enfant ou de l'adolescent et les mesures appropriées : attribution d'une allocation, de la carte d'invalidité, orientation vers un établissement ou un service spécialisé. A cet égard, les décisions de la CDES *s'imposent aux établissements d'éducation spéciale dans la limite de la spécialité au titre de laquelle ils ont été autorisés...*⁶⁷

Les dossiers transmis à la CDES le sont par toutes personnes ; concrètement il s'agit de la CCPE, CCSD, parents, hôpital, établissement spécialisé, ASE, PJJ, IA, médecin de famille.

Chaque dossier est transmis à une équipe technique laquelle va rendre un avis sur l'orientation qu'elle pense utile pour l'enfant. Cette orientation est notamment décidée au regard d'un dossier médical.

Le dossier médical pose problème en soi. Il se peut qu'il n'y ait pas d'avis de psychiatre, ni de psychologue. Il s'agit d'hypothèses dans lesquelles soit les parents ont refusé un examen médical soit le médecin consulté refuse de travailler avec la CDES.

Dans ces cas extrêmes, l'équipe technique ne peut traiter du dossier, elle incite le médecin de l'équipe à contacter les parents ou le médecin défaillant.

Si les parents sont en désaccord ou si il y a une difficulté par rapport au dossier examiné, l'équipe technique renvoie à la commission en séance plénière. Dans l'hypothèse où l'équipe a trouvé un établissement d'accueil de l'enfant, le dossier ne passe pas devant la commission, celle-ci avalise indirectement l'orientation.

L'IGAS⁶⁸ souligne les difficultés rencontrées par ces instances qui bien souvent s'apparentent plus à des chambres d'enregistrement qu'à de véritables organes d'orientation.

Conscient du fort potentiel qu'elles recouvrent, M DEFRANCE⁶⁹ propose de transformer les CDES en véritable GIP dont le conseil d'administration reflèterait la diversité et la complémentarité de ses membres. Il s'agirait d'un organisme animateur d'un réseau inter-filière consultatif et/ou décideur.

Les décisions de la CDES peuvent être de plusieurs types

- la commission rend un « accord de principe » :

cela signifie que la commission décide que l'enfant relève bien d'un établissement spécialisé qu'elle précise en accord avec les parents.

Le dossier est alors transmis aux orientatrices lesquelles mettent en place les recherches de places dans les établissements qui seraient susceptibles d'accueillir l'enfant.

Ces recherches se font en informant la famille et en lui demandant son accord implicitement.

Si aucune solution n'est trouvée. Le dossier est réexaminé en équipe technique l'année suivante.

Le dossier est alors actualisé, en fonction de la place de l'enfant, l'évolution de sa pathologie, ou le comportement des parents. L'intérêt est alors que parfois, il paraît intéressant d'élargir les recherches à d'autres formes de prise en charge ou d'autres types d'établissements.

Dans l'hypothèse d'adolescent TCC, cette possibilité est écartée car les IR sont quasiment les seuls établissements qui peuvent et veulent accueillir une population relativement âgée pour une première prise en charge, virulente...

- la commission rend un « ne relève pas de la compétence CDES »

cela peut signifier que l'enfant ne relève pas d'un établissement pour lequel la CDES a compétence, ou qu'il existe déjà un montage de prise en charge pouvant cumuler prise en charge par l'ASE, suivi sanitaire... et ce montage fonctionne, ou, si il n'en existe pas, déjà la CDES estime qu'un tel montage serait plus favorable à l'enfant qu'une prise en charge spécialisée.

⁶⁷ art. 6 I Loi n° 75-534

⁶⁸ rapport scolariser les jeunes handicapés et les IR

⁶⁹ Cahier de l'interface déjà cité

1.1.5.2 présentation de la CDES du Val de Marne

Entre le mois de septembre 1999 et le mois de juin 2000, la CDES du Val de Marne a eu à examiner 4 890 demandes, dont 839 nouvelles demandes d'orientations. Il existe 11 000 dossiers ouverts à la CDES.

L'équipe de la CDES est au nombre de 11 personnes titulaires⁷⁰. Elle dispose de 8 ordinateurs dont 5 en réseau donc limités.

La commission plénière comporte, en plus du personnel statutaire, un représentant des services de l'Aide Sociale à l'Enfance et un représentant des intersecteurs de Psychiatrie. Ils sont invités et participent pour donner un avis éclairé.

Le dossier passe devant la commission séance plénière dans les 2 mois du dépôt en général. Comme indiqué au-dessus, la commission peut soit rendre un accord de principe, soit décider que le dossier ne relève pas de la compétence de la CDES.

Dans la première hypothèse, le délai moyen pour trouver la solution concrète (place) est ensuite de 2 ans.

Les pouvoirs publics entendent bien les difficultés liées à un manque de moyens et surtout à un besoin de modernisation nécessaire de ces commissions. La circulaire du 11 août 2000 relative à la mise en œuvre des mesures du plan triennal en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés, prévoit le déblocage de 45 MF pour la durée du plan pour leur permettre *d'améliorer leurs expertises médicales, de faire des évaluations plus approfondies, au plus près des besoins et des attentes des personnes handicapées, moins conditionnées par l'offre institutionnelle...*

L'informatisation des CDES est un sujet récurrent posé aux administrations de tutelles. A l'échelon national, un comité de pilotage regroupant la DESCO (Ministère de l'EN) et la DGAS (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité) se réunit afin de faire des propositions concrètes pour une rénovation fonctionnelle et technologique du système d'information de l'éducation spéciale.

1.1.5.3 Les difficultés pour quantifier la population qui relèverait d'IR

Les dossiers dits sans solutions ne font pas l'objet d'un recensement systématique. Néanmoins, l'équipe tente actuellement de quantifier le nombre d'enfants à domicile. Ce travail nécessite un investissement important.

Par ailleurs, dans le cadre du dispositif handiscol', un sous-groupe de travail s'est donné pour tâche d'établir le bilan de ces dossiers sans solutions.

⁷⁰ 3 orientatrices, 1 assistante sociale, 1 secrétaire et une secrétaire de CDES ,personnel EN ; 1 secrétaire adjointe et 4 secrétaires DDASS

Le tri s'opère ensuite par élimination, en fonction du handicap de l'enfant : autistes, polyhandicapés... les TCC n'ont pas une place précise dans ce tri... concrètement, une fiche synthétique reprend le diagnostic établi par un médecin, diagnostic qui a motivé la demande d'orientation. Autant il peut être précis s'agissant de l'autisme, du polyhandicap, du retard profond, de la psychose infantile, autant il faut déchiffrer ce qui relève des TCC.

Au caractère approximatif ou masqué de certains diagnostics, s'ajoutent les querelles d'écoles de la psychiatrie ou de la psychanalyse. Ainsi, aux « troubles de la personnalité », « troubles de la relation », « retard global », s'ajoutent actuellement la querelle sur la « dysphasie ». En théorie il ne s'agit pas d'un diagnostic commandant l'orientation en IR, toutefois, il peut apparaître que dans certains cas il s'agit de troubles du langage et de la communication qui pourraient bénéficier d'un suivi spécialisé en IR.

De même, on retrouve cette difficulté dès lors que l'on veut quantifier le nombre de dossiers d'enfants TCC : aucun codage informatique n'existe permettant éventuellement de sortir en une seule fois ces dossiers.

- L'envoi du dossier « pour avis technique »

S'agissant des troubles du caractère et du comportement, il se peut que la nature, l'importance et l'origine des troubles posent problèmes. L'équipe technique peut envoyer le dossier au directeur de l'IR « pour avis technique ». Celui-ci reçoit en conséquence la famille et l'enfant.

Cela permet au directeur d'estimer si un travail avec la famille est envisageable, d'une part. D'autre part, ayant une expérience particulière pour apprécier le bénéfice que retirerait l'enfant d'une prise en charge en IR, il contribue à s'assurer une certaine homogénéité de la population qu'il accueille.

- Perversité du système, un « chiffre noir » des adolescents TCC

Pour les adolescents qui ont des TCC, et vu le peu de places en IR, la CDES se trouve bien embarrassée pour garantir une orientation optimale.

Une solution est celle laissée par un laconique « ne relève pas de la CDES ».

Il s'agit pour une large part, d'adolescents qui font l'objet d'une mesure administrative ou judiciaire rendue au titre de l'enfance en danger. Dès lors, un éducateur ASE ou PJJ suit l'enfant et sa famille. Toutefois, ce suivi est « un suivi en pointillé ». Les acteurs constatent le peu de disponibilité des éducateurs. Bien souvent, l'éducateur se rend dans la famille une fois le mois, ce qui rend illusoire un véritable travail éducatif.

Par ailleurs, un suivi psychologique a pu être engagé. Cependant, soit l'enfant est suivi depuis la petite enfance et le suivi se poursuit à l'adolescence, soit il n'a jamais bénéficié de soins et le suivi sera souvent difficile à mettre en place tant le poids des représentations et le rejet systématique d'une proposition émanant de l'adulte sont importants.

Enfin, l'adolescent reste chez lui. Bien souvent il est déscolarisé et, si la famille ne refait pas de nouvelle demande, l'adolescent sortira des statistiques...

On peut ainsi envisager un chiffre sûrement important d'adolescents qui sont déscolarisés, dans un contexte familial et social parfois difficile et dont les troubles pourront conduire à des manifestations de violence telles que l'adolescent rejoindra le circuit judiciaire.

Par ailleurs, un autre élément vient accentuer encore les difficultés que la CDES peut rencontrer dans son rôle d'orientation : l'attachement de l'IR du Cèdre Bleu à un travail possible avec la famille. Le motif est louable, toutefois, et a contrario, dès lors qu'aucun travail avec la famille n'est possible, l'enfant ne peut être accueilli au Cèdre Bleu. Il y a donc exclusion de fait d'un nombre d'enfants qui, vu leur comportement, pourraient bénéficier d'une prise en charge dans un institut de rééducation.

1.2 EQUIPEMENT ET RÉFLEXION EN PSYCHIATRIE RECENTRÉS SUR L'ADOLESCENCE

Le département apparaît comme un département exemplaire du point de vue de l'offre de soin (2) mais aussi de la réflexion que la DDASS a recentré sur l'adolescence (3), se conformant ainsi aux recommandations du SROS (1).

1.2.1 les recommandations du SROS axées sur la prise en charge des adolescents en psychiatrie infanto-juvénile

1.2.1.1 les particularités de l'offre de soins dans la région Ile de France

La carte sanitaire fait apparaître un découpage géographique en 148 secteurs de psychiatrie générale et 51 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, pour une population totale de la région de 10 660 554 (en 1990)⁷¹.

Le bilan de la sectorisation psychiatrique⁷² fait apparaître que la région Ile de France se situe en dessous de la moyenne nationale pour ce qui est du nombre de lits d'hospitalisation complète et de places d'hospitalisation partielle. Elle se situe en revanche dans la moyenne nationale en ce qui concerne la capacité en hospitalisation complète et partielle dans le domaine de la psychiatrie infanto-juvénile.

⁷¹ Conformément à la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de politique en santé mentale

⁷² document de travail DREES, juin 2000

Par ailleurs, cette région concentre un nombre important de psychiatres, lui assurant une densité de 88 psychiatres pour 100 000 habitants là où la moyenne est de 22 psychiatres pour 100 000 habitants.

1.2.1.2 L'amélioration de la prise en charge des adolescents en psychiatrie infanto-juvénile

Le SROS⁷³ a été arrêté par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation le 17 juin 1998. Il fixe les orientations d'une politique et notamment recommande *d'accroître et de déconcentrer l'accès à l'hospitalisation à temps complet, de développer les alternatives à l'hospitalisation, ainsi que de réorienter le dispositif pour permettre une meilleure prise en charge des adolescents et des jeunes adultes.*

A ce titre, l'accent est mis sur la formation des personnels à la prise en charge des adolescents. Le développement du travail en réseau est préconisé que ce soit entre les équipes psychiatriques et les différents professionnels intervenant auprès de cette population, ou par un renforcement de la liaison entre les équipes de psychiatrie infanto-juvénile, de la psychiatrie générale et les services des hôpitaux généraux et universitaires accueillant cette population.

L'accent est mis également sur les complémentarités et interactions avec le secteur médico-social. Il entend favoriser la liaison entre les équipes des secteurs infanto-juvéniles et les structures médico-sociales en assurant la représentativité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile au niveau des CDES⁷⁴, par la présence d'un référent et d'un praticien de secteur dans une équipe technique et en soumettant chaque projet d'établissement du secteur médico-social à l'avis du chef de secteur psychiatrique concerné.

En ce qui concerne les équipements, la création d'institutions d'accueil en urgence, spécifiques à cette population est favorisée.

1.2.2 le département du Val de Marne, département exemplaire

1.2.2.1 des structures spécifiques pour adolescents susceptibles d'accueillir des adolescents

Le Schéma du département date de 1995 et devrait faire l'objet d'une révision en 2000.

⁷³ la loi du 31 juillet 1991, modifiée par l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 a instauré une démarche de planification élaborée à l'échelon régional qui s'appuie sur la carte sanitaire et le SROS et son annexe. Ces documents permettent d'avoir une connaissance de la nature et de l'importance de l'offre de soins existantes par secteur sanitaire et déterminent les opérations à réaliser sur cinq ans pour satisfaire l'ensemble des besoins de la population du secteur.

⁷⁴ Voir la présence d'un pédopsychiatre, médecin chef d'un intersecteur de psychiatrie à la CDES du Val de Marne.
Géraldine MAYET - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 2001

Le département du Val de Marne compte 17 secteurs de psychiatrie Générale et 6 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile totalisent 115 lits autorisés et 327 lits et places autorisés. Cependant, ce nombre relativement important s'explique par la présence de la Fondation Vallée, centre à vocation régionale, spécialisé initialement dans l'accueil au long cours d'enfants présentant des syndromes autistiques. Si l'on exclut cette structure du décompte, on chiffre alors seulement 15 lits.

Ce déficit est souvent évoqué par les médecins chefs des intersecteurs.

D'une façon générale, on peut remarquer dans ce département le poids important des Centres Hospitaliers Spécialisés en tant qu'établissements de rattachement. Sur eux reposent 12 des 17 secteurs de Psychiatrie générale, et 4 des 6 secteurs de PIJ⁷⁵.

La psychiatrie infanto-juvénile apparaît comme un secteur bien doté, qui a su prendre en compte la spécificité de la population adolescente. Cette assertion ne saurait faire oublier que des manques existent encore dans ce domaine d'une part, et que toute comparaison ne vaut que par la référence à laquelle elle est faite. La référence ici évoquée est la région, laquelle regroupe des départements comparables en terme de population et infrastructure hospitalière.

L'absence de pathologie lourde ou avérée pour ce type d'adolescent, son intelligence normale⁷⁶ et la perversité des relations qu'il entretient avec toutes les institutions et le monde adulte rend l'hospitalisation en psychiatrie délicate, voir impossible.

Ainsi, plusieurs illustrations nous semblent emblématiques des difficultés d'une telle hospitalisation.

12 lits d'accueil d'urgence sont situés au CHU de Bicêtre et reçoivent des enfants ou adolescents adressés par les intersecteurs ou le SAU de l'hôpital de Bicêtre. Ils ont rarement affaire avec les adolescents TCC. Toutefois, appelé en urgence au Cèdre Bleu pour un adolescent « en pleine crise » et dont l'équipe ne savait plus que faire, le service a remis l'adolescent à l'établissement à peine quelques heures après. L'observation faisait apparaître un adolescent calme et dépourvu de dangerosité pour lui-même ou pour les autres... Calmé après avoir vu arriver les pompiers, l'adolescent retournera au Cèdre Bleu, fort de l'intérêt attiré sur lui...

Une unité de courts séjours de 8 lits a été mise en place comme relais du service d'urgence. Il s'agit d'une unité de post-crise. Elle est destinée à accueillir des enfants du département uniquement et ce pour une durée limitée de 3 ou 4 mois. La sortie est envisagée dès l'entrée dans

⁷⁵ 5 sur 6 au 1^{er} janvier 2001.

⁷⁶ Voir la population accueillie en IR, p.5

l'unité et en étroite collaboration avec les partenaires. Cette collaboration a fait l'objet d'une attention particulière des porteurs du projet.

Les jeunes accueillis dans cette petite unité peuvent correspondre au profil de jeunes des IR. Il s'agit d'adolescents dont les parents sont souvent démissionnaires et qui ont déjà été repérés à la fois par les services sociaux du département, l'école et pour certains qui bénéficient déjà d'un suivi en CMP.

Ils posent de grosses difficultés à l'équipe. Certains d'entre eux ont eu une réaction importante de rejet vis-à-vis de cette *maison de fous* dans laquelle ils se sentaient véritablement internés.

Pour faire face à une crise passagère, le CCASA (Centre de Communautaire d'Accueil et de Soin) accueille 7 adolescents de 12 à 18 ans, provenant de plusieurs intersecteurs du département et d'un intersecteur parisien. Le séjour ne doit pas excéder 15 jours. Les motifs d'admission les plus fréquents sont les troubles du comportement de l'adolescent. Il s'agit de pathologies de l'adolescence de type tentative de suicide, trouble du comportement alimentaire. La prise en charge est effectuée sur un mode communautaire, à savoir l'absence d'isolement avec la mise en place d'activité occupationnelle (vidéo, dessin, informatique, sport).

Cependant, dès lors que le comportement apparaît comme pouvant mettre en péril le centre, l'adolescent est réorienté sur un autre service. La violence est une contre-indication à l'accueil dans cette structure.

L'hospitalisation complète dans un établissement psychiatrique peut apparaître comme une réponse. Une expérience innovante peut être citée à titre illustratif. La *maison des 13/17* est une unité d'hospitalisation complète, chargée d'accueillir 10 adolescents de 13 à 17 ans dans un cadre familial. Il s'agit d'un pavillon où les adolescents sont hébergés en semaine et peuvent rester le week-end si le retour en famille n'est pas envisageable.

Le but thérapeutique poursuivi est le maintien des jeunes en circuit scolaire non spécialisé avec mise en place d'une autonomisation et d'une insertion sociale de bonne qualité.

Les 4 filles et les 6 garçons sont adressés par des structures médico-sociales et sortent vers des internats scolaires ou retournent en famille.

Cependant, le filtre des demandes opère un tri sélectif : y sont accueillies des pathologies de type dépression ou inhibition psychique, les troubles de la personnalité et du comportement en sont exclus, l'équipe faisant de la tranquillité dans la maison un gage de réussite à la sortie de cette hospitalisation hors norme.

Sur les 6 intersecteurs du département, on recense 4 lieux de consultations spécifiques pour adolescents.

Les centres de consultation pour adolescents sont des CATT ou des CMP. Certains sont localisés dans l'enceinte d'un CHS, d'autres, privilégiant une immersion dans la communauté et l'anonymat du lieu, sont installés dans le centre ville voire dans une cité.

Ils ont vocation à accueillir des adolescents ou de jeunes adultes pour un suivi psychothérapeutique individuel ou des activités thérapeutiques.

La plupart de ces centres de consultation sont des acteurs d'un réseau comprenant notamment la circonscription d'action sociale, les collèges et lycées avoisinants et plus particulièrement le personnel médical ou paramédical de ces établissements scolaires. Les adolescents TCC peuvent y être envoyés cependant leur instabilité fait qu'ils ont du mal à s'inscrire dans un suivi au long cours. Ce suivi peut parfois faire l'objet d'une négociation avec l'école, laquelle n'accepte de garder l'enfant que sous la condition suspensive qu'il suive une thérapie.

1.2.2.2 En dehors du secteur psychiatrique proprement dit

Le service pédiatrie du centre hospitalier intercommunal de Créteil dispose de 12 lits d'hospitalisation pour adolescents. Ce service a sollicité de la part de l'intersecteur sur l'aire géographique duquel il se situe l'apport d'un médecin psychiatre. Ainsi, un pédopsychiatre intervient dès lors que le service estime que l'adolescent accueilli nécessite de faire l'objet d'un bilan psychologique.

Le service de pédiatrie du centre hospitalier intercommunal de Villeneuve Saint Georges accueille des adolescent et est actuellement en train de mettre en place un suivi psychiatrique assuré par un pédopsychiatre du secteur. Des crédits supplémentaires ont été donnés à l'intersecteur pour assurer une prise en charge psychologique de cette population difficile sous la forme d'un poste d'assistant, refusé par le médecin chef du secteur pour obtenir un poste de PH.

Interrogés sur la fréquentation de ces lits, les médecins, et notamment le pédopsychiatre, notent qu'ils rencontrent rarement une pathologie de type TCC⁷⁷.

Le motif principal d'appel au pédopsychiatre est la tentative de suicide de l'adolescent, et l'adolescent TCC ne correspond pas au profil de l'adolescent suicidant. Le pédopsychiatre nous confiera que *ce n'est pas son genre de déprimer, en tout cas pas de se l'avouer et d'avalier des médicaments*.

En dehors de la psychiatrie de secteur, on ne saurait oublier les professions libérales et les associations qui se sont mobilisées sur le thème de l'adolescence en difficulté.

Ainsi, l'association AERA (Accueil, Ecoute, Rencontre Adolescent) assure à la fois un accueil des adolescents et un rôle de guidance parentale. L'accueil des adolescents se fait par deux

psychologues et peut se transformer en véritable suivi psychothérapeutique, certains adolescents venant de façon régulière pendant une durée pouvant aller jusque plusieurs années.

1.2.3 la concertation en santé mentale, axée sur l'adolescence

Dans la circulaire du 11 décembre 1992, les services sont invités à *constituer un sous-groupe spécialisé émanant du conseil départemental de santé mentale, pour traiter de la santé mentale des enfants et être une réelle instance de coopération et d'échange permanent entre institutions*. Outre des représentants des intersecteurs, CMPP, établissements médico-sociaux, et professions libérales, la circulaire incite à *rechercher la collaboration des services départementaux chargés de l'enfance*.

Dans le département, le CDSM s'est réuni pour la dernière fois en 1998, il a été réactivé en 2000. Prenant acte des difficultés soulevées dans le département, des commandes et orientations nationales diverses mais aussi des orientations et déclinaisons annuelles du SROS et du SDO, la DDASS a invité les participants du sous-groupe relatif à l'enfance et l'adolescence, à travailler sur la question de l'adolescence en psychiatrie.

Invitant des personnalités intéressées par la souffrance psychique des adolescents, la réflexion du groupe devra pouvoir se concrétiser en des propositions précises à destination du Préfet en vue d'améliorer la prise en charge psychiatrique des adolescents. La présence du secteur médico-social, et plus précisément du directeur de l'IR peut être soulignée.

1.3 L'ÉQUIPEMENT PLÉTHORIQUE DES SERVICES DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE DANS LE VAL DE MARNE

Parmi les services de la protection de l'enfance, on peut distinguer ceux qui relèvent du conseil général (1), de ceux qui relèvent de la protection judiciaire de la jeunesse (2).

La rédaction d'un schéma conjoint entre ces deux administrations est en cours (3).

1.3.1 L'équipement du conseil général, susceptible d'accueillir des adolescents présentant des troubles du comportement

Le président du Conseil Général est chargé de l'organisation et la mise en œuvre de la politique de protection de l'enfance, mission d'intérêt général et d'ordre public.

⁷⁷ Une fois par an en moyenne.

1.3.1.1 le service de l'enfance et des actions éducatives du Val de Marne

Il existe 20 circonscriptions. Elles sont regroupées en 6 groupements de circonscriptions qui s'articulent avec les secteurs judiciaires.

La prévention collective et spécialisée est un axe fort du département qui finance pour 38 millions dans ce domaine. Elle consiste en la présence d'éducateurs de rue qui vont au-devant des populations difficiles, notamment de la population adolescente dans le respect de l'anonymat.

2 000 enfants sont accueillis physiquement par les services de l'ASE. 80 % le sont sur décisions judiciaires, 20% sur décisions administratives.

Les modalités d'accueil des enfants sont de trois ordres. L'inspecteur décide, sur délégation du président du conseil général, de l'accueil temporaire, à la demande des familles. L'accueil de garde est imposé à la famille, elle fait l'objet d'une décision du juge. L'accueil d'urgence est décidé par l'inspecteur ou le juge.

Les dépenses d'hébergement sont de l'ordre de 280 millions de francs⁷⁸.

Le département est particulièrement riche en structures d'hébergement. L'accueil physique d'un enfant se fait en établissement, en placement familial ou en lieux de vie.

Placement familial :Le département dispose de 350 assistantes maternelles sur le département. 300 enfants sont placés sur le département, 200 le sont à l'extérieur du département dont 120 dans la Nièvre.

Lieux de vie : ce sont des lieux qui sont localisés à l'extérieur du département, lieux d'accueils ouverts par une assistante maternelle pour 3 ou 4 enfants, mais dont le nombre n'est pas figé étant donné l'absence de statuts juridiques fixes, qui conduit l'assistante à fermer le lieu quand elle l'entend.

Structures : Le département dispose de 6 structures publiques dans le département et une structure dans l'Hérault. Parmi ces structures, certaines sont réservées aux adolescents : groupe d'accueil et d'orientation de 10 places pour adolescents de 11/14 ans ; un moyen séjour pour adolescents; un foyer pour 32 adolescents de 15/18ans. L'établissement dans l'Hérault est réservé pour 18 adolescents de 14/18 ans « en rupture de tout ».

Le département finance également 12 établissements associatifs, dont les 2/3 sont habilités conjointement avec la PJJ.

⁷⁸ Dépenses d'aide financière du département :31 millions de francs
Géraldine MAYET - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 2001

Cet arsenal place le département bien au-dessus de la moyenne nationale même si il n'est possible de donner des chiffres avec certitudes étant donné que le département est en train d'établir son schéma.

1.3.1.2 Les services face aux adolescents TCC

Selon la directrice chargée de l'enfance, il existe actuellement une quinzaine d'adolescents TCC. Le repérage s'effectue par les équipes et par l'école de laquelle ils sont souvent rejetés, à cause d'un comportement réitérant.

Il existe dans chaque équipe de l'enfance, un psychologue.

Face à cette situation, la signature d'un protocole d'admission avec l'école où l'enfant se trouve, est une première réponse. La seconde tentative sera de mettre en place un suivi dans un CMPP ou un CMP du secteur. Enfin, la saisie des CCSD et de la CDES pour l'orientation spécialisée de l'enfant est citée comme dernière solution.

Si les difficultés par rapport à ce jeune se multiplient et que tout a été tenté, les services de l'ASE demandent au juge une main-levée afin de pouvoir exclure l'adolescent de l'établissement.

Le département souligne son impuissance face à ces adolescents lesquels mobilisent trop un personnel qui n'y est pas préparé, et déstabilisent l'institution en elle-même. Le personnel a un travail et une formation qui lui permettent de faire du socio-éducatif, et pas du médico-social.

Dans l'hypothèse d'une crise, l'adolescent bénéficie des services du département notamment celui de Bicêtre, ou le CCASA. Si le manque de place est opposé, l'adolescent est envoyé sur Paris au CDAO, ou l'équipe appelle le SAMU.

1.3.2 les services départementaux de la PJJ

Depuis deux ans, de nouvelles orientations ont été prises, notamment à la suite du conseil de sécurité intérieure. La circulaire du 25 novembre 1998 est une émanation directe de cette nouvelle politique.

Cette dernière consiste en un recentrage des mesures prises et du comportement des acteurs sur l'aspect répressif de la prise en charge des mineurs. Jusqu'alors, et ce même si les textes abordent largement cet aspect, il semble qu'il y ait eu une relâche au profit du « tout éducatif ».

1.3.2.1 Un département en manque de personnel éducatif

Sur le département 1000⁷⁹ jeunes de 0 à 21 ans sont pris en charge par la PJJ, hors secteur habilité. Pour la majorité, il s'agit de jeunes de 13 à 18 ans.

La PJJ constate dans le département une aggravation de la situation avec une désagrégation des liens sociaux et familiaux. Le département du 94 est un des plus petits en terme d'espace géographique. Il est le dernier département de la région en terme de personnel⁸⁰. Il n'y a pas un éducateur par commune, mais 80 éducateurs sur le département.

Toutefois, il ne s'agit pas d'un département prioritaire sur la région. On constate sur la région un phénomène de fuite de l'épicentre. Les jeunes délinquants, après avoir commis leur méfait sur Paris, puis sur la petite couronne, sont aujourd'hui plutôt localisés dans la grande couronne. De ce fait, les départements du Val d'Oise, de la Seine et Marne et des Yvelines font l'objet des priorités de la politique régionale de la PJJ.

1.3.2.2 Un équipement important

Pour remplir ses missions, la PJJ dispose d'un secteur public et un secteur privé habilité. Cette habilitation est toujours double ASE et PJJ.

Le secteur privé fonctionne grâce à des abondements du conseil général pour les jeunes de moins de 18 ans non délinquants placés au titre de la prévention, et par la PJJ pour les jeunes de 18 ans et plus, placés au titre de la délinquance. Le coût d'un hébergement dans le secteur habilité se situe dans une fourchette allant de 800F à 1 000F. Le choix du juge entre un placement dans le secteur privé ou le secteur public se fait au vu de l'âge de l'enfant, de l'acte délictueux et de la façon de travailler dans chacun des services.

Il n'existe qu'un seul service de milieu ouvert habilité, l'association dispose de fait un monopole.

L'équipement du secteur public est diversifié et présente quelques particularités.

Un Service Educatif Auprès du Tribunal (SEAT)

Il s'agit d'un service localisé au tribunal, composé d'éducateur uniquement (absence de pluridisciplinarité), qui assure l'interface entre la PJJ et le tribunal. Il s'occupe d'une permanence civile et une permanence pénale, le suivi des mesures pénales et le suivi des incarcérations de mineurs.

⁷⁹ 940 en milieu ouvert ; 60 en hébergement

⁸⁰ 170 fonctionnaires d'état dont 2/3 d'éducateurs

Un service de milieu ouvert (SMO)

Ce service est composé d'un directeur, d'éducateurs, d'assistante sociale, de psychologue et de psychiatre. Il s'agit donc d'une équipe pluridisciplinaire.

Elle est chargée du suivi des AEMO judiciaires, du suivi de mesures pénales (liberté surveillée, contrôle judiciaire, sursis avec mise à l'épreuve, TIG). Elle peut être chargée de mesures d'investigations ou de mesures d'instructions.

Le SMO consiste en des rencontres avec le jeune et sa famille pour tenter de rétablir un contact, de préserver certains liens ou d'accompagner le jeune dans une démarche de rescolarisation ou de recherche d'une formation professionnelle...tout dépend de la situation considérée. Le service suit des enfants de 0 à 18 ans ainsi que certains jeunes majeurs âgés de 18 à 21 ans et ayant passé contrat avec le juge.

L'hébergement

Les structures d'hébergement sont de 8 ou 10 places.

Un Centre de Placement Immédiat (CPI) accueille 8 jeunes sortis de prison ou en alternative à la prison. Il s'agit d'une émanation de la circulaire de 1998 relative au mineur délinquant, laquelle a généralisé l'expérience menée dans le département au Foyer d'Accueil et d'Urgence de Maison Alfort.

Le centre dispose d'un plein temps de psychologue.

Un foyer 13/16 ans et deux foyers 16/18 ans accueillent des jeunes qui sont obligatoirement scolarisés ou en formation professionnelle. Il existe très peu de foyer de ce type (seulement 2 ou 3 en Ile de France), il a donc vocation à accueillir des jeunes de plusieurs départements.

Ce foyer est relayé par une « suite éducative » : 6 places pour des jeunes de 16 à 18 ans (extension jeunes majeurs à 21 ans) qui sont stabilisés et en semi autonomie.

Les jeunes sont donc dans des chambres distinctes du foyer tout en ayant accès aux espaces collectifs du foyer. Une somme leur est allouée pour qu'ils s'occupent de leur vêtue et de leur alimentation.

Enfin, un service d'insertion s'occupe d'une remobilisation de jeunes suivis par la PJJ autour d'un projet. Les jeunes accèdent par ailleurs au droit commun pour ce qui est de l'insertion professionnelle.

1.3.2.3 la rédaction du schéma de protection de l'enfance

Le département et la DPJJ ont lancé une démarche pour la mise en forme d'un schéma de protection de l'enfance conjointement début 1999. Pour ce faire, ils ont fait appel au service d'un cabinet d'audit, lequel a lancé une enquête sur l'ensemble des enfants placés et pris en charge par les services ASE et PJJ: soit un total de 3200 enfants et familles.

Les premières conclusions de cette enquête permettent d'établir une sorte de profil type des enfants accueillis par les deux services. On constate un clivage important entre les enfants accueillis par l'ASE et ceux accueillis par la PJJ.

Les enfants de l'ASE sont des filles ou des garçons, de 12 ans, scolarisés, issus de famille monoparentale. Alors que la PJJ suit plutôt des garçons de 16 ans déscolarisés, et issus de famille biparentale.

L'enquête dénombre de façon précise 25 à 35 jeunes en grande difficulté sur le département.

La DDASS regrette de ne pas être associée à cette démarche de planification, d'autant plus que, outre la mission générale de santé publique qu'elle assure sur le département, la DDASS joue un rôle non négligeable en matière d'orientation des enfants qui souffrent de TCC. Or l'enquête menée fait apparaître que 103 dossiers relèvent de la CDES⁸¹.

La loi du 30 juin 1975 n°75-534 prévoit l'établissement d'un schéma départemental des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Un pas a été franchi depuis l'invitation de la DDASS pour une participation de l'ASE à la CDES. Toutefois, cette participation reste difficile car le département regrette de ne pouvoir faire admettre des mineurs dans les établissements spécialisés, fait qu'elle attribue à la représentation que les membres de la CDES se font des mineurs ASE, à savoir « mineurs délinquants ».

1.4 LE BILAN POSITIF DU DISPOSITIF RELAIS DU VAL DE MARNE

L'orientation dans les classes relais (1) fait l'objet d'une attention particulière. Le tri opéré est peut-être un des éléments explicatifs du succès de ces classes (2) dans le département, mais il permet également de dégager les limites de ce dispositif.

⁸¹ voir partieI-II-chp2

1.4.1 Orientation

L'élève est orienté dans ces classes sur décision de l'inspecteur d'académie lequel est saisi par le chef d'établissement, les services sociaux du département ou ceux de la PJJ dès lors qu'ils constatent qu'un jeune n'est plus scolarisé.

L'admission en classe relais est proposée par une commission d'admission. Celle-ci se compose des principaux des collèges de rattachement des classes, de l'équipe éducative de la classe relais, de représentants de la PJJ, d'un Inspecteur d'Orientation, d'un représentant de la cellule éducative, elle est présidée par l'inspecteur d'académie.

La commission examine les dossiers établis par le principal et comprenant un volet pédagogie, un volet psychologie, un volet social, un volet médical. Le choix s'opère par ordre. La priorité est donnée aux élèves relevant de collèges du district dans lequel la classe relais est implantée. La volonté de l'élève d'intégrer cette classe est examinée, la commission appréciant particulièrement lorsqu'une note de l'élève souligne ses motivations propres. Le dossier doit d'ailleurs être signé par l'élève et sa famille.

Ces commissions ont lieu deux fois par an. Le nombre de dossiers présentés (environ une cinquantaine) n'apparaît pas exorbitant par rapport au 36 places existantes. C'est là l'effet du tri déjà opéré par les principaux des collèges, conformément aux consignes délivrées par l'inspection académique.

La durée de la scolarisation en classe relais est décidée par l'équipe éducative sans pouvoir excéder un an selon les textes.

1.4.2 le bilan positif du dispositif du département

Il existe actuellement 3 classes relais sur le département et une quatrième est en projet. L'une d'entre elle est créée depuis 1997 sous la dénomination évocatrice de SESAME(Structure Expérimentale de Soutien, d'Accompagnement, et de Médiation pour les Elèves)

Plusieurs choix ont été opérés pour la création de ces structures.

Ces classes sont toutes « hors les murs » : administrativement rattachées à un collège mais physiquement en dehors. Elles sont initiées par le principal qui rencontre des difficultés dans son établissement : difficultés de discipline, d'absentéisme⁸².... Ce choix traduit une volonté d'écarter

⁸² Il faut noter qu'il n'y a pas de statistiques effectuées sur le département quant au taux d'absentéisme, hormis dans les lycées professionnels. Dans ces derniers, et c'est une particularité du département, le taux avoisine les 20%.

les jeunes du lieu emblématique de leur échec à répétition, afin de lui permettre d'y revenir de façon sereine consécutivement à cette rupture.

Ensuite, il s'agit de classes qui regroupent des élèves qui ne sont pas ancrés dans la violence⁸³. Ainsi, le choix a été fait de limiter le travail effectué dans ces classes à un travail de prévention de la délinquance.

Les classes relais fonctionnent sur un principe partenarial.

Elles sont établies conjointement par l'éducation nationale, le conseil général, les communes et la PJJ.

Ainsi, les locaux sont loués par les communes avec une participation du conseil général. L'éducation nationale met deux enseignants par classes⁸⁴ à disposition et des heures supplémentaires permettant de rémunérer des enseignants de collèges voisins intervenant ponctuellement. Font également partie de la classe des aides éducateurs (emplois jeunes). La conseillère d'orientation psychologue des collèges d'origine des élèves ou du collège de rattachement de la classe travaille également avec l'équipe.

La PJJ quant à elle fait valoir qu'elle rencontre actuellement des difficultés de personnel ce qui ne lui permet pas de mettre à disposition le personnel éducateur nécessaire au fonctionnement de ces classes. Ceci explique notamment la frilosité de l'éducation nationale à mettre en place des classes relais sur le mode répressif lequel suppose la présence importante d'éducateurs PJJ.

Les élèves accueillis sont des élèves de 4^{ème} ou 3^{ème} uniquement. Ils sont 12 par classe. Ils sont toujours rattachés au collège d'origine où ils retournent en principe à la fin de leur scolarisation en classe relais sauf s'ils sont orientés en fin de 3^{ème}.

Ces élèves ont tous fait l'objet de conseils de discipline et sont absents du collège voire déscolarisés de fait.

La sortie de la classe relais se fait soit par un retour dans la classe d'origine soit par une orientation. Ainsi, sur les 11 élèves accueillis dans la classe relais du collège Cheyrioux : 5 ont intégré une classe de 3^{ème}, 4 un BEP un est retourné dans sa classe d'origine et un élève a déménagé.

Globalement, l'orientation se fait plutôt vers des structures de type BEP. L'inspecteur note une orientation en 2nde générale en 1999.

⁸³ certaines classes relais (dans le 93 par exemple) accueillent des enfants qui ont été placés par le juge, placement qui se veut une alternative à une incarcération. Ces classes ont donc deux types de travail à satisfaire : un travail préventif et un travail répressif.

⁸⁴ enseignants recrutés sous contrat de travail dans un premier temps, choisis parmi les demandes d'emploi adressés au rectorat et selon un profil particulier : il s'agit d'enseignants ayant déjà travaillé avec des élèves en difficultés, et motivés par ce genre de travail. Ils ne bénéficient pas de formation spéciale par la suite.

La poursuite de la scolarité peut également se faire dans une autre classe du dispositif relais que sont les sas internes aux collèges⁸⁵.

La poursuite ou la reprise de la scolarité à l'issue de la classe relais permet aux partenaires de faire un bilan plutôt positif de ce dispositif.

1.4.3 Les limites au dispositif

Ces classes sont déconnectées du système d'orientation de la CDES. On peut le regretter car, s'agissant de la population des adolescents qui ont des troubles du comportement, il s'agit d'une réponse particulière qui est apportée à cette problématique. Or, *si l'enfant relève de la CDES, il ne relève pas de ce dispositif*⁸⁶.

Ce dispositif apparaît comme un rempart à une prise en charge plus intensive en IR. A l'issue d'une scolarité effectuée en classe relais, et constatant l'absence d'amélioration dans le comportement de l'élève, la classe relais de Créteil avait proposé une admission dans l'IR du cèdre bleu. L'enfant et sa famille ont refusé.

D'autre part, on peut regretter que là encore, ce dispositif ne soit pas une solution apportée aux phénomènes de violences.

conclusion

On peut remarquer que les adolescents violents sont laissés en dehors de toutes les institutions susceptibles d'accueillir une population présentant des troubles du comportement, sauf l'IR, quand bien même cette violence est une manifestation de troubles plus profonds qui nécessiteraient une prise en charge spécifique et plurielle.

En conséquence, on peut imaginer qu'il existe dans les deux instituts de rééducation du département, et plus particulièrement celui réservé aux adolescents, une concentration d'enfants très difficiles.

Toutefois, pour faire face à la violence pathologique notamment, des solutions alternatives ont été trouvées dans la complémentarité de certaines institutions organisées en réseau.

⁸⁵ 3^{ème} d'intégration

⁸⁶ Propos recueillis auprès de l'inspecteur d'académie adjoint, chargé du dispositif relais dans le département.
Géraldine MAYET - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 2001

2 - LES OUTILS REGIONAUX ET DEPARTEMENTAUX DE COORDINATION DES ACTEURS

La concertation régionale sur la problématique des adolescents en grande difficulté (1.1) est relayée, à l'échelon départemental, par une dynamique forte (1.2).

2.1 LA CONCERTATION RÉGIONALE SUR LA PROBLÉMATIQUE DES ADOLESCENTS

Deux expériences méritent d'être citées, car elles sont des spécificités de la région Ile de France : le Dispositif Expert Régional pour l'Adolescents en Difficulté (DERPAD)(1) ; ainsi que le groupe de travail réuni à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et intitulé « psychiatrie délinquance ».

2.1.1 le DERPAD

2.1.1.1 un outil expérimental propre à l'Ile De France

Il s'agit d'un outil expérimental mis en place il y a 5 ans ayant pour vocation première de promouvoir une meilleure articulation entre l'éducatif et le soin. (annexe II)

Le nom du dispositif est trompeur. En effet, il n'est pas réservé à la tranche d'âge de l'adolescence, l'équipe est saisie de cas de très jeunes enfants. Par ailleurs, il n'est pas destiné aux adolescents eux-mêmes, il est à destination des professionnels qui travaillent avec des enfants à problème.

Il s'agit d'un dispositif paritaire santé-justice. Le dispositif n'a pas d'entité juridique propre. Il a été mis en place par une convention signée au niveau national par les deux ministres intéressés. L'équipe⁸⁷ est composée de personnel provenant pour 50% du secteur éducatif et, pour 50% du secteur de la santé. Il y a également une direction bicéphale⁸⁸.

2.1.1.2 un lieu tiers

L'essentiel du travail consiste en une consultation réservée aux professionnels.

⁸⁷ Il y a 11 ETP, mis à disposition (administration pénitentiaire, PJJ, santé), rémunérés par l'IMM établissement de la Mutualité de la Fonction Publique ayant accepté d'héberger le budget de fonctionnement du dispositif

Les professionnels qui s'adressent au DERPAD sont pour l'essentiel du personnel éducatif, de l'ASE ou de la PJJ. Le DERPAD reçoit environ 300 institutions différentes par an. Dans 99% des cas, il s'agit d'institutions de la région, même si des établissements d'autres régions font également parfois appel à eux (Normandie, Picardie).

Les prestations du DERPAD sont gratuites.

S'agissant des professionnels du milieu de la santé mentale, comme du personnel de l'éducation nationale, le DERPAD constate une certaine réticence de ce personnel à venir.

Pour expliquer cet état des faits, ils font valoir qu'il s'agit là d'une question de culture. Ainsi, le personnel infirmier faisant partie d'une équipe médicale, il apparaît peu concevable qu'il vienne seul. Il s'enquerrait de l'avis de l'équipe auparavant et il n'est pas de la culture d'une équipe médicale de faire appel à une personne extérieure pour régler des difficultés internes ou des difficultés rencontrées avec un patient.

Les professionnels sont reçus systématiquement par un binôme éducatif/santé, individuellement ou en équipe selon leur demande. La consultation est un lieu de liberté de paroles, couvert par le secret professionnel. Les équipes s'adressent au DERPAD en dernier ressort, lorsque tout a été tenté mais qu'il n'y a plus de solutions hormis le rejet de l'enfant ou l'expulsion de l'équipe.

L'essentiel des consultations sont uniques. Il est néanmoins possible de mettre en place un suivi. Il y a une équipe que le DERPAD suit depuis 2/3 ans, celle-ci ayant manifesté le besoin d'un soutien important pour pouvoir garder l'enfant.

L'équipe peut se targuer de connaître l'essentiel des situations explosives de la région, l'enfant passant d'équipe en équipe il n'est pas rare qu'après plusieurs équipes, une équipe se tourne finalement vers le DERPAD pour obtenir de l'aide et éviter ainsi un nouveau rejet. Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'enfants perturbateurs avec des situations de vie délirantes. Ce sont ces enfants caricaturaux qui mettent à mal une institution et créent des situations explosives.

2.1.1.3 un lieu ressources

Le DERPAD a mis en place une banque de données disponible sur CDROM et bientôt sur internet. Ce fichier est tenu à jour par les partenaires eux-mêmes.

Près de 200 partenaires institutionnels y participent, dont notamment l'ONISEP (service des statistiques de l'EN), les 8 Conseils Généraux, les services d'intersecteurs de PIJ, la PJJ, les instituts éducatifs... Le DERPAD aimerait étendre les données du CDROM à tout ce qui se fait autour de l'adolescent, que ce soit sanitaire, éducatif, mais aussi social, comme par exemple lister

⁸⁸ M MAGOUDI et M ROGER
Géraldine MAYET - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 2001

l'ensemble des associations de quartier qui s'intéressent aux jeunes par un biais ou un autre. Dans sa configuration actuelle il manque de moyens pour pouvoir établir ce recensement.

La colonne vertébrale du fichier est le FINESS. Les services de la DRASSIF voient d'un bon œil l'utilisation de cet outil par des gens de terrain.

Outre ce CDROM, le DERPAD centralise un certain nombre de catalogues édités notamment par le CIDJ et la Fondation de France. Par ailleurs, il assure une permanence téléphonique, renseignant si besoin est les professionnels sur les structures d'orientation.

Toutefois, il n'y a quasiment pas de contacts avec les CDES, marquant ainsi le fait qu'il n'entend pas devenir une annexe de ces dernières.

En sa qualité d'expert, le DERPAD est amené à participer à des groupes de travail. Ainsi, il a été appelé, avec le CREA, à participer à l'établissement des schémas régionaux du handicap...

Le DERPAD a mis en place depuis deux ans un cycle de conférences qui réunit environ 200 personnes et se déroule toutes les trois semaines (les mardis du DERPAD).

A chaque conférence, il est demandé à deux institutions représentatives de présenter leur travail autour de l'adolescent et d'un thème⁸⁹ qui sera traité en quatre séances.

Il s'agit d'un lieu qui, à la fois, concentre l'information et la fait circuler.

C'est à la fois l'évaluation de ce dispositif et l'apparition d'une réflexion régionale sur la prise en charge des mineurs délinquants, réflexion élargie à la souffrance psychique des mineurs, qui ont conduit les partenaires à envisager une nouvelle configuration pour l'exploitation du savoir-faire acquis par l'expérience DERPAD. L'intérêt est, outre un statut juridique plus solide et des moyens plus importants, de faire participer le conseil régional, l'éducation nationale, notamment.

2.1.2 le groupe de travail réuni à l'ARH sur le thème : « santé mentale-délinquance » :

2.1.2.1 La circulaire du 6 novembre 1998, acte fondateur de ce groupe :

L'ARHIF a été saisie par la Direction des Hôpitaux de la problématique de l'adolescence en grande difficulté au sujet de l'application de la circulaire du 6 novembre 1998.

Cette circulaire aborde la prise en charge psychiatrique de la population délinquante autour de deux axes : la création de places et structures spécifiques adolescentes et la coordination des actions départementales.

En ce qui concerne le premier axe, l'ARH a valorisé les projets qui abondaient déjà dans le sens d'une création de centre de crise, ou d'un lien entre les services d'urgence des hôpitaux généraux et les services de psychiatrie.

La coordination des actions passe, selon la circulaire par la création d'un doublet de coordonnateur par département, à savoir un infirmier et un psychologue ; ce qui induit la création de 16 ETP sur l'ensemble de la région. Or, l'ampleur démographique des départements⁹⁰ qui la compose rendrait difficile voire inopportun la création de deux postes pour assurer l'ensemble de la coordination départementale.

L'ARH souhaitait obtenir un état de l'existant sur la région, en terme de coopération de terrain. Pour ce faire, elle a réuni un groupe de travail intitulé « psychiatrie et délinquance » réunissant notamment les pédopsychiatres, animé conjointement par un représentant de l'ARH et un représentant de la PJJ.

Cet état des lieux a notamment permis de dégager les points forts, les points faibles de tels partenariats, ainsi que les difficultés rencontrées pour les inscrire dans la longévité...

2.1.2.2 la naissance d'un groupe régional de ressource :

Plutôt que l'apparition de projets généraux, l'ARH a affirmé sa volonté de partir de l'existant et d'assurer, autour des équipes pluridisciplinaires déjà constituées ou qui se constitueraient sur ce thème, un soutien sous forme d'un groupe régional de ressources.

Parallèlement, l'expérience que constitue le DERPAD sur la région montrait ces limites.

Il a donc été envisagé de remettre à plat le projet et de l'intégrer dans un nouveau projet plus vaste qu'est celui d'un GIP, centre de ressources régionales.

2.1.2.3 Appréciation :

- la pertinence de l'échelon régional retenu :

L'approche régionale apparaît opportune car il s'agit d'un échelon géographique retenu pour l'application de multiples politiques⁹¹.

- l'absence du secteur médico-éducatif

⁸⁹ cycle : « hébergement sous contrainte, contrainte de l'hébergement », thème d'un mardi : « deux institutions, trois financements, un même public ? »

⁹⁰ paris : 2 millions d'habitants, 20 % de la population régionale

L'ARH remarque la difficulté d'articulation avec ce secteur. Cela résulte notamment du fonctionnement des tutelles dont celle du médico-social est restée une compétence exclusive des services déconcentrées. Elle constate un certain repli des services sur leur compétence propre, et de ce fait l'absence de coopération sur le domaine du médico-social.

Toutefois, la cassure administrative qui existe entre les domaines sanitaires et médico-sociaux, est moins importante sur le terrain. Des projets partenariaux sont montés sous forme de convention entre les deux secteurs. Paris se prête à ce genre de convention, eu égard au coût de l'immobilier et aux difficultés rencontrées par certains services de psychiatrie pour assurer la suite d'un suivi engagé en psychiatrie. La convention en question s'établit entre un établissement psychiatrique et une association du médico-social. Le secteur psychiatrique, plus riche, fournit les locaux, l'association assure la gestion de la structure et son fonctionnement, moyennant la prise en charge de malades dont la structure ne peut, ne doit plus assurer le suivi.

2.2 LA DYNAMIQUE DÉPARTEMENTALE

Partant du constat que les professionnels de l'enfance et de l'adolescence travaillent sur la prise en charge des mêmes enfants mais ne se connaissaient pas, certains professionnels ont initié un lieu de réflexion départemental, le séminaire interprofessionnel (1), et un travail en réseau formalisé par une charte, la charte de prise en charge des mineurs en grande difficulté(2).

2.2.1 le séminaire interprofessionnel

Le séminaire réunit, une fois par trimestre, une cinquantaine de professionnels des quatre institutions concernées que sont la justice, la santé, l'ASE, la PJJ.(voir annexe)

Outre les représentants des quatre institutions, des gens du terrain viennent apporter leur éclairage sur une situation qui sera présentée par certains professionnels, à tour de rôle.

Il ne s'agit pas d'une commission des cas lourds⁹², mais une présentation objective du parcours d'un jeune qui a traversé l'institution présentant le cas. Plus largement que le problème posé par le jeune lui-même, il s'agit de travailler sur la manière pour sortir de la hiérarchie des interventions. Cette présentation peut être faite par un travailleur social de l'ASE, de la PJJ, un médecin, un magistrat, ou toute autre personne de terrain...

⁹¹ politique de santé, pénitentiaire...

⁹² Commission des cas lourds existent dans certains départements comme la Seine Saint Denis
Géraldine MAYET - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 2001

Chaque institution parle alors de la place qu'elle a ou qu'elle peut occuper par rapport à ce parcours individualisé.

L'intérêt est d'acquérir une meilleure connaissance du positionnement que peuvent avoir certains professionnels par rapport à une problématique donnée, mais aussi les uns par rapport aux autres. Il y a confrontation des représentations de chacun, constats des carences et des rejets, le tout de façon commune et constructive, sans que l'exercice puisse se terminer sur le simple constat de carence de « l'autre », et le renvoie.

Une première évaluation de ce séminaire a conduit au constat que chaque institution présente avait à faire pour dépasser les représentations des uns sur les autres. Ce lieu d'échange a vocation à se pérenniser.

2.2.2 la charte de mise en réseau de prise en charge des mineurs en grande difficulté

2.2.2.1 formalisation du réseau

Les deux années de réflexions et les différents contacts établis avec d'autres institutions ont abouti à la rédaction d'une charte, en 1998, où chaque professionnel apporte un élément particulier et utile pour une prise en charge globale du jeune (Annexe III).

L'équipe pilote est composée des signataires de la Charte qui sont un représentant de la PJJ, de l'ASE, le président du tribunal des enfants de Créteil, deux médecins psychiatres responsables d'intersecteurs du département, chaque membre de l'équipe pilote ayant vocation à parler au nom du réseau dans sa globalité.

Elle n'implique pas la participation de l'ensemble des structures relevant de l'institution. Elle met en réseau certaines structures⁹³, certaines personnes nommées de ces institutions.

Chaque membre de cette équipe est l'interlocuteur clef des démarches à initier ou à suivre dans son domaine. Il est garant de la cohérence du suivi sur son champ de compétence.

⁹³ Les 3^{ème} et 5^{ème} intersecteurs de psychiatrie assurent une prise en charge, en extra hospitalier, dans la structure de soins du CATTP, ou en hospitalier, 3 lits d'hospitalisations à la Fondation Vallée. La PJJ met à disposition du réseau des places dans 2 foyers. L'ASE garantit la prise en charge du jeune par la circonscription d'Alfortville ou assure une place au placement familial de Maison Alfort, ou dans le foyer de Villier. Le président du Tribunal garantit un traitement diligent du dossier concernant le jeune.

Par ailleurs, des réunions de synthèse les réunissent une fois tous les deux mois. Ces réunions ont pour objectif d'une part d'assurer le contact avec tous les membres du réseau, y compris ceux qui n'ont pas la charge de l'adolescent, d'autre part de s'assurer du suivi pluriel du jeune.

2.2.2.2 Objectifs

L'objectif du réseau est d'assurer la stabilité dans la prise en charge de trois adolescents en grande difficulté. Partant du constat qu'un hyperinvestissement précède souvent un abandon complet face à certaines situations, l'équipe a décidé de fédérer l'ensemble des compétences de chacun dans une optique de prise en charge globale et continue.

L'histoire personnelle de certains jeunes est chaotique, marquée notamment par une succession de prise en charge, et une répétition des ruptures. Les professionnels se sont parfois tous essayés à une prise en charge qui se voulait structurante, le réseau propose de travailler dans une autre optique plus axée sur le travail commun de tous, au delà d'une quelconque hiérarchie de réponses.

2.2.2.3 fonctionnement

Le réseau fonctionne depuis 1999, il a pris en charge 3 adolescents.

Chaque institution, par l'intermédiaire de son représentant à la charte, peut présenter le cas d'un jeune qu'elle pense susceptible de bénéficier du réseau. Cette proposition est examinée par les membres de l'équipe qui donnent leur accord.

L'entrée dans le réseau est formalisée par le juge lors d'une audience de la famille, ou son représentant, et le jeune lui même. L'audience permet au juge d'expliquer au jeune qu'il fait l'objet de l'attention particulière d'un certain nombre de professionnels et que ces professionnels se sont engagés, dans le cadre du réseau, à ne pas baisser les bras quoi qu'il fasse.

Cette entrée donne lieu au sein du groupe à la désignation d'un référent lequel sera chargé de faire le point sur la situation du jeune à chaque réunion. Elle ne donne pas lieu à l'élaboration d'un projet individuel. L'idée est de ne pas figer l'avenir dans des schémas mais de donner une réponse au jour le jour, en s'appuyant sur le professionnalisme des acteurs du terrain en contact avec le jeune pour ce qui est du projet formel autour du jeune.

La prise en charge dans le réseau peut impliquer tous les acteurs ou certains seulement. Le suivi judiciaire est quasiment systématique du fait du profil de la population prise en charge.

Mais à côté de ce dénominateur commun, les parcours diffèrent d'un adolescent à l'autre.

A l'heure actuelle, des deux adolescents qui sont suivis, l'un habite avec sa famille et fait l'objet de mesure d'AEMO, l'autre se trouve dans une structure d'hébergement. L'un bénéficie d'un suivi psychologique, l'autre refuse tout soin.

La sortie du réseau n'est pas envisagée dans la charte.

L'équipe a toutefois dû faire face à un départ. L'adolescent et sa famille ont déménagé ce qui a conduit les membres de l'équipe pilote à établir le contact avec leurs homologues pour assurer le suivi de la prise en charge quotidienne.

2.2.2.4 évaluation

Après une année, le réseau tire les premières conclusions de son fonctionnement.

S'agissant du nombre de jeunes pris en charge, il s'avère que plus le réseau fonctionne, moins de cas nouveaux sont proposés. On rejoint ici un aspect positif de la mise en place de ce réseau : ce réseau ne s'inscrit pas uniquement dans la prise en charge comme sa dénomination le laisse entendre. Le réseau a un effet préventif non négligeable.

En effet, beaucoup de situations difficiles sont évoquées lors des réunions bimensuelles, même si tous les adolescents n'ont pas vocation à entrer dans le réseau. Ces discussions permettent de trouver des solutions et de suivre, d'une réunion à l'autre le parcours du jeune en question. D'autre part, la connaissance personnelle des partenaires facilite les contacts entre institutions et permet, au quotidien de trouver des solutions plus rapidement.

Il reste que le réseau est construit essentiellement sur des relations interpersonnelles, et, de ce fait, il est fragilisé. La charte est un premier pas vers une formalisation et la pérennisation de l'expérience se fera par la signature d'une convention.

La convention aurait le mérite de permettre l'élargissement à d'autres institutions. Pour l'instant, cet élargissement est redouté des membres du réseau. Ils font notamment valoir que ce réseau nécessite une motivation particulière qui induit notamment la présence assidue aux réunions bimensuelles, mais aussi une certaine disponibilité pour les autres membres du réseau, disponibilité pour informer, se renseigner, suivre, participer si ce n'est matériellement au moins mentalement au suivi.

2.2.3 bilan de cette dynamique départementale

2.2.3.1 l'importance du rôle joué par la PIJ

La circulaire de 1992 incite les intersecteurs à *développer des actions partenariales avec l'ensemble des acteurs concernés par les programmes d'action en faveur de l'enfance ou de l'adolescence, au sein des réseaux habituels ou dans des actions finalisées auxquelles la psychiatrie peut apporter sa contribution.*

La psychiatrie s'est imposée comme un acteur incontournable de cette problématique de l'adolescent TCC. Elle s'est ouverte au point qu'aujourd'hui on puisse parler d'une psychiatrie dans la communauté.

On constate une omniprésence de la psychiatrie dans les différentes institutions ou expériences liées, un esprit d'initiative riche.

Ainsi, le séminaire et le réseau ont été mis en place à l'initiative de médecin psychiatre chef d'un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile, avec le magistrat chargé du tribunal pour enfant de Créteil.

Le travail est globalement perçu comme *très intéressant avec la pédopsychiatrie, la pédopsychiatrie étant qualifiée d'assez ouverte*⁹⁴.

Le partenariat est décrit comme bilatéral. Ainsi, les intersecteurs peuvent être amenés à demander la mise en place d'une AEMO auprès d'un jeune qu'ils ont accueillis, parfois dans des structures d'urgence, parfois lorsque l'enfant accueilli est stabilisé. Et vice versa, la PJJ s'engage à conserver la place du jeune qui était par ailleurs reçu dans une institution relevant de la pédopsychiatrie. Les intersecteurs ne rechignent dès lors plus à prendre en charge un jeune en crise ou pour un court séjour, en sachant que l'orientation est assurée après la prise en charge.

Des partenariats locaux se sont établis. Ainsi, le département souhaite généraliser une expérience établie auprès de certains établissements : un pédopsychiatre du secteur se rend dans le foyer de l'enfance afin d'apporter un soutien à l'équipe.

Il a toutefois été long à se mettre en place, là encore à cause des représentations que se font les uns des autres, et de la méfiance que de telles représentations inspirent.

La PJJ constate que depuis deux ans, les relations avec la psychiatrie se sont nettement développées, « *Jusque là nous vivions tous sur nos a priori* »⁹⁵.

⁹⁴ Entretien avec madame la directrice chargée de l'enfance, ASE

⁹⁵ entretien madame la directrice adjointe de la PJJ

2.2.3.2 l'absence du secteur médico-éducatif

Sur la question spécifique des adolescents souffrant de TCC et ce, malgré les préconisations de la circulaire du 11 décembre 1992, la coordination avec le dispositif médico-social n'est pas effective. Il est possible de regretter l'absence du secteur médico-éducatif, que ce soit dans le séminaire interprofessionnel⁹⁶ ou dans la charte du réseau.

2.2.3.3 la timide apparition de l'éducation nationale

Elle apparaît en première ligne pour repérer les adolescents en grande difficulté, elle occupe de ce fait une place importante sur le versant de la prévention primaire de cette problématique.

Toutefois, des difficultés apparaissent quand il s'agit de l'associer au type de démarche établi.

Ainsi, les professionnels de terrain que sont les enseignants n'ont pas toujours le temps de focaliser leur attention sur un élève quand d'autres auraient également besoin de leur soutien. La prise en charge scolaire reste par ailleurs une prise en charge collective.

D'autre part, s'agissant d'une réflexion départementale, il faut trouver à cet échelon une personne référente qui montre une motivation particulière pour garantir le soutien et la participation de certaines équipes de terrain.

Une réflexion est cependant en cours pour permettre d'associer cette institution clef au réseau.

Des tentatives de partenariats bilatéraux sont menées comme le PARI (projet d'accueil et de remobilisation individuelle). L'intérêt est d'inciter l'éducation nationale à ouvrir des postes d'enseignants spécialisés dans les foyers ASE afin de remobiliser les jeunes accueillis autour de l'école. «L'exposition 13 / 18 ans » permet à la PJJ de prendre contact avec les équipes enseignantes en entrant dans l'école dans une optique de prévention et d'information des jeunes.

conclusion

Après avoir brossé à grands traits un tableau décrivant à la fois les textes et le contexte dans lequel la problématique envisagée s'inscrit, il apparaît intéressant de dégager quelques propositions concrètes qui permettraient peut-être une amélioration de la coordination des professionnels et par là même une prise en charge plus globale et cohérente.

⁹⁶ alors même que l'adolescent présenté lors d'une séance du 25 novembre 2000 est un adolescent sortant d'un IR de la région.

PROPOSITIONS POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS PRESENTANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT

Trois pistes méritent d'être explorées. Ainsi, la prévention de ces troubles peut être accentuée (1.1).

S'agissant de la prise en charge de cette population, il convient de rappeler le rôle fondamental des instituts de rééducation (1.3), ainsi que l'importance du dialogue entre les partenaires (1.2).

1 - ACCENTUER LA PRÉVENTION

La prévention passe par le travail avec et sur l'espace familial (1), et suppose l'implication d'acteurs souvent ignorés (2).

1.1 L'IMPORTANCE DU TRAVAIL AVEC ET SUR L'ESPACE FAMILIAL

Initiée par notre ministère dans une circulaire en date du 9 mars 1999, les réseaux d'écoute, de soutien et d'aide à la parentalité ont retenu l'attention lors de la Conférence de la Famille du 15 juin 2000, les acteurs politiques ayant manifesté leur volonté de « soutenir l'effort de ces réseaux ».

Les crédits déconcentrés doivent permettre de favoriser l'animation et la mise en réseau des acteurs de terrain et, d'autre part, de permettre à ces derniers, par l'apport de moyens financiers, d'instiguer des actions en direction des familles afin d'aider celles-ci à assumer leur rôle éducatif notamment.

Sur le département, 33 projets ont été retenus pour l'année 1999. Pour l'année 2000, la DDASS dispose de 1 687 363 F.

Grâce à ces crédits, le service des actions sociales de la DDASS finance aussi bien des locaux ou autre frais de gestion et de logistique pour la tenue de groupes de paroles des parents que des plaquettes publicitaires, des invitations de personnalités...

Ces groupes de parents ont une importance particulière dans le cadre de la problématique traitée. En effet, autant certains parents d'enfants handicapés ont su ou ont pu s'organiser en association, autant il n'existe pas de cadre pour l'expression des parents d'enfants ou d'adolescents souffrant de troubles du caractère et du comportement. Les groupes de paroles initiés dans ces réseaux peuvent être un lieu où l'on trouve ces parents parfois dépassés, parfois démissionnaires.

La DDASS a initié un regroupement des différentes associations financées sur ces crédits. A l'origine, il s'agit de dynamiser ces réseaux, de permettre la rencontre des différents acteurs de terrain. Ce regroupement aurait vocation à s'élargir à d'autres acteurs de terrain tels que les structures des intersecteurs ou des directeurs d'établissements médico-sociaux, sans que pour autant cela ne les transforme en assemblée de professionnels spécialisés dans un domaine où le soutien à la parentalité est l'apanage de certaines associations.

1.2 L'IMPLICATION D'ACTEURS JOUANT UN RÔLE FONDAMENTAL DANS LA PRÉVENTION

La place et le rôle essentiel joués par l'éducation nationale ne seront pas développés dans cette sous partie. Il s'agit ici d'évoquer la place de certains acteurs de terrains qui sont parfois oubliés, alors qu'ils opèrent un grand travail de prévention sur le terrain. Ainsi en est-il des points écoutes jeunes et les associations à destination du public adolescent.

Parfois situées en plein cœur des cités Val De Marnaises, parfois situées en centre ville et à proximité d'un collège ou d'un lycée, ces associations sont à même de toucher les enfants déscolarisés.

A titre d'exemple, on peut citer l'association AERA (Accueil Ecoute Rencontre Adolescent). Le financement de l'association, essentiellement la rémunération de deux psychologues, se fait grâce aux subventions de différents partenaires dont la DDASS.

Très active sur un territoire restreint, elle s'inscrit résolument dans un réseau dynamique où le partenariat avec les communes et les écoles est fort.

Il s'agit d'un partenaire qui pourrait s'inscrire dans un réseau comme celui de la prise en charge des mineurs en grande difficulté, ne serait-ce que dans un rôle de signalement ou de relayeur local.

2 - L'IMPORTANCE DU DIALOGUE ENTRE LES PARTENAIRES INSTITUTIONNELS

Le dialogue entre les différents partenaires doit assurer une meilleure coordination des acteurs de terrains pour la prise en charge globale du patient, et favoriser une connaissance mutuelle des acteurs permettant de dépasser les représentations des uns et des autres, leurs préjugés.

2.1 LA MISE EN PLACE D'UNE COORDINATION RÉGIONALE, POUR UNE POLITIQUE RÉGIONALE COHÉRENTE

2.1.1 réduire la fracture entre les secteurs sanitaire et médico-social

La réunion des deux institutions régionales d'impulsion des politiques que sont l'ARH et la DRASS est fondamentale.

D'une part, l'échelon régional est un échelon pertinent de coordination des politiques : il est le lieu de décision des orientations budgétaires pour le secteur sanitaire, il est le lieu de planification pour le secteur médico-social.

D'autre part, la fracture qui existe entre ces deux institutions est emblématique d'une fracture maintes fois dénoncée des secteurs sanitaire et médico-sociaux. La coordination de ces deux instances aurait le mérite de l'exemplarité.

Cette coordination peut se faire sur des sujets aussi précis et aussi transversaux que le nôtre, d'autant que, dans la région Ile de France, des instances de coordination des acteurs existent de part et d'autre des deux secteurs. L'invitation de la DRASS à participer à la révision du DERPAD pourrait être une modalité de création de liens.

2.1.2 s'appuyer sur des concertations régionales d'experts

Le groupe régional des pédopsychiatres peut servir à illustrer l'intérêt qu'il y a à s'appuyer sur des groupes de spécialistes pour l'impulsion d'une politique dans un domaine particulier.

Les pédopsychiatres des intersecteurs de la région Ile de France ont décidé de se réunir une fois par an dans un groupe régional auquel l'ARH a été convié ainsi que les représentants de quelques administrations comme la CRAM ou la DDASS.

Il s'agit d'une initiative régionale propre à la région.

Les thèmes abordés dans les sous groupes sont variés et peuvent englober une réflexion purement théorique, mais aussi des réflexions pratiques comme par exemple la campagne budgétaire ou l'analyse de gestion⁹⁷. Ils font l'objet d'une journée de synthèse annuelle.

Organisé depuis 1997, il incite à la mise en place d'un conseil régional en santé mentale.

⁹⁷ Animation du groupe par l'ARH

L'ARH trouve intérêt à la réunion du groupe. Tout d'abord, cela lui permet d'inciter la psychiatrie à travailler en réseau de structures pour adolescents. Ensuite, cela permet d'obtenir un consensus des intersecteurs autour de propositions de travail.

2.1.3 les relais départementaux de cette politique

L'impulsion des politiques doit avoir un relais local. Plutôt que de créer un groupe nouveau, il est possible d'utiliser certains cadres existants, comme le CDSM commission enfance et adolescence. A ce titre, la nomination d'un coordinateur sur la problématique des adolescents TCC, à l'image de ce qui se fait sur le département pour la coordination santé mentale -exclusion peut être une piste à explorer.

2.1.4 l'importance et la pertinence d'un travail en réseau , la place de la DDASS dans ces réseaux

2.1.4.1 Les enjeux du travail en réseau

Le reproche pourrait être fait d'une «réunionite » aiguë. Cependant, il faut remarquer que ces groupes de travail ne rassemblent pas toujours les mêmes acteurs. D'autre part, le climat de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, dans lequel la politique de mise en réseau s'inscrit, ne peut faire l'économie de temps de coordination et de réflexion autour de questions de l'évaluation des actions déjà financées.

Le réseau est un terme issu du langage informatique, on entend par là un ensemble de liaisons, un partage des données, un travail conjoint et simultané.

Les rencontres faites dans le cadre de ce mémoire ont montrés combien les préjugés étaient forts dans ce domaine. Les enfants TCC étant à la frontière de plusieurs prises en charge, chacun justifie de son incompétence par un rejet sur l'autre. Le réseau répond à cette problématique, il invite les professionnels à se connaître, à connaître leurs domaines de compétence, et, de ce fait, à revoir les siennes propres en regard, s'interrogeant sur une complémentarité.

Toutefois, lors d'une réunion interprofessionnelle sur la question des adolescents TCC, la question a été posée de savoir qu'elles étaient les informations qui pouvaient circuler, celles qui étaient couvertes par le secret professionnel, et par là même si on pouvait parler d'un secret professionnel dans le réseau...

La question des libertés individuelles de chacun est en jeu. La prise en charge globale d'une personne ne doit pas réduire la marge de liberté et de secret dont toute personne doit être titulaire.

2.1.4.2 Positionnement de la DDASS

Outre son rôle d'animation des politiques, il peut être intéressant pour la DDASS de se positionner dans des groupes de travail d'acteurs de terrain.

Tout d'abord, cela lui permet d'avoir une meilleure connaissance de ce qui se fait sur le département, par là même une connaissance précise des manques de places.

Ensuite, un rôle essentiel de tiers animateur peut lui être reconnu. Ainsi, il est parfois à craindre que certaines personnes fortement impliquées reprennent à leur compte des avancées. D'autre part, les professionnels n'ont pas toujours la vision d'ensemble que la DDASS peut apporter.

Enfin, la DDASS est un terrain propice à la coopération des intervenants communs dans les secteurs, particulièrement dans les champs sanitaire et médico-sociaux, elle est un interlocuteur unique.

Enfin, la DDASS peut favoriser les rencontres de professionnels qui ne se connaissent pas mais œuvrent pour une meilleure prise en charge.

2.2 LA PLACE IMPORTANTE DES INSTITUTS DE REEDUCATION

A l'issue de ce mémoire, il faut rappeler la place essentielle des IR dans le dispositif de prise en charge des adolescents souffrant de TCC. Ce sont les seuls à créer un liant entre la trilogie éducatif, pédagogique, psychologique.

2.2.1 le bilan mitigé de 10 années de fonctionnement de ce secteur

Le rapport de l'IGAS⁹⁸ dresse le bilan des dix années de fonctionnement. Après avoir souligné la place et le poids financier des IR dans le champ médico-social, les rapporteurs constatent le développement hétérogène des établissements, et le mauvais pilotage du secteur dans son ensemble.

Les recommandations des auteurs sont de deux ordres. Des recommandations de fond sont complétées par une liste indicative d'outils de prise en charge et d'évaluation. Ainsi, ils incitent à une relecture et la réaffirmation des principes énoncés en 1989, ainsi qu'à la mise en place des conditions d'un accès plus égalitaire aux IR.

Pour favoriser une prise en charge, le rôle régulateur des CDES, l'organisation de la coordination des acteurs et la mise en place d'une politique d'évaluation sont recommandés. Enfin, le problème du financement des IR est abordé.

⁹⁸ rapport de l'IGAS, les instituts de rééducations, janvier 1999

2.2.2 La mise en place d'une nouvelle annexe, en réponse à la crise identitaire des IR

En réponse aux difficultés communes rencontrées par de nombreux IR, certains établissements du Finistère se sont fédérés en association, en 1995. Les premières journées d'études eurent lieu en 1996, sous le thème évocateur de « les IR : pour qui ? pour quoi faire ? ». L'intérêt est apparu aux 320 IR répertoriés d'échanger des pratiques, et de faire avancer une réflexion sur les pratiques très diversifiées et les références conceptuelles qu'ils mettent en œuvre. Aujourd'hui association nationale l'AIRE (Association des Instituts de REéducation) œuvre pour la reconnaissance de la spécificité de ces établissements.

La mise en place d'une nouvelle annexe spécifique aux TCC, l'annexe 34, fait partie de ses chevaux de bataille. Cette réforme s'inscrirait dans une révision plus large, annoncée de longue date, de la loi n° 75- du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales⁹⁹.

La mise en place d'une annexe spécifique aurait pour intérêt de préciser leur place dans le champ médico-éducatif. Le risque est peut-être celui de parler alors de « handicap social » au même titre que l'on parle de handicap mental, moteur, visuel, et auditif...D'aucuns disent qu'il s'agit d'un moindre danger comparé à celui, actuel, d'insérer symboliquement ces jeunes dans la filière du handicap mental.

A condition de bien en définir les termes, cette notion de handicap social ne paraît pas choquante. Ainsi, on peut entendre la notion de handicap social plutôt comme une déficience liée à une carence éducative, et en exclure toute visée déterministe.

L'AIRE appelle de ses vœux une nouvelle définition plus précise et plus exacte de la population accueillie. Elle évoque la référence aux « troubles du développement psychique ».

2.2.3 Réformer le système de financement des IR

Le système de financement des IR fait l'objet de vives discussions. Il s'agit d'illustrer la question de l'adéquation entre l'agrément et la population réellement accueillie dans l'institution.

Ainsi, l'étude des enfants accueillis dans le CFAS du Coteau montre qu'une part importante d'enfants relèvent de l'ASE (82%) et suivent une scolarité dans les écoles de quartiers (76%), seul 11 enfants sont suivis dans la journée dans un milieu spécialisé dont une minorité en IR.

De même, pour certains enfants un cadre judiciaire a pu être mis en place pour préciser les relations parents enfants, le travail de l'IR s'adapte à cette spécificité.

Savoir qui finance n'est pas anodin, c'est ce qui qualifie l'intervention. Le principe classique du « qui commande, paie et contrôle » prend ici une dimension particulière tant est dénoncé le fait

⁹⁹ ASH 4 février 2000

que le payeur est celui que le jeune croise sur son chemin institutionnel et pas celui qu'une orientation réfléchie aurait peut-être désigné.

Actuellement l'étude des dossiers CROSS révèle une tendance à revoir les agréments de façon à remettre en cause les double ou les triple habilitations.

Le débat se pose dans les termes suivants : faut-il ou non multiplier les financeurs afin de coller à la réalité d'une population qui relève concomitamment de plusieurs prises en charge ?

L'institut de rééducation revendique le travail institutionnel réalisé autour d'un projet transdisciplinaire soignant en temps que tel. La notion de soin est le fil conducteur de la prise en charge en IR. C'est sur cette vocation thérapeutique que ces institutions entendent se distinguer des MECS ou autres établissements de la protection de l'enfance. Il ne s'agit pas d'une juxtaposition d'interventions qui justifierait peut-être une multiplicité de financements¹⁰⁰. Chercher à transférer le coût de ces éléments de prise en charge à des financeurs distincts reviendrait, selon certains, à ne plus reconnaître la valeur soignante et thérapeutique de l'IR.

Des difficultés pratiques sont également évoquées pour refuser des financements multiples. D'une part, certains IR font valoir que dès lors qu'ils sont habilités par la justice, il existe une dérive consistant à leur imposer des enfants qui, sans pour autant relever de soins, sont orientés faute de place en foyer et à la seule vue de leur caractère virulent...

D'autre part, certains redoutent un désengagement des différents acteurs dès lors qu'ils paieraient une partie de financement.

*Toutefois, rien ne permet d'établir que l'existence d'un trouble du comportement doit entraîner de facto un financement total et exclusif par l'assurance maladie, alors même que le besoin d'assistance au titre de l'ASE ou au titre de la prévention de la délinquance peut être prépondérant dans certaines situations*¹⁰¹

Face à cet argumentaire, plusieurs propositions sont faites dans une optique de clarification. Celles des auteurs du rapport passe par une réforme d'envergure du financement des IR. Il s'agit soit d'assurer une contribution financière de chaque administration au sein d'un financement unique sous forme de dotation globale, soit d'organiser un travail en réseau où *chaque institution mettrait à disposition de chaque enfant la compétence technique de son personnel et par la même sa propre contribution financière.*¹⁰²

¹⁰⁰ qui a lieu lorsque l'enfant est au cœur d'un « montage » : hébergé à l'ASE, prise en charge dans une classe spécialisée, suivi au CMP...

¹⁰¹ rapport IGAS, mars 1999, les instituts de rééducations

¹⁰² rapport cité

S'agissant de cette dernière proposition, il faut souligner les difficultés de mise en œuvre qu'elle soulève. Comme le souligne Michel DEFRANCE¹⁰³, dans une telle situation le directeur se trouverait dans une situation de maître d'œuvre négociant quotidiennement avec des sous-traitants, sans que pour autant la cohérence d'ensemble du projet soit assurée. Par ailleurs, on peut douter de la mise à disposition de certains personnels dans des dispositifs partenariaux, quand l'institution éprouve déjà des difficultés à recruter suffisamment de personnel pour garantir le fonctionnement de ses institutions propres¹⁰⁴.

En revanche, la solution d'une dotation globale unique paraît être une solution envisageable. Il faut toutefois préciser que cela amènerait les réformateurs à s'interroger sur le contrôle de ces établissements. A financement unique, devrait correspondre un contrôle unique, cette unicité n'occultant pas pour autant une diversité des contrôleurs¹⁰⁵.

Au delà du débat sur la question des financements multiple, la dotation globale est attendue. Cela nécessite cependant un contrôle accru de l'activité de l'établissement, évitant qu'il ne diminue les prises en charge.

L'AIRE pointe le manque de souplesse du système de financement actuel. En effet, et c'est particulièrement vrai lorsqu'il s'agit d'une population adolescente, dont l'instabilité est une caractéristique, les IR font valoir qu'il est parfois envisageable de faire passer l'enfant de l'internat à une formule externat ; que ce retour en famille peut bien se passer puis créer une situation explosive quelques temps plus tard ; enfin, que le soutien du SESSAD pourrait être bénéfique pour une courte période, pendant laquelle la situation peut rapidement se dégrader et nécessiter un retour à l'internat... à l'heure actuelle chaque changement implique un financement différent et une décision de la CDES...

¹⁰³ les mardis du DERPAD, « deux institutions, trois financements, un même public ? », mardi 7 novembre 2000

¹⁰⁴ voir les difficultés de la PJJ pour mettre à disposition des classes relais le personnel requis par les textes.

¹⁰⁵ A l'image de ce qui se fait sur le secteur des personnes âgées.

CONCLUSION

Face à la problématique des adolescents présentant des troubles du caractère et du comportement, il faut souligner le dynamisme des acteurs de santé ainsi que les partenariats mis en place dans le Val de Marne.

Toutefois, le nombre important de dossiers sans solutions à la CDES et les difficultés rencontrées par l'institut de rééducation « le cèdre bleu » permettent de se poser la question de savoir pourquoi la prise en charge de ces adolescents pose problème.

Le peu de place occupé par l'IR et l'éducation nationale dans les partenariats existant est un élément de réponse. Acteurs essentiels de cette problématique, leur implication récente dans le séminaire interprofessionnel, pour l'éducation nationale, et dans le CDSM, pour l'IR, est un progrès. Cela permettra sans doute, d'accentuer la prévention de ces troubles en les dépistant de façon plus précoce et en inscrivant l'enfant dans une prise en charge plus rapide évitant par là même les rejets successifs de l'institution scolaire. D'autre part, l'inscription de l'IR dans la dynamique départementale devrait permettre d'améliorer la prise en charge plurielle du jeune. Même si l'IR est un établissement pluridisciplinaire, il ne peut se passer de partenaires extérieurs, comme ces derniers doivent pouvoir tirer profit de sa présence dans une réflexion commune. Par ailleurs, la diversification des modes de prise en charge, et notamment l'augmentation du nombre de places de SESSAD, ne peut faire l'économie d'une réflexion partenariale tant le fonctionnement optimum de cette modalité de prise en charge est conditionné par l'environnement et son inscription dans un réseau.

Ensuite, force est de constater un certain désarroi des acteurs face à ces adolescents qu'ils ne peuvent atteindre car ils sont bien souvent déscolarisés. L'implication d'acteurs de terrain tels que certaines associations pourraient peut-être permettre d'inciter les adolescents qui ont une souffrance à faire un premier pas vers une démarche de soins.

Enfin, la violence de ces adolescents est souvent une contre-indication à une prise en charge, que ce soit dans le milieu sanitaire ou éducatif. Il n'y a pas ou peu de solutions face à cette violence, laquelle est pourtant symptomatique de ces troubles. Une réflexion dans le sens d'un accueil de ces adolescents violents reste à mener dans le département du Val de Marne...

LISTE DES ABREVIATIONS ET PRINCIPAUX SIGLES UTILISES

ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
AIRE	Association des Instituts de REéducation
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCPE	Commission de Circonscription Pré-scolaire et Elémentaire
CCSD	Commission de Circonscription du Second Degré
CDES	Commission Départementale de l'Education Spéciale
CDSM	Conseil Départemental en Santé Mentale
CFAS	Centre Familial d'Accueil Spécialisé
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
COTOREP	COmmision Technique d'ORientation Professionnelle
CRAMIF	Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France
CREAI	Centre Régional pour l'Enfance et de l'Adolescence Inadaptées
CROSS	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Social
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DERPAD	Dispositif Expert Régional Pour Adolescent Difficile
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
ETP	Equivalent Temps Plein
EREA	Etablissement Régionale d'Education Adaptée
FINESS	Fichier Nationale des Etablissements Sanitaires et Sociaux
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGEN	Inspection Générale de l'Education Nationale
IR	Institut de Rééducation
MECS	Maison d'Enfants à Caractère Social
PIJ	Psychiatrie Infanto-Juvenile
PJJ	Protection Judiciaire de la Jeunesse
RASED	Réseau d'Aide Spécialisée aux Elèves en Difficulté
SAU	Service d'Accueil d'Urgence
SDOS	Schéma Départemental d'Organisation Sanitaire
SEGPA	Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté
SESSAD	Service d'Enseignement et de Soins Spécialisés à Domicile

SROS Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
TCC Troubles du Caractère et du Comportement

BIBLIOGRAPHIE

• **OUVRAGES**

- P. ALVIN, P. JEAMMET, X. POMMEREAU, l'hospitalisation des adolescents : état des lieux et perspectives, , DGS, Fondation de France, Paris 1997
- M. CHAUVIERE, Enfance Inadaptée : l'héritage de Vichy, Paris, éd. Ouvrières, 1980
- M. CHAUVIERE, P. LENOEL, E. PIERRE, protéger l'enfant, raison juridique et pratiques socio-judiciaires (XIXe XX siècle), PUR, 1988
- E. DUPONT LOURDEL, Genèse des annexes XIV, lecture guidée pour accompagner une réforme, IRTS-CNERHI, PUF, 1992
- P.FUSTER, P. JEANNE, enfants handicapés et intégration scolaire, Armand Collin, 1996
- D. KALIFA, L'encre et le sang, récits de crimes et société à la belle époque, , Fayard, 1995
- JM. LHUILLIER, guide de l'aide sociale à l'enfance, droits et pratique, 4^e édition, 1998
- G. ROBIN, l'éducation des enfants difficiles, PUF 1942
- C. WACJMAN, l'enfance inadaptée, anthologie des textes fondamentaux, Privat 1993

• **ARTICLES**

• **Médico-éducatif**

- Instituts de rééducation, des établissements au savoir-faire inconnu, ASH, n°2153, février 2000
- ces « incasables » qui nous dérangent, ASH n°2061, mars 1998
- Ils revendiquent leur spécificité, où vont les instituts de rééducation ? lien social n°404, juin 1997
- quelle réponse aux « incasables » ?, lien social n°393, avril 1997
- Instituts de rééducation et de psychothérapie, places et perspectives, les colonnes d'Epsos, hors série n°10, mars 1998
- les incasables, cahiers de l'ANPASE n°1, février 1995
- un outil de pédagogie institutionnelle qui s'appuie sur la parole, ASH n°512, décembre 1999
- Les enfants difficiles I et II, les cahiers d'interfaces, CREA Ile De France, n°1 et n°2, juin et octobre 1997
- la réforme des annexes XIV, l'action médico-éducative auprès des enfants handicapés est-elle transformée ?, paideusis n°3, novembre 1999
- Education spécialisée, accepter les impasses d'un métier impossible, ASH n°2166, mai 2000

- **santé**
 - Promouvoir la santé et le droit à la santé des enfants confiés aux services de l'ASE, famille et aide sociale à l'enfance, Journal du droit des jeunes n°176, juin 1998
 - La demande de l'adolescent, rhizome n°2, septembre 2000
 - La prise en charge des adolescents en pédiatrie hospitalière, archives de pédiatrie n°7, juillet 2000
 - le travail en équipe comme condition et lieu d'élaboration des soins psychiatriques, pratiques en santé mentale n°1, 1999
 - penser le soin en institut de rééducation, revue trimestrielle de l'ANCE, n°87, juin 1994

- **divers**
 - Mieux articuler le sanitaire et le médico-social, ASH n°2127, juillet1999
 - Le double système de protection de l'enfance : une originalité française, archives et pédiatrie n°7, juillet 2000
 - Enfants en danger, un mal avant tout familial, Libération 20 septembre 2000
 - Les collégiens fantômes, télérama n°2646-27 septembre 2000 document magazine

- **ETUDES ET RAPPORTS**
- **IGAS**
 - Rapport sur les instituts de rééducation, IGAS, janvier 1999
 - Scolariser les jeunes handicapés, IGAS et IGEN, mars 1999

- **INSERM**
 - Attentes et comportements des adolescents, M CHOQUET, S. LEDOUX, INSERM, enquête 1994, éd.1998
 - Enquête nationale sur la population suivie par les secteurs Psychiatrie Infanto Juvénile, CCOMS-INSERM, 1998
 - Les adolescents face aux soins - INSERM et ministère des affaires sociales et de l'intégration, 1992

- **DREES**
 - Les établissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés, activité personnel clientèle et personnel série chronologie 1985 à 1998 Document de travail de la DREES n°7- août 2000, collection statistique, Emmanuel WOITRAIN

- l'ASE : davantage d'actions éducatives et de placements décidés par le juge DREES études et résultats n°46, janvier 2000
- bilan de la sectorisation psychiatrique, document de travail de la DREES n°2- juin 2000
- **ministère de l'éducation nationale**
 - Les classes relais 1999, les dossiers ministère de l'éducation nationale, n°116, juillet 2000
 - Les élèves des dispositifs relais, ministère de l'éducation nationale et ministère de la justice, 1999
- **divers**
 - jeunes en situation de crise, conférence régionale de santé d'Ile de France, novembre 1999
 - Protection de la jeunesse et délinquance juvénile, M RUFIN, rapport au premier ministre, la documentation française, 1996.
 - Adolescence, risque et accidents, A. TUSZ, colloque OMS, CIE 1987
 - Jeunes et action publique : du secteur à la catégorie, P. LONCLE MORICEAU, janvier 2000
- **MEMOIRES**
 - E. BILLOT, l'articulation entre la psychiatrie infanto-juvénile et le secteur médico-social dans les Yvelines, formation IASS, décembre 1999
 - M. DEFRANCE, enjeux et stratégies de diversification des modes de suivi en institut de rééducation, CAFDES, novembre 1998
 - S. GEORGELIN, réintégration scolaire des enfants TCC en Ile et Vilaine et appréciation de leur prise en charge en institut de rééducation, IASS 1995
 - M. KASSOU, créer une section de formation professionnelle en institut de rééducation des adolescents, CAFDES, 1998
 - S. MAUPILIER, comment améliorer la prise en charge des jeunes « au profil frontière » accueillis en institut de rééducation ?, formation IASS, décembre 1998

ANNEXE I LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

- **DDASS**

- Mme BERTHET, inspectrice chargée de l'enfance handicapée
- M ROLLAND, inspecteur chargé des établissements de santé mentale
- M BUCHOLD, inspecteur chargé de l'action sociale en faveur de la famille

- **DRASS**

- Mlle FOURCADE, inspectrice chargée du secteur médico-social d'Ile de France

- **ARH**

- Mme BEAU, chargée de mission chargée de la psychiatrie sur la région

- **EDUCATION SPECIALE**

- L'équipe de la CDES, plus particulièrement, Mme TRECOURT, secrétaire, et Mme RABIER, secrétaire adjointe
- Mme RAJES et Mme , secrétaires de CCSD

- **EDUCATION NATIONALE**

- Mme TESTENOIRE, Inspectrice Académique adjointe
- Mme CHARON, inspectrice de l'Education Nationale
- M MERILLON, directeur de la SEGPA du collège Lurçat
- M ABDO, enseignant responsable de la classe relais de Créteil

- **PROFESSIONNELS DU SECTEUR MEDICO SOCIAL**

- M EL HADDAD, directeur de l'IPR le Coteau
- M SAUZET, directeur de l'IPR du Cèdre Bleu
- M DEFRANCE, directeur de l'IR Clammageran (Essonne), vice président de l'AIRE

- **PROFESSIONNELS DE SANTE**

- M BOURCIER, médecin psychiatre, chef de l'intersecteur 02
- Mlle DUMAY, médecin psychiatre, responsable du CATTG G PERREC
- Mme SAULEAU, cadre infirmière unité Bourneville de la Fondation Vallée
- L'équipe du CMP de BONNEUIL

- **SERVICES DU CONSEIL GENERAL**

- Mme LUBEIGT, directrice adjointe de l'enfance et de la famille, service de l'enfance et des actions éducatives
- M PETE, directeur de la MECS de Vitry

- **SERVICES DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE**

- Mme LANGLET, directrice adjointe de la PJJ du département

- **DERPAD**

- M HERVIEU, médecin psychiatre
- Mme CHINOSI, éducatrice PJJ

- **ASSOCIATIONS**

- AERA, association écoute et rencontre pour adolescent, Cachan
- PEPA, point écoute parent, Champigny

COLLOQUES, SEMINAIRES

- **Les mardis du DERPAD**

- Cycle de conférences « hébergement sous contrainte et contraintes de l'hébergement » ; mardi « deux institutions, trois financements, un même public ? », intervention de M DEFRANCE, et M GUITTIN, directeur du foyer de l'enfance, l'Oustral.

- **SEMINAIRE INTERPROFESSIONNEL**

- Présentation de la situation d'un jeune accueilli au CATTP G. PERREC

- **CDSM**

- Commission enfance et adolescence, préparatoire à la sous-commission adolescence.

- **FORMATION CONTINUE DE SECRETAIRES CCPE, CCSD, CDES**

- Les troubles de caractère et du comportement, M. ZENATI, pédopsychiatre au CMP d'Orly