

Chapitre 2

Adolescence en difficultés : quelques chiffres

DES ANCIENS INSTITUTS DE RÉÉDUCATION AUX NOUVEAUX ITEP

On sait que dans une population générale il y a un petit peu plus de femmes que d'hommes, à quelques pour cent près. On sait aussi que les pathologies du psychisme les plus graves atteignent majoritairement les garçons, comme l'autisme par exemple. C'est aussi ce que l'on observe dans les troubles du comportement, notamment chez les adolescents, où les garçons se trouvent sur-représentés par rapport aux filles. Aucune explication épidémiologique n'apporte de réponses satisfaisantes ; seule la mesure statistique permet de commenter ce phénomène.

Dans leur Rapport sur les instituts de rééducation, Michel Gagneux et Pierre Soutou¹ rappellent quelques chiffres officiels sur le plan national. Ils notent une marge de recouvrement entre institut de rééducation et IMP,

1. Gagneux M., Soutou P., Rapport sur les instituts de rééducation, BOSS n° 99/3 bis, 1999. J'utilise le vocable institut de rééducation lorsqu'il s'agit de données préalables au décret n° 2005-11.

IME, IMPro, ce qui veut dire qu'une partie importante de la clientèle de ces établissements peut être adressée aussi bien à l'un qu'à l'autre. Cela signifie-t-il, *a contrario*, que chacun de ces établissements est équipé pour répondre aussi bien à une série de troubles qu'à une autre ? Les professionnels savent bien que non. Ce phénomène, qui doit être recouper avec le manque de places en institut de rééducation et le nombre d'années scolaires de retard des enfants ou des adolescents concernés, marque une constante, car il y a autant d'indications d'IMP dans les instituts de rééducation que d'indications d'institut de rééducation dans les IMP.

Les instituts de rééducation reçoivent 82,4 % de patients manifestant des troubles du caractère et du comportement (TCC), 6,7 % ayant un retard mental léger, 7,4 % ayant des troubles psychiatriques, alors que les IME/IMP/IMPro reçoivent 6,2 % de leur clientèle ayant des TCC. Cette zone de chevauchement porte sur 7,1 % des cas, ce qui représente quand même 5 600 situations, soit l'effectif total d'une centaine d'établissements de moyenne capacité². Les rapporteurs pensent que ces chevauchements d'indications — ou au moins de présence dans les effectifs — marquent les inadéquations et les ambiguïtés de la notion de QI. Ils notent que « l'effet de ces chevauchements n'est cependant pas neutre, puisqu'ils orientent, plus ou moins suivant les cas, vers la filière du handicap³ ». Le paradoxe de la présence des instituts de rééducation dans les annexes XXIV est que lorsque l'on va en institut de rééducation on échappe, dans la plupart des cas, au moment de la sortie, au secteur du handicap. C'est pourquoi l'AIRe, association des instituts de rééducation, a demandé une annexe spécifique concernant ses établissements, qui néanmoins doivent rester dans le secteur médico-social parce que des soins y sont prodigués. Autre paradoxe ? Ambiguïté supplémentaire ? Il ne semble pas, puisque ce système est celui qui permet la prise en charge des frais de séjour la plus simple par la Sécurité sociale.

D'autres chiffres montrent que les deux tiers des places d'instituts de rééducation en France sont des places d'internat, les autres se répartissant entre les SESSAD annexés aux instituts de rééducation et les SESSAD indépendants ou les rares externats. Dans ces établissements 91,1 % des enfants et des adolescents qui les fréquentent sont scolarisés ou bénéficient d'une préformation professionnelle. 77,6 % de cet effectif est scolarisé à l'intérieur des instituts de rééducation (statistiques SESI).

La durée moyenne du séjour si elle est supérieure à trois ans pour 50 % des effectifs des instituts de rééducation, monte jusqu'à 75 % des effectifs des IME/IMPro. On relève que plus l'âge d'admission est élevé, plus la durée moyenne du séjour est grande. Cela va dans le sens d'un effet certain des actions de prévention liées à l'âge, mais aussi contribue, vraisemblablement, à l'effet de « bouchon » dû à l'application, dans certains établissements, de

2. Enquête DREES n° 280, février 1997. Ces chiffres restent valables pour les ITEP.

3. *Ibid.*, p. 25.

l'amendement Creton⁴. Nous verrons plus loin que ce n'est pas toujours le cas en fonction des projets effectués pour de grands adolescents.

Je n'ai pas pu répertorier de façon sérieuse les données concernant les Centres d'accueil familial spécialisés (CAFS) qui pourtant, aux côtés des IR et des SESSAD reçoivent en complémentarité des enfants qui ont les mêmes difficultés et qui souvent évoluent dans ce réseau informel. De la même façon on manque de données sur les internats qui adoptent une forme séquentielle de fonctionnement, méthode de travail riche en soi d'enseignements cliniques.

En sortie des instituts de rééducation :

- 30 % des enfants et des adolescents regagnent une structure de l'Éducation nationale ;
- 35 % sont orientés vers un établissement pour déficients intellectuels (19,3 %) ou vers un autre institut de rééducation (15,2 %) ;
- 10 % entreprennent une formation à visée professionnelle ;
- 8,5 % regagnent le milieu ordinaire (vie active sans doute, car comment les différencier de ceux qui regagnent une structure de l'Éducation nationale, sauf à distinguer ici les classes n'appartenant pas à l'enseignement adapté, comme les SEGPA) ;
- 2,2 % nécessitent une hospitalisation (sans doute spécialisée) ;
- 1,5 % sont orientés vers un CAT⁵.

On peut comparer les chiffres des classes d'enseignement adapté de l'Éducation nationale à ceux des instituts de rééducation :

- 4 714 CLIS accueillent plus de 50 000 élèves, qui représentent 0,8 % de tous les élèves du primaire (privé et public) ;
- 1 557 sections d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA) reçoivent dans le second degré 112 500 élèves ;
- en sortie, 15,7 % des adolescents présents dans la quatrième et dernière année de SEGPA se retrouvent l'année suivante en CFA pour effectuer leur première année de CAP⁶.

Les rapporteurs rappellent que la circulaire n° 96-167 du 20 juin 1996, relative aux enseignements généraux et professionnels adaptés du second degré, stipule que l'affectation en SEGPA des élèves par les CCSD est possible, « lorsque la scolarisation en collège paraît plus favorable pour l'élève que la scolarisation en établissement médico-éducatif », mais « en revanche les SEGPA n'ont pas à accueillir des élèves au seul titre des troubles du comportement ». En effet, la même administration, par le biais du schéma

4. Seuls 6 % des ITEP recourent à l'amendement Creton (1989). 1,3 % des TCC en relèvent. DREES, n° 390, avril 2005, « Les jeunes adultes relevant de l'amendement Creton ».

5. Enquête DREES n° 280.

6. « Plaidoyers en faveur de la scolarisation des enfants handicapés », ASH, n° 2174, 7 juillet 2000, p. 23.

régional et interdépartemental en faveur des personnes handicapées, établi pour l'Île-de-France en 1999, note que « les SEGPA constituent de fait un dispositif d'intégration important dans la mesure où elles assurent aussi la scolarisation d'adolescents pris en charge dans des structures médico-éducatives ou sanitaires [IMPro, institut de rééducation, SESSAD], ou d'adolescents en attente d'une admission en établissements spécialisés ». Reste donc le problème de l'attente d'une place. L'Île-de-France est une région particulièrement problématique : elle est sous-équipée malgré un nombre relativement élevé d'établissements, sous-équipement relatif à une très forte concentration de population.

Une autre orientation est assez fréquente pour les enfants et les adolescents en quête de place en institut de rééducation. C'est une orientation par défaut, généralement, en maison d'enfants à caractère social, en internat. Les chiffres nationaux manquent. « La direction de l'Enfance du conseil général de Seine-Saint-Denis estime que sur 3 500 enfants de l'Aide sociale à l'enfance, 15 % relèvent d'une prise en charge qui pourrait être partagée avec l'assurance maladie au titre des troubles du comportement », ce qui représente 525 enfants⁷. Or la Seine-Saint-Denis ne possède qu'un seul ITEP de capacité moyenne, en externat, pour adolescents et un SESSAD autonome pour enfants. Cela confirme la répartition hétérogène et une grande disparité des instituts de rééducation sur le territoire national. Mais cela montre aussi une capacité à traiter ce problème de place en investissant les moyens du conseil général à défaut de ceux de l'assurance maladie. C'est aussi marquer les questions récurrentes sur la place des instituts de rééducation, dans ou en dehors des annexes XXIV, établissements de soins ou d'éducation, habilités DDASS ou ayant une double ou triple habilitation en y ajoutant celle de l'ASE et/ou de la Justice.

Le Schéma régional et interdépartemental en faveur des personnes handicapées en Île-de-France, paru sous l'égide de la DRASSIF en 1999, dans sa première phase d'étude centrée sur l'enfance handicapée, nous renseigne sur la situation des enfants et des adolescents manifestant des troubles du comportement dans la région de France la plus urbanisée, la plus densément et la plus diversement peuplée ; celle donc où se concentrent les cas et les difficultés les plus importants. Relevons quelques chiffres, datés de 1995, concernant les adolescents en institut de rééducation. Dix ans plus tard, ces chiffres ne sont pas très différents en ce qui concerne les ITEP.

On note, sur le plan des disparités régionales, des écarts d'équipement. Contrairement à ce que l'on peut penser, malgré leur grand nombre, les équipements d'Île-de-France sont insuffisants. Cette région se classe avant-dernière en France avec 5,61 places pour enfants handicapés par tranche de 1 000 enfants y habitant, alors que la moyenne nationale est de 8,21 places. Les places en institut de rééducation représentent dans la région 8,5 % des places pour handicapés (1 211 places sur un total de 14 260), alors que la moyenne nationale est de 11,3 % (12 810 places sur un total de 113 000).

7. *Ibid.*, p. 31.