

**Les jeunes accueillis
à l'IR Gérard
Forgues :
Analyse des
caractéristiques et
de leur évolution
entre 1996 et 2001**

Décembre 2002

Les jeunes accueillis à l'IR Gérard Forgues : analyse des caractéristiques et de leur évolution entre 1996 et 2001

Etude réalisée pour :

L'Institut de rééducation Gérard Forgues

4, avenue du Pic du Midi

64800 IGON

tél : 05 59 61 10 01 – fax : 05 59 61 17 44

Association des Pupilles de l'Enseignement Public
des Pyrénées-Atlantiques

Etude réalisée par :

Bénédicte MARABET, conseillère technique

CREAHI d'Aquitaine

Espace Rodesse – 103 ter, rue de Belleville

33063 BORDEAUX CEDEX

tél : 05 57 01 36 50 – fax – 05 57 01 36 99

e-mail : info@creahi-aquitaine.org

site internet : www.creahi-aquitaine.org

Décembre 2002

Sommaire

Introduction	3	4.3 – Les parents	27
1 – Caractéristiques socio-démographiques des jeunes	5	4.3.1 – <i>Placements éventuels antérieurs des parents</i>	27
1.1 – Sexe et âge	5	4.3.2 – <i>Situation socio-professionnelle des parents</i>	28
1.2 – Origine géographique	6	5 – La prise en charge dans l'IR Gérard Forgues	31
1.3 – Les bénéficiaires de l'AES	9	5.1 – Modalités d'accueil	31
2 – Prises en charge antérieures et conditions d'admission à l'IR Gérard Forgues	10	5.2 – L'équipe de l'IR Gérard Forgues	34
2.1 – Les prises en charge antérieures	10	5.3 – Prise en charge thérapeutique	35
2.1.1 – <i>Nature des prises en charge antérieures</i>	11	5.4 – Prise en charge éducative	38
2.1.2 – <i>Soins et suivis mis en œuvre lors des prises en charge antérieures</i>	13	5.5 – Scolarité	40
2.1.3 – <i>Aides antérieures de la famille</i>	13	5.5.1 – <i>Situation scolaire lors de l'admission</i>	40
2.2 – Le prescripteur de la mesure actuelle	14	5.5.2 – <i>Intégration scolaire</i>	43
3 – Les motifs de la prise en charge à l'IR Gérard Forgues	16	5.5.3 – <i>Situation scolaire au jour de l'étude ou à la sortie</i>	44
3.1 – Le diagnostic principal	18	5.6 – Assiduité	45
3.2 – Le diagnostic associé	19	5.7 – Durée de la prise en charge	46
3.3 – Les facteurs antérieurs éventuellement étiologiques	21	6 – Orientation après la prise en charge à l'IR Gérard Forgues	48
3.3.1 – <i>Les facteurs organiques</i>	21	6.1 – Raison de la fin de la prise en charge	48
3.3.2 – <i>Les facteurs d'environnement</i>	22	6.2 – Nature des orientations	49
4 – Famille et cadre de vie	24	6.2.1 – <i>Poursuite d'une prise en charge sociale ou médico-sociale</i>	49
4.1 – Cadre de vie des jeunes	24	6.2.2 – <i>Hébergement</i>	50
4.2 – La fratrie	26	6.2.3 – <i>Activité</i>	51
4.2.1 – <i>Taille de la fratrie</i>	26	Conclusion	52
4.2.2 – <i>Rang de l'enfant dans la fratrie</i>	26	Annexes	55
4.2.3 – <i>Autres frères et sœurs pris en charge</i>	27		

Introduction

L'institut de rééducation Gérard Forgues à Igon accueille des enfants de 6 à 16 ans, adressés par la CDES, qui présentent des troubles du caractère et du comportement. L'établissement compte 66 places : 43 en internat, 17 en semi-internat et 6 en SESSAD ¹.

Dans la perspective d'avoir une connaissance affinée du public dont il a la charge pour mieux faire évoluer ses prestations, l'IR a décidé de réaliser une étude sur les jeunes accueillis.

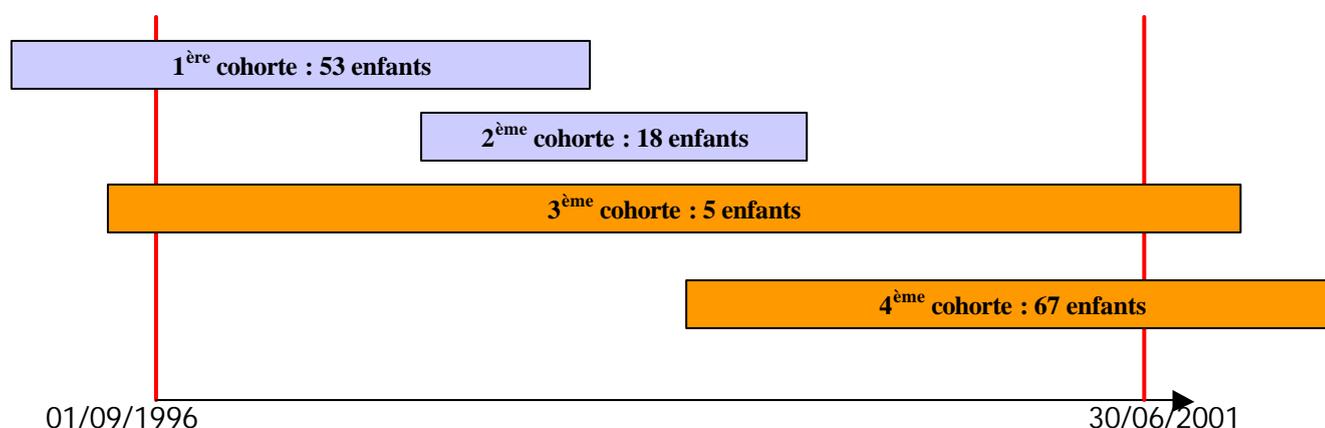
Cette étude de population a concerné les jeunes présents à la date de référence de l'enquête, **le 30 juin 2001**, ainsi que l'ensemble de ceux qui sont sortis au cours des 5 années scolaires précédant cette date (c'est à dire entre le 1^{er} septembre 1996 et le 30 juin 2001).

Mouvements d'entrée et de sortie à Igon

Année d'observation	Nombre de jeunes entrés	Nombre de jeunes sortis
1996/1997	17	19
1997/1998	17	18
1998/1999	20	14
1999/2000	15	20
2000/2001	17	

C'est ainsi que 143 jeunes ont fait l'objet de cette étude, répartis en deux groupes de taille équivalente :

- les jeunes présents, au nombre de 72 (cohortes orange sur le graphique ci-dessous). L'établissement fonctionne donc en sur-effectif par rapport à la capacité agréée
- les jeunes sortis, au nombre de 71 (cohortes mauve)



¹ Dispositif dont nous verrons la particularité au chapitre 5.1 modalités d'accueil

Les caractéristiques des jeunes ont été collectées à l'aide d'une grille individuelle ² élaborée par l'équipe d'Igon et par le CREAHI d'Aquitaine.

Les objectifs attendus d'une telle étude sont multiples :

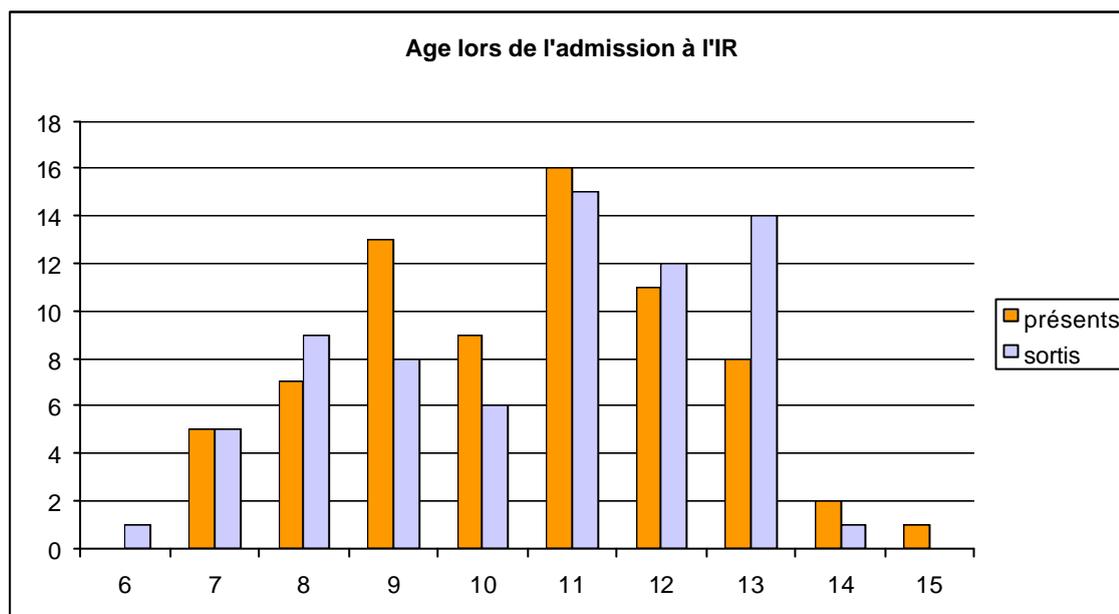
- ☞ Une meilleure connaissance de la population accueillie, en préalable notamment à la (re)définition du projet d'établissement
- ☞ Une comparaison des jeunes présents et des jeunes sortis pour mettre en évidence d'éventuelles évolutions
- ☞ Une analyse des caractéristiques des jeunes au regard de l'agrément de l'IR et des prestations servies pour en vérifier l'adéquation
- ☞ Une réflexion autour des composantes du plateau technique en fonction des besoins
- ☞ La mise en place d'un outil d'observation en continu des publics pris en charge pour faire évoluer le dispositif d'accueil de l'établissement en fonction des nouveaux besoins

² Voir exemplaire de cette grille en annexe 1

1. Caractéristiques socio-démographiques des jeunes

1.1- Sexe et âge

L'amplitude des âges lors de l'admission est importante, elle s'échelonne entre 6 et 15 ans. **Des entrées se font ainsi à tout âge montrant que le recours à une prise en charge en IR peut intervenir à divers moments de la trajectoire d'un jeune.**



On note un pic important à 11 ans, âge qui marque la fin de la scolarité en primaire. Les difficultés de l'enfant rendent son passage au collège peu envisageable, elles conduisent les CCPE à solliciter la CDES pour le retirer du circuit scolaire ordinaire et procéder à un placement.

L'âge moyen à l'admission reste remarquablement stable : 10 ans et demi tant pour les jeunes présents que sortis. **Toutefois, il semblerait que les entrées avant 11 ans aient tendance à devenir plus fréquentes** : 48% des présents sont concernés contre 41% des jeunes sortis.

Les garçons sont largement représentés parmi la population accueillie, même si la place réservée aux filles devient plus importante :

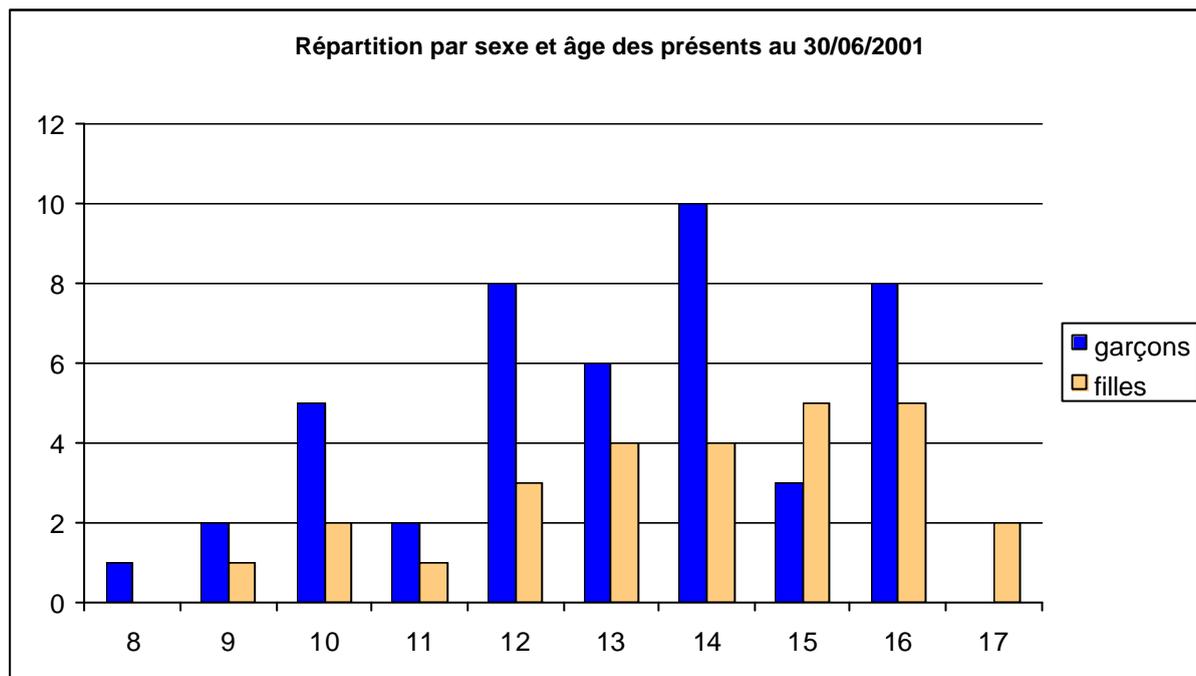
- pour les présents : 63,4% de garçons pour 36,6% de filles
- pour les jeunes sortis : 78,9% de garçons pour 21,1% de filles

Cette sur-représentation masculine est une constante dans cette catégorie d'établissement ; ainsi au niveau national, on compte 77% de garçons pour 23% de filles ³.

³ *Les établissements et services en faveur des enfants et adolescents handicapés en 1996*. Service des statistiques, des études et des systèmes d'information - Document statistique n° 280, février 1997, Ministère du Travail et des Affaires sociales.

Le sexe n'a pas d'effet sur l'âge moyen à l'admission qui s'élève toujours à 10 ans et demi que l'on considère les filles ou les garçons.

Par contre, si l'on observe l'âge des présents au jour de l'étude, on constate que les garçons ont, en moyenne, 13 ans alors que les filles sont, en moyenne, un peu plus âgées : 13,8 ans. Il apparaît donc que les durées de séjour ne sont pas les mêmes pour les garçons que pour les filles, ces dernières restant plus longtemps prises en charge à l'IR (comme nous le vérifierons plus loin).



1.2 - Origine géographique

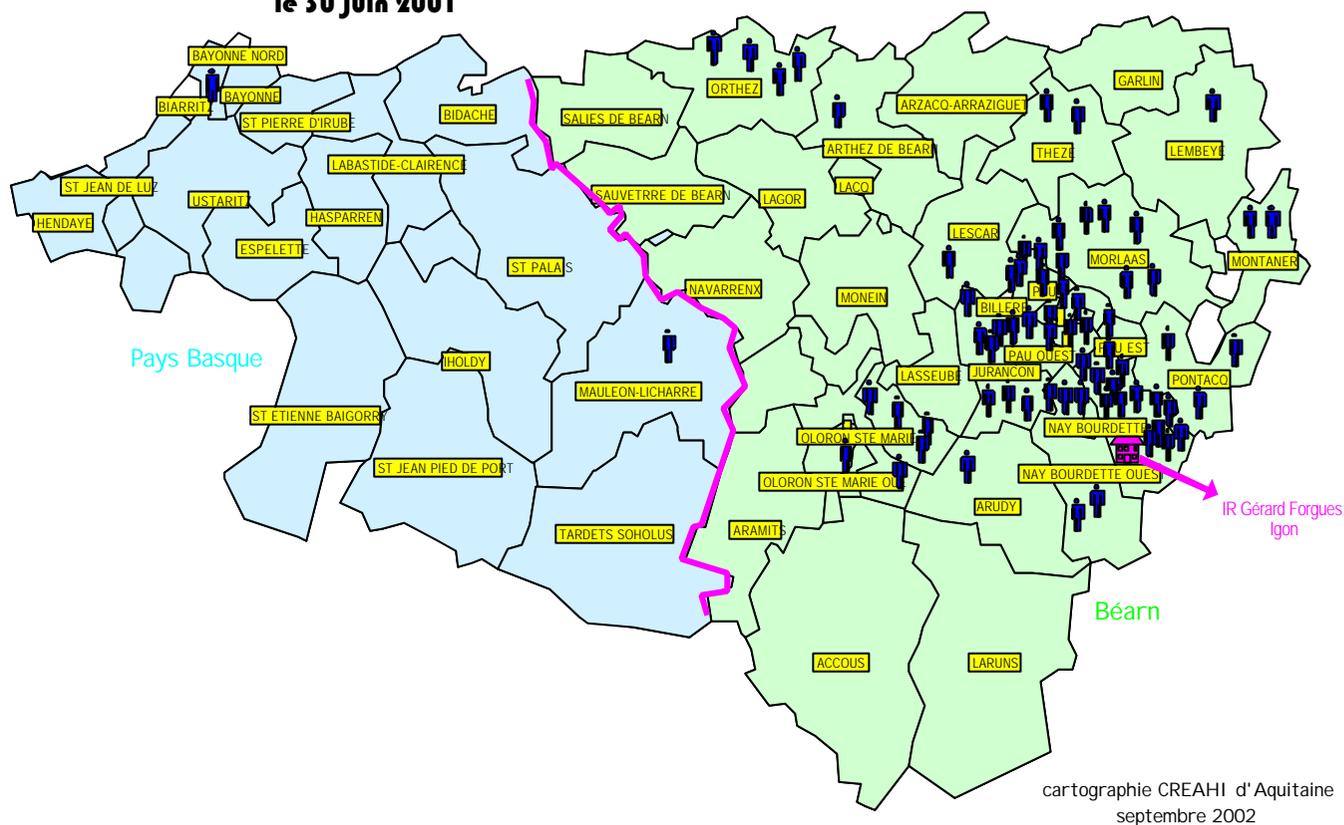
La population reçue à l'IR d'Igon provient, en grande majorité, de l'Est du département et particulièrement de la région paloise.

La comparaison présents/sortis montre une tendance légère au renforcement de cette concentration.

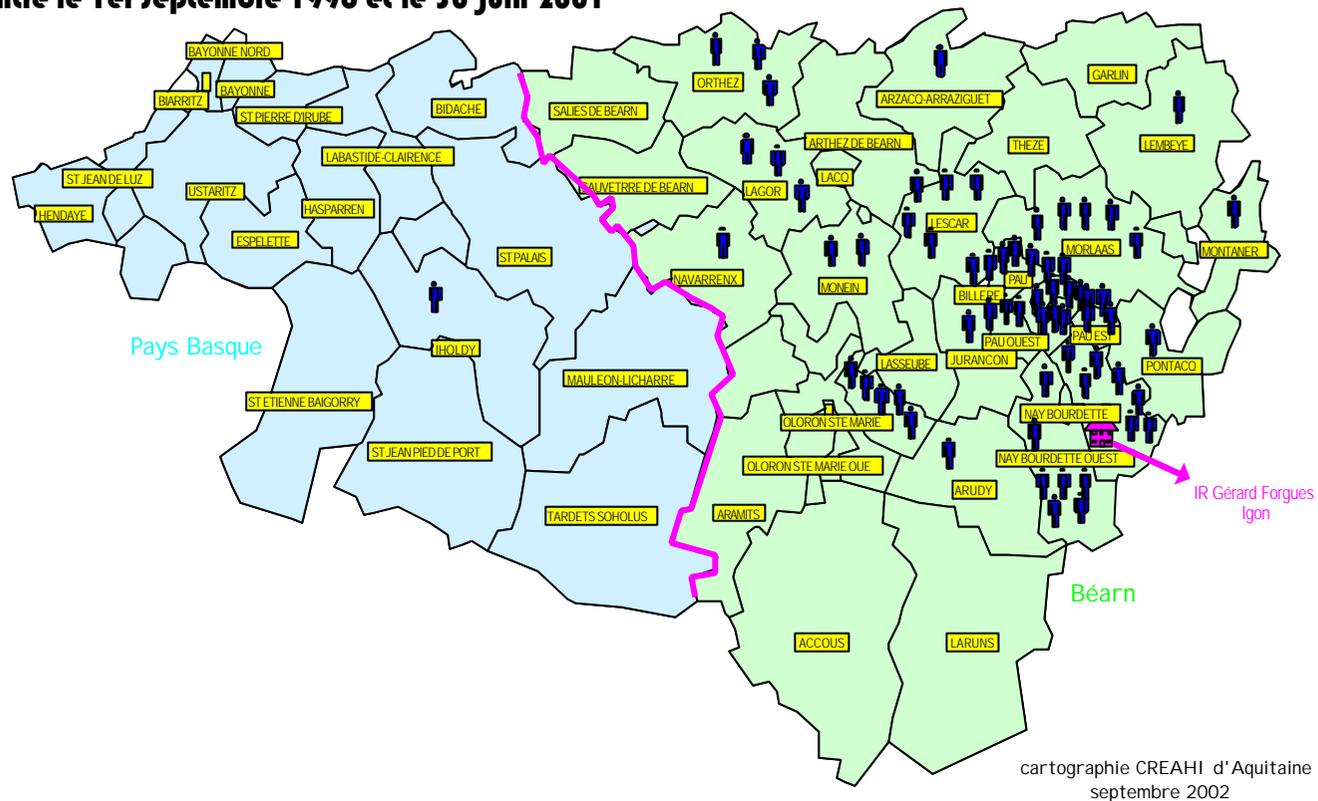
L'accueil de jeunes du pays basque reste exceptionnel (notons que, selon la CDES des Pyrénées-Atlantiques, seuls 10% des jeunes accueillis dans les IR béarnais sont originaires du pays basque et sont préférentiellement confiés aux établissements dont l'implantation dans la partie Ouest du Béarn en facilite l'accès).

Voir cartes pages suivantes

**Origine géographique des jeunes pris en charge à l'IR d'Igon
le 30 juin 2001**



**Origine géographique des jeunes sortis de l'IR d'Igon
entre le 1er septembre 1996 et le 30 juin 2001**



1.3 - Les bénéficiaires de l'AES

Le nombre de bénéficiaires de l'AES, déjà très faible parmi les jeunes sortis (10%) est en baisse puisque seuls 3% des présents sont concernés par cette allocation.

Plusieurs facteurs peuvent entrer en ligne de compte. Nous les citons à titre d'hypothèse :

- **modalités d'attribution devenues plus restrictives** (qu'il s'agisse d'un changement de politique propre à la CDES des Pyrénées-Atlantiques ou concernant l'ensemble des CDES). *Il faut préciser qu'une réforme de l'AES est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2002⁴. Toutefois, cette réforme concerne exclusivement les compléments à l'AES qui passent de 3 à 6 catégories ainsi que leurs conditions d'attribution. Le droit à l'un ou l'autre de ces compléments est ouvert si l'état de l'enfant handicapé conduit ses parents à diminuer leur activité professionnelle ou à avoir recours à une tierce personne et/ou expose les parents à des dépenses particulièrement coûteuses. Cette réforme ne devrait donc pas avoir d'impact sur la population reçue à Igon.*
- **incapacité plus souvent évaluée à un taux inférieur à 50%** ou encore incapacité plus souvent considérée comme temporaire (« handicap susceptible de disparaître dans un délai inférieur à un an »), caractéristiques qui n'ouvrent pas légalement de droit à l'attribution de l'AES.

⁴ Décret n°2002-422 du 29 mars 2002, arrêtés du 29 mars 2002 et du 24 avril 2002.

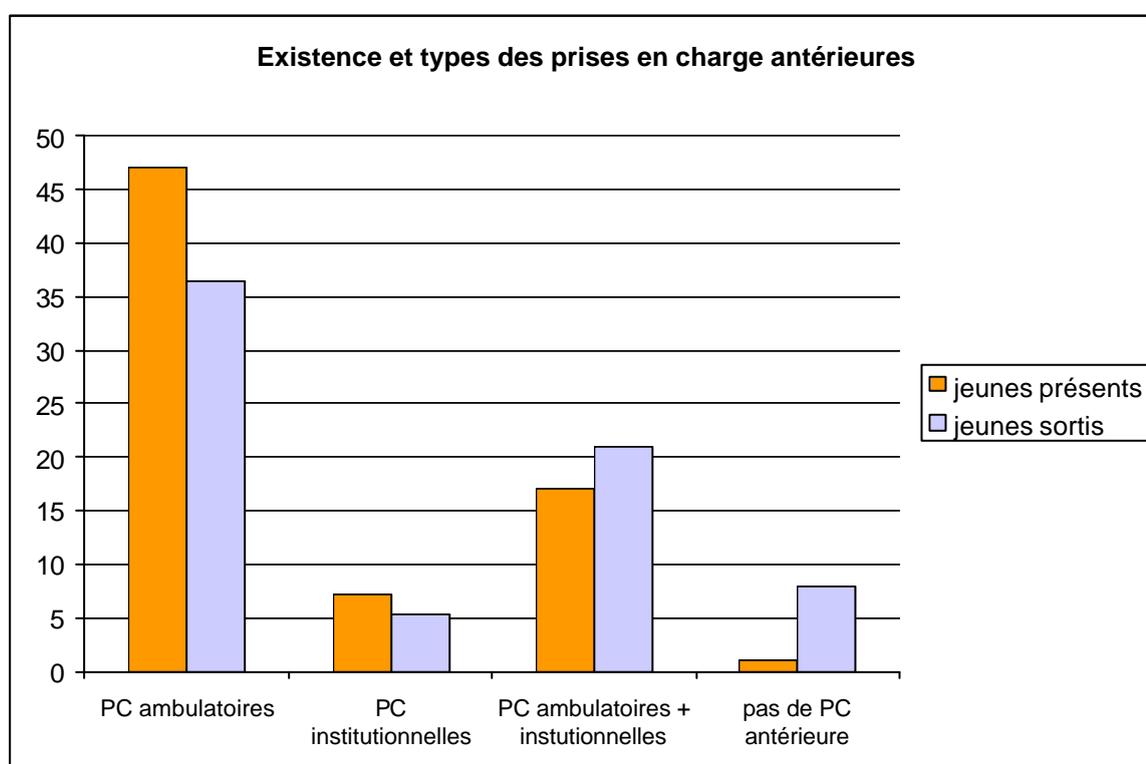
2 - Prises en charge antérieures et conditions d'admission à l'IR Gérard Forgues

2.1 - Les prises en charge antérieures

Les admissions directes à l'IR Gérard Forgues, sans qu'aucune mesure antérieure n'ait été prise, étaient très rares pour les jeunes sortis (6 jeunes dans ce cas), elles sont maintenant quasiment inexistantes (un seul présent concerné). **L'IR est une étape dans le traitement de l'enfant et son évolution mais n'est pas, la plupart du temps, une solution de première intention.**

Cette « systématisation » de la mise en place de mesures de prise en charge avant l'admission en IR traduit deux phénomènes :

- la recherche, avant l'institutionnalisation d'un jeune, d'une solution en milieu ordinaire conformément aux directives sur les prises en charge des enfants en difficulté
- la difficulté à faire admettre un enfant en IR qui amène, dans l'attente d'une place vacante, à mettre en place des réponses plus ou moins satisfaisantes



L'expérience la plus commune reste le suivi ambulatoire. Néanmoins, le tiers des enfants présents ont déjà connu des prises en charge institutionnelles.

Par ailleurs, la multiplicité des prises en charge antérieures est souvent la règle. Ainsi 60,5% des jeunes sortis et 66,7% des présents ont bénéficié d'au moins 2 mesures avant leur arrivée à Igon.

2.1.1 - Nature des prises en charge antérieures

Nature des prises en charge antérieures

	Présents		Sortis	
	effectif	%	effectif	%
RASED	13	18,1	10	14,1
Soins et suivi ambulatoires	55	76,4	44	62,0
CAMSP	-	-	1	1,4
CMP-CATTP	25	34,7	25	35,2
CMPP	27	37,5	22	31,0
Psychiatre libéral	11	15,3	4	5,6
Rééducateur libéral	12	16,7	5	7,0
SESSAD	1	1,4	1	1,4
Prises en charges institutionnelles	22	30,6	21	29,6
IR	4	5,6	5	7,0
Hôpital de jour	19	26,4	18	25,4
IME	-	-	1	1,4
Protection enfance	20	27,8	29	40,8
AED	9	12,5	8	11,3
AEMO	10	13,9	19	26,8
IOE ⁵	1	1,4	2	2,8
Placement familial	3	14,2	6	8,5
MECS	3	4,2	5	7,0
Suivi ASE sans précision	8	11,1	9	12,7

Note de lecture du tableau :

- Un même enfant peut avoir eu plusieurs prises en charge de même nature (exemple dans les prises en charge ambulatoires : CMPP + rééducateur libéral). Dans ce cas, il est dénombré pour chacune des interventions dont il a bénéficié mais une fois seulement dans le décompte général de la rubrique. Ce qui implique que la somme des pourcentages et des effectifs, au sein de chaque rubrique, soit supérieure aux totaux de la rubrique (ligne en gras).
- Par ailleurs, un même enfant peut également avoir bénéficié de plusieurs prises en charge dans différentes rubriques (exemple : CMPP dans les prises en charge ambulatoires + AEMO dans les mesures de la protection de l'enfance). Dans ce cas, il est répertorié dans chacune de ces rubriques, ce qui explique que la somme des pourcentages en gras soit supérieure à 100 %.

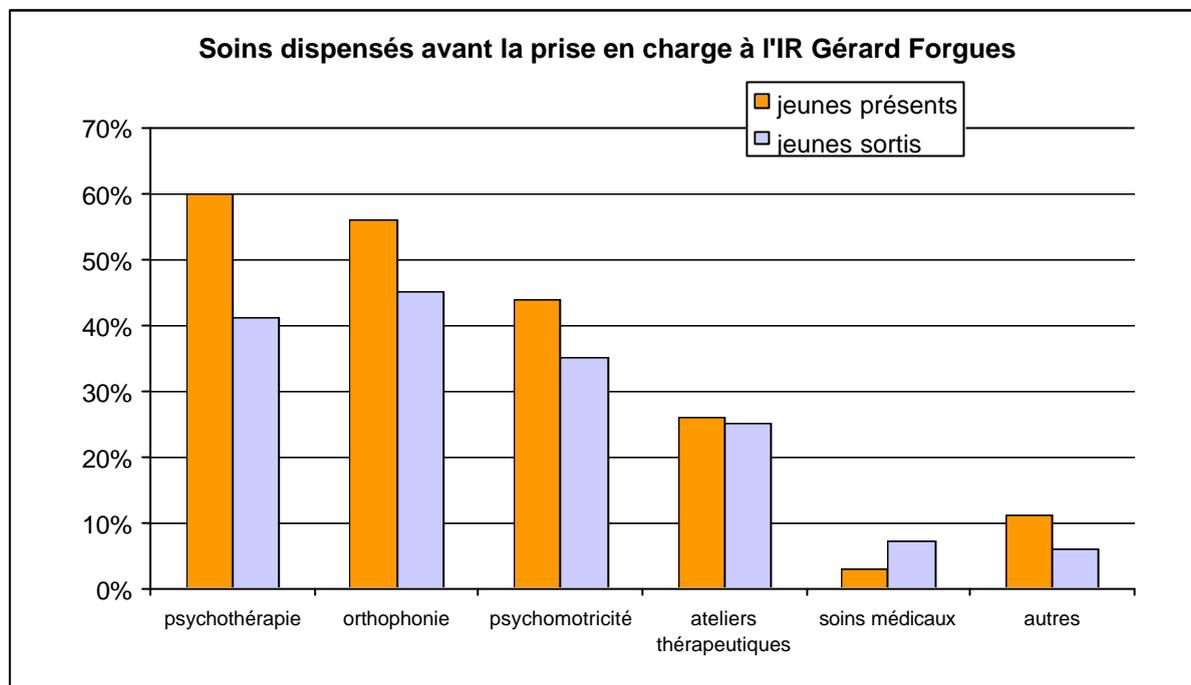
⁵ IOE : investigation et orientation éducative

Ces interventions antérieures sont caractérisées par une très grande diversité, nous pouvons noter:

- une augmentation des prises en charge ambulatoires parmi les jeunes présents. On observe plus précisément **une progression des prises en charge antérieures réalisées par des intervenants du secteur libéral (psychiatre ou orthophoniste) qui passent de 13 à 31% ainsi que par le CMPP.**
- **des prises en charge en institution qui restent stables**, elles ont été mises en oeuvre dans leur très grande majorité par un hôpital de jour : un quart des jeunes présents ou sortis sont ainsi concernés.
- **une baisse du nombre d'enfants ayant bénéficié d'une mesure de protection** judiciaire (particulièrement AEMO) qui, nous le verrons plus tard, n'est pas corroborée par une diminution des difficultés dans la sphère familiale.

2.1.2 – Soins et suivis mis en œuvre lors des prises en charge antérieures

En parallèle à ces évolutions, une augmentation des soins (de toute nature) dispensés avant l'admission à Igon est observée.



Les psychothérapies, les rééducations en orthophonie et en psychomotricité sont ainsi en progression et concernent respectivement 60, 56 et 44% des présents. Cette progression peut être reliée à l'augmentation des prises en charge réalisées par les psychiatres et orthophonistes libéraux d'une part et par les CMPP d'autre part.

Par contre, les « soins médicaux » (dont la teneur n'est pas précisée) enregistrent une légère baisse mais sont globalement peu pratiqués.

Par ailleurs, quelques jeunes ont bénéficié de soutien scolaire (proportion à la hausse) parfois associé à une approche psychopédagogique.

2.1.3 – Aides antérieures de la famille

Certaines familles ont parfois bénéficié d'une aide spécifique avant que leur enfant soit admis à l'IR (en dehors de celles dont les enfants ont été suivis en AED ou AEMO).

Le nombre de familles concernées est en baisse : 51% parmi les jeunes sortis et 28% parmi les présents.

Cette baisse concerne particulièrement les services sociaux dont les interventions auprès des familles (hors mesures dans le cadre de la Protection de l'Enfance) sont passées de 30 à 17%. Les entretiens psychologiques et les thérapies enregistrent également une baisse mais de moindre ampleur (de 17 à 11%).

Des aides d'autres natures sont parfois mentionnées mais ne concernent chacune qu'une ou deux familles : suivi par la PMI, séjour en établissement d'accueil mère-enfant ou encore prise en charge d'un des parents en hôpital de jour.

2.2 - Le prescripteur de la mesure

L'admission à l'IR Gérard Forgues, comme dans tous les établissements médico-sociaux pour les enfants relevant des annexes XXIV (du décret n°89-798 du 27 octobre 1989), se fait sur décision de la CDES. Toutefois, il est intéressant de repérer quel intervenant (spécialisé ou de l'entourage de l'enfant) a été à l'origine de la saisine de la CDES.

Intervenant à l'origine de la prise en charge				
	Présents		Sortis	
	<i>effectif</i>	%	<i>effectif</i>	%
Ecole	13	18,8	11	16,7
Famille	4	5,6	2	2,8
CMP-CMPP	27	37,5	27	38,0
Psychiatre libéral	4	5,6	2	2,8
IR	1	1,4	4	5,6
Hôpital de jour	13	18,1	11	15,5
AED	1	1,4	2	2,8
AEMO	5	6,9	5	7,0
Juge des enfants	2	2,8	3	4,2
Autre	-	-	1	1,4
Non précisé	2	2,8	3	2,8
TOTAL	72	100,0	71	100,0

Pour les jeunes accueillis à l'IR d'Igon, le principal prescripteur de la prise en charge à l'IR est un CMP ou un CMPP : 37 à 38% d'entre eux sont concernés.

Ce prescripteur garde une place stable sur toute la période d'observation.

En ce qui concerne les autres organismes ayant préconisé la mesure, leur part respective évolue globalement peu entre les jeunes présents et les jeunes sortis.

Notons, toutefois, une moindre place des orientations demandées par des services relevant de la protection de l'enfance (ASE ou PJJ) qui passent de 14% pour les jeunes sortis à 11% pour les présents, évolution également en lien avec les constats faits sur la nature des prises en charge antérieures.

La place de l'école dans ce signalement tend à devenir plus importante. On peut supposer que, dans les faits, c'est l'école qui repère la grande majorité des difficultés de comportement mais qu'avant l'admission à l'IR d'autres intervenants entrent en jeu.

Pour la mise en œuvre d'une politique de prises en charge précoces, il est évident que la vigilance de l'école et la sensibilisation des enseignants au repérage des premiers symptômes des élèves est une question centrale.

D'autre part, il faut souligner que la famille n'est que très rarement **directement** à l'initiative de la prise en charge, d'autant plus que ce placement en IR n'est pas la première mesure dont leur enfant bénéficie.

Par ailleurs, signalons que le placement de l'enfant à l'IR Gérard Forgues se fait dans les délais prévus par la notification dans la quasi-totalité des cas : seuls 4 jeunes sortis et 2 jeunes présents ont du patienté avant leur admission sur une liste d'attente.

3 - Les motifs de la prise en charge à l'IR Gérard Forgues

La CFTMEA, classification française des troubles mentaux des enfants et des adolescents, a été l'outil retenu pour approcher les pathologies dont sont atteints les jeunes accueillis à Igon.⁶

Cette classification est bi-axiale, elle s'articule ainsi autour d'un **axe I consacré aux catégories cliniques** et d'un **axe II consacré aux facteurs associés ou antérieurs éventuellement étiologiques**.

Elle a « pour ambition de répondre aux nécessités de la comparabilité, donc aux exigences de la critérisation, sans renoncer aux études évolutives et à l'approche psychopathologique, dans ses applications à l'enfant et à l'adolescent »⁷.

La CFTMEA permet de « dégager des syndromes, des organisations, des perturbations qui se distinguent les unes des autres par leur nature et leurs virtualités évolutives »⁸.

Cette nomenclature est, en outre, bien connue des psychiatres des IR qui doivent classer les pathologies pour les autorités de contrôle dans le cadre d'enquêtes épidémiologiques ou administratives.

Rappelons que les IR prennent en charge « des enfants et 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 la scolarité »⁹.

Le rapport de l'IGAS¹⁰ sur les IR souligne que cette définition mériterait d'être clarifiée en raison de la double difficulté, d'une part, à dire ce que sont les troubles du comportement mais aussi, d'autre part, à fixer les limites de « l'intelligence normale ».

En effet, les textes réglementaires ne donnent pas plus de précision sur les enfants concernés par l'intervention des IR et, comme le fait toujours remarquer l'IGAS, la circulaire qui fait suite à ces annexes définit « en creux » la population visée en la différenciant de celle des établissements sociaux : « l'objet de ces établissements (les IR) n'est pas d'accueillir des enfants en difficulté sociale sauf dans le cas où, éventuellement, du fait de

⁶ Depuis sa première parution en 1987, cette classification a été plusieurs fois révisée sous la direction du Professeur Misès. La dernière et 4^{ème} révision, qui date de 2000, a été utilisée pour ce travail (diffusion CTNERHI).

⁷ Serge LÉBOVICI, Introduction à la Classification française des troubles mentaux des enfants et des adolescents, Flash Information, CTNERHI, 1993.

⁸ Roger MISES, Classification française des troubles mentaux des enfants et des adolescents : présentation générale, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, pp 523-539, n°10-11, octobre-novembre 1990

⁹ Annexe XXIV du décret n° 89-798 du 27 octobre 1989

¹⁰ Michel GAGNEUX et Pierre SOUTOU, Rapport sur les instituts de rééducation.- IGAS, Rapport n° 1999006, janvier 1999

ces difficultés, ces enfants présentent des déficits ou des troubles nécessitant la mise en œuvre d'une éducation spécialisée ou d'un projet thérapeutique »¹¹.

En 1999, au cours de journées d'études sur les IR¹², Saül Kartz revenait sur cette difficulté à définir les troubles du comportement « *la question de l'absence de définition des troubles du comportement apparaît comme un symptôme particulier : définition introuvable... la définition des troubles du caractère et du comportement est peut-être aussi difficile parce qu'il ne s'agirait pas d'une configuration exclusivement médicale, ni uniquement juridique avec les habituelles connotations organicistes, contrôlables, évaluables [...] L'appellation troubles du comportement est inutilisable sans un recours à des critères sociaux, idéologiques et culturels* ».

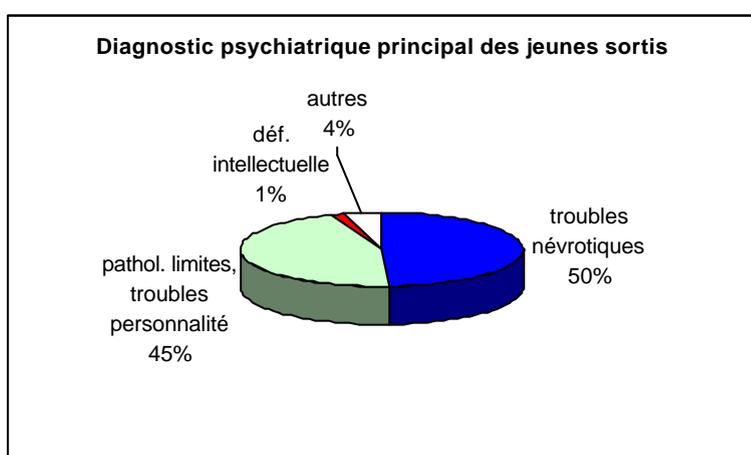
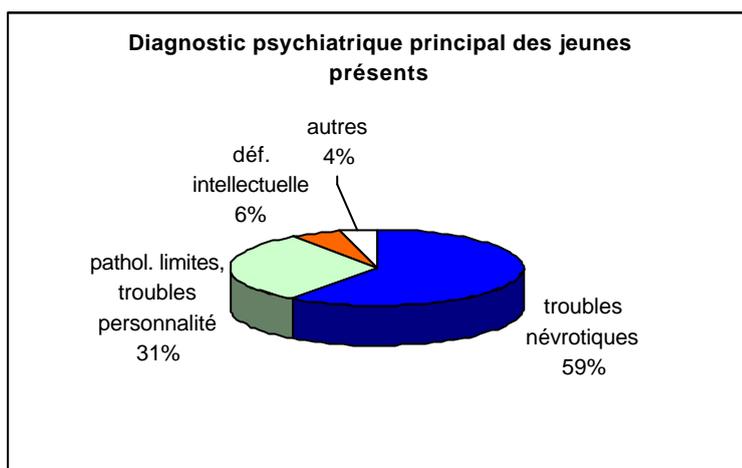
Il n'en demeure pas moins que, malgré cette définition introuvable et outre le contexte familial et socio-culturel et les éventuelles pathologies organiques (pris en compte par l'axe II de la CFTMEA), les praticiens ont à cœur de chercher un sens aux comportements plus ou moins « déviants » par rapport à la moyenne (pas forcément par rapport à la normale) qui sont à l'origine des orientations en IR.

Ainsi, les IR ne sont pas seulement un lieu éducatif mais aussi et surtout un lieu de prise en compte de la souffrance psychique des enfants et adolescents qui y sont admis. Il est donc nécessaire d'analyser leurs caractéristiques psychopathologiques, de faire un diagnostic.

¹¹ Circulaire n°89-17 du 30 octobre 1989

¹² L'institut de rééducation au carrefour des demandes, 4èmes journées d'études organisées par l'association des instituts de rééducation, 22 et 23 novembre 1999

3.1 - Le diagnostic principal ¹³



En majorité, les jeunes accueillis à l'IR d'Igon présentent des troubles névrotiques.

Ce diagnostic est, d'ailleurs porté plus souvent pour les présents (59%) que pour ceux qui sont sortis (50%). Cette hausse se fait au détriment des "pathologies limites" et autres troubles de la personnalité qui concernent, néanmoins, un autre groupe important en dépit de sa diminution (il passe de 45 à 31%).

Dans le détail, des modifications assez sensibles concernant le diagnostic porté sont constatées sans que l'on puisse préciser s'il s'agit de tendances qui vont se maintenir :

- **hausse** des troubles névrotiques évolutifs avec prédominance des inhibitions (passant de 9% à 25%) et de certaines pathologies limites avec dominance des troubles de la personnalité ¹⁴ (de 9% à 17%)
- **baisse** des dysharmonies évolutives (de 19% à 11%), des pathologies limites à dominante comportementale ¹⁵ (de 13% à 3%) ainsi que des dépressions névrotiques (de 12% à 4%)

¹³ Voir tableau détaillé en annexe

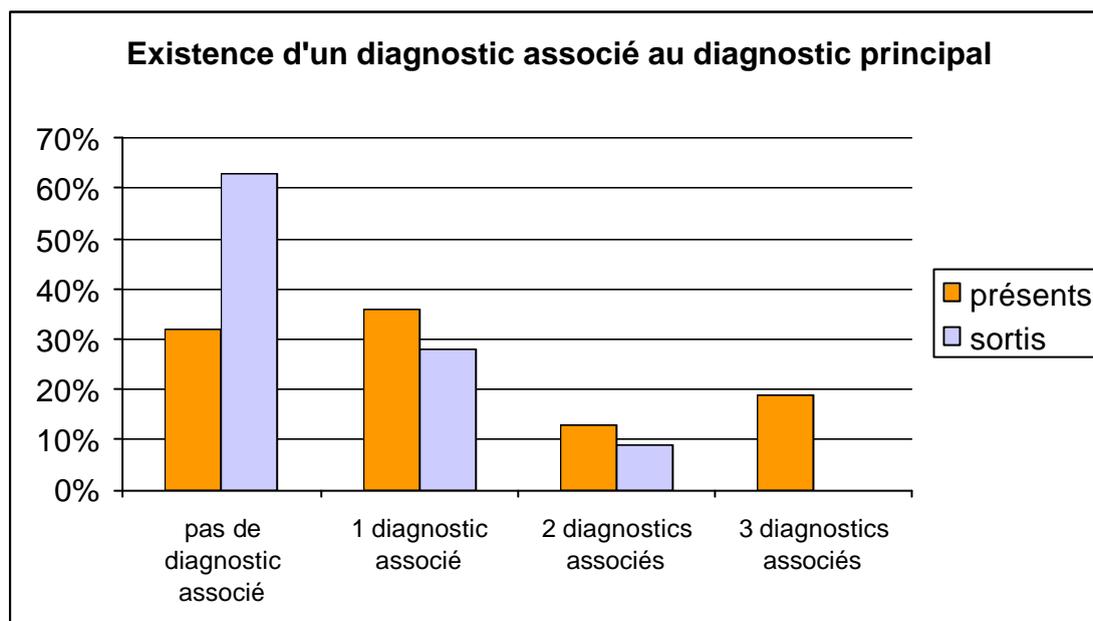
¹⁴ Troubles dont les traits les plus caractéristiques associent une souffrance dépressive avec incapacité de recevoir une aide, un défaut de l'estime de soi, des angoisses de séparation, un retard du développement affectif, des tendances régressives.

¹⁵ Troubles dominés par la tendance à l'agir, les troubles de la conduite dans les échanges avec autrui, le défaut de contrôle, le déni des règles sociales, la répétition des échecs, le défaut d'influence des sanctions

3.2 - Le diagnostic associé

Un ou plusieurs diagnostics associés peuvent compléter ce diagnostic principal. **Le nombre d'enfants concernés paraît en forte augmentation : 35,2% des jeunes sortis avaient au moins un trouble ou une pathologie associé à leur diagnostic principal, alors que 63,9% des présents sont dans ce cas.**

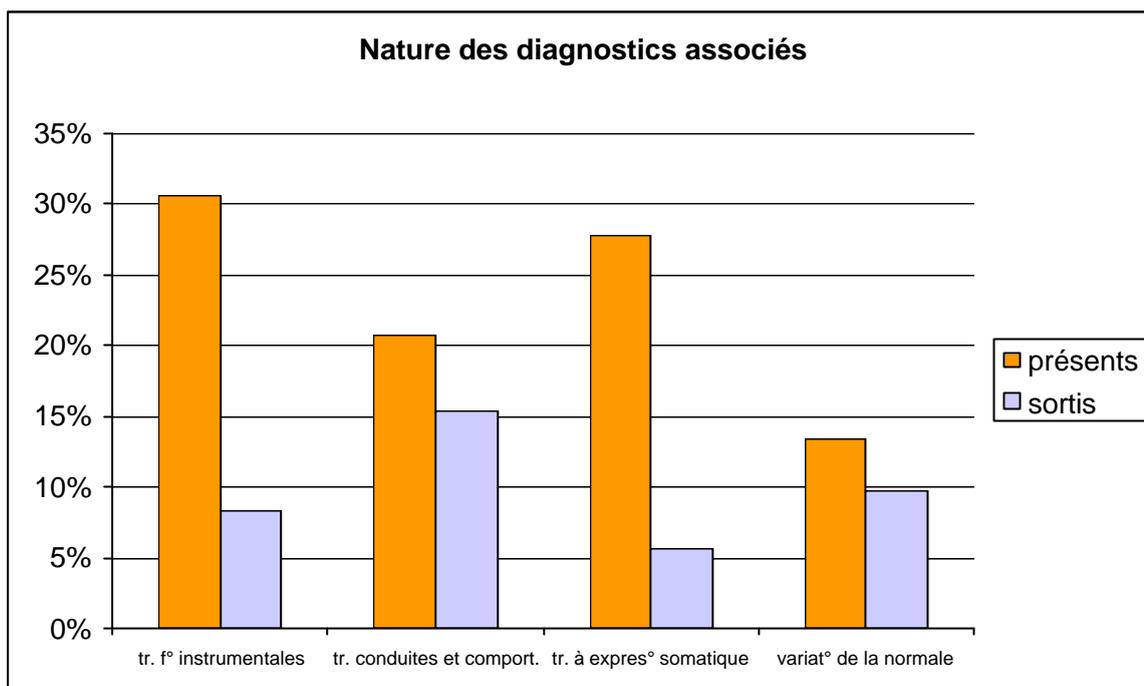
Outre l'évolution du public reçu, on peut penser qu'il y a eu une sous-déclaration de ces diagnostics associés pour les jeunes sortis.



De plus, le nombre de diagnostic associé par enfant est plus élevé parmi les présents, un tiers d'entre eux en ayant au moins 2. L'utilisation de plusieurs diagnostics associés constitue une liberté par rapport à la stricte application de la classification où il n'est prévu de recourir qu'à une seule catégorie complémentaire mais cette liberté prise permet, dans le cadre de cette étude, une description plus fine de l'ensemble des symptômes des enfants reçus à l'IR.

Certains diagnostics principaux sont plus fréquemment associés à un diagnostic complémentaire que d'autres. Ainsi parmi les présents, 77% de ceux qui présentent une « pathologie limite ou troubles de la personnalité » ont un diagnostic associé contre 60% de ceux qui souffrent de troubles névrotiques.

A l'inverse parmi les jeunes sortis, la probabilité d'avoir un diagnostic associé restait constante quel que soit le diagnostic principal.



Dans toutes les catégories, les présents sont plus nombreux à souffrir de ces troubles associés ¹⁶. Trois d'entre eux apparaissent chacun chez 20 à 30% des présents :

- **les troubles des fonctions instrumentales** avec, notamment, les troubles du langage, les troubles cognitifs des acquisitions scolaires (toutefois, moins d'un enfant sur 7 est concerné ***donc les potentialités d'apprentissage restent pour la grande majorité conservées***) et les retards moteurs
- **les troubles à expression somatique**, le plus souvent il s'agit d'énurésie, ce qui est « classique » pour ce type de population
- **les troubles des conduites et des comportements** parmi lesquels les troubles alimentaires. Globalement, ces troubles sont caractérisés par une grande diversité et sont plutôt tournés contre soi-même que contre les autres.

¹⁶ Voir tableau détaillé en annexe

3.3 – Les facteurs antérieurs éventuellement étiologiques

Deux catégories de facteurs éventuellement étiologiques viennent compléter ce tableau clinique :

- les facteurs organiques
- les facteurs d'environnement.

3.3.1 – Les facteurs organiques

La présence de facteurs organiques a été signalée pour 18% des jeunes présents, en nette progression donc puisque seuls 8,5% des jeunes sortis étaient concernés.

Nature des facteurs organiques¹⁷

	Présents		Sortis	
	effectif	%	effectif	%
Jeunes présentant un ou plusieurs facteurs organiques	13	18,1	6	8,5
<i>Facteurs périnataux</i>	4	5,6	2	2,8
<i>Maladies génétiques ou congénitales</i>	2	2,8	-	
<i>Infirmités et affections somatiques invalidantes</i>	4	5,6	4	5,6
<i>Convulsions et épilepsie</i>	3	4,1		
<i>Antécédents de maladies somatiques pendant l'enfance</i>	1	1,4	1	1,4
Jeunes ne présentant pas de facteurs organiques	59	81,9	65	91,5
TOTAL	72	100,0	71	100,0

Note de lecture du tableau : Un même enfant peut avoir eu plusieurs facteurs organiques. Dans ce cas, il est dénombré dans chacun des facteurs concernés mais une fois seulement dans la ligne « jeunes présentant un ou plusieurs facteurs organiques » (ce qui explique que la somme des effectifs et pourcentages par rubrique soit supérieure aux totaux indiqués dans la ligne récapitulative en gras).

Près d'un jeune sur 5 (18%) souffre donc d'une pathologie organique ou a été victime de difficultés périnatales, ce qui semble relativement important pour une population d'IR¹⁸.

Toutes les rubriques de la classification sont représentées parmi les présents à l'exception des « atteintes cérébrales post-natales » et des « facteurs anténataux d'origine maternelle ».

¹⁷ Voir tableau détaillé en annexe

¹⁸ A titre de comparaison, seulement 5% des usagers des IR du Lot-et-Garonne étaient concernés par un facteur organique (étude CREAHI Aquitaine – 1995) et 9% dans les IR de la région Pays de Loire (étude du CREAHI Pays de Loire – janvier 2002)

Les atteintes organiques dont sont porteurs ces jeunes impliquent, en général, un suivi médical important.

Nous constatons, en outre, que la comitialité ne constitue pas une contre-indication à l'IR Gérard Forgues comme elle a pu l'être longtemps dans de nombreux établissements médico-sociaux.

3.3.2 – Les facteurs d'environnement

N.B. Le repérage des facteurs d'environnement n'a pas été fait pour les enfants sortis (en raison de l'arrivée récente du psychiatre actuel dans l'établissement), ce qui limite évidemment l'analyse comparative.

Des facteurs d'environnement ont été signalés pour 85% des présents. Ces facteurs sont, la plupart du temps, multiples : pour près des deux-tiers des jeunes, 3 facteurs ou plus ont été repérés. Soulignons, l'aspect cumulatif des facteurs d'environnement traumatisants, caractéristiques des populations bénéficiant de mesure de protection de l'enfance comme cela a été précédemment le cas de 25% des jeunes présents.

Nature des facteurs d'environnement ¹⁹

	Présents		Sortis	
	effectif	%	effectif	%
Jeunes présentant un ou plusieurs facteurs d'environnement	61	84,7		
<i>Troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille</i>	39	54,2		
<i>Carences affectives et socio-éducatives</i>	47	65,3		
<i>Mauvais traitements et négligences graves</i>	10	13,9		
<i>Evénements entraînant la rupture des liens affectifs</i>	15	20,8		
<i>Contexte socio-familial particulier</i>	35	48,6		
Jeunes ne présentant pas de facteurs d'environnement	11	15,3		
TOTAL	72	100,0		

Note de lecture du tableau : *Un même enfant peut avoir eu plusieurs facteurs d'environnement. Dans ce cas, il est dénombré dans chacun des facteurs concernés mais une fois seulement dans la ligne « jeunes présentant un ou plusieurs facteurs d'environnement » (ce qui explique que la somme des effectifs et pourcentages par rubrique soit supérieure aux totaux indiqués dans la ligne récapitulative en gras).*

¹⁹ Voir tableau détaillé en annexe

Trois catégories de facteurs sont très fréquemment relevées :

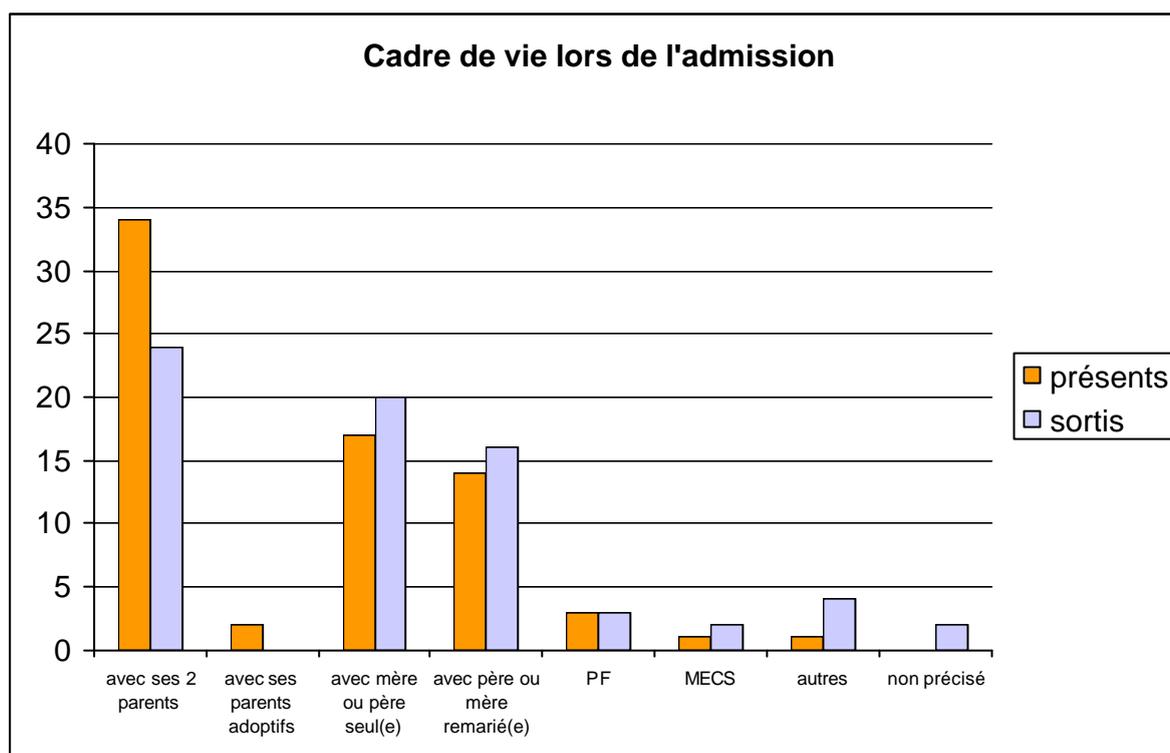
- **les carences affectives, éducatives, sociales et culturelles** qui touchent 65% des jeunes
- **les troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille** constatées chez 54% des jeunes (pour plus d'un quart des jeunes, ces perturbations familiales sont reliées à un alcoolisme ou à une toxicomanie d'un des parents)
- **un contexte socio-familial particulier** pour 49% des enfants, le plus souvent consécutif au divorce des parents. Il faut signaler que tous les éléments descriptifs de ce contexte socio-familial n'ont pas été systématiquement mentionnés comme facteur d'environnement (ainsi, tous les cas de familles monoparentales, par exemple, n'ont pas été recensés ²⁰), minimisant, de fait, certaines particularités. Or, pour les auteurs de la classification, cette rubrique doit mettre en évidence « l'existence de faits qui méritent d'être enregistrés, même si on ne leur confère pas une valeur étiologique ».

²⁰ 2 familles monoparentales sont signalées dans cette rubrique parmi les 17 recensées lors de l'admission pour les jeunes présents

4 – Famille et cadre de vie

4.1 – Cadre de vie des jeunes

Le cadre de vie des jeunes évolue sensiblement au cours de la prise en charge ; des différences importantes apparaissent également entre présents et sortis.



De plus en plus d'enfants vivent avec leurs 2 parents naturels lors de leur admission : 47% parmi les présents contre 34% parmi les jeunes sortis.

A l'inverse, les enfants issus de familles monoparentales ou recomposées sont plus nombreux parmi les jeunes sortis (51% contre 43% parmi les présents)²¹. Ces familles restent, néanmoins, plus représentées parmi le public accueilli à Igon que dans la population générale.

Dans le cas de familles monoparentales, on remarque que les compositions père + enfant(s) prennent de l'importance : 10% parmi les jeunes sortis et près de 18% parmi les présents. De la même manière, on constate que dans les familles recomposées, les enfants vivant avec leur père et sa nouvelle compagne sont proportionnellement en augmentation.

²¹ En ce qui concerne la population générale, les familles monoparentales sont, au contraire, en augmentation passant de 14 à 18% des familles ayant des enfants de moins de 25 ans durant la dernière période intercensitaire (1990 – 1999).

Pour en savoir plus : Les familles en Aquitaine au recensement de 1999, *le quatre pages INSEE Aquitaine*, n°100, décembre 2001

Au vu de ces quelques situations, il semble donc que les pères de ces usagers d'IR se voient plus fréquemment confier leur enfant dans le cas d'une séparation.

On constate, en outre, que les enfants non-reconnus par leur père biologique sont moins nombreux parmi les présents : 8%, alors qu'ils étaient 14% parmi les jeunes sortis.

Au cours de la prise en charge, l'évolution la plus marquante est l'augmentation du nombre de familles dissociées²².

Ainsi si globalement (présents et sortis confondus), 41% des jeunes vivaient avec leurs 2 parents lors de l'admission, ils ne sont plus que 25% au jour de l'étude ou à la sortie.

En cas de séparation des parents naturels ou de divorce, les liens avec le parent qui a la garde ne sont pas toujours maintenus.

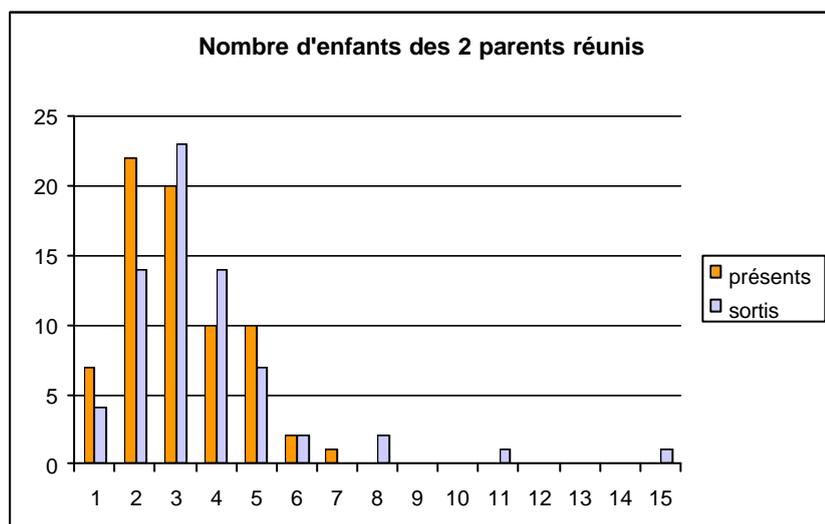
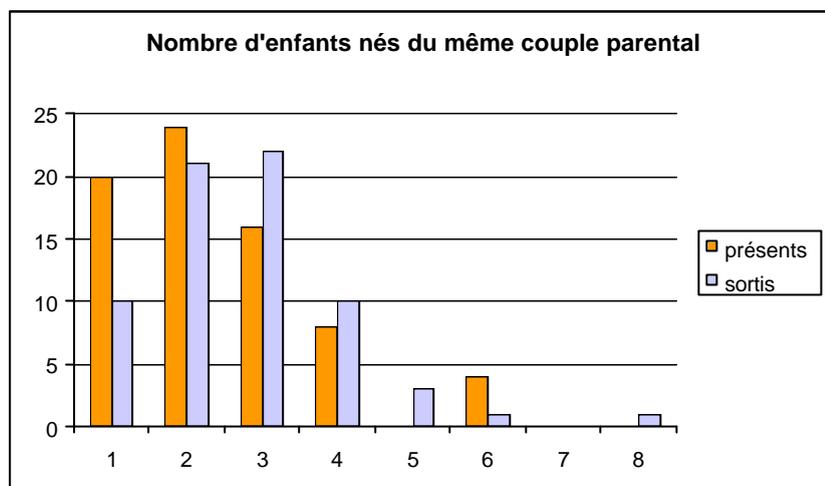
Ainsi pour ces enfants, on observe (jeunes présents et sortis confondus, les variations entre eux étant faibles) : 35 à 38% d'enfants gardant des liens réguliers (au regard du cadre juridique s'il existe), 23 à 26% qui entretiennent avec ce parent des liens épisodiques et 38 à 39% pour lesquels il y a rupture des relations.

Ce bouleversement de l'organisation familiale ne peut manquer d'avoir des effets sur ces enfants déjà en souffrance et pourra amener l'équipe à modifier en fonction de ce contexte certains aspects de la prise en charge (mode d'accueil notamment comme nous le verrons plus loin).

²² Il faut noter que l'absence d'information sur le cadre de vie de l'enfant au jour de l'étude ou lors de sa sortie est relativement fréquente, dans respectivement 17% et 20% des cas alors qu'elle était rarissime à l'admission (moins de 2%) ; conditions qui réduisent la portée de l'analyse et des comparaisons.

4.2 - La fratrie

4.2.1 - Taille de la fratrie



On constate une tendance à la baisse assez marquée dans la taille des fratries :

- les familles très nombreuses (5 enfants et plus) deviennent plus rares

- le nombre moyen d'enfants par fratrie est en diminution significative :

⇒ nombre moyen d'enfants nés du même couple parental →

jeunes présents = 2,3

jeunes sortis = 2,8.

⇒ nombre moyen d'enfants des 2 parents réunis →

jeunes présents = 3,2

jeunes sortis = 3,6

On remarque ainsi une augmentation des familles de 2 enfants au détriment de celles de 3 enfants et plus.

En dépit de cette baisse, les familles des enfants accueillis à l'IR Gérard Forgues sont sensiblement plus nombreuses que la moyenne régionale. Ainsi au niveau aquitain, les familles de 1 ou 2 enfants représentent 87% des familles avec enfant(s) alors qu'au niveau de l'IR, ces familles ne représentent que 61% de l'ensemble.

4.2.2 - Rang de l'enfant dans la fratrie

Il est difficile de mettre en évidence des relations de causalité, ou même une simple corrélation, entre la probabilité d'être pris en charge en IR et le rang de l'enfant dans sa fratrie.

Dans les familles de 2 enfants, c'est l'aîné qui, dans près de 2 cas sur 3, fait l'objet de la prise en charge (tant chez les présents que chez les jeunes sortis).

Dans les familles plus nombreuses, l'aîné au contraire est moins souvent concerné mais il est vrai que le risque d'être pris en charge est alors réparti sur un nombre d'enfants plus élevé. Ainsi, dans les familles de 3 enfants, on trouve moins de 30% d'aînés, autant de benjamins et plus de 40% de cadets.

Dans les familles de 4 enfants et plus, les aînés ne sont que très peu représentés parmi les jeunes accueillis à l'IR, moins de 8%, contrairement au 2^{ème} ou 3^{ème} enfant, respectivement 26 et 33% ; les benjamins, de leur côté, avec 15% étant plus épargnés que les enfants de rangs intermédiaires mais moins que les aînés.

4.2.3 - Autres frères et sœurs pris en charge²³

Une évolution très sensible apparaît entre les présents et les jeunes sortis.

Parmi ces derniers, près de 20% des enfants « non-unicques » avaient un membre de leur fratrie bénéficiant d'une prise en charge. Pour les présents, ce pourcentage est de 29%.

En outre, au sein d'une même fratrie, le nombre d'enfants concernés par une mesure de prise en charge est plus élevé parmi les présents.

Même s'il est possible que le défaut d'informations pour les jeunes sortis concoure à creuser cet écart, on peut faire l'hypothèse que **les problématiques familiales lourdes ayant des répercussions sur plusieurs enfants sont en développement**. La progression de ce pourcentage peut également indiquer un meilleur repérage des enfants en difficulté et notamment **une attention particulière portée sur les frères et sœurs d'un enfant bénéficiant d'une mesure médico-sociale**.

4.3 - Les parents

4.3.1 - Placements éventuels antérieurs des parents

Des différences très importantes sont observées entre les pères et les mères en ce qui concerne les éventuelles mesures de prises en charge dont ils ont pu faire l'objet.

Une proportion très importante de mères (20% chez les jeunes sortis et 24% chez les présents) a fait l'objet de placement. *Proportion importante qui confirme encore, si besoin est, le poids de l'histoire familiale et ses effets à long terme sur les générations successives. De plus, cette répétition des placements ne pourra manquer de générer chez les parents un sentiment d'échec et de culpabilité, d'où la nécessité d'un travail à mener avec eux.*

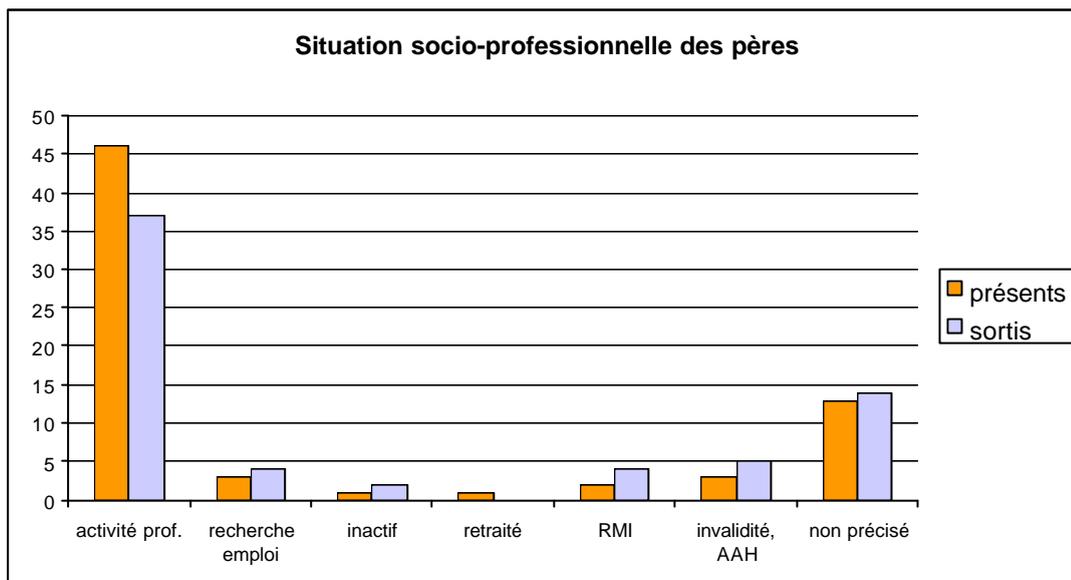
La nature de ces placements n'a été que très rarement précisée (surtout pour les mères des présents). D'après les quelques éléments dont on dispose, il s'agit principalement de prises en charge éducatives en maison d'enfants à caractère social. En outre, une autre situation particulière est signalée : un séjour en hôpital psychiatrique.

²³ Eléments concernant les enfants nés du même couple parental

Pour les pères, les effectifs concernés sont beaucoup plus faibles : 5 à 6 % des pères des jeunes (sans variation entre les jeunes présents et sortis). Toutefois, l'absence d'information à ce sujet est assez fréquente ²⁴ et ces chiffres sont peut-être minorés. Les pères ont, en outre, peut-être plus de mal que les mères à parler, lors de l'admission de leur enfant à l'IR, de leur histoire difficile.

Par ailleurs, deux situations de pères incarcérés sont signalées tant parmi les présents que les jeunes sortis.

4.3.2 - Situation socio-professionnelle des parents

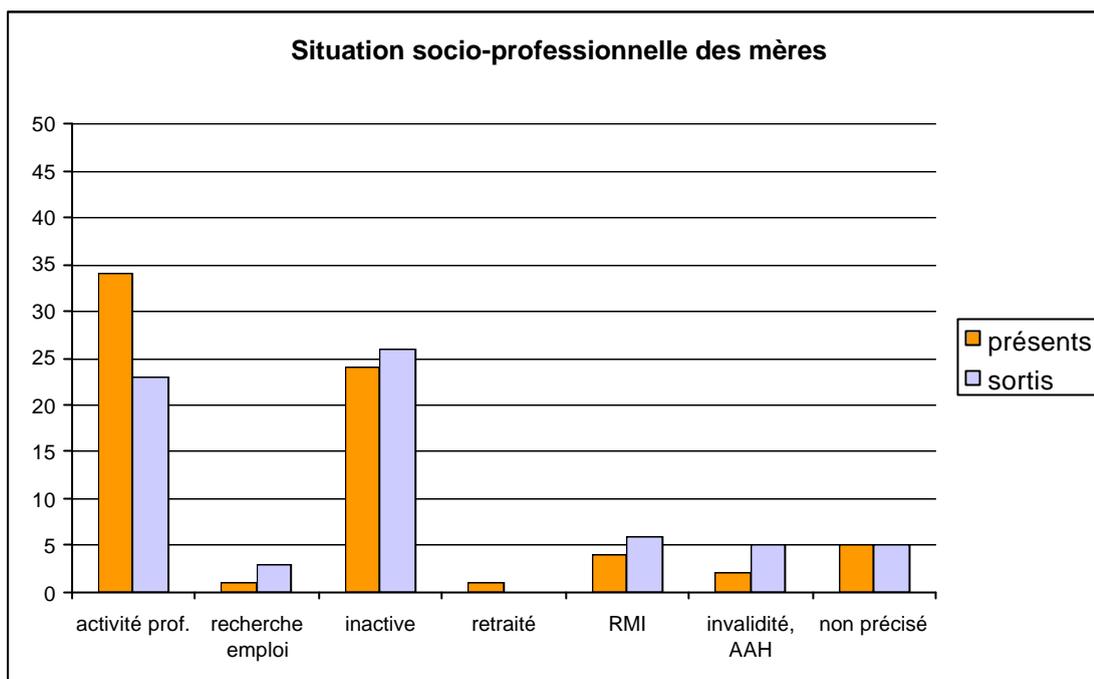


La proportion de pères exerçant une activité professionnelle est en hausse parmi les présents : 64%, alors qu'elle ne s'élevait qu'à 52% parmi les pères des jeunes sortis. En contrepartie, les situations de précarité (recherche d'emploi, RMI, invalidité...) sont en baisse.

Toutefois, il faut noter le nombre important de situations qui n'ont pas pu être précisées (18 à 20% en excluant les pères décédés ou disparus), ce qui vient évidemment fausser les résultats.

Il est vraisemblable de penser qu'il s'agit principalement de situations de précarité car des situations professionnelles stables auraient plus de chance d'être connues de l'IR assurant la prise en charge.

²⁴ Pas d'information pour 11% des pères des jeunes sortis et pour 19% des jeunes présents



La meilleure insertion professionnelle des parents des usagers actuels de l'IR d'Igon semble se confirmer avec les mères, pour qui l'absence d'information à ce sujet est beaucoup plus rare rendant les données produites plus fiables.

Ainsi, la part de celles qui sont en activité passe de 32 à 47% entre les jeunes sortis et les présents avec, comme pour les pères, une diminution dans le même temps des situations de précarité.

Ces taux d'activité restent, néanmoins, tant pour les pères que pour les mères, très inférieurs à la moyenne départementale ²⁵ qui, pour la tranche d'âge des 30-59 ans (dans laquelle doivent se situer tous les parents ou presque), s'élèvent dans les Pyrénées-Atlantiques à 92% pour les hommes et 77% pour les femmes.

Catégorie socio-professionnelle des parents en activité ou en recherche d'emploi (en %)

	Jeunes présents		Jeunes sortis	
	père	mère	père	mère
Chefs entrepris, commerçant, agricult.	2,0	2,9	-	-
Cadres, prof. intellectuelles sup.	2,0	-	-	-
Prof. intermédiaires	4,1	2,9	9,5	-
Employés	12,2	22,9	31,0	57,7
Ouvriers	76,9	71,4	59,5	42,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

²⁵ source : INSEE, recensement général de population, 1999, Pyrénées-Atlantiques (fascicule jaune)

Les catégories socio-professionnelles (CSP) des parents ont sensiblement évolué au cours de ces dernières années. On constate :

- une forte augmentation des ouvriers, aussi bien parmi les pères que parmi les mères
- une diminution très importante des employés qui touche également pères et mères

Les variations sur les autres catégories professionnelles concernent des effectifs trop faibles pour être réellement significatives.

Hommes et femmes : l'emploi par CSP des Aquitains (en%)¹		
CSP	hommes	femmes
<i>Chefs entreprises, commerçants, agriculteurs</i>	15	9
<i>Cadres, prof. intellect. sup</i>	13	8
<i>Prof. intermédiaires</i>	22	23
<i>Employés</i>	12	50
<i>Ouvriers</i>	38	10
TOTAL	100	100

Comparée aux actifs aquitains, la distribution par CSP des parents des jeunes accueillis à Igon se révèle très différente :

- une forte sur-représentation des ouvriers pour les 2 sexes
- une sous-représentation des employés chez les mères des présents
- la très faible présence de toutes les catégories socio-économiques plus favorisées.

Plusieurs études ont déjà mis en évidence la sur-représentation des enfants de la classe ouvrière dans les établissements médico-sociaux due à un effet de filière, ces enfants étant plus systématiquement adressés à la CDES et faisant aussi plus souvent l'objet d'un placement. De leur côté, les classes sociales plus privilégiées recourent plus fréquemment à d'autres solutions : scolarisation dans l'enseignement privé et soins dans le secteur libéral...

Corroborant ces constats, les récents de travaux menés dans le cadre de l'enquête nationale HID²⁶, montrent que les inégalités sociales déjà bien connues en matière de santé et d'espérance de vie existent aussi en ce qui concerne le handicap.

Ainsi selon, Pierre MORMICHE responsable de HID, d'après les premiers résultats portant sur les jeunes accueillis dans les établissements socio-sanitaires : « *Le taux d'institutionnalisation des enfants du milieu ouvrier est plus de six fois supérieur à celui des cadres... ce qui indique une inégale gestion des enfants déficients* ».

De plus, toujours selon cette étude, quand on mesure la prévalence des déficiences, les écarts constatés entre les familles de cadres supérieures et d'ouvriers vont du simple au double.

²⁶ Handicap – Incapacités – Dépendance. Enquête conjointe : DREES, INSEE, INSERM. Les principaux résultats peuvent être consultés sur les sites internet de ces organismes : www.sante.gouv.fr, www.insee.fr, www.inserm.fr et sur le site du réseau fédératif de recherche sur le handicap rfr-handicap.inserm.fr

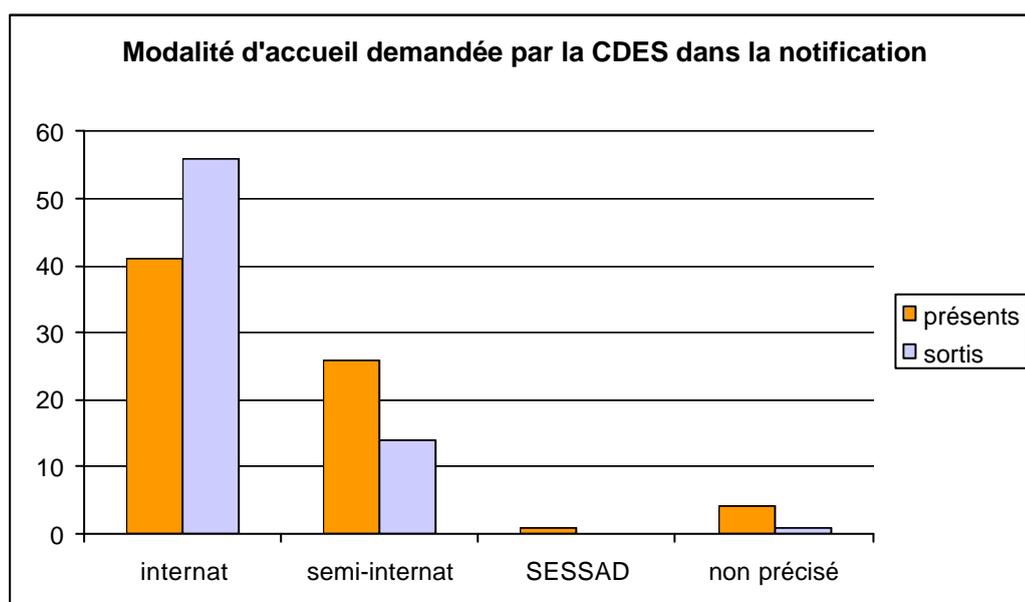
5 - La prise en charge dans l'IR Gérard Forgues

La spécificité d'une prise en charge en IR est de permettre un retour le plus rapide possible en milieu ordinaire : « l'IR doit être un cadre tout autant thérapeutique que pédagogique afin d'éviter que l'enfant ou l'adolescent ne s'enferme dans la filière inéluctable du handicap »²⁷.

Il est donc intéressant de voir de quels moyens dispose l'IR Gérard Forgues et sur quelles pratiques il s'appuie pour parvenir à cet objectif, en fonction des potentialités et des limites du public dont il a la charge.

5.1 - Modalité d'accueil

L'internat, s'il reste toujours la modalité d'accueil la plus demandée par la CDES lors de l'admission, est en très nette diminution dans la notification de la CDES.



Ainsi 60% des présents ont été orientés avec une demande de prise en charge en internat contre 80% des jeunes sortis. Dans le même temps, les demandes de semi-internat doublent et passent de 20 à 40%.

Le SESSAD, ayant plutôt pour vocation à Igon de préparer le retour en milieu ordinaire, n'est pratiquement jamais demandé en première instance²⁸.

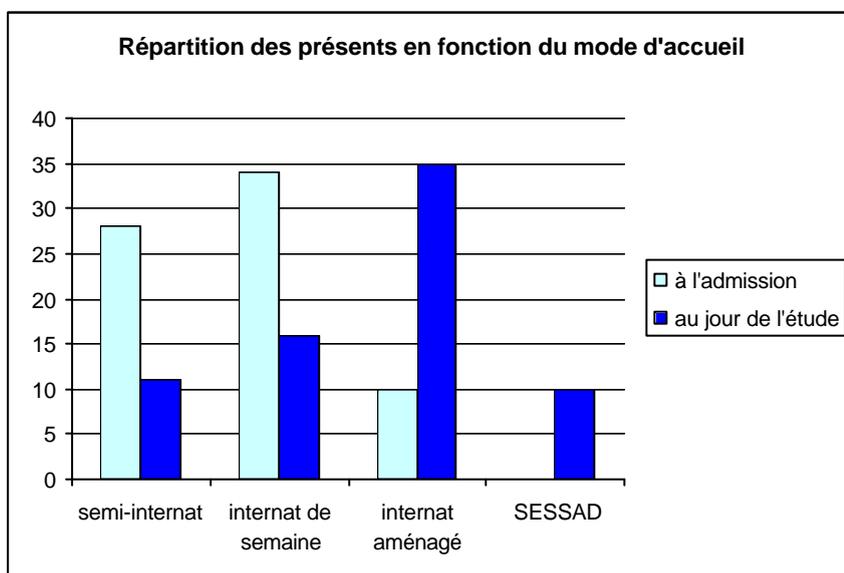
²⁷ Circulaire n°89-27 du 30 octobre 1989

²⁸ Une seule demande de la CDES pour cette modalité d'accueil pour une nouvelle admission a été recensée. Ce qui montre, sans doute, que l'IR d'Igon a bien su communiquer autour du projet de son SESSAD.

Il est relativement rare que les souhaits de la CDES en matière de modalité d'accueil ne puissent pas être mis en œuvre : 5 cas parmi les jeunes présents (soit 7%), 7 parmi ceux qui sont sortis (soit 10%). Les raisons n'ont pas toujours pu être précisées. Toutefois, le refus de la famille reste le motif le plus fréquemment évoqué, dans les 2/3 des cas connus. Les autres situations sont liées aux limites de l'établissement (et donc notamment de l'absence de SESSAD « préventif »).

On peut faire l'hypothèse que ce taux faible de modalités d'accueil non mises en œuvre reflète :

- **une bonne préparation de la famille** au placement dans la forme envisagée initialement
- **une convergence de vue entre la CDES et l'équipe de Gérard Forgues** sur les indications de prises en charge selon les différentes modalités existantes.



Le graphique ci-contre met en évidence l'évolution du mode d'accueil des présents au cours de leur séjour dans l'IR Gérard Forgues

La très grande majorité des jeunes pris en charge change de modalité d'accueil au cours du séjour. Cette pratique tend à développer puisque 61% des jeunes sortis ont eu plusieurs modes d'accueil et que 76% des jeunes présents sont déjà dans cette situation, pourcentage qui pourra encore augmenter puisque leur séjour n'est pas terminé. En recensant les modes d'accueil successifs dont ont bénéficié les jeunes de l'IR (présents ou sortis), 29 parcours différents ont pu être répertoriés, ce qui est qui considérable vu le nombre de jeunes concernés et qui **montre clairement le souci de l'équipe de cet établissement d'adapter le projet individuel à l'évolution du jeune et de personnaliser au plus près la prise en charge.**

On peut réaliser un classement des différents parcours pour aboutir à une typologie comportant 8 parcours-types :

Répartition des jeunes en fonction des parcours-types

	Jeunes présents		Jeunes sortis ²⁹	
	effectif	%	effectif	%
Une seule modalité	17	23,6	27	39,1
Variation de l'internat	21	29,2	15	21,7
Semi-internat → Internat	17	23,6	6	8,8
Internat → Semi-internat	5	6,9	4	5,8
Alternance : Semi-int/internat/semi-internat ou internat/semi-internat/internat	2	2,8	3	4,3
Semi-internat → SESSAD	2	2,8	-	-
Internat → SESSAD	3	4,2	4	5,8
Int/semi-internat/SESSAD Semi-int/internat/SESSAD	5	6,9	10	14,5
TOTAL	72	100,0	69	100,0

La formule la plus fréquemment retenue est de faire varier les différentes modalités d'accueil en internat : passer de l'internat de semaine à l'internat aménagé (c'est-à-dire à temps partiel) et inversement ; pratique qui permet de tenir compte de l'évolution du jeune, notamment, dans ses relations avec sa famille et sa prise d'autonomie. **Le passage progressif du semi-internat à l'internat** (modulé ou non) **est** également une pratique **en développement**, il permet une adaptation progressive à la vie en institution et une préparation en douceur de la séparation avec les parents.

Actuellement, parmi les internes, 10% environ le sont pour en raison de l'éloignement de l'IR par rapport au domicile familial. Cette proportion semble en diminution mais les informations concernant les jeunes sortis sur cette question sont incomplètes. Quoiqu'il en soit la configuration du territoire de recrutement de l'IR Gérard Forgues, avec sa forte concentration sur l'Est du département ne peut que favoriser la quasi-disparition des accueils en internat pour raison d'éloignement. De plus, ces mises en internat pour de telles raisons sont de moins en moins bien tolérées tant par les familles, par la CDES que par les équipes des établissements.

C'est évidemment une répartition pertinente et équilibrée de l'offre de service par rapport aux bassins de vie qui va permettre de réduire au maximum ce type d'accueil par défaut.

Par ailleurs, **le passage par le SESSAD avant la réintégration en milieu ordinaire va probablement concerner de plus en plus de jeunes** : 20% des jeunes sortis en ont bénéficié, actuellement 14% des présents sont déjà dans ce cas mais il est prévisible que

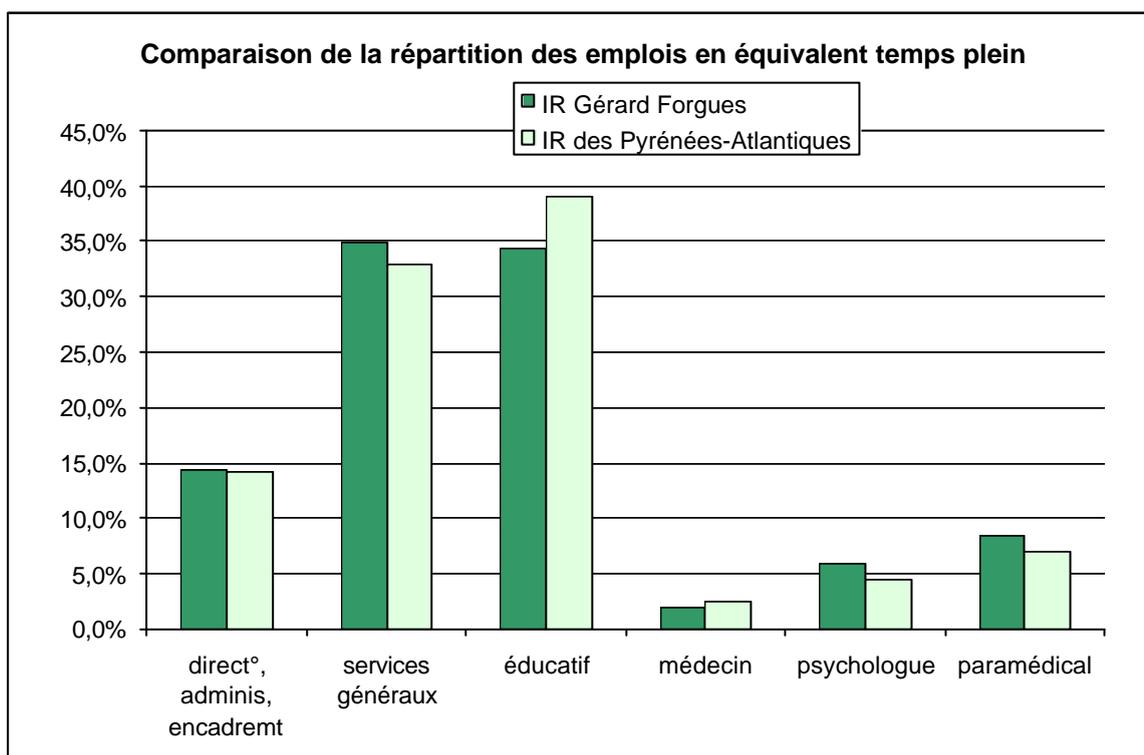
²⁹ les informations manquent pour 2 jeunes sortis

d'autres, encore en cours de prise en charge, profiteront de cette modalité d'accueil avant leur sortie définitive.

Il est peut-être encore trop tôt pour comparer le devenir des anciens usagers de l'IR Gérard Forgues selon qu'ils ont bénéficié ou non de cette mesure (prise en charge en SESSAD) car ce service est trop récent pour avoir suffisamment de recul et l'effectif concerné est encore trop réduit. Néanmoins, cette question mériterait d'être étudiée avec beaucoup d'attention. On peut, d'ores et déjà, faire l'hypothèse que la réintégration en milieu scolaire (ou de formation professionnelle) ordinaire, combinée avec le retour dans la famille est une étape difficile pour le jeune, étape que le SESSAD pourra faciliter en aidant le jeune à se créer de nouveaux repères, en assurant un accompagnement et en représentant un interlocuteur compétant pour réguler le quotidien ou gérer des moments de crise.

5.2 - L'équipe de l'IR Gérard Forgues

Avant de poursuivre sur la prise en charge mise en œuvre à Igon, il est intéressant de comparer la structure de l'équipe de l'IR Gérard Forgues en terme d'emplois à celle de l'ensemble des IR des Pyrénées-Atlantiques ³⁰.



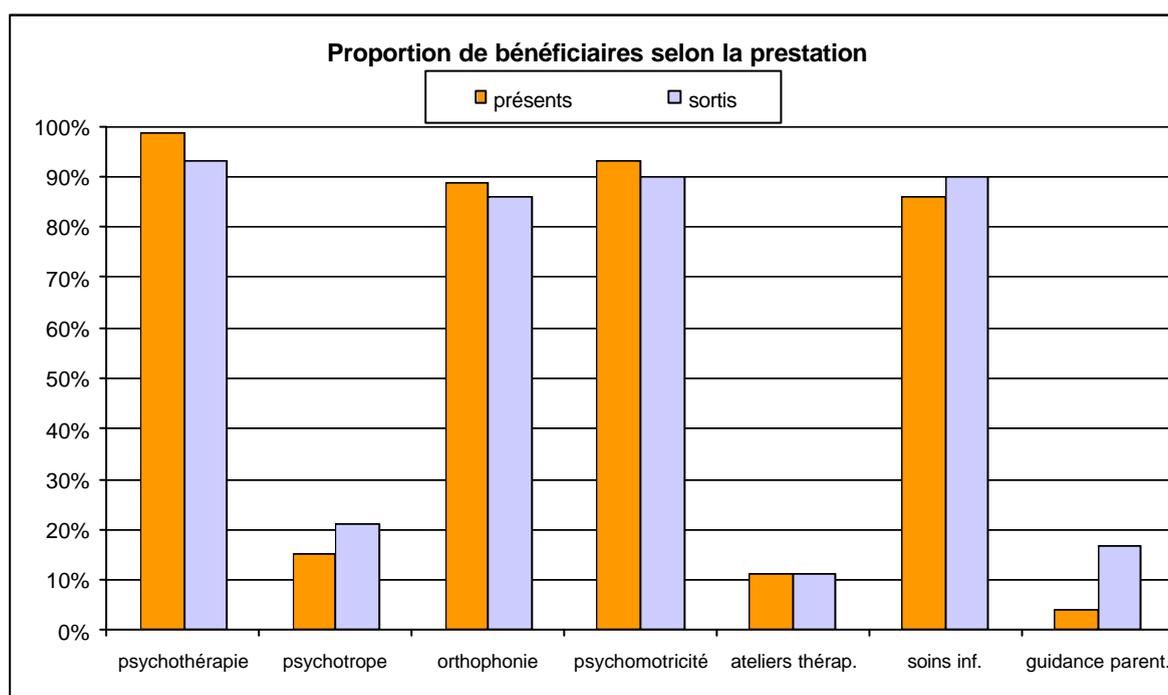
³⁰ Source : Enquête ES 1999 – DRASS Aquitaine. Les enseignants n'apparaissent pas dans cette comparaison car les données dont on dispose pour l'ensemble du département ne prennent pas en compte les postes d'enseignants relevant directement de l'Education nationale, elles ne permettent donc pas d'évaluer les ressources humaines réellement mobilisées.

D'une manière générale, le plateau technique de Gérard Forgues n'est pas sensiblement différent des autres IR du département. Quelques particularités peuvent, cependant, être notées :

- un peu plus d'emplois de services généraux, ce qui s'explique probablement par le nombre important de places en internat à Gérard Forgues
- un peu moins d'emplois éducatifs avec un taux moyen d'encadrement de 18 postes pour 100 jeunes contre 21 pour jeunes pour l'ensemble des IR des Pyrénées-Atlantiques
- une distribution des emplois un peu différente pour le pôle soins et rééducation avec à Igon, un peu moins de temps de médecins mais un peu plus de psychologues et de paramédicaux.

5.3 - La prise en charge thérapeutique

L'IR Gérard Forgues dispose d'un plateau technique qui lui permet de mettre en œuvre en interne des prestations de soins et de rééducation très diversifiées.



D'une manière générale, la prise en charge thérapeutique, telle qu'elle a pu être abordée à travers cette étude, n'a pas subi de modifications fondamentales entre les jeunes présents et ceux qui sont sortis de l'IR.

Cependant, certaines évolutions méritent d'être soulignées :

- ☞ d'une manière transversale, on constate que **les soins qui sont prescrits pour les usagers de l'IR vont être prodigués de plus en plus souvent dès**

l'admission. Ainsi 84% des prestations dont bénéficient les présents sont mises en œuvre dès leur admission alors que pour les jeunes sortis, 73% des prestations étaient mises en œuvre dès ce moment ³¹. Comment interpréter cette évolution ? Mise en place de procédures d'évaluation des besoins du jeune plus performantes ? Souci de mobiliser dès le début de la prise en charge tous les moyens nécessaires pour soigner le jeune en vue de diminuer la durée de son séjour ? Renforcement récent du plateau technique permettant une plus grande opérationnalité ? Nouveaux arrivants diagnostiqués d'emblée comme « plus malades » et nécessitant donc plus de soins ? Continuité des soins ceux pour qui étaient déjà en cours avant l'admission ? Plusieurs facteurs entrent sans doute en jeu...

- ☞ **les psychothérapies :** elles illustrent particulièrement bien le phénomène évoqué dans le paragraphe précédent. Près de 80% des présents qui en bénéficient ont vu leur traitement mis en route dès leur arrivée contre 65% des jeunes sortis. De plus, les psychothérapies, déjà très largement pratiquées, touchent maintenant tous les présents (sauf 1).
- ☞ **Les traitements psychotropes :** à l'inverse ces traitements sont en diminution à l'IR d'Igon (15% de bénéficiaires parmi les présents contre 21% parmi les jeunes sortis) ³². Cette évolution est peut-être à rapprocher de la présence plus marquée de certains troubles mentaux qui nécessiteraient moins souvent la mise en place de traitement médicamenteux. Peut-être aussi s'agit-il d'une tendance actuelle marquant l'approche psychiatrique des populations infanto-juvéniles... Notons que là encore, la moitié des traitements sont mis en place dès l'arrivée du jeune alors qu'auparavant ils l'étaient, dans tous les cas, au cours de la prise en charge.
- ☞ **Psychomotricité et orthophonie** sont des prestations caractérisées par une légère progression en faveur des jeunes présents et, également, par une plus grande précocité dans leur mise en œuvre. Evolution qui semble logique compte tenu de l'augmentation du nombre d'usagers présentant des troubles des fonctions instrumentales (voir point 3.2 diagnostic associé)
- ☞ **Les ateliers à expression thérapeutique** sont très peu souvent mis en place tant parmi les jeunes présents que sortis (à peine plus de 10% de jeunes concernés). On ne sait pas, toutefois, s'il s'agit d'un manque de moyens en interne, de pratiques qui ne correspondent pas aux choix idéologiques de l'équipe soignante ou qui ne sont pas jugées pertinentes au regard des profils des enfants reçus. Rappelons,

³¹ Il est vrai que la prise en charge des présents étant toujours en cours, ces derniers ont encore la possibilité de voir de nouveaux soins être mis en œuvre à leur bénéfice diminuant donc ainsi la part des soins mis en œuvre dès l'admission. Néanmoins, les écarts constatés entre jeunes présents et jeunes sortis sont suffisamment importants pour se maintenir en dépit de ces entrées éventuelles en soins en cours de prise en charge.

³² En dépit de cette baisse, cette proportion d'enfants sous traitement psychotrope est plus élevée que ce qu'on peut observer à travers d'autre étude (6% des usagers des IR du Lot-et-Garonne en 1996 et 2% pour les IR du Pays de Loire en 2002).

néanmoins qu'environ 25% des jeunes accueillis en IR en ont participé à des ateliers d'expression à vocation thérapeutique au cours de prises en charge antérieures.

- ☞ **Les soins infirmiers** enregistrent une baisse non significative, tendance qui pourrait s'inverser si les quelques présents, n'ayant pas encore reçu de tels soins, en étaient finalement bénéficiaires au cours du séjour qui leur reste à accomplir.
- ☞ **La guidance parentale** (il s'agit-là uniquement de la prise en charge psychiatrique des parents) : Cette prestation connaît une baisse à Igon : 17% des parents des jeunes sortis en bénéficiaient contre seulement 4% des parents des présents. Le changement récent de psychiatre a entraîné une concentration des moyens internes sur les enfants. Néanmoins, la famille fait l'objet d'une grande attention et son association aux diverses phases de la prise en charge de l'enfant est recherchée notamment au cours du protocole d'admission ou à travers des rencontres régulières avec les éducateurs ou les autres services. Les liens entre l'équipe de l'IR sont ainsi fréquents, aussi bien dans un cadre formalisé que pour des demandes ou besoins ponctuels.

En outre, l'IR d'Igon pour assurer des soins ne relevant pas de sa compétence fait souvent appel à des médecins spécialistes ou à des professions paramédicales. Près d'une trentaine d'intervenants différents ont ainsi pu être recensés, jeunes présents et sortis confondus.

Nature des soins reçus en dehors de l'établissement

	Jeunes présents		Jeunes sortis	
	effectif	%	effectif	%
Médecins spécialistes				
Cardiologue	5	6,9	2	2,8
Dentiste-Orthodontiste	61	84,7	60	84,5
Dermatologue	8	11,1	11	15,5
Neurologue	6	8,3	3	4,2
Ophtalmologue	15	20,8	27	38,0
ORL	12	16,7	31	43,7
Orthopédiste	5	6,9	12	16,9
Pédiatre	5	6,9	7	9,9
Radiologue	16	22,2	13	18,3
Autres ³³	2	2,8	6	8,5
Intervenants paramédicaux				
Kinésithérapeute	4	5,6	10	14,1
Orthoptiste	7	9,7	6	8,5
Autres ³⁴	5	6,9	7	9,6
Autres				
Hospitalisation	-	-	7	9,6
Bilan biologique	7	9,7	12	16,9

³³ Allergologue, endocrinologue, gastro-entérologue, gynécologue, pédopsychiatre et stomatologue

³⁴ Audio-prothésiste, diététicienne, podologue et esthéticienne (qui n'appartient pas au secteur paramédical mais qui a été classée là pour simplifier le tableau).

Une très grande palette de spécialités médicales ou paramédicales est donc régulièrement sollicitée, ce qui reflète une bonne surveillance de l'état de santé des jeunes reçus. En outre, il est probable que des visites assurées directement par les parents échappent à ce recensement.

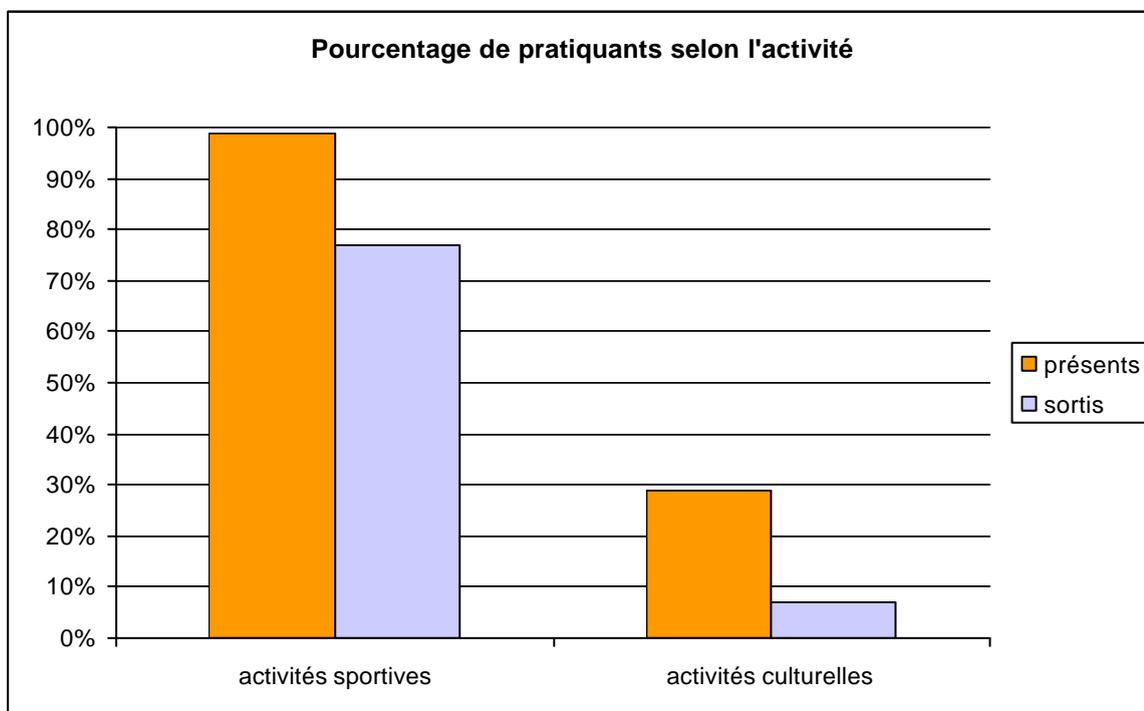
Parmi les présents, il semble que les visites chez certains spécialistes (ORL, ophtalmo ou encore orthopédiste et kiné) soient plus rares, marquant une moindre prévalence des déficits sensoriels ou des problèmes fonctionnels. Néanmoins, la consultation d'orthopédistes reste assez fréquente pour une population d'IR.

Par ailleurs, pour les présents étant encore en cours de prise en charge, le recours à des soins extérieurs reste encore possible, ce qui va réduire les écarts avec les jeunes sortis.

5.4 - La prise en charge éducative

La prise en charge éducative a été abordée à travers les activités culturelles et sportives pratiquées par l'enfant.

Il y a bien sûr tout le travail éducatif « classique » de socialisation, d'autonomisation, d'apprentissage du respect des autres, d'intégration de la loi et des normes, qui est réalisé par l'équipe éducative mais qui n'a pas été abordé dans cette grille individuelle.



Les activités sportives sont très souvent proposées aux jeunes, c'est moins souvent le cas, semble-t-il, pour les activités culturelles. Toutefois, les unes comme les autres, ces activités

sont nettement plus souvent pratiquées par les présents (mais un défaut d'information en la matière pour les jeunes sortis reste possible).

Ces activités se pratiquent le plus souvent au sein même de l'IR. L'intégration dans des clubs ou associations extérieurs est stable pour les activités sportives (30 à 33% des activités). Elle semble plus facile pour les activités sportives que culturelles (probablement en raison d'une meilleure offre locale).

Cadre de pratique des activités

	Activités sportives		Activités culturelles	
	<i>Jeunes présents</i>	<i>Jeunes sortis</i>	<i>Jeunes présents</i>	<i>Jeunes sortis</i>
dans l'IR	69,7 %	67,1%	86,4%	20,0%
A l'extérieur	30,3%	32,9%	13,6%	80,0%
ensemble	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

NB - Effectifs très faibles pour les activités culturelles des jeunes sortis : pourcentages non significatifs

L'intégration d'un jeune issu d'un IR pour ce type d'activité ne peut se faire que si plusieurs conditions sont réunies : des opportunités dans l'environnement proche (une offre d'équipement accessible et diversifiée) correspondant aux goûts du jeune concerné, une prise d'initiative de la part de l'équipe de l'IR pour demander cette intégration (en fonction du projet élaboré pour le jeune) et, enfin, un accueil favorable de la structure de loisirs pressentie. Ces conditions ne peuvent pas toujours être simultanément réunies et une implantation dynamique d'un établissement médico-social dans son territoire est, toutefois, un facteur facilitant de tels projets.

Conditions de mise en œuvre des activités

	Activités sportives		Activités culturelles	
	<i>Jeunes présents</i>	<i>Jeunes sortis</i>	<i>Jeunes présents</i>	<i>Jeunes sortis</i>
Maintien d'une activité ³⁵	1,1%	6,9%	4,5%	20,0%
Proposition IR	78,7%	75,3%	91,0%	20,0%
Proposition famille	20,2%	17,8%	4,5%	60,0%
ensemble	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

NB - Effectifs très faibles pour les activités culturelles des jeunes sortis : pourcentages non significatifs

Les activités sont proposées, dans la grande majorité des cas par l'IR, mais ce dernier est tout à fait ouvert et attentif aux souhaits de la famille, surtout pour les activités sportives. Il va sans dire que l'avis de l'enfant est aussi, et avant tout, (dans la mesure du possible !) au cœur de ces choix.

³⁵ déjà pratiquée lors de l'admission

Il est assez rare que des activités pratiquées par l'enfant avant son arrivée à l'IR continuent de l'être après son admission. Mais, il faut supposer qu'en fait très peu d'enfants en pratiquaient car seuls 3 jeunes parmi les présents et autant ceux qui sont sortis ont été contraints de cesser les activités qu'ils menaient avant leur prise en charge à Igon.

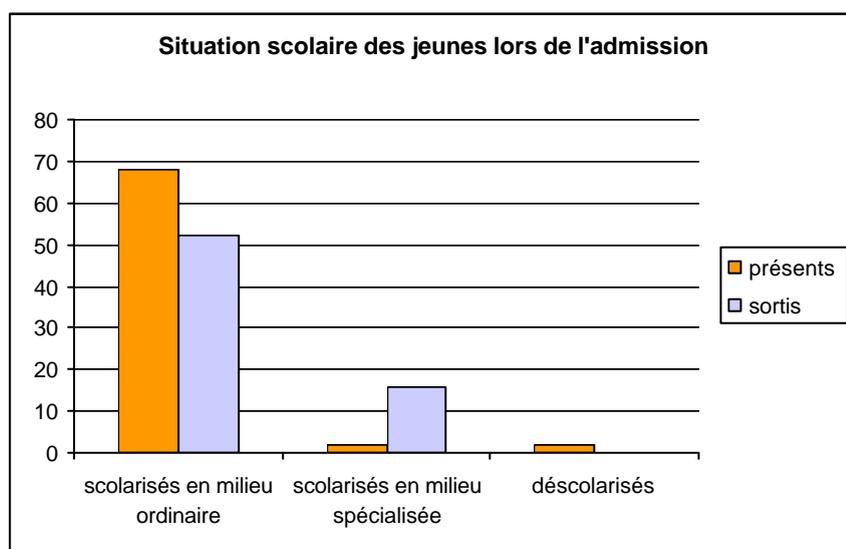
Par ailleurs, il arrive qu'une mesure d'AEMO soit demandée au cours de la prise en charge à l'IR pour aider la famille. C'est ainsi que 15% des jeunes sortis (soit 11 jeunes) ont fait l'objet d'une telle demande, ce pourcentage connaît une tendance à la baisse chez les présents puisque 11% seulement sont concernés (8 jeunes).

Ce type de demande n'obtient pas toujours satisfaction, 5 demandes sur 8 faites pour les présents ont finalement abouti (6 sur les 11 faites pour les jeunes sortis).

5.5 - La scolarité

5.5.1 - Situation scolaire lors de l'admission

Lors de l'admission, la quasi-totalité (94%) des enfants présents actuellement à l'IR Gérard Forgues étaient scolarisés en milieu ordinaire.



Cette proportion est en nette progression par rapport à ce que l'on observait pour les jeunes sortis : moins des trois-quarts d'entre eux étaient scolarisés en milieu ordinaire au moment de leur prise en charge à Igon.

Il est néanmoins possible qu'une partie des enfants scolarisés en milieu ordinaire le soit à temps partiel puisqu'une vingtaine d'entre eux était pris en charge en hôpital de jour.

Les situations d'enfants déscolarisés sont exceptionnelles : un seul présent était dans ce cas lors de son admission.

Répartition des présents selon l'âge et la classe suivie à l'admission

Age \	Mater- nelle	CP	CE1	CE2	CM1	CM2	CLIS	6°	6° SEGPA	autre
5										
6										
7	2	2					1			
8	1	1	4				1			
9		2	11							
10			3	2	4					
11			4	3	6	1	2			
12			1	2	2	5	1			
13			3			1		2	1	1
14								2		
15		1								
Total	3	6	26	7	10	7	5	4	1	1

Répartition des jeunes sortis selon l'âge et la classe suivie à l'admission

Age \	Mater- nelle	CP	CE1	CE2	CM1	CM2	CLIS	6°	6° SEGPA	autre
5										
6										
7	1	4								
8	1	4	1	1			2			
9		2	2	1	2		1			
10		2		3			1			
11		1	1	3		2	5			
12		2		1	3	3	2	1		
13				2	3	3	4	2		2
14					1				1	
15										
Total	2	15	4	11	10	8	15	3	1	2

Lecture des tableaux : les cases bleutées sont celles où l'âge à l'admission est en adéquation avec la dernière classe suivie (pas de retard). Comme les admissions se font la plupart du temps en septembre, on a retenu comme âge « normal » celui que l'on doit avoir en fin d'année scolaire. Exemple : un enfant qui arrive à 8 ans à l'IR en sortant de CE1 est considéré comme « à l'heure » (âge normal en CE1 : 7/8 ans). Les effectifs situés en dessous de cette diagonale bleue sont ceux d'enfants en retard. Pour les classes adaptées (CLIS, SEGPA) il n'y a pas de référence à un âge normal.

Une différence importante existe entre les jeunes présents et sortis en ce qui concerne la classe suivie lors de l'admission. On constate, en effet, **une baisse très sensible des**

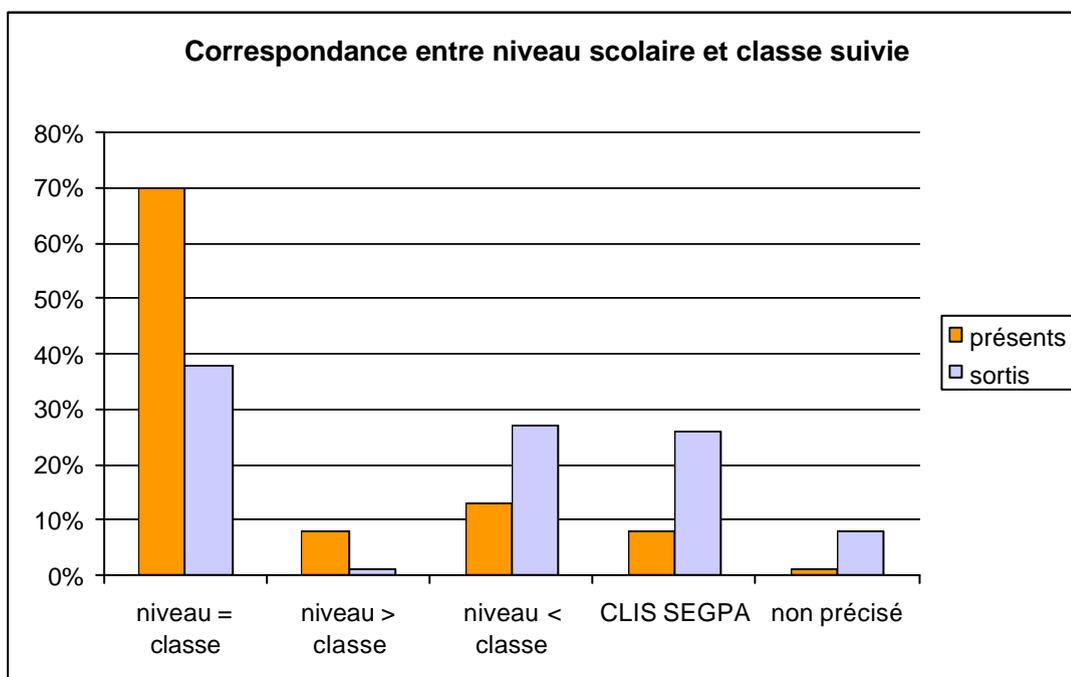
élèves scolarisés dans une classe adaptée et plus précisément en CLIS, la proportion de ces élèves passe ainsi de 27% à 10%.

Comment expliquer cette baisse ? Il peut s'agir d'une volonté de la CDES de recentrer les CLIS sur la population à qui elles sont, originellement, destinées : les enfants déficients intellectuels ; enfants qui, théoriquement, ne relèvent pas d'une prise en charge en IR. La présence d'enfants de cette catégorie est, d'ailleurs, plutôt rare à Igon (actuellement 4 jeunes).

Le nombre d'enfants sans retard scolaire est stable, autour de 15%. Pour les élèves scolarisés en circuit ordinaire mais en retard, on constate que ceux qui ont un retard de 2 ans et plus sont en légère diminution et qu'au contraire ceux qui présentent un retard d'un an sont plus nombreux.

Sans doute faut-il y voir le reflet de l'évolution des pratiques de l'Education nationale (un seul redoublement préconisé au cours de la scolarité primaire) et peut-être aussi une plus grande sensibilisation des enseignants à la nécessité de mettre en œuvre des solutions adaptées sans trop attendre. Une moins grande tolérance de l'école, qui exclurait plus vite les élèves « à la traîne », peut être aussi une hypothèse mais nous n'avons aucune raison, avec les éléments disponibles, de nous en tenir à cette interprétation.

La mise en relation de la dernière classe suivie avec le niveau scolaire réellement atteint par l'enfant permet de mettre en évidence d'éventuels décalages qui viennent s'ajouter aux retards (toutefois, la recherche de cette adéquation ne peut pas être faite pour les enfants scolarisés en classes adaptées).



Au-delà du fait que les jeunes présents sont moins souvent originaires de classes adaptées, nous constatons, de plus, qu'ils sont plus nombreux à avoir un niveau correspondant à la

classe dans laquelle ils étaient scolarisés ; la proportion d'enfants ayant un niveau scolaire insuffisant pour leur classe baisse de moitié entre jeunes sortis et jeunes présents.

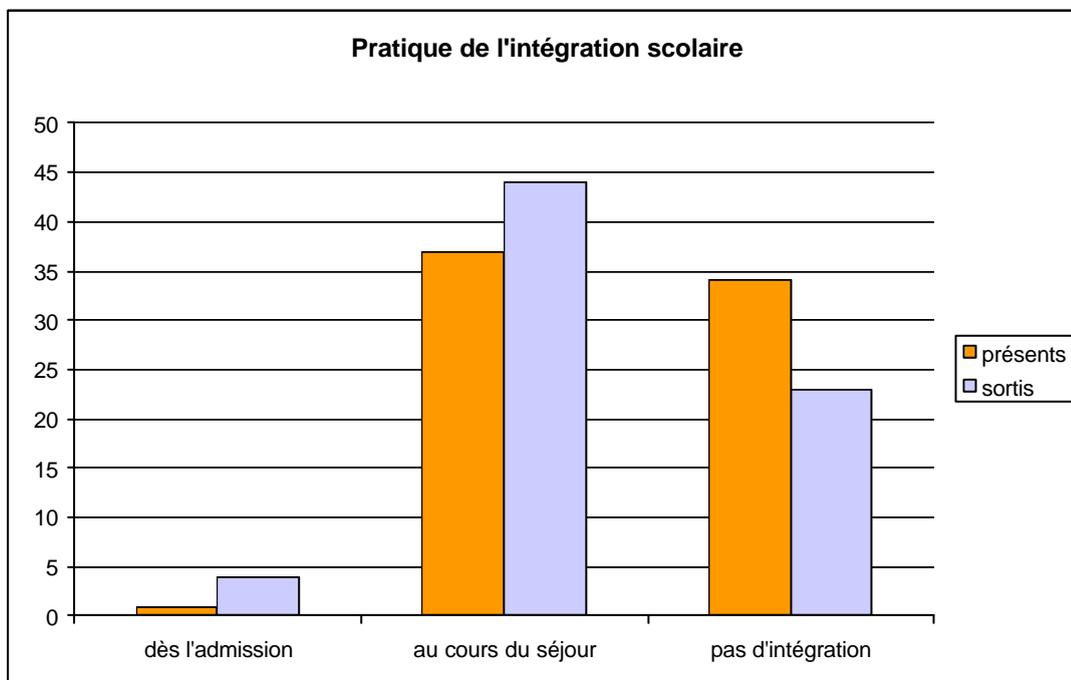
De plus, on voit apparaître un petit groupe, actuellement 6 jeunes (soit 8%), pour lequel le niveau scolaire est supérieur à la classe suivie alors que les jeunes concernés avaient de 1 à 3 ans de retard. On voit là se poser nettement la question délicate de l'évaluation des élèves, du contexte de cette évaluation, de l'efficacité potentielle et de l'efficacité active.

5.5.2 - Intégration scolaire

L'intégration scolaire des jeunes pris en charge à l'IR Gérard Forgues est largement pratiquée même si la proportion de jeunes en bénéficiant est en diminution : 67,6% pour les jeunes sortis contre 52,7% pour les jeunes présents. Toutefois, on peut supposer que cette proportion va croître parmi les présents puisque leur prise en charge est toujours en cours, des projets d'intégration peuvent encore être faits à leur bénéfice.

De plus, par rapport à d'autres observations, **on constate que l'IR Gérard Forgues se situe pour cette pratique à un très bon niveau** : la proportion moyenne de jeunes intégrés pour l'ensemble des IR de France en 1996 s'élevait à 22,4% et à 26,5%, la même année dans le Lot-et-Garonne.

Notons d'ailleurs que l'intégration scolaire, quand elle a lieu, ne se fait que très rarement dès de l'admission. Ceci ne paraît pas surprenant, étant donné que l'admission de l'enfant à l'IR se fait, outre le besoin de soins, souvent en raison de l'impossibilité/refus de l'école de continuer à le scolariser.



Il est assez exceptionnel que ces intégrations se soldent par des échecs : seuls 2 enfants parmi ceux qui sont sortis et un seul parmi les présents sont dans ce cas.

Les raisons de ces échecs n'ont été mentionnées que pour un enfant : son comportement et l'insuffisance de son travail sont mis en cause.

Ces résultats encourageants montrent la pertinence des intégrations mises en œuvre par l'IR Gérard Forgues, notamment dans le choix des enfants, leur bonne préparation, le bon accompagnement qui est réalisé.

Ils reflètent également une bonne coopération entre les établissements scolaires accueillant ces élèves et l'équipe pédagogique d'Igon.

5.5.3 - Situation scolaire au jour de l'étude ou à la sortie

Répartition des présents selon l'âge et la classe suivie au jour de l'étude

Age	CP	CE1	CE2	CM1	CM2	6°	6° SEGPA	5°	4° AS	4° techno	3°	3° SEGPA	3° I	3° techno	CAP
8		1													
9	1		2												
10		2	3	1	1										
11			2		1										
12			5	3	1	2									
13				4		4		2							
14				3			1		7	1			1		
15									1			1	4	2	
16				1						2		1	2	1	3
17		1									1		1		
Total	1	4	12	12	3	6	1	2	8	3	1	2	7	3	3

N.B : 3 jeunes en 6° et 5° sont scolarisés par l'intermédiaire du CNED

Répartition des jeunes sortis selon l'âge et la classe suivie lors de la sortie

Age	CE2	CM1	CM2	CLIS	6°	6° SEGPA	5°	4°	4° SEGPA	4° AS	4° techno	3°	3° SEGPA	3° I	3° techno	CAP	BEP
10	1	1		1													
11																	
12	1		1		1	2											
13			3				3										
14		7	1		5	1					1						
15		1				1				1	2	1		4			
16							1	1		1	1		2	8		3	2
17									1		1	1			3		
18																	1
Total	2	9	5	1	6	4	4	1	1	2	5	2	2	12	3	3	3

Un décalage existe entre les jeunes présents et ceux qui sont sortis qui, étant en moyenne plus âgés, sont évidemment plus avancés dans leur cursus scolaire.

Le recours à des classes adaptées (SEGPA, 4° et 3° techno, 4° aide et soutien ou 3° insertion) est assez largement pratiqué : 73% des jeunes présents scolarisés dans le secondaire sont concernés (69% des jeunes sortis se trouvaient dans cette catégorie).

Les métiers préparés par les jeunes en CAP et BEP se situent dans des champs diversifiés : hôtellerie, agriculture, boulangerie, mécanique, décoration, transport.

L'évolution du niveau scolaire au cours de la prise en charge est difficilement appréciable à travers ce questionnaire. Le nombre d'années de retard peut être un indicateur mais il reste bien sûr insuffisant pour réellement apprécier la progression des jeunes, leurs acquisitions et leurs difficultés.

En terme d'enfants sans retard, on note une réelle amélioration chez les présents au cours de la prise en charge puisque le pourcentage concerné passe de 15% à l'admission et 32% au jour de l'étude (si on prend la liberté de considérer que des jeunes de 15 ans en 3° ne sont pas en retard quelque soit la classe : 3° ordinaire, 3° techno, 3° d'insertion...). L'évolution chez les jeunes sortis était de moindre ampleur : 15% sans retard à l'admission, 18% à la sortie.

En outre, si on compare la situation à l'entrée et au jour de l'étude en terme d'année de retard chez les enfants présents (quelle que soit l'importance du retard et la durée de la prise en charge), **on constate un maintien pour 32% d'entre eux, une amélioration pour 44%** (avec des « rattrapages » de 1 à 3 ans de retard) et une dégradation pour 24%. Ces résultats, comme ceux qui apparaissent sur l'intégration scolaire, méritent d'être soulignés et montrent **la qualité et l'efficacité des efforts entrepris pour remettre les jeunes en confiance avec eux-mêmes et leur (re)donner le goût d'apprendre.**

5.6 - Assiduité

Les absences des usagers de l'IR Gérard Forgues ont été observées sur la dernière année scolaire pour les présents et sur la dernière année de présence pour les jeunes sortis.

Les absences au cours de la dernière année scolaire ou de présence

	Jeunes présents	Jeunes sortis
% de jeunes n'ayant jamais été absents	50%	45%
Nombre total de jours d'absence	195	335
Nombre moyen de jour d'absence par jeune	2,7	4,7
% d'absences = 5 jours	67%	51%
% d'absences >20jours	6%	10%
Raisons des absences		
<i>Maladie</i>	50%	42%
<i>Raisons familiales</i>	26%	-
<i>Absences non justifiées</i>	7%	-
<i>Non précisé</i>	17%	58%

La régularité dans la fréquentation de l'IR est très bonne. La moitié des enfants actuellement pris en charge, n'ont jamais été absents au cours de la dernière année scolaire (c'était également le cas pour 45% des jeunes sortis).

Des différences apparaissent en ce qui concerne la durée moyenne et les motifs des absences mais la période d'observation, une année, est un peu courte pour qu'elles soient réellement significatives.

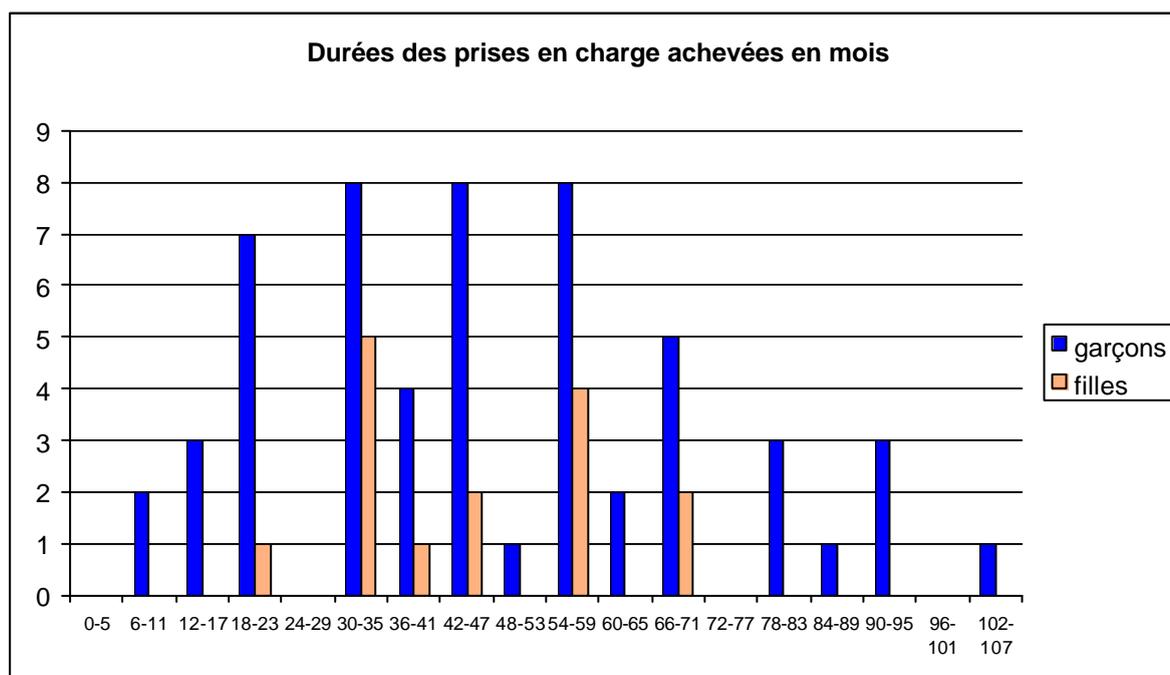
Ces absences sont globalement plutôt courtes et ne dépassent pas 5 jours pour les deux tiers des enfants présents et la moitié des jeunes sortis. On ne recense des absences « longues » (supérieures à 20 jours) que pour 2 à 4 jeunes selon le groupe (présents ou sortis). Toutefois, le nombre total de jours d'absence pour les jeunes sortis est sensiblement plus élevé que pour les présents.

Pour les présents, ces absences sont majoritairement dues à des arrêts maladie (50%), viennent ensuite les raisons familiales (26%). Dans les autres cas, il s'agit d'absences injustifiées (7%) ou dont le motif n'a pu être précisé lors de la collecte de données (17%).

Pour les jeunes sortis, un pourcentage important (58%) de jours d'absences n'ont pas été justifiés : s'agit-il réellement d'absences pour lesquelles la famille n'a pas donné d'explications ou un défaut d'information dans le dossier du jeune ? Il semble, néanmoins, qu'une plus grande vigilance soit de mise à l'IR en ce qui concerne les absences et leurs raisons.

5.7 - Durée de la prise en charge

Les prises en charge à l'IR Gérard Forgues durent en moyenne 4 ans avec une amplitude très large allant de 9 mois à plus de 8 ans et demi. Pour près de 3 jeunes sur 5, la durée du séjour est comprise entre 2 ans et demi et 5 ans.



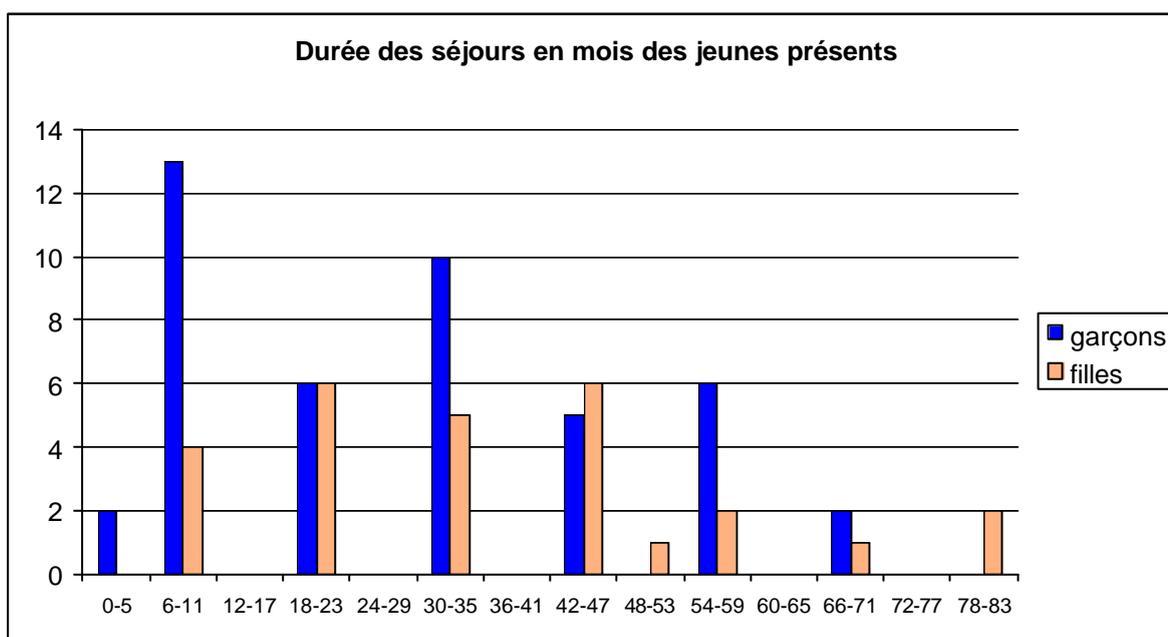
Quelques éléments de comparaison tendent à montrer que ces durées de prises en charge sont plutôt élevées :

- dans les IR du Lot-et-Garonne, la durée moyenne des séjours était, en 1996, de 3,3 ans
- dans l'ensemble des IR de France, en 1996, 30% des prises en charge duraient moins de 23 mois, ce qui n'est le cas, à Igon, que de 17% des prises en charge.

Bien sûr, on ne peut tirer de conclusions immédiates quant à ces écarts. En effet, les durées de prises en charge sont fonction de plusieurs facteurs tels que les difficultés présentées par le jeune, les caractéristiques de son contexte socio-familial, l'agrément en matière d'âge de l'établissement qui assure la prise en charge (celui de l'IR Gérard Forgues couvre une longue période), l'existence ou non d'autres réponses mobilisables pour accompagner les sorties...

Par ailleurs, notons que pour les anciens de Gérard Forgues, on constate une différence en fonction du sexe, les prises en charge des garçons durant un peu plus longtemps (48 mois et demi) que celles des filles (45 mois et demi).

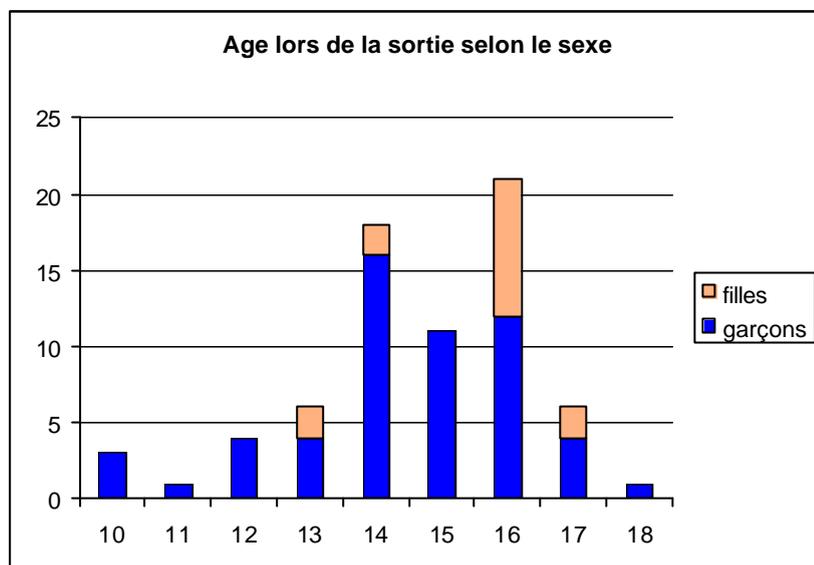
Pour les jeunes dont la prise en charge est encore en cours, le séjour est commencé en moyenne depuis 33 mois (avec une amplitude allant de 3 à 81 mois).



A l'inverse de ce qu'on observe pour les jeunes sortis, les durées de séjours sont plus longues actuellement pour les filles que pour les garçons : en moyenne les filles séjournent à Igon depuis 38 mois contre 31 mois pour les garçons.

Il est donc relativement difficile de dire si le sexe a un effet sur la durée de la prise en charge et si cet effet est linéaire.

6. Orientation après la prise en charge à l'IR Gérard Forgues



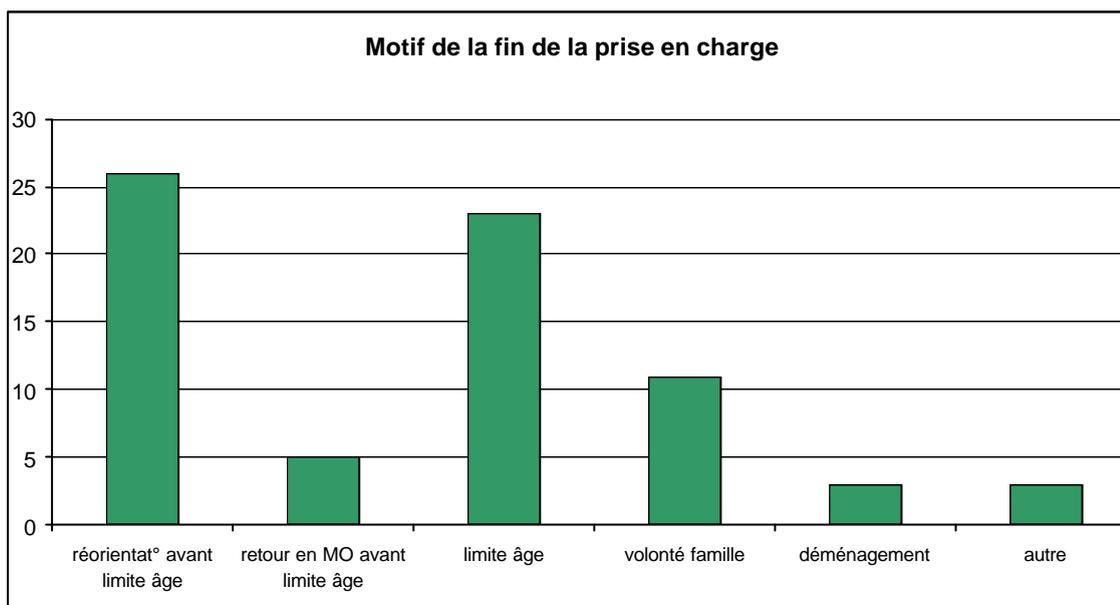
L'étude a permis d'observer les sorties de 71 jeunes sur 5 ans : 56 garçons et 15 filles. Ces sorties se font entre 10 et 18 ans avec une moyenne de 14 ans et demi.

Quelques jeunes ont bénéficié d'une dérogation pour pouvoir poursuivre leur prise en charge au-delà de l'âge prévu par l'agrément (16 ans), 6 jeunes sur les 71 sortis sont concernés. Il s'agit, la plupart du temps, pour ces jeunes de terminer un apprentissage ou une formation professionnelle initié au cours de leur séjour à l'IR

6.1 - Raison de la fin de la prise en charge

Deux motifs principaux apparaissent (ils sont mentionnés dans 70% des sorties)

- la réorientation vers un autre établissement sur proposition de l'IR qui considère donc que le jeune arrive à une nouvelle étape de son parcours, étape dont l'accompagnement doit être assuré par un autre intervenant. Ce motif est à l'origine de 37% des sorties
- la limite d'âge fixée par l'agrément (16 ans) qui n'exclut pas pour autant la réorientation vers un autre établissement. Ce motif est à l'origine de 32% des sorties.



6.2 - Nature des orientations

6.2.1 - Poursuite d'une prise en charge sociale ou médico-sociale

Pour plus de la moitié des jeunes sortis (56%), une prise en charge est mise en œuvre en prolongement de celle qui a été réalisée à l'IR Gérard Forgues. Dans la très grande majorité des cas (4 fois sur 5), il s'agit d'une prise en charge institutionnelle.

Nature des prises en charge mises en œuvre après le séjour à Igon

	effectif	%
Prises en charge médico-sociales	31	43,7
IR	6	8,5
IRPro	14	19,7
IMPro	4	5,6
SESSAD d'IR	4	5,6
CMPP	3	4,3
Prises en charge sociales	9	12,6
MECS	8	11,3
AEMO	1	1,3
Pas de prise en charge	31	43,7
TOTAL	71	100,0

Les réorientations à caractère médico-sociales se font, le plus souvent, vers une structure de type IR. La pathologie comportementale reste donc dominante chez ces jeunes. C'est, semble-t-il, la recherche d'un cadre pouvant permettre une formation professionnelle adaptée (IRPro ou plus rarement IMPro) qui motive ces réorientations.

La situation des jeunes sortis entre 1996 et 1998 a parfois évolué :

- les prises en charge en IMPro ont pris fin soit sans suite, soit pour une réorientation en IRPro (l'IMPro ne s'avère peut-être pas vraiment adapté aux jeunes issus de l'IR Gérard Forgues qui doivent se trouver en décalage avec la population habituelle des IMPro)
- les prises en charge en IR, IRPro et MECS continuent, en général
- les prises en charge ambulatoires ont pris fin

6.2.2 - L'hébergement

Nature de l'hébergement après le séjour à Igon

	effectif	%
Famille seule	33	46,5
Famille + internat	23	32,4
Famille + famille d'accueil + internat	3	4,2
Famille d'accueil seule	3	4,2
Famille d'accueil + internat	1	1,4
Internat seul	5	7,1
<i>Non précisé</i>	3	4,2
TOTAL	71	100,0

Des solutions combinées sont très souvent mises en œuvre pour l'hébergement (plus de 40% des jeunes sortis sont concernés) :

- 83% des jeunes vont revenir vivre dans leur famille soit à temps complet (dans plus de la moitié des cas), soit à temps partiel. Il y a donc 17% des jeunes qui ne semblent plus avoir de relations suivies avec leur famille.

Les autres solutions adoptées seules ou « en combiné » sont :

- l'internat médico-éducatif pour 31% des jeunes sortis, orientation dont la nature a été examinée dans le tableau ci-dessus
- l'internat socio-éducatif pour 14%, internat de collèges et lycées publics ou privés (souvent professionnels). On ne sait pas si ce choix fait partie d'un projet éducatif ou a été plutôt contraint par l'éloignement de l'établissement en question
- la famille d'accueil, qui concerne 10% des jeunes.

Si on observe la situation actuelle des jeunes sortis entre 1996 et 1998, on constate que, pour les trois-quarts d'entre eux, la situation n'a pas évolué. Les liens avec la famille naturelle continue d'être conservés, on note même 2 retours en famille pour des jeunes qui lors de leur sortie étaient uniquement hébergés en famille d'accueil. En outre, en corrélation avec les données sur les prises en charge, on constate quelques passages d'internat médico-social en internat socio-éducatif.

6.2.3 - l'activité

Activité après le séjour à Igon

	effectif	%
Cadre ordinaire	39	55,0
Scolarisation	19	26,8
Formation professionnelle apprentissage	13 7	18,3 9,9
Cadre spécialisé	28	39,4
Scolarisation	13	18,3
Formation professionnelle	15	21,1
<i>Non précisé</i>	4	5,6
TOTAL	71	100,0

Plus de la moitié (55%) des jeunes sortis ces 5 dernières années poursuivent une scolarité ou une formation professionnelle en dehors d'un cadre adapté. Cette proportion est importante et montre encore l'intérêt d'un SESSAD pour accompagner les retours en milieu ordinaire pour des jeunes, pour lesquels de tels projets sont envisageables.

Actuellement les jeunes sortis entre 1996 et 1998 sont le plus souvent (50%) toujours en formation ³⁶. En général, ils sont restés dans la filière, ordinaire ou spécialisée, dans laquelle ils avaient été orientés lors de la sortie.

Par contre, une donnée semble préoccupante : 20% des jeunes qui étaient engagés dans une formation lors de leur sortie n'ont actuellement plus aucune activité, il faut noter que tous ces jeunes suivaient une formation ordinaire. Ce constat est sans doute révélateur des limites que peuvent avoir les formations « tout public » pour des jeunes en difficultés qui nécessitent souvent un suivi particulier. Dans cette optique, on voit bien l'intérêt d'un accompagnement sur du long terme d'un accompagnement de type SESSAD.

³⁶ du moins pour ceux pour lesquels cette information est connue

Conclusion

Quatre dimensions occupent une place particulièrement importante dans l'appréhension de la mission et le contexte de travail des instituts de rééducation ³⁷ :

- ✓ **La situation du jeune** : le jeune à « comportement troublé » doit être approché dans sa globalité, dans son environnement, comme une personne en devenir et non réduit à ses actes seuls et aux effets qu'ils engendrent chez ses proches.
- ✓ **Le parcours du jeune** : rien n'est figé, ni définitif. L'IR n'est qu'un « bout de chemin », moment dans l'itinéraire d'un jeune... Aller, retour, alternance, diversité, maintien, passerelles, souplesse, cohérence, régulation... y sont présents.
- ✓ **La proximité** : l'IR œuvre dans un espace repéré et permet par la diversité de son fonctionnement l'accès (ou le rapprochement) des jeunes aux services d'éducation, d'emploi, de santé et de justice de proximité
- ✓ **Les pratiques** : les pratiques professionnelles éducatives, pédagogiques, thérapeutiques sont « bousculées » par l'évolution de la demande sociale, les accompagnements sont plus difficiles, les actions multipartenariales souvent lourdes. Les échanges et confrontations professionnels sont souhaitables...

L'étude menée sur les jeunes pris en charge à l'IR Gérard Forgues a permis de recueillir un ensemble d'indicateurs relatifs à ces dimensions et de mettre, parfois, en évidence certaines évolutions qui sont apparues au cours des 5 dernières années.

En ce qui concerne **le profil des jeunes reçus**, nous constatons :

- une augmentation du nombre de filles, fluctuation aléatoire ou plus grande attention portée par les acteurs réalisant le repérage aux enfants de ce sexe dont les troubles se manifestent souvent de manière moins « perturbante » pour l'environnement ? L'observation des entrées sur les prochaines années nous le dira....
- un âge à l'entrée stable (10 ans et demi) avec légère tendance à entrer plus souvent avant 11 ans
- des pathologies (principalement autour des troubles névrotiques ou de la personnalité, en accord avec l'agrément de l'établissement) dont la distribution varie entre jeunes présents et jeunes sortis avec, de plus en plus souvent, des troubles associés. En outre, les facteurs organiques, constatés chez 18% des jeunes, et les facteurs d'environnement, pour la quasi-totalité d'entre eux, montrent la complexité des problématiques de la population reçue.
- un contexte socio-familial souvent perturbé (voir les facteurs d'environnement). Quelques caractéristiques socio-démographiques évoluent : les familles sont, pour les jeunes entrés plus récemment, moins souvent dissociées (mais beaucoup de séparations interviennent durant la prise en charge), les parents sont plus souvent actifs, la taille des fratries est en diminution... Néanmoins, les familles des jeunes

³⁷ Gérard BERBAIN, « Institut de rééducation et de psychothérapie, 2^{ème} partie : Premières conclusions et points forts », *l'espace social en mouvement*, CREAHI Lorraine, n°68, juin 2000, p 2.

reçus à Igon restent pour ces caractéristiques assez différentes des familles « moyennes » de la population générale.

- des difficultés scolaires assez importantes à l'admission : seuls 15% des jeunes n'ont pas de retard (mais rappelons-le, les troubles cognitifs des acquisitions scolaires ne touchent pas beaucoup de jeunes). On note, néanmoins, une réduction de ces retards à l'admission parmi les présents et une diminution importante des jeunes venant de CLIS. En outre, le niveau scolaire réel est plus souvent en adéquation avec la classe suivie. Par ailleurs, au cours de la prise en charge, les retards s'atténuent assez nettement.

Sur les parcours, quelques éléments méritent d'être soulignés :

- l'entrée à l'IR se fait sur un éventail d'âge assez large, ce qui montre que cette orientation est considérée comme une réponse pouvant être pertinente à divers moments de la trajectoire d'un jeune
- une multiplicité des prises charge antérieures avec une augmentation des intervenants du secteur libéral et un pourcentage stable d'enfants passés en hôpital de jour (25%)
- plus de la moitié des jeunes continuent de bénéficier d'un suivi spécialisé à leur sortie principalement en IRPro, IR et MECS. Néanmoins, ces prises en charge postérieures au séjour à l'IR Gérard Forgues ne sont pas toujours incompatibles avec une scolarisation ou une formation en milieu ordinaire puisqu'une majorité de jeunes (55%) se forment en dehors d'un cadre adapté.

Les relations de l'IR avec son environnement sont fortes :

- le recrutement est très concentré autour d'Igon et la région paloise, ce qui permet de faire quasiment disparaître les accueils en internat en raison de l'éloignement du domicile, de faciliter les modes d'accueil « modulés » ou sans doute, pour l'équipe, d'entretenir des relations plus suivies avec les familles...
- l'IR Gérard Forgues a semble-t-il, bien su communiqué autour de son projet d'établissement et en donner une bonne lisibilité. Nous pouvons, notamment, nous en rendre compte au regard des préconisations de modalités d'accueil de la CDES qui sont presque toujours mises en œuvre.
- les intégrations scolaires nombreuses et réussies montrent également la qualité des liens entre l'équipe d'Igon et les établissements scolaires concernés ainsi que l'efficacité du travail réalisé dans le cadre de ce partenariat.

Les prestations servies par l'IR peuvent être appréciées à travers quelques indicateurs :

- un plateau technique thérapeutique diversifié, des soins mis en œuvre de plus en plus tôt au cours du séjour et concernant de plus en plus de jeunes pour répondre à la complexité des problématiques des jeunes nécessite
- une diversification des modalités d'accueil qui se révèlent souples et adaptables. Le souci d'individualisation des prises en charge apparaît nettement à travers les

modifications de la modalité d'accueil proposée à chaque jeune au fil de son séjour et de son évolution

- L'intégration scolaire semble être une préoccupation très présente et est largement pratiquée. De plus l'équipe a su veiller à réunir les conditions pour en faire, dans la quasi-totalité des cas une réussite.
- La bonne fréquentation de l'établissement par ses usagers témoigne de leur motivation et de la sensibilisation de la famille à l'importance de la régularité de la prise en charge.
- La question du travail avec les familles, dont la teneur et les modalités apparaissent peu dans le questionnaire, mériterait d'être approfondie

Les indicateurs qui ont été abordés dans cette étude apportent un éclairage objectif sur la population reçue à l'IR Gérard Forgues qui apparaît comme constituée de jeunes en souffrance ayant besoin d'être aidés psychologiquement. L'IR, à travers les moyens dont il s'est doté, est donc réellement un lieu de soins en plus de ses fonctions éducatives et pédagogiques.

Pour cet établissement, comme pour tout autre, l'intérêt de formaliser et de pérenniser un suivi des jeunes accueillis par un tableau de bord paraît évident :

- en interne : pour prendre de recul par rapport au quotidien et mettre en évidence des évolutions tant sur les nouveaux usagers par rapport aux plus anciens qu'au cours des prises en charge
- en externe : pour rendre visible l'originalité de l'établissement et le travail qui y est mené et mieux faire comprendre les caractéristiques de la population à qui il s'adresse.

L'expérience qui vient d'être conduite pourra servir de support pour faire le choix des indicateurs paraissant les plus pertinents et les plus éclairants dans la perspective d'une meilleure connaissance des populations prises en charge et des pratiques mises en œuvre, choix qui devra se faire en recherchant un compromis à faire entre le désir d'en savoir plus et la faisabilité d'un suivi trop lourd à gérer.

Annexes

Grille individuelle	56
Diagnostic principal	63
Diagnostic complémentaire	65
Facteurs organiques	67
Facteurs et conditions d'environnement	68

FICHE INDIVIDUELLE pour le recueil des données

A remplir pour chaque jeune ayant séjourné dans l'IR entre
le 1^{er} septembre 1996 et le 30 juin 2001

1 - Numéro d'identification :

2 - Sexe Masculin : Féminin :

3 - Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| (mois – année)

4 - Date d'entrée dans l'établissement : |_|_|_|_|_|_|_|_| (mois – année)

5 - Date de la sortie : |_|_|_|_|_|_|_|_| (mois – année)

6 - Age lors de l'admission dans l'établissement : ans
(ne rien mettre dans ces cases : calcul automatique lors de la saisie)

7 - Age lors de la sortie : ans
(ne rien mettre : calcul automatique lors de la saisie)

8 - Durée actuelle de la prise en charge pour les présents : |_|_|_| mois
(ne rien mettre : calcul automatique lors de la saisie)

9 - Durée totale de la prise en charge pour les jeunes sortis : |_|_|_| mois
(ne rien mettre : calcul automatique lors de la saisie)

10 - Canton de résidence du parent ayant le droit de garde lors de l'admission (Si hors des
Pyrénées-Atlantiques, indiquer seulement le département d'origine) :

n° INSEE canton |_|_|_| (voir liste des communes jointe : reporter le code à 2 chiffres)
ou département |_|_|_|

11 - l'enfant concerné est-il entré :
(ne rien mettre : calcul automatique lors de la saisie)

1. avant le 1^{er} septembre 1996 et sorti avant le 1^{er} septembre 2001

2. après le 1^{er} septembre 1996 et sorti avant le 1^{er} septembre 2001

3. avant le 1^{er} septembre 1996 et toujours présent le 1^{er} septembre 2001

4. après le 1^{er} septembre 1996 et toujours présent le 1^{er} septembre 2001

12 - La famille reçoit-elle l'AES ? oui non

Situation au moment de l'admission dans l'IR :

13 - l'enfant a-t-il bénéficié de prise en charge antérieure ambulatoire ?
Oui Non

13.1 – si oui, s'agit-il de ?

1 – consultation 2 – bilan 3 - prise en charge

14 - l'enfant a-t-il bénéficié de prise en charge antérieure en établissement ? Oui Non

15 - Si des prises en charge antérieures ont déjà été réalisées, indiquez-en la nature (en reportant les codes de la liste ci-dessous dans les cases correspondantes) par ordre chronologique ainsi que la durée en mois (si possible) :

		Durée en mois
1 ^{ère} prise en charge	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 ^{ème} prise en charge	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 ^{ème} prise en charge	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 ^{ème} prise en charge	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5 ^{ème} prise en charge	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Code :

- | | |
|---|------------------------------|
| 01 RASED | 08 AEMO administrative (AED) |
| 02 CAMSP | 09 AEMO judiciaire |
| 03 CMP (consultation d'hygiène mentale) | 10 IR |
| 04 CMPP | 11 SESSAD d'IR |
| 05 psychiatre libéral | 12 hôpital de jour |
| 06 psychologue libéral | 13 placement familial |
| 07 rééducateurs libéraux | 14 autre (précisez) :..... |

16 - Soins ou rééducations dont a bénéficié l'enfant avant son admission :

		précisez la durée en mois
1- Psychothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2 - Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3 - Psychomotricité	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4 - Ateliers d'expression thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5 - Soins médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
6 - Autres (précisez).....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
7 - Inconnu	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

17 - Aide antérieure à la famille :

1 - Entretiens psychologiques ou psychiatriques	<input type="checkbox"/>
2 - Service social du secteur	<input type="checkbox"/>
3 - PMI	<input type="checkbox"/>
4 - Autres (précisez).....	<input type="checkbox"/>

18 - Quel intervenant est à l'origine de la saisine de la CDES ? |__| |__|

- | | |
|---|---------------------------|
| 01 Ecole ou RASED | 10 IR |
| 02 CAMSP | 11 SESSAD d'IR |
| 03 CMP (consultation d'hygiène mentale) | 12 hôpital de jour |
| 04 CMPP | 13 placement familial |
| 05 psychiatre libéral | 14 ASE - services sociaux |
| 06 psychologue libéral | 15 Juge des enfants |
| 07 rééducateurs libéraux | 16 famille |
| 08 AEMO administrative (AED) | 17 autre (précisez)..... |
| 09 AEMO judiciaire | |

19.1 - Date de la décision d'orientation : |__| |__| |__| |__| (mois- année)

19.2 - Si le placement de l'enfant à l'I.R.R. n'a pas été fait dans les délais prévus par la notification, quelle en est la raison ?

1. Refus de la famille
2. Liste d'attente
3. Autre (précisez).....

20 - Cadre de vie de l'enfant au moment : de la prise en charge à la sortie ou au jour de l'étude

- 1 – avec ses 2 parents naturels
- 2 – avec sa mère seule
- 3 – avec sa mère et son beau-père
- 4 – avec son père seul
- 5 – avec son père et sa belle-mère
- 6 – avec un autre membre de sa famille
- 7 – avec ses parents adoptifs
- 8 - en famille d'accueil
- 9 – autre (précisez) :.....

21 - L'enfant a-t-il été reconnu par son père biologique ?

oui non

si cas particulier : préciser.....

22 - En cas de séparation ou divorce des parents, l'enfant a-t-il des liens avec le parent n'ayant pas la garde

- 1 – réguliers (au regard du cadre juridique s'il existe)
- 2 – épisodiques
- 3 – rupture des relations

23 - Nombre d'enfants dans la fratrie nés du même couple parental |__| |__|

23.1 – dont nombre de garçons |__| |__|

23.2 – dont nombre de filles |__| |__|

24 - Rang de l'enfant dans cette fratrie |__| |__|

25 - Nombre (éventuel) des autres enfants de la mère |__| |__|

26 - Nombre (éventuel) des autres enfants du père |__| |__|

27 - Nombre d'enfants vivant au foyer où réside l'enfant |__| |__|

28 - Des frères et sœurs bénéficient-ils de prises en charge ambulatoires ?

oui non

29 - Si oui, combien |__| |__|

30 - Des frères et sœurs bénéficient-ils de prises en charge institutionnelles ?

oui non

31 - Si oui, combien |__| |__|

32.1 – La mère a-t-elle connu des situations de placement ?

oui non

si oui, précisez :.....

32.2 – Le père a-t-il connu des situations de placement ?

oui non

si oui, précisez :.....

33 - situation sociale des parents et éventuellement beau-parents

	Père	Mère	Beau-père	Belle-mère
1. En activité professionnelle				
2. Recherche d'emploi				
3. Inactif ne recherchant pas un emploi (parent au foyer, étudiant...)				
4. Retraité				
5. Allocataire du RMI				
6. Invalidité, AAH				
7. N'a pas lieu de répondre (inconnu, disparu, décédé...)				

34 - Pour les parents en activité ou en recherche d'emploi, veuillez indiquer la CSP (reporter le code correspondant en utilisant la nomenclature jointe en annexe)

	Père	Mère	Beau-père	Belle-mère
CSP				

35 - le père est-il incarcéré ? oui non

36 - la mère est-elle incarcérée ? oui non

37 - Nombre de jours d'absence de l'enfant au cours de la dernière année scolaire si toujours présent au 30/06/01 ou au cours de sa dernière année de prise en charge si sorti au 30/06/01)

dont maladie
 raisons familiales
 fugue
 absence non justifiée

38 - Situation scolaire lors de l'arrivée dans l'IR :

1. scolarisé dans une école ou un établissement ordinaire
2. scolarisé dans un établissement spécialisé
3. déscolarisé
4. autre (précisez).....

39 - Quelle est la dernière classe ou le dernier niveau suivi(e) à l'entrée dans l'établissement :

1 – préélémentaire 11- 5° SEGPA
 2 – CP 12 – 4° ordinaire
 3 –CE1 13 – 4° SEGPA
 4- CE2 14 – 4° techno
 5- CM1 15 – 4° AS (aide et soutien)
 6 – CM2 16 – 3° ordinaire
 7- CLIS 17 – 3° SEGPA
 8 – 6° ordinaire 18 – 3° techno
 9 – 6° SEGPA 19 – 3° I (insertion)
 10 – 5° ordinaire 20 – autre (précisez).....

40 – Niveau scolaire global estimé lors de l'arrivée dans l'établissement :

Si le niveau est dysharmonieux, retenir les différents niveaux.

1. Cycle 1 précisez la discipline :.....
2. Cycle 2 précisez la discipline :.....
3. Cycle 3 précisez la discipline :.....
4. Secondaire précisez la discipline :.....

50 - L'enfant a-t-il bénéficié de soins para-médicaux ou médicaux en dehors de l'établissement :

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 1. kiné | <input type="checkbox"/> | 7. neurologue | <input type="checkbox"/> |
| 2. orthoptiste | <input type="checkbox"/> | 8. ORL | <input type="checkbox"/> |
| 3. podologue | <input type="checkbox"/> | 9. ophtalmologue | <input type="checkbox"/> |
| 4. orthodontiste-dentiste | <input type="checkbox"/> | 10. gynécologue | <input type="checkbox"/> |
| 5. diététicienne | <input type="checkbox"/> | 11. autre (précisez) | <input type="checkbox"/> |
| 6. orthopédiste | <input type="checkbox"/> | | |

51 - Une mesure d'AEMO at-elle été demandée pendant la durée du séjour pour aider la famille ? oui non

52 - si oui, a-t-elle été accordée ? oui non

53 - Classe ou formation suivie au moment de l'étude (30/06/01) ou lors de la sortie : | | |

- | | |
|--------------------|------------------------------------|
| 1 - préélémentaire | 12 - 4° ordinaire |
| 2 - CP | 13 - 4° SEGPA |
| 3 - CE1 | 14 - 4° techno |
| 4 - CE2 | 15 - 4° AS (aide et soutien) |
| 5 - CM1 | 16 - 3° ordinaire |
| 6 - CM2 | 17 - 3° SEGPA |
| 7 - CLIS | 18 - 3° techno |
| 8 - 6° ordinaire | 19 - 3° I (insertion) |
| 9 - 6° SEGPA | 20 - CAP (indiquez la nature)..... |
| 10 - 5° ordinaire | 21 - BEP (indiquez la nature)..... |
| 11 - 5° SEGPA | 22 - autre (précisez)..... |

54.1 - L'enfant a-t-il été intégré scolairement dès son admission à l'I.R.R. ?

Oui Non

54.2 - A-t-il été intégré scolairement au cours du séjour à l'I.R.R. ?

Oui Non

55.1 - En cas d'intégration, y a-t-il eu un échec de celle-ci ?

Oui Non

55.2 - si oui, veuillez en préciser les motifs :

56 - Activités pratiquées par l'enfant

	Pratiquées a. dans l'IR b. à l'extérieur	Indiquez s'il s'agit 1 - du maintien d'un activité pratiquée avant l'admission 2 - d'une demande de la famille 3 - d'une proposition de l'IR
culturelles (musique, arts plastiques, théâtre...)		
loisirs (cinéma, spectacles)		
sportives (en tant que pratiquant)		
autre (préciser)		

57 - L'enfant a-t-il du arrêter de pratiquer des activités en raison de son admission dans l'établissement ?

Oui Non

Orientation à la fin de la prise en charge (ces dernières questions ne sont à ne remplir que pour les jeunes sortis au jour de l'étude)

58 – Raison de la fin de la prise en charge :

1. Volonté de la famille
2. Déménagement de la famille
3. Limite d'âge
4. Réorientation avant la limite d'âge sur proposition de l'établissement.
5. Retour en milieu ordinaire sur proposition de l'établissement
6. Autre (préciser) :

59 - Hébergement

	Lors de la sortie	Actuel pour les jeunes sortis en 1996, 1997 et 1998
1. Famille		
2. Famille d'accueil		
3. Internat socio-éducatif		
4. Internat médico-éducatif		
5. famille + famille d'accueil		
6. famille + internat socio-éducatif		
7. famille + médico-éducatif		
8. famille + famille d'accueil + internat socio-éducatif		
9. famille + famille d'accueil + internat médico-éducatif		
10. famille d'accueil + internat socio-éducatif		
11. famille d'accueil + médico-éducatif		
Autre (précisez)		

60 - Prise en charge

	Lors de la sortie	Actuel pour les jeunes sortis en 1996, 1997 et 1998
1. IR		
2. IRPRO		
3. IMP		
4. IMPro		
5. SESSAD d'IR		
6. MECS		
7. Autre (précisez)		
8. Pas de prise en charge		

61 - Activité

	Lors de la sortie	Actuel pour les jeunes sortis en 1996, 1997 et 1998
1. Scolarisé en classe ordinaire		
2. Scolarisé en classe spécialisée		
3. Formation prof. ordinaire		
4. Formation prof. adaptée		
5. apprentissage		
6. Activité professionnelle		
7. Autre (précisez)		
8. Aucune activité		

CFTMEA - Axe I : DIAGNOSTIC PRINCIPAL

	PRESENTS		SORTIS	
	nb	%	nb	%
1 - AUTISMES ET TROUBLES PSYCHOTIQUES	1	1,4%		
1.0 Psychoses précoces (troubles envahissants du développement)				
1.00 Autisme infantile précoce type Kanner				
1.01 Autres formes de l'autisme infantile				
1.02 Psychose précoce déficitaire - retard mental avec troubles autistiques ou psychotiques				
1.03 Syndrome d'Asperger				
1.04 Dysharmonies psychotiques	1	1,4%		
1.05 Troubles désintégratifs de l'enfance				
1.08 Autres psychoses précoces ou autres troubles envahissants du développement				
1.09 Psychoses précoces ou troubles envahissants du développement non spécifiés				
1.1 Schizophrénies				
1.10 Schizophrénie de l'enfant				
1.11 Troubles schizophréniques à l'adolescence				
1.2 Troubles délirants				
1.3 Troubles psychotiques aigus				
1.30 Trouble psychotique aigu polymorphe sans symptômes schizophréniques				
1.31 Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques				
1.38 Autres				
1.4 Troubles thymiques				
1.40 Psychoses dysthymiques de l'enfant				
1.41 Troubles thymiques de l'adolescent				
1.5 Etats dépressifs après épisode psychotique				
1.8 Autres troubles psychotiques				
1.9 Troubles psychotiques non spécifiés				
2 - TROUBLES NEVROTIQUES	43	59,7%	34	47,9%
2.0 Troubles névrotiques à dominante anxieuse	8	11,1%	8	11,6%
2.1 Troubles névrotiques à dominante hystérique	3	4,2%		
2.2 Troubles névrotiques à dominante phobique	1	1,4%	2	2,9%
2.3 Troubles névrotiques à dominante obsessionnelle				
2.4 Troubles névrotiques avec prédominance des inhibitions	18	25,0%	6	8,7%
2.5 Dépression névrotique	3	4,2%	8	11,6%
2.6 Caractères névrotiques, pathologies névrotiques de la personnalité	3	4,2%	4	5,8%
2.7 Troubles névrotiques avec perturbations prédominantes des fonctions instrumentales	7	9,7%	5	9,2%
2.8 Autres			1	1,4%
2.9 Non spécifiés				
3 - PATHOLOGIES LIMITES, TROUBLES DE LA PERSONNALITE	22	30,6%	31	43,7%
3.0 Dysharmonies évolutives	8	11,1%	13	18,8%
3.1 Pathologies limites avec dominance des troubles de la personnalité	12	16,7%	6	8,7%
3.2 Pathologies limites à dominante schizotypique				
3.3 Pathologies limites à dominante comportementale	2	2,8%	9	13,0%
3.4 Dépressions liées à une pathologie limite			3	4,3%
3.8 Autres pathologies limites				
3.9 Pathologies limites non spécifiées				
4 - TROUBLES REACTIONNELS	2	2,8%	3	4,2%
4.0 Dépression réactionnelle				
4.1 Manifestations réactionnelles	2	2,8%	3	4,3%
4.2 Syndrome de stress post-traumatique				

	PRESENTS		SORTIS	
	nb	%	nb	%
5 - DEFICIENCES MENTALES	4	5,6%	1	1,4%
5.05 déficience harmonique avec QI 50-69	3	4,2%		
5.06 déficience dysharmonique avec QI 50-69				
5.07 déficience avec QI 50-69 et polyhandicap sensoriel et/ou moteur	1	1,4%		
5.15 déficience harmonique avec QI 35-49				
5.16 déficience dysharmonique avec QI 35-49				
5.17 déficience avec QI 35-49 et polyhandicap sensoriel et/ou moteur				
5.25 déficience harmonique avec QI 20-34				
5.26 déficience dysharmonique avec QI 20-34				
5.27 déficience avec QI 20-34 et polyhandicap sensoriel et/ou moteur				
5.35 déficience harmonique avec QI < 20				
5.36 déficience dysharmonique avec QI < 20				
5.37 déficience avec < 20 et polyhandicap sensoriel et/ou moteur				
5.x9 déficience non spécifiée			1	1,4

CFTMEA - Axe I : DIAGNOSTIC COMPLEMENTAIRE

	PRESENTS		SORTIS	
	nb	%	nb	%
6 - TROUBLES SPECIFIQUES DU DEVELOPPEMENT ET DES FONCTIONS INSTRUMENTALES	22	30,6	6	8,3
6.0 Trouble de la parole et du langage	11	15,2	5	7,0
6.00 Troubles isolés de l'articulation	1	1,4	2	2,8
6.01 Troubles du développement du langage	4	5,6	1	1,4
6.02 Aphasie acquise				
6.03 Mutisme				
6.04 Bégaiement,	2	2,8	2	2,8
6.08 Autres troubles du langage et de la parole	4	5,6		
6.09 Troubles du langage et de la parole non spécifiés				
6.1 Troubles cognitifs et des acquisitions scolaires	10	13,8	2	2,8
6.10 Troubles lexicographiques	6	8,3	1	1,4
6.11 Troubles spécifiques de l'arithmétique				
6.12 Troubles du raisonnement	2	2,8		
6.13 Troubles de l'attention sans hyperkinésie	1	1,4	1	1,4
6.18 Autres troubles cognitifs et des acquisitions scolaires	1	1,4		
6.19 Troubles cognitifs et des acquisitions scolaires non spécifiés	1	1,4		
6.2 Troubles psychomoteurs	11	15,2		
6.20 Retard psychomoteur (troubles spécifiques du développement moteur)				
6.21 Tics	3	4,2		
6.28 Autres troubles psychomoteurs	6	8,5		
6.29 Troubles psychomoteurs non spécifiés	2	2,8		
7 - TROUBLES DES CONDUITES ET DES COMPORTEMENTS	15	20,8	11	15,3
7.0 Troubles hyperkinétiques	2	2,8	6	8,3
7.00 Hyperkinésie avec troubles de l'attention	2	2,8	6	8,3
7.08 Autres troubles hyperkinétiques				
7.09 Troubles hyperkinétiques non spécifiés				
7.1 Troubles des conduites alimentaires	4	5,6	1	1,4
7.10 Anorexie mentale				
7.11 Anorexie mentale atypique				
7.12 Boulimie	3	4,2		
7.13 Boulimie atypique	1	1,4		
7.14 troubles des conduites alimentaires du nourrisson et de l'enfant				
7.15 troubles alimentaires du nouveau-né				
7.18 Autres troubles des conduites alimentaires			1	1,4
7.19 Troubles des conduites alimentaires non spécifiés				
7.2 Conduites suicidaires				
7.3 Troubles liés à l'usage de drogues ou d'alcool				
7.4 Troubles de l'anxiété de séparation				
7.5 Troubles de l'identité et des conduites sexuelles	1	1,4	1	1,4
7.50 Troubles de l'identité sexuelle			1	1,4
7.51 troubles de la préférence sexuelle				
7.52 Manifestations en rapport avec des préoccupations excessives concernant le développement sexuel et son orientation				
7.58 Autres troubles des conduites sexuelles				
7.59 Troubles des conduites sexuelles sans précision	1	1,4		

	PRESENTS		SORTIS	
	nb	%	nb	%
7.6 Phobies scolaires	2	2,8	1	1,4
7.7 Autres troubles caractérisés des conduites	8	11,1	3	4,2
7.70 Pyromanie				
7.71 Kleptomanie				
7.72 Trichotillomanie	2	2,8		
7.73 Fugues	2	2,8		
7.74 Violence contre les personnes	4	5,6	2	2,8
7.75 Conduites à risque	3	4,2		
7.76 Errance				
7.78 Autres troubles caractérisés des conduites	1	1,4		
7.8 Autres troubles des conduites et des comportements				
7.9 Troubles des conduites non spécifiés				
8 - TROUBLES A EXPRESSION SOMATIQUE	20	27,8	4	5,6
8.0 Affections psychosomatiques	7	9,7		
8.1 Troubles psychofonctionnels				
8.2 Trouble hypocondriaque				
8.3 Enurésie	8	11,1	3	4,2
8.4 Encoprésie	3	4,2	1	1,4
8.5 Troubles du sommeil	4	5,2		
8.6 Retard de croissance psychogène				
8.8 Autres troubles à expression somatique				
8.9 Troubles à expression somatique non spécifiés				
9 - VARIATIONS DE NORMALE	10	13,4	7	9,7
9.0 Angoisses, rituels, peurs			2	2,8
9.1 Moments dépressifs	2	2,8	1	1,4
9.2 Conduites d'opposition	8	11,1	5	7,0
9.3 Conduites d'isolement				
9.4 Difficultés scolaires non classables dans les catégories précédentes				
9.5 Retards ou régressions transitoires			1	1,4
9.6 Aspects originaux de la personnalité				
9.8 Autres				
9.9 Non spécifiés				

CFTMEA – Axes II : FACTEURS ORGANIQUES

	PRESENTS		SORTIS	
	nb	%	nb	%
PAS DE FACTEURS ORGANIQUES RECONNUS	59	81,9	65	91,5
11. FACTEURS ANTE-NATAUX D'ORIGINE MATERNELLE				
11.0 Atteinte infectieuse ou parasitaire (rubéole, cytomégalie, herpès, toxoplasmose, listériose, syphilis, etc.)				
11.1 Atteinte toxique (médicaments, alcool, drogues, irradiation)				
11.2 Atteinte liée à une maladie maternelle (diabète, néphropathie, malformation cardiaque, malnutrition sévère, etc.)				
11.3 Autres	4	5,6	2	2,8
12. FACTEURS PERINATAUX	2	2,8	1	1,4
12.0 Pré maturité, dysmature, hypotrophie fœtale	3	4,1	1	1,4
12.1 Souffrance cérébrale périnatale				
12.2 Incompatibilité sanguine fœto-maternelle				
12.3 Autres				
13. ATTEINTES CEREBRALES POST-NATALES				
13.0 Atteinte cérébrale post-natale d'origine infectieuse (virale, bactérienne) ou parasitaire				
13.1 Atteinte cérébrale post-natale d'origine toxique				
13.2 Atteinte liée à un traumatisme cérébral				
13.3 Tumeurs cérébrales				
13.8 Autres				
14. MALADIES D'ORIGINE GENETIQUE OU CONGENITALES	2	2,8		
14.0 Trisomie 21 ou Mongolisme				
14.1 Autres maladies liées à une anomalie chromosomique autosomique				
14.2 Maladie liée à une anomalie chromosomique gonosomique (syndrome du chromosome X fragile, dysgénésies gonadiques, etc.)				
14.3 Phénylcétonurie				
14.4 Autres maladies métaboliques	1	1,4		
14.5 Hypothyroïdies congénitales				
14.6 Neuro-ectodermoses congénitales (Sclérose tubéreuse de Bourneville..)				
14.7 Malformations cérébrales congénitales (micro ou macrocéphalie, encéphalocèle, hydrocéphalie)	1	1,4		
14.8 Autres				
15. INFIRMITES ET AFFECTIONS SOMATIQUES A LONG COURS	4	5,6	4	5,6
15.0 Déficits sensoriels	1	1,4	3	4,1
15.1 Atteinte motrice d'origine cérébrale (IMC)				
15.2 Atteinte neurologique d'origine non cérébrale				
15.3 Affections musculaires (myopathie, etc.)				
15.4 Malformations congénitales autres que cérébrales (spina bifida, pseudo-hermaphrodisme, etc.)	3	4,1		
15.5 Séquelles d'accident physique sans atteinte cérébrale				
15.6 Déficit immunitaire congénital ou acquis (SIDA)				
15.7 Hémophilie				
15.8 Maladie somatique à long cours	1	1,4	1	1,4
15.9 Autres			1	1,4
16. CONVULSIONS ET EPILEPSIES	3	4,1		
16.0 Epilepsie idiopathique	3	4,1		
16.1 Encéphalopathie épileptique évolutive et épilepsies graves				
16.2 Autres épilepsies symptomatiques				
16.3 Manifestations convulsives non épileptiques				
16.8 Autres				
17. ANTECEDENTS DE MALADIES SOMATIQUES DANS L'ENFANCE	1	1,4	1	1,4
18. AUTRES				
19. PAS DE REPONSE POSSIBLE PAR DEFAUT D'INFORMATION				

CFTMEA - axe II : FACTEURS ET CONDITIONS D'ENVIRONNEMENT

	PRESENTS		SORTIS	
	nb	%	nb	%
PAS DE FACTEURS D'ENVIRONNEMENT A RETENIR	11	15,3		
21. TROUBLES MENTAUX OU PERTURBATIONS PSYCHOLOGIQUES AVEREES DANS LA FAMILLE	39	54,2		
21.0 Psychose puerpérale				
21.1 Dépression maternelle dans la période post-natale				
21.2 Discontinuité des processus de soins maternels dans la première année	2	2,8		
21.3 Autre trouble important des relations précoces				
21.4 Troubles mentaux d'un ou des parents	6	8,3		
21.5 Troubles mentaux d'un autre membre de la famille				
21.6 Alcoolisme ou toxicomanie parentale	19	26,4		
21.7 Perturbations psychologiques sévères et actuelles dans le réseau familial	28	38,9		
21.8 Autres				
22. CARENCES AFFECTIVES, EDUCATIVES, SOCIALES, CULTURELLES	47	65,3		
22.0 Carences affectives précoces	18	25,0		
22.1 Carences affectives ultérieures	17	23,6		
22.2 Carences socio-éducatives	30	41,6		
22.8 Autres				
23 MAUVAIS TRAITEMENTS ET NEGLIGENCES GRAVES	10	13,9		
23.0 Sévices et violences physiques	5	6,9		
23.1 Négligences graves	1	1,4		
23.2 Abus sexuels	5	6,9		
23.8 Autres				
24. EVENEMENTS ENTRAINANT LA RUPTURE DE LIENS AFFECTIFS	15	20,8		
24.0 Hospitalisation ou séjour institutionnel prolongé ou répétitif de l'enfant				
24.1 Rupture itérative des modes de garde	7	9,7		
24.2 Hospitalisation ou séjour institutionnel prolongés ou répétitif d'un ou des parents	2	2,8		
24.3 Décès d'un ou des parents	3	4,2		
24.4 Décès d'un ou des grands-parents				
24.5 Décès dans la fratrie	4	5,6		
24.6 Abandon parental	2	2,8		
24.8 Autre				
25. CONTEXTE SOCIO-FAMILIAL PARTICULIER	35	48,6		
25.0 Gémellité	1	1,4		
25.1 Enfant actuellement placé				
25.2 Enfant adopté	1	1,4		
25.3 Enfant de parents divorcés, quel que soit le mode de garde	25	34,7		
25.4 Enfant élevé par les grands-parents	1	1,4		
25.5 Famille mono-parentale	2	2,8		
25.6 Famille immigrée ou transplantée	4	5,6		
25.7 Maladie organique grave d'un parent	2	2,8		
25.8 Milieu socio-familial très défavorisé	2	2,8		
25.9 Autre				
28. AUTRES				
29. PAS DE REPONSE POSSIBLE PAR DEFAUT D'INFORMATION				