

Jeunes et adolescents en difficultés, l'ARS mobilisée pour réguler les parcours de prise en charge

La coordination des acteurs intervenants auprès des enfants ou adolescents en difficultés peut être améliorée par l'action des agences régionales de santé. L'expérience de l'ARS de Bretagne.

Salima Taymi

Chargée de mission à la direction adjointe prévention promotion de la santé

Jean-Michel Doki-Thonon

Directeur de la santé publique

Agence régionale de santé de Bretagne

Sollicitée par les quatre conseils généraux bretons au début de l'année 2012, l'agence régionale de santé de Bretagne s'est engagée auprès d'eux, à comprendre et à prévenir les ruptures dans les prises en charge de jeunes et adolescents cumulant des difficultés et nécessitant des prises en charge multiples et relevant de différents champs (sanitaire, médico-social, éducatif, judiciaire...).

Plus précisément, il s'agit d'enfants ou adolescents, confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE) dans le cadre administratif ou judiciaire, présentant des troubles du comportement et ou de la personnalité en lien ou non avec un handicap identifié et nécessitant une prise en charge spécialisée sur le plan de la gestion quotidienne, de la scolarité et du soin. Les difficultés auxquelles certains de ces jeunes sont confrontés émanent du fait qu'ils relèvent à la fois de l'ASE, des services médico-sociaux – institut médico-éducatif (IME), institut médico-professionnel (Impro), institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP)... – et de la psychiatrie (parcours de soins ambulatoire et/ou hospitalier) et qu'ils ne trouvent de solution d'accueil exclusive et complète dans aucune structure de ces trois champs d'intervention.

En tout état de cause, ces jeunes, parfois appelés « incasables », font souvent face à l'épuisement des institutions et des travailleurs sociaux qui se retrouvent dans l'impasse quant à leur prise en charge, ainsi qu'au risque de sortie des dispositifs de prise en charge, voire d'accroissement des troubles et de passage à des situations d'errance et d'urgence.

La compréhension de cette problématique a exigé, outre une appréhension de la littérature

existante sur ce sujet, la réalisation d'un état des lieux basé sur l'étude de situations. Treize monographies de jeunes dits en difficulté ont ainsi été réalisées entre mai et septembre 2013 à partir d'une grille commune et validée permettant de retracer chronologiquement leurs trajectoires personnelles et institutionnelles. Ces études de cas ont été réalisées à partir d'une analyse du dossier individuel du jeune alimenté par l'ASE, ainsi que d'entretiens auprès du référent direct de la situation du jeune et du cadre intermédiaire ou chef de service.

L'étude du dossier papier a permis de mettre à jour la difficulté des référents ASE à disposer de l'ensemble des pièces permettant de retracer la trajectoire institutionnelle du jeune.

Cette première étude a mis en évidence les éléments suivants.

- Un environnement familial fragile conduisant à un placement familial...

La majorité des adolescents et jeunes concernés par l'étude évoluent dans des foyers monoparentaux (le plus souvent portés par la mère) en situation de précarité avec une fratrie connue des services de l'ASE dans le cadre de mesures de prévention (par exemple, une assistance éducative). Dans certains cas, les parents sont connus d'autres services des conseils généraux : la Protection maternelle et infantile ou encore les services en charge des demandes de revenus de solidarité active (RSA). Pour plus de la moitié des situations, les parents présentent des problématiques psychiatriques et/ou des problématiques liées à des conduites addictives pour lesquelles ils ont bénéficié d'un suivi médical ou non. Pour la majorité des situations, on note l'importance des violences intrafamiliales.



- ... qui a du mal à être maintenu dans le temps

Toutes les situations étudiées concernent des jeunes placés en familles d'accueil, dont plus de la moitié l'a été de façon tardive. Ces situations se caractérisent par la succession de familles d'accueil sur de très courtes périodes, voire le chevauchement dans le cadre de l'organisation d'accueils relais – les familles demandant souvent un arrêt de la prise en charge du jeune par manque d'expérience ou parce qu'elles se disent insuffisamment « armées » (absence de supervision, de lieux d'échanges de pratique, de modalités de soutien à la pratique...). Les équipes de l'ASE déclarent mobiliser une grande partie de leur temps dans la recherche d'hébergements pour ces jeunes qui alternent régulièrement familles d'accueil et établissements.

- Une scolarité en « dents de scie »

La grande majorité des jeunes de l'étude est déscolarisée ou bénéficie d'une scolarité adaptée (à temps très partiel). Certains d'entre eux ont changé d'établissement scolaire (jusqu'à 5 fois) pour différents motifs : exclusion définitive pour atteinte à l'intégrité physique d'un pair ou d'un membre du personnel de l'établissement, retrait par un parent du fait d'un désaccord avec la direction...

- Une prise en charge sanitaire plus ou moins continue

La quasi-totalité des jeunes relevant de l'étude bénéficie d'un suivi en pédopsychiatrie ou en centre médico-psycho-pédagogique (CMPP). Pour beaucoup, ce suivi n'est pas inscrit dans la continuité : plusieurs de ces jeunes ne font que transiter par les urgences somatiques ou psychiatriques suite à une crise ou un passage à l'acte sans qu'un suivi leur soit ensuite proposé. D'autres ont connu des discontinuités dans leurs prises en charge, soit du fait de leur absence d'adhésion aux soins proposés, soit du fait d'une décision de l'établissement. La grande majorité des situations concernent des jeunes sous traitement avec des interrogations sur les modalités de renouvellement et de garantie de la bonne observance des traitements.

- Une prise en charge médico-sociale qui pose problème

Tous ces jeunes relèvent d'une prise en charge médico-sociale – notification de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) –, mais celle-ci n'est effective, au moment de la réalisation de l'étude, que pour la moitié des cas (en ITEP surtout). Pour l'autre moitié, leur prise en charge a évolué au cours du temps (temps très partiel) ou ils sont sortis du dispositif en raison de leur comportement ou à l'initiative de l'établissement qui les prend en charge.

- Des trajectoires institutionnelles relevant du bricolage

On relève à travers cette étude la difficulté pour les services de l'ASE d'anticiper dans la gestion des situations de ces jeunes. La stabilisation temporaire d'une situation relève ainsi davantage du bricolage que de la construction d'un parcours.

Le passage d'un dispositif à un autre se concrétise souvent à travers une négociation informelle entre personnes. En effet, à l'exception d'une situation, il n'existe pas d'accord formalisé et validé par les partenaires autour des prises en charges du jeune.

On note une méconnaissance des différents intervenants sur les modalités d'entrée ou de sortie des dispositifs ainsi que du fonctionnement de certains partenaires. Cela génère des situations de crispations et d'incompréhension des mesures entreprises.

Enfin, pour ces jeunes, la multiplicité des intervenants entraîne une déperdition des informations relatives au jeune et une absence de coordination des acteurs autour du jeune : aucun des acteurs n'assume ce rôle et n'est reconnu en tant que tel par les autres. Les parents titulaires de l'autorité parentale restent assez absents ou sont peu associés, ou à l'inverse trop entreprenant et les jeunes eux-mêmes semblent subir les prises en charge qui leur sont proposées.

Les modalités de « droit commun » de coordination des acteurs (maisons des adolescents) sont peu sollicitées pour ces situations.

- La difficulté à quantifier la problématique

Si le département d'Ille-et-Vilaine a estimé à 30 sur environ 2700 jeunes confiés à l'ASE les cas de jeunes les plus complexes, il en est tout autrement pour les trois autres départements. En effet, le conseil général d'Ille-et-Vilaine a procédé à un recensement des situations en interrogeant les centres départementaux d'action sociale (20 en tout) concernant les jeunes ayant des notifications MDPH connues des services (ce n'est pas toujours le cas puisque les notifications sont transmises aux parents encore détenteurs de l'autorité parentale), pour lesquels il n'y a pas d'intégration scolaire et qui ont des troubles du comportement et/ou de la personnalité (trace d'un suivi médical).

Pour les autres départements, les systèmes d'information actuels ne permettent pas de recenser les situations concernées par la présente étude et exigeraient de croiser des données individuelles avec celles des MDPH, ce qui n'est pas sans poser de difficultés.

Partager les dysfonctionnements et co-construire les réponses pour éviter les ruptures dans les parcours de soins

La deuxième phase de l'état des lieux consiste à élargir les discussions et le recueil des points de rupture dans les prises en charge à d'autres acteurs que sont les établissements médico-sociaux, les professionnels de la pédopsychiatrie, l'Éducation nationale, la protection judiciaire de la jeunesse, les maisons des adolescents, les MDPH. Cette deuxième phase consiste en la réalisation d'entretiens collectifs avec les différents professionnels qui s'étendront de mars à juin 2014.

L'état des lieux final repose donc sur un partage des points de rupture dans les prises en charge des jeunes et adolescents en difficulté. Il constitue la base d'un travail plus large de définition de parcours complexes de santé en faveur de jeunes en difficulté, dont l'un des préalables est la coordination des acteurs des différents champs à plusieurs niveaux (stratégique, décisionnel, opérationnel, de proximité) puis ensuite la protocolisation des relations entre les différents acteurs à chacun de ces niveaux.

D'ores et déjà, certains domaines d'amélioration se dégagent, par exemple le partage de l'information sur les situations, la gestion du suivi médical, la formation commune santé/social portant notamment sur les modalités d'entrée et de sortie des dispositifs, l'élaboration de protocoles d'intervention partagée.

Ce travail est mené en parallèle à une réflexion régionale visant à interroger la place et le rôle des dispositifs d'accueil, d'écoute, de prise en charge et/ou d'accompagnement des jeunes en difficulté impliquant la mise en place d'une nouvelle gouvernance.

Dans le cadre de sa mission générale, prévue par la loi HPST, de mise œuvre de la politique de santé publique et de régulation de l'offre de services de soins et de services médico-sociaux, l'ARS joue un rôle majeur en termes d'exigence et de vigilance sur la construction des parcours de soins. Au regard des enjeux autour de la santé des enfants et des adolescents et de la nécessité d'une action coordonnée de nombreux acteurs, dont une part importante relève du champ de compétences de l'ARS (services de pédopsychiatrie, IME, Impro, ITEP, maisons des adolescents...), cette démarche, en cours en Bretagne, montre que l'ARS, qui a pris en considération dans son projet régional de santé les besoins de cette population, se trouve appelée par l'ensemble des acteurs à jouer un rôle moteur dans la régulation des parcours de soins des enfants et des adolescents, en particulier ceux qui sont en souffrance, afin d'éviter les ruptures. 