



**UNE COOPÉRATION SOCIALE ET SANITAIRE
POUR DÉCLOISONNER LES MODES D'ACCOMPAGNEMENT
DANS LE CHAMP DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE**

Bruno LACOSTE

2010

cafdes



Remerciements

Je remercie les Administrateurs successifs de l'Association départementale de sauvegarde de l'enfant à l'adulte du Cantal, pour leur confiance exprimée depuis plus de six ans et leur soutien dans ma démarche de formation.

Je remercie toute l'équipe du C.R.F.P.F.D. de Toulouse dont, la Directrice, Denise HUC, la Coordonnatrice C.A.F.D.E.S., Catherine RUSCASSIE et mon Accompagnatrice de mémoire, Marielle CABANIOLS.

Je remercie mes collègues de promotion C.A.F.D.E.S. 2010 du C.R.F.P.F.D. de Toulouse, pour la richesse des liens tissés pendant cette formation.

Je remercie l'ensemble des salariés du Centre d'action éducative en milieu ouvert pour leur participation active à la mise en place d'une nouvelle dynamique institutionnelle, et tout particulièrement Catherine JAUFFRET, Chef de service, pour sa confiance, son engagement et sa disponibilité qui m'ont permis de mieux vivre et mieux gérer mes absences en lien avec la formation.

Je remercie l'ensemble des acteurs départementaux, pouvoirs publics, hospitaliers, associatifs, concernés par cette expérimentation de coopération sociale et sanitaire en faveur des usagers de la protection de l'enfance du Cantal.

Enfin, je remercie Marie-France, mon épouse et Lisa, notre fille, pour leurs encouragements, leur patience et leur compréhension.

Sommaire

Introduction	1
1 Le Centre A.E.M.O. – A.D.S.E.A. 15 confronté à des besoins pluriels de jeunes pris en charge et de leur famille	5
1.1 Une législation et une organisation en mutation : la protection de l'enfance d'hier à aujourd'hui	5
1.1.1 Un double système judiciaire et administratif.....	5
1.1.2 De la nécessité de repenser certains fondements.....	6
1.1.3 Des chiffres nationaux stables mais non exhaustifs	11
1.2 Le Centre A.E.M.O. – A.D.S.E.A. 15 : un service au cœur de l'environnement social	13
1.2.1 L'A.D.S.E.A. du Cantal : des missions qui se sont élargies.....	13
1.2.2 Le Centre d'action éducative en milieu ouvert : ses missions, son activité	14
1.2.3 Une organisation du service centrée sur les usagers et le partenariat - Un socle institutionnel consolidé pour un meilleur positionnement territorial	17
1.3 Des usagers aux frontières du social et du sanitaire	20
1.3.1 Des causes plurielles - Des manifestations de souffrance psychique	20
1.3.2 Ces jeunes couramment qualifiés « d'incasables »	21
1.3.3 Le département du Cantal n'échappe pas à ce phénomène	23
Conclusion partielle	24
2 Un dispositif départemental cloisonné – une continuité de la prise en charge parfois remise en question.....	25
Quelques chiffres pour présenter la démographie du Cantal.	25
2.1 L'organisation départementale de la protection de l'enfance dans le Cantal : ses compétences et ses limites	26
2.1.1 L'équipement départemental du Cantal	27
2.1.2 Le second schéma départemental de protection de l'enfance du Cantal	29
2.1.3 De la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance aux prémices d'un troisième schéma départemental	33

2.2	L'équipement départemental médico-social et sanitaire : ses compétences et ses limites en matière de prise en charge de jeunes ressortissants de la protection de l'enfance	37
2.2.1	Le champ médico-social dans le Cantal.....	37
2.2.2	Le champ sanitaire dans le Cantal	39
2.3	D'une juxtaposition de dispositifs à une dynamique de réseaux.....	41
2.3.1	Des constats de cloisonnements qui peuvent remettre en cause la continuité de la prise en charge.....	41
2.3.2	Une présentation du parcours de Benjamin : des ruptures familiales – des ruptures de prises en charge (...).	43
2.3.3	Les champs social, médico-social et sanitaire : du cloisonnement au réseau	45
	Conclusion partielle	48
3	Vers un décroisonnement des modes d'accompagnement pour garantir la globalité, la cohérence et la continuité de la prise en charge.....	49
3.1	Un schéma départemental de protection de l'enfance qui, dans le Cantal, prend en considération cette problématique et programme un projet de coopération sociale et sanitaire.....	49
3.1.1	Une première préconisation de création d'une équipe mobile éducative	49
3.1.2	Une deuxième préconisation de création d'une équipe mobile soignante	52
3.1.3	Une troisième et une quatrième préconisations de contractualisation avec l'I.T.E.P. Cansel et de repositionnement du réseau Ados 15.....	56
3.2	Le développement du projet de coopération sociale et sanitaire : mise en place des équipes mobiles éducative et soignante	58
3.2.1	Positionner le centre A.E.M.O - A.D.S.E.A. 15 dans une dynamique territoriale .	59
3.2.2	Positionner le centre A.E.M.O. - A.D.S.E.A. 15 comme porteur du projet de coopération	63
3.2.3	Un positionnement associatif et territorial.....	68
3.3	Une première évaluation de ce dispositif de coopération sociale et sanitaire.....	70
3.3.1	Un comité de pilotage en charge de l'évaluation de l'activité et de la régulation du fonctionnement.....	70
3.3.2	Une illustration du dispositif : (...) Les équipes mobiles missionnées auprès de Benjamin	73
3.3.3	L'expérimentation de coopération sociale et sanitaire « passée au crible » des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'A.N.E.S.M.....	76
	Conclusion partielle	78

Conclusion.....	79
Bibliographie	81
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

- A.D.A.P.E.I. : Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés
- A.E.M.O. : Action Éducative en Milieu Ouvert
- A.E.M.O. : Assistance Éducative en Milieu Ouvert
- A.D.S.E.A. : Association Départementale de Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte
- A.E.D. : Aide Éducative à Domicile
- A.E.S.F. : Accompagnement en Économie Sociale et Familiale
- A.N.E.F. : Association Nationale d'Entraide Féminine
- A.N.E.S.M. : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux
- A.P.M.N. : Adaptation Progressive en Milieu Naturel
- A.R.H. : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- A.R.S. : Agence Régionale de Santé
- A.S.E. : Aide Sociale à l'Enfance
- C.A.F. : Caisse d'Allocations Familiales
- C.A.F.D.E.S. : Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissement ou de Service d'intervention sociale
- C.A.R. : Centre d'Accueil et de Réadaptation
- C.A.S.F. : Code d'Action Sociale et des Familles
- C.H.R.S. : Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale
- C.M.P.P. : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
- C.N.A.F. : Caisse Nationale d'Allocations Familiales
- C.N.S.A. : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- C.R.F.P.F.D. : Centre Régional de Formation et de Perfectionnement aux Fonctions de Direction
- D.D.A.S.S. : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
- D.D.P.J.J. : Direction Départementale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
- D.R.A.S.S. : Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale
- D.R.E.S.S. : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- D.S.D. : Direction de la Solidarité Départementale
- D.T.P.J.J. : Direction Territoriale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
- E.S.A.T. : Établissement et Service d'Aide par le Travail
- F.A.M. : Foyer d'Accueil Médicalisé
- I.G.A.S. : Inspection Générale des Affaires Sociales
- I.M.E. : Institut Médico-Éducatif

I.N.S.E.E. : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
I.T.E.P. : Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique
M.D.P.H. : Maison Départementale des Personnes Handicapées
M.E.C.S. : Maison d'Enfants à Caractère Social
O.D.P.E. : Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance
O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé
O.N.E.D. : Observatoire National de l'Enfance en Danger
P.J.J. : Protection Judiciaire de la Jeunesse
P.M.I. : Protection Maternelle et Infantile
S.A.V.S. : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
S.E.S.S.A.D. : Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
S.T.A.T.I.S.S. : STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
U.D.A.F. : Union Départementale des Associations Familiales
U.R.I.O.P.S.S. : Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

Introduction

J'ai observé tout au long des six années passées dans le champ de la protection de l'enfance, d'abord comme Chef de service puis Directeur du Centre d'action éducative en milieu ouvert, géré par l'Association départementale de sauvegarde de l'enfant à l'adulte du Cantal, des évolutions dans les difficultés présentées par les jeunes et leur famille.

Les situations de risque de danger ou de danger avéré pour les jeunes, en lien avec des carences éducatives, affectives et intellectuelles ont laissé peu à peu place à nombre de situations empreintes de souffrance psychique, avec ses diverses manifestations.

Les réponses apportées par les différentes structures concernées des secteurs social, médico-social et sanitaire, restent cloisonnées et inscrites dans des logiques administratives et organisationnelles souvent étanches. Or, les nouveaux usagers relèvent, de par leurs difficultés éclectiques, non pas d'un seul champ mais de plusieurs. C'est pourquoi, j'ai tenté de questionner les différentes formes de prises en charge existantes et leurs évolutions possibles pour répondre à ces changements.

D'une part, dans le cadre du travail de milieu ouvert, avec une nécessité d'aller au-delà d'un accompagnement constitué essentiellement, du fait d'un nombre important de mesures administratives et judiciaires par travailleur social, d'entretiens à domicile et au bureau, d'aides et de démarches d'insertion. Il s'agit d'inscrire l'action dans un lien professionnels - usagers, enrichi d'expériences, de partages sur des temps réguliers et autour de supports divers. Il s'agit d'orienter l'intervention vers des engagements, des vécus qui font traces dans le parcours des jeunes et de leurs parents. Ceci demande bien sûr de reconsidérer les pratiques et certainement des moyens complémentaires.

D'autre part, dans le cadre de l'accueil des enfants et adolescents placés qui présentent, pour certains, des difficultés à la frontière du champ social et du champ sanitaire. Les Maisons d'enfants à caractère social et le Service de placement familial de l'Aide sociale à l'enfance, engagés dans une mission éducative et de protection, n'ont pas toujours les moyens d'y faire face de manière efficiente. Les services pédopsychiatriques et les structures médico-sociales, équipés pour une approche thérapeutique, éducative et pédagogique n'ont, eux, pas les moyens de répondre à la mission de protection. Le risque est alors d'assister à une succession de placements, d'orientations, de suivis, remettant

ainsi en cause la continuité de la prise en charge. Ces ruptures interviennent dans la vie de jeunes et de familles présentant souvent des parcours déjà chaotiques.

Fort de ces constats et questionnements, il s'agit maintenant d'envisager de nouvelles organisations et des dispositifs innovants devant favoriser l'approche d'une telle complexité. Complexité des liens à envisager entre différents secteurs permettant de répondre à la complexité des situations actuelles d'usagers accompagnés dans le cadre, non exclusif, de la protection de l'enfance.

Les formes d'accompagnement social et sanitaire, cloisonnées, peuvent certainement laisser place à des actions trans-professionnelles.

J'aborderai dans la première partie de ce travail, l'organisation et la législation de la protection de l'enfance en France, ainsi que sa mutation engagée depuis la parution de la loi du 5 mars 2007 réformant ce secteur. L'Association départementale de sauvegarde de l'enfant à l'adulte du Cantal et son Centre d'action éducative en milieu ouvert que je dirige, se situent au cœur de l'environnement social. Je présenterai les missions, l'activité et l'organisation de ce service, centrées sur les usagers et le partenariat. J'ai engagé une démarche de consolidation de son socle institutionnel visant un meilleur positionnement territorial et une adaptation des pratiques aux nouvelles problématiques de souffrance psychique des usagers. Certains, à la frontière des champs social, médico-social et sanitaire, sont couramment qualifiés « d'incasables » par les professionnels. Ce phénomène repérable au niveau national, l'est donc aussi au niveau départemental.

La seconde partie sera consacrée à une présentation du dispositif de protection de l'enfance dans le Cantal, structuré par un schéma départemental 2005 – 2009 (prorogé en 2010) percuté par les préconisations de la loi du 5 mars 2007. Des mesures d'adaptation sont en cours, je positionne le service dans cette dynamique territoriale. Certains jeunes pris en charge par les structures de ce secteur social ont donc des besoins relevant de la compétence des champs médico-social et sanitaire, dont je présenterai l'équipement départemental. Face à un constat de cloisonnement de ces trois secteurs et une prise en considération de l'évolution démographique départementale de la population de jeunes de 0 à 20 ans, il s'agira de passer d'une juxtaposition de dispositifs à une dynamique de réseau.

Cette dynamique territoriale de réseau fera l'objet de la troisième partie. Le schéma départemental de protection de l'enfance du Cantal affirme le principe de non exclusion de l'établissement pour des jeunes présentant de graves problèmes d'identité et d'appartenance ; il programme un projet de coopération sociale et sanitaire devant garantir une meilleure globalité, cohérence et continuité de leur prise en charge. J'ai participé au développement partenarial de ce projet. Mon engagement pour un positionnement du Centre A.E.M.O. – A.D.S.E.A. 15 dans cette dynamique départementale avec la mise en place, en interne, d'un management participatif visant une évolution des pratiques, ont favorisé une démarche d'appropriation de ce projet. C'est ainsi que le service a pu se voir attribuer une équipe mobile éducative, aux côtés du Pôle de Pédopsychiatrie du Centre hospitalier d'Aurillac auquel a été rattachée une équipe mobile soignante. L'activité de ces équipes mobiles monte progressivement en charge depuis leur création en novembre 2008, les difficultés rencontrées sont gérées par une instance de régulation. Ce dispositif novateur de coopération semble déjà répondre à son objectif de décloisonnement favorisant une meilleure continuité de la prise en charge. Il s'inscrit dans les préconisations des recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Une première expérience professionnelle de quatorze années dans des services de Pédopsychiatrie hospitalière m'a particulièrement sensibilisé à cette problématique de cloisonnement social et sanitaire. C'est fort d'une connaissance de ces deux secteurs, de ces deux « territoires », que je tente de participer à la construction de « ponts » permettant de les relier, sans crainte de perte de « frontières » et d'identité de chacun.

Antoine de Saint-Exupéry écrit, dans « Le petit Prince » : « *Les hommes élèvent trop de murs et ne construisent pas assez de ponts* »...

1 Le Centre A.E.M.O. – A.D.S.E.A. 15 confronté à des besoins pluriels de jeunes pris en charge et de leur famille

1.1 Une législation et une organisation en mutation : la protection de l'enfance d'hier à aujourd'hui

1.1.1 Un double système judiciaire et administratif

C'est en 1912 que les tribunaux pour enfants sont créés en France afin de mener une action de soutien en direction des mineurs délinquants.

L'ordonnance du 2 février 1945 assoit la primauté de l'action éducative sur la sanction et donc la réponse répressive, en matière de justice pénale spécialement adaptée pour les mineurs. Le Juge des enfants est alors instauré.

Le décret du 1^{er} septembre 1945 donne son autonomie à l'Éducation surveillée qui se distingue ainsi de l'Administration pénitentiaire ; elle est en charge de mettre en place les réponses éducatives (directement ou par délégation au secteur associatif) prévues par l'ordonnance du 2 février 1945. En 1990, l'Éducation surveillée devient la Protection judiciaire de la jeunesse (P.J.J.).

Un Code de l'action sociale et des familles (C.A.S.F.) est créé en 1956.

Il faut attendre l'ordonnance du 23 décembre 1958 pour considérer le mineur, non seulement coupable, mais également victime. Le Juge des enfants se voit alors doté de prérogatives d'évaluation de la situation de l'enfant et d'intervention sous forme de maintien du jeune dans sa famille chaque fois que cela est possible ou, à défaut, de placement. Il rend ses ordonnances d'assistance éducative avec ou sans l'adhésion des parents (articles 375 et suivants du code civil).

La protection judiciaire est complétée par les lois du 24 juin 1960, du 6 janvier 1986 et du 10 juillet 1989. Elle a comme axe central la notion de danger dans les différents aspects de la vie de l'enfant : moral, social, physique, conditions d'éducation compromises.

Le décret du 18 février 1975 met en place la protection jeune majeur pour les individus de moins de 21 ans, après le passage de la majorité de 18 à 21 ans intervenu en 1974.

La protection administrative est instituée par le décret du 7 janvier 1959, elle est placée sous l'autorité des Directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales. Elle est, elle, centrée sur le risque de danger qui peut toucher à la santé, la sécurité et la moralité

de l'enfant. L'intervention au sein de la famille ou dans le cadre d'un accueil provisoire est alors contractualisée entre l'administration et les parents.

Ce sont les lois de décentralisation de 1983 relatives à la répartition des compétences entre communes, départements, régions et État, qui donnent l'ensemble des compétences d'aide sociale aux Conseils généraux.

Les services de l'Aide sociale à l'enfance (A.S.E.) sont ainsi mis en place par la loi du 6 juin 1984, leurs missions sont précisées par celle du 6 janvier 1986, à partir de politiques de droits des usagers et de prévention ciblée sur l'enfant et sa famille.

Notons que :

- La loi du 4 juin 1970 fait disparaître la notion de « puissance paternelle » au profit de celle « d'autorité parentale ».
- Le 8 août 1990, la France ratifie la convention internationale des droits de l'enfant.
- La loi du 6 mars 2000 instaure un Défenseur des enfants, chargé de veiller au respect de ses droits fondamentaux. Un projet de loi présenté au Parlement en 2010, prévoit d'inclure sa fonction dans le périmètre d'un nouveau Défenseur des droits (donc généraliste).
- La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale vient, entre autres choses, renforcer les droits des usagers, formaliser les modes d'accompagnement et évaluer les pratiques. De plus, elle favorise les actions de coordination et de coopération entre structures sociales et médico-sociales mais aussi entre celles-ci et des établissements d'enseignement et de santé.

La protection de l'enfance va perdurer sous ses deux formes, judiciaire et administrative, ainsi que sous ses deux modes d'intervention, milieu ouvert et placement.

1.1.2 De la nécessité de repenser certains fondements

A) Les insuffisances du système

En juin 2000, le rapport NAVES et CATHALA¹ fait un constat d'antagonisme des pratiques de milieu ouvert et de placement et ainsi d'absence d'alternative plus souple faisant appel à des réponses graduées.

¹ Rapport de Pierre NAVES et Bruno CATHALA – Accueils provisoires et placements d'enfants et d'adolescents : des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfance et de la famille – I.G.A.S. – Ministères de l'emploi et de la justice.

En juin 2006, le rapport LARDEUX², vient préparer une réforme de la protection de l'enfance. Il met en avant plusieurs observations :

- Le double système de protection, spécificité du modèle français, ne repose pas sur une définition suffisamment claire de critères permettant de choisir l'institution compétente, administrative ou judiciaire, pour se saisir de chaque cas. D'un département à l'autre, les notions de danger et de risque de danger sont envisagées différemment, hormis bien-sûr dans le domaine de la maltraitance directe, systématiquement orientée vers le judiciaire.

- Une alternative entre milieu ouvert et placement qui montre ses limites face à des situations familiales de plus en plus lourdes et complexes, qui demandent une approche et des réponses plus individualisées et évolutives (ce constat avait également été fait dans le rapport DE BROISSIA³ sur l'amélioration de la prise en charge des mineurs protégés, d'avril 2005).

- Des actions innovantes ont émergé sur le territoire mais ne bénéficient pas de cadre légal. Sont cités : l'accueil de jour, l'accueil séquentiel, le relais parental, la prise en charge en continuum entre milieu ouvert et placement, l'action éducative en milieu ouvert renforcée.

Les observations et propositions convergentes d'une dizaine de rapports⁴ ainsi que d'une large consultation nationale, organisée par les Ministères de la famille et de la justice sous l'impulsion de différentes personnalités (« L'appel des 100 »⁵), vont être reprises dans un projet de loi adopté en Conseil des ministres dès mai 2006. Une nouvelle loi va être promulguée l'année suivante.

² Rapport d'André LARDEUX réalisé dans le cadre du projet de loi réformant la protection de l'enfance – Commission aux affaires sociales du Sénat – Juin 2006.

³ Rapport de Louis DE BROISSIA – L'amélioration de la prise en charge des mineurs protégés – Groupe de travail mis en place par la Ministre de la famille et de l'enfance – Avril 2005.

⁴ Les trois rapports cités plus haut, les rapports 2004 et 2005 du Défenseur des enfants, les rapports 2005 et 2006 de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger, le rapport NOGRIX sur l'amélioration de la procédure de signalement de l'enfance en danger d'avril 2005, le rapport BLOCHE – PECRESSE « L'enfant d'abord » de la mission famille du Parlement en janvier 2006).

⁵ « L'appel des 100 » : en septembre 2005, des personnalités, parlementaires, élus locaux, professionnels, associations du secteur et personnes de la société civile, ont lancé l'Appel pour le renouveau de la protection de l'enfance, lors d'une conférence de presse. Les initiateurs en étaient Jean-Pierre ROSENCZVEIG, Président du Tribunal pour enfants de Bobigny et Claude ROMEO, Directeur de l'enfance et de la famille du Conseil général de Seine Saint Denis.

- B) La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance : une clarification des compétences et une diversification des réponses

Cette loi apporte des définitions, clarifie les rôles des différents acteurs et avalise de nouvelles pratiques professionnelles. Nous pouvons la présenter en six points.

- a) *Des concepts et des termes reprecisés.*

L'article L 112-3 du C.A.S.F. donne une définition de la protection de l'enfance : « *La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner et d'assurer le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. Elle comporte à cet effet un ensemble d'interventions en faveur de ceux-ci et de leurs parents. Ces interventions peuvent également être destinées à des majeurs de moins de vingt et un ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre. La protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge.* »

La notion d'intérêt de l'enfant est présentée à travers la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que de ses droits.

Le concept de danger est homogénéisé. La notion d'enfants victimes de mauvais traitements laisse place à celle d'enfants en danger ou en risque de l'être.

- b) *La primauté de la protection administrative sur la protection judiciaire*

Désormais, la protection judiciaire ne doit être activée que lorsque les actions menées dans le cadre de la protection administrative n'ont pas permis de remédier à la situation de danger ; ceci pour des raisons de non collaboration de la famille ou d'impossibilité d'évaluer la situation. Ainsi, la nature des interventions n'est plus fondée sur les notions de risque de danger ou de danger mais sur la capacité des services départementaux à traiter les difficultés de l'enfant.

c) *Le Président du Conseil général est le chef de file départemental de la protection de l'enfance*

Il s'appuie sur ses services : l'A.S.E., le service social et la Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.). Une volonté de développer la prévention est nettement affichée et déclinée sous la forme d'entretiens prénataux, d'actions postnatales, de visites médicales régulières. Il s'agit de détecter le plus précocement possible les signes de souffrance, de comportements à risque afin de mettre en place au plus vite des prises en charge adaptées. Un accent particulier doit être mis sur la formation de base et pluri-professionnelle des personnels concernés par la protection de l'enfance.

Le Président du Conseil général a la responsabilité du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes concernant les mineurs en danger ou risque de danger. Cela se traduit par la mise en place d'une cellule départementale, dans le service de l'A.S.E., qui centralise toutes les informations préoccupantes signalées dans le département. Seules les situations de danger grave physique, psychologique, sexuel peuvent être adressées directement au parquet du tribunal ; le Procureur de la république transmet alors une copie du signalement et les informations en sa possession, au Président du Conseil général. Ce nouveau fonctionnement peut être formalisé sous forme de protocoles.

Le Président du Conseil général est en charge de la coordination des interventions. Il s'agit de garantir une continuité et une cohérence de l'ensemble des interventions auprès des mineurs bénéficiant d'une mesure de protection, qu'elle soit administrative ou judiciaire. A ces fins, la loi instaure et encadre un secret partagé et le projet pour l'enfant rédigé par l'A.S.E. pour toutes les prestations de son ressort, priorise le placement judiciaire à l'A.S.E. sur le placement direct en établissement, charge les services du Conseil général des liens nécessaires en amont, pendant et à la fin des mesures de protection.

d) *La création d'Observatoires départementaux de la protection de l'enfance (O.D.P.E.)*

Après la création de l'Observatoire national de l'enfance en danger (O.N.E.D.) en janvier 2004, dont la mission est de mieux connaître ce domaine pour mieux prévenir et mieux traiter, il s'agit de décliner une telle institution dans chaque département, sous l'autorité du Président du Conseil général. Leur composition est là encore partenariale : les services

concernés du Département et de l'État, l'autorité judiciaire, les services et établissements qui œuvrent à la protection de l'enfance, la Caisse d'allocations familiales (C.A.F.), des représentants d'ordres professionnels, des réseaux de périnatalité, l'Union départementale des associations familiales (U.D.A.F.) ainsi que des associations d'utilisateurs.

Leurs missions sont le recueil, l'examen et l'analyse des données (signalements, statistiques), l'appréciation de la pertinence et de la qualité des réponses départementales ainsi que de leur adéquation aux besoins identifiés, la formulation d'avis sur le schéma départemental de la protection de l'enfance et sa mise en œuvre.

e) Les utilisateurs au cœur du dispositif

La transmission et le partage des informations préoccupantes et de l'évaluation sont portés à la connaissance des parents et du mineur, sauf si cela est contraire à l'intérêt de ce dernier. Ils sont associés aux différentes étapes de la prise en charge : possibilité d'accompagnement dans les démarches auprès de l'A.S.E. et des structures d'accueil, signature du projet pour l'enfant par les parents, recherche de leur adhésion et de leur participation, travail à partir de leurs compétences et non de leurs seules difficultés, prise de connaissance du rapport annuel établi par l'A.S.E..

f) La diversification des modes de prises en charge

De nouvelles prestations sont créées ou légitimées.

Des mesures administratives :

- Mesure d'accompagnement en économie sociale et familiale
- Accueil de jour
- Accueil provisoire modulable ou périodique
- Accueil en urgence de 72 heures, d'un mineur, sans l'accord de ses parents mais sous réserve de les informer ou d'en informer le Procureur de la République.

Des mesures judiciaires :

- Mesure d'aide à la gestion du budget familial
- Accueil de jour ou accueil proposant toute autre modalité d'accompagnement
- Hébergement exceptionnel ou périodique assuré par un service d'action éducative en milieu ouvert.

Notons qu'une disposition nouvelle de l'article 375-7 du code civil prévoit que « *si la situation de l'enfant le permet, le Juge fixe la nature et la fréquence des droits de visite et d'hébergement et peut décider que leurs conditions d'exercice sont déterminées conjointement entre les titulaires de l'autorité parentale et la personne, le service ou l'établissement à qui l'enfant est confié, dans un document qui lui est transmis. Il est saisi en cas de désaccord* ». Cette disposition légalise une souplesse dans l'organisation d'interventions permettant de sortir du « tout placement » ou « tout milieu ouvert ».

Des moyens doivent être attribués avec la création d'un fonds national de financement de la protection de l'enfance au sein de la Caisse nationale d'allocations familiales (C.N.A.F.) ; il doit servir à accompagner la mise en place de ces nouveaux dispositifs préconisés et à compenser les charges résultant pour les départements de la mise en œuvre de la loi. Le décret relatif à ce fonds a été publié le 17 mai 2010.

La loi du 5 mars 2007 réforme en profondeur la protection de l'enfance. La dynamique instaurée en amont (nombreux rapports, large consultation nationale) a favorisé l'élaboration d'un texte à la fois pragmatique et consensuel. Elle modifie néanmoins largement les pratiques des différents acteurs du secteur.

Intéressons nous maintenant aux jeunes ressortissants de ce champ de la protection de l'enfance.

1.1.3 Des chiffres nationaux stables mais non exhaustifs

En France, au premier janvier 2006, bénéficiaient d'au moins une mesure en protection de l'enfance⁶ :

1,8 % des moins de 18 ans, soit 255 300 mineurs.

0,9 % des 18-21 ans, soit 21 400 jeunes majeurs.

En France, au premier janvier 2007, bénéficiaient d'au moins une mesure en protection de l'enfance⁷ :

1,9 % des moins de 18 ans, soit 266 000 mineurs.

0.9 % des 18-21 ans, soit 21 400 jeunes majeurs.

⁶ Site de l'O.N.E.D. Consultation le 11 juin 2010.

⁷ Ibid.

En 2008, près de 291 000 jeunes ont été pris en charge au titre de l'enfance en danger ou de la protection des jeunes majeurs.

Près de 212 500 mineurs ont été confiés à l'Aide sociale à l'enfance ou au secteur privé à la charge des départements. Parmi eux, 105 000 en milieu ouvert et 107 500 dans le cadre d'un placement⁸.

Nous observons une stabilité du nombre de mineurs et jeunes majeurs pris en charge. Néanmoins, nombre de jeunes, non comptabilisés dans les statistiques de la protection de l'enfance, bénéficient d'autres formes d'accompagnement.

Le rapport NAVES et CATHALA⁹, de 2000, met en exergue ce phénomène.

Environ 300 000 enfants et adolescents ressortissants des mesures d'assistance éducative étaient alors dénombrés, dont 150 000 étaient séparés de leurs parents. Mais les rapporteurs précisait que 30 000 jeunes qui ne relevaient pas juridiquement de la protection administrative ou judiciaire, bénéficiaient de dispositifs alternatifs.

Parmi ceux-ci, plus de 15 000 étaient accueillis en Instituts de rééducation, devenus depuis Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (I.T.E.P.). Ces enfants et adolescents auraient pu, selon les auteurs, tout aussi bien relever d'un placement A.S.E. Un même constat pouvait être fait dans les Instituts médico-éducatifs (I.M.E.).

Toujours parmi les 30 000, plus de 10 000 bénéficiaient d'une hospitalisation à temps partiel ou à temps plein dans les services de Psychiatrie infanto-juvénile, en lien avec leur état psychique.

Nous citerons ici les rapporteurs : « *Dans le cadre de cette partie relative à l'appréciation numérique d'enfants et d'adolescents concernés par un placement en établissement ou en famille d'accueil, on insistera surtout sur l'importance numérique des enfants et adolescents suivis pour des troubles psychiques* » - « *Ne pas prendre en compte, dans la protection de l'enfance, l'importance de la dimension santé mentale serait, dans ces conditions, éminemment critiquable* »¹⁰.

⁸ Site du Ministère de la justice et des libertés. Consultation le 13 juin 2010.

⁹ Rapport de Pierre NAVES et Bruno CATHALA – Accueils provisoires et placements d'enfants et d'adolescents : des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfance et de la famille – I.G.A.S. – Ministères de l'emploi et de la justice - 2000.

¹⁰ Rapport de Pierre NAVES et Bruno CATHALA – Accueils provisoires et placements d'enfants et d'adolescents : des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfance et de la famille – I.G.A.S. – Ministères de l'emploi et de la justice – 2000 – page 15.

Enfin, parmi ces 30 000, 10 000 étaient accueillis dans des Centres d'hébergement et de réadaptation sociale (C.H.R.S.) avec leur(s) parent(s).

Le rapport précisait également que pour nombre de jeunes, l'internat scolaire était une autre alternative au placement.

Ces constats semblent indiquer que, quel que soit leur mode de prise en charge (sociale, médico-sociale, sanitaire, scolaire), certains enfants et adolescents présentent des difficultés plurielles relevant de plusieurs secteurs, dont celui de la protection de l'enfance.

Je suis, en tant que Directeur d'un Centre d'action éducative en milieu ouvert, confronté à ces différentes problématiques de jeunes.

1.2 Le Centre A.E.M.O. – A.D.S.E.A. 15 : un service au cœur de l'environnement social

1.2.1 L'A.D.S.E.A. du Cantal : des missions qui se sont élargies

L'Association départementale de sauvegarde de l'enfant à l'adulte du Cantal¹¹ (de statut loi 1901, à but non lucratif) a été créée le 15 décembre 1948 (Journal officiel du 6 janvier 1949), sous l'impulsion de personnalités et de représentants d'organismes sociaux : Juge des enfants, Procureur de la république, Directeur de la santé, Inspecteur d'académie, Médecins, Assistantes sociales.

Leurs préoccupations portaient sur l'enfance en danger, la réinsertion des jeunes inadaptés et les réponses à apporter à ces problématiques. C'est ainsi qu'a d'abord été créé un service d'enquêtes sociales près le Juge des enfants qui s'est peu à peu structuré et autonomisé pour devenir Centre d'action éducative en milieu ouvert. Celui-ci a été créé par arrêté préfectoral, le 4 mars 1963. Son effectif était alors de 3 salariés.

Ont été ensuite créés, un Centre d'accueil et de réadaptation (C.A.R.) et son service de suite ainsi qu'un Centre médico-psycho-pédagogique (C.M.P.P.).

¹¹ Projet associatif de l'A.D.S.E.A. du Cantal, approuvé par le Conseil d'Administration, le 23 novembre 2004.

Puis, un élargissement des missions associatives à l'accompagnement de personnes en situation de handicap, a favorisé l'ouverture d'autres structures accueillant des mineurs mais aussi des adultes : deux Instituts de rééducation (devenus Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques) et leurs Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (S.E.S.S.A.D.), un Institut médico-éducatif et son Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile, un Foyer d'accueil médicalisé (F.A.M.), un complexe composé d'un Centre d'aide par le travail (devenu Entreprise et Service d'aide par le travail, ES.A.T.), d'un Atelier protégé, d'un Foyer d'hébergement ainsi que d'un Service d'accompagnement à la vie sociale (S.A.V.S).

L'A.D.S.E.A. du cantal compte aujourd'hui 314 salariés et mène des actions auprès d'environ 1 150 usagers. Son siège associatif, habilité depuis 2005, est composé d'un Directeur général, d'un Attaché de direction aux ressources humaines, de secrétaires et de comptables.

1.2.2 Le Centre d'action éducative en milieu ouvert : ses missions, son activité

A) Des missions de protection administrative et judiciaire

Ce service est habilité justice (dernier arrêté du 31 juillet 2002, en cours de renouvellement) pour exercer des mesures d'aide éducative à domicile (A.E.D.) de l'Aide sociale à l'enfance ou des mesures d'assistance éducative en milieu ouvert (A.E.M.O.) ordonnées par l'autorité judiciaire au titre des articles 375 à 375-8 du code civil, en faveur de mineurs et du décret 75 96 du 18 février 1975, en faveur de jeunes majeurs de moins de vingt et un ans. Sa capacité maximum est de 800 mineurs et jeunes majeurs des deux sexes, suivis dans l'année. Il a une compétence territoriale départementale.

Ses missions font référence aux articles 222-1, 222-2, 222-3, 222-5 et 223-4 du Code de l'action sociale et des familles.

Une convention signée le 18 juillet 2000 par le Préfet, le Président du Conseil général, le Juge des enfants et le Président de l'association (en cours de réactualisation) précise le mode de fonctionnement du service.

Le financement du service est assuré, sous forme prix de journée, par le Conseil général pour l'ensemble des mesures judiciaires et administratives concernant les mineurs et les mesures administratives en faveur des jeunes majeurs. La Direction territoriale de

protection judiciaire de la jeunesse (D.T.P.J.J.) prend en charge les mesures judiciaires pour les jeunes majeurs. En 2009, le prix de journée était de 7,52 €.

Le service se situe donc autant dans la protection administrative que judiciaire.

Les pourcentages de mesures A.E.D. et de mesures A.E.M.O. se modifient depuis quelques années :

	2006	2007	2008	2009
A.E.M.O.	81 %	75 %	73 %	72 %
A.E.D.	19 %	25 %	27 %	28 %

Cette évolution, encore lente, est en cohérence avec les effets attendus de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance ; elle devrait se prolonger, voire s'accélérer dans les années à venir. En effet, la nouvelle primauté de la protection administrative sur la protection judiciaire devrait, à terme, inverser les proportions entre A.E.M.O. et A.E.D.

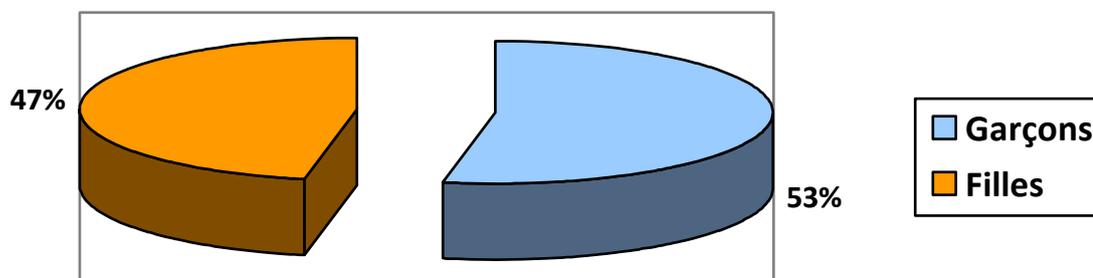
B) Une activité tenue et une organisation au plus près des usagers

Années	Nombre de jeunes suivis	Nombre de journées réalisées
2004	710	196 352
2005	680	187 498
2006	643	175 771
2007	634	180 881
2008	664	186 601
2009	636	180 333

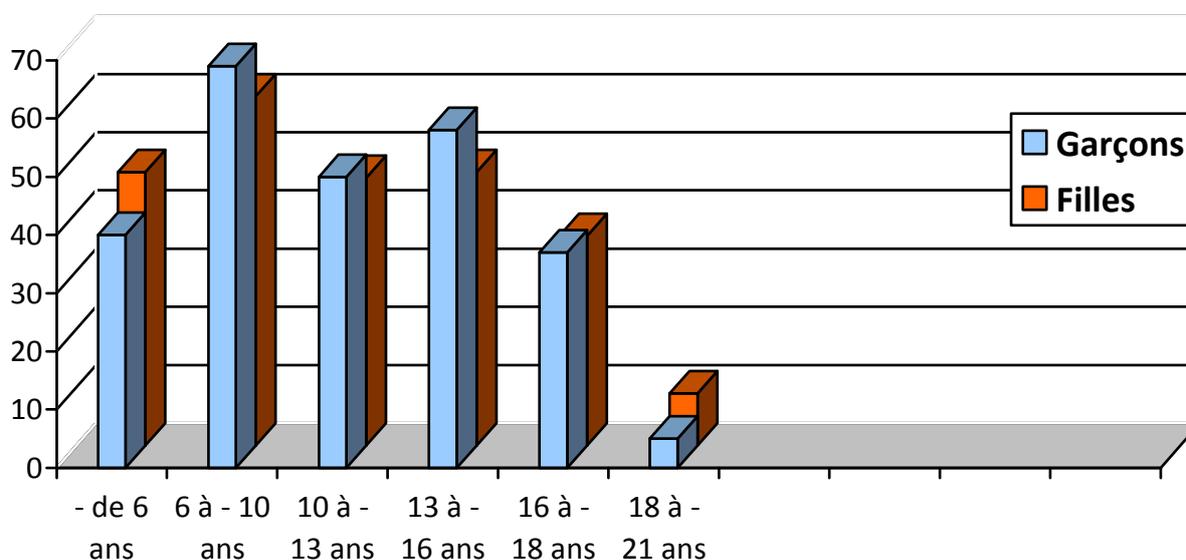
La moyenne des six dernières années est donc de 661 jeunes et de 184 573 journées.

Le nombre de jeunes suivis en A.E.D. et A.E.M.O. confondus, pour un équivalent temps plein travailleur social, en 2009, est de 29,64 ; ce qui situe le service dans la moyenne nationale.

La répartition des jeunes suivis, par sexe, au 31 décembre 2009 :



La répartition des jeunes suivis, par âges, au 31 décembre 2009 :



L'implantation de quatre équipes pluridisciplinaires sur trois sites (Aurillac, Saint-Flour et Saignes), correspondant à peu près aux trois circonscriptions médico-sociales du Conseil général, favorise un maillage territorial permettant une proximité avec les usagers ainsi qu'un travail en réseau de terrain avec les différents partenaires du département.

Constitué de 3 salariés à la création du service social auprès du Juge des enfants, le Centre compte aujourd'hui 35 salariés pour 26,78 équivalents temps plein. L'équipe se compose d'un directeur, un chef de service éducatif, de personnels administratifs, de psychologues, de psychiatres, de travailleurs sociaux (éducateurs spécialisés pour la plupart, assistants de service social pour quelques uns), de personnels d'entretien¹².

1.2.3 Une organisation du service centrée sur les usagers et le partenariat - Un socle institutionnel consolidé pour un meilleur positionnement territorial

A) Le processus de la mesure se compose de différentes étapes¹³ :

La réception et l'attribution de la mesure : Après le traitement administratif (enregistrement, ouverture du dossier), assuré par le secrétariat, le chef de service oriente la mesure vers une des quatre équipes, selon un critère géographique. La même semaine, il attribue la référence à l'un des travailleurs sociaux, lors de la réunion hebdomadaire.

La première rencontre avec la famille : Envoi par le chef de service et le secrétariat d'un courrier, fixant le rendez-vous de prise de mesure (envoi le jour même de la réunion d'équipe). Ce premier entretien se déroule dans le mois suivant l'arrivée de la mesure, en présence du chef de service, du travailleur social référent et bien sûr de la famille. Sont alors remis à cette dernière, les documents en lien avec la loi du 2 janvier 2002¹⁴ : livret d'accueil, règlement de fonctionnement, charte de la personne accueillie, signature de l'autorisation parentale pour les mineurs. Le travailleur social engage alors son travail de proximité avec la famille dans une première phase d'observation-action.

L'engagement du partenariat : Une réunion de coordination est organisée par le chef de service, toujours dans le mois suivant l'arrivée de la mesure. Elle rassemble le travailleur social référent, les représentants des différents services et établissements scolaires et spécialisés intervenants auprès de la famille. Cette rencontre est axée sur un historique de la situation familiale et sur un ajustement de la place de chaque intervenant auprès du jeune et de ses parents. Ce partage d'informations, dont est bien-sûr informée la famille,

¹² Cf. annexe n° 1 : Tableau des effectifs 2009 du Centre A.E.M.O. – A.D.S.E.A. 15 et annexe n° 2 : Organigramme du Centre A.E.M.O. – A.D.S.E.A. 15.

¹³ Cf. annexe n° 3 : Processus de réalisation du projet individualisé en A.E.M.O. et annexe n° 4 : Tableau d'auto-évaluation du processus de la mesure.

¹⁴ Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

se fait dans le cadre du secret partagé. D'autres échanges complémentaires entre le service et ces différents partenaires sont réalisés au moins à l'occasion de chaque réunion d'évaluation.

L'évaluation du projet d'accompagnement individualisé :

Une première réunion d'évaluation initiale (pour les mesures d'une durée de plus de six mois), a lieu trois à quatre mois après l'arrivée de la mesure, en présence du chef de service, du travailleur social référent et des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire (autres travailleurs sociaux, psychologue et psychiatre de l'équipe concernée), lors de laquelle le projet d'accompagnement individualisé est précisé. A l'issue de cette évaluation initiale, le travailleur social référent rédige un complément du projet d'accompagnement individualisé corrigé et validé par le chef de service.

Un second entretien est alors programmé avec le chef de service, le travailleur social référent et la famille. Il s'agit d'instaurer un dialogue sur le vécu de la situation, des actions mises en place, leurs premiers effets et enfin les orientations des objectifs et moyens à déployer jusqu'à la fin de la mesure. Il est proposé aux parents de compléter et signer le document dont un exemplaire leur est remis (trois à quatre mois après l'arrivée de la mesure).

Des points de situation sont réalisés en réunion, à tout moment, en cas d'éléments nouveaux ou de situation préoccupante concernant la famille.

Une réunion d'évaluation finale a lieu deux mois avant l'échéance de la mesure, en présence du chef de service, du travailleur social référent et des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, lors de laquelle la situation est analysée au vu de l'évolution observable en fin d'accompagnement. Des propositions sont alors retenues : arrêt ou renouvellement de la mesure, passage d'un type de protection à un autre (administratif, judiciaire), placement, orientation spécialisée. A l'issue de la réunion, le travailleur social référent écrit le rapport final qui, avant d'être envoyé au mandant (Juge des enfants ou Chef du service A.S.E.), est corrigé et validé par le chef de service. La famille est évidemment informée du contenu du rapport.

Nous sommes alors en attente de l'audience au Tribunal pour enfants (pour les mesures A.E.M.O.) ou de l'entretien à l'A.S.E. (A.E.D.). La famille peut consulter son dossier au secrétariat de l'un de ces services.

B) Un système de management de la qualité¹⁵ : une démarche bien ancrée

Un tel système est en place au sein du centre A.E.M.O. depuis 2004 ; son comité de pilotage, composé de la direction et de membres de chaque catégorie de salariés, se réunit deux fois par an autour du suivi d'un plan d'action et d'amélioration ainsi que du traitement des statistiques issues des retours de questionnaires remis à chaque famille à l'échéance de la mesure ou du rapport annuel intermédiaire (pour les mesures d'une durée de deux ans). Une première évaluation interne a eu lieu en 2009.

C) Un nouveau projet de service : une nouvelle dynamique institutionnelle et interinstitutionnelle

Le précédent projet de service datait de 1998. Sa réécriture était à la fois une nécessité et un moyen d'impulser une nouvelle dynamique institutionnelle.

Le nouveau projet de service 2010 – 2015 a été validé par l'association en mai dernier et a été réalisé à partir d'une dynamique participative dans le cadre de réunions générales de service regroupant l'ensemble des personnels tous les deux mois. Cet écrit, nouveau socle institutionnel, fédère l'ensemble des salariés et positionne le Centre A.E.M.O. dans les travaux préparatoires du prochain schéma départemental de protection de l'enfance 2011-2015 et adapte nos pratiques aux nouvelles dispositions de la loi du 5 mars 2007.

C'est d'ailleurs dans cet objectif que le service (directeur, chef de service, travailleurs sociaux) participe activement à des groupes de travail départementaux, impulsés par le Conseil général.

Ce nouveau projet de service a aussi favorisé une réflexion à partir d'un constat d'évolution des problématiques rencontrées dans nos interventions de milieu ouvert, en lien avec les structures de placement.

¹⁵ Système de management de la qualité, en lien avec la loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale.

1.3 Des usagers aux frontières du social et du sanitaire

1.3.1 Des causes plurielles - Des manifestations de souffrance psychique

Le rapport NAVES et CATHALA s'appuie en la matière sur une enquête réalisée à partir de 114 situations¹⁶. Il met en avant le facteur « précarité » tout en précisant que les enfants ne sont pas séparés de leurs parents du seul fait de la pauvreté de ceux-ci. Il liste ensuite les causes de l'accueil provisoire ou du placement.

Rang	Causes de l'accueil provisoire ou du placement
1	Carences éducatives
2	Difficultés psychologiques ou psychiatriques des parents
3	Conflit parental
4	Alcoolisme, toxicomanie
5	Maltraitance : inceste, abus sexuels, sévices corporels
6	Absentéisme scolaire ou difficultés scolaires lourdes
7	Troubles du comportement
8	Logement
9	Maladie des titulaires de l'autorité parentale
10	Autres
11	Fugues
12	Problèmes médicaux pour l'enfant
13	Ressources financières
14	Tentative de suicide

Des rapports plus récents du Défenseur des enfants confirment ces causes et manifestations. Celui de 2008 sur « Les enfants au cœur des séparations parentales conflictuelles » met bien en évidence la place du jeune, enjeu des tensions, souvent mis à une place d'objet. Lorsque cette situation le met en danger, le Juge des enfants doit intervenir en mettant en place des mesures d'assistance éducative.

¹⁶ Rapport de Pierre NAVES et Bruno CATHALA – Accueils provisoires et placements d'enfants et d'adolescents : des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfance et de la famille – I.G.A.S. – Ministères de l'emploi et de la justice – 2000 – pages 25 et 27.

Son rapport 2007 intitulé « Adolescents en souffrance – Plaidoyer pour une véritable prise en charge » s'appuie sur une enquête de la D.R.E.E.S.¹⁷ de 2006.

137 000 mineurs ont fait l'objet d'un placement hors de leur milieu familial et parmi eux, presque un sur deux (48 %) est un adolescent âgé de 11 à 17 ans.

Les signes de souffrance psychique sont sur-représentés chez cette population : instabilité pour 31 %, agressivité pour plus de 40 %, difficultés scolaires pour 30 % dont 10% de très grandes difficultés. Presque la moitié bénéficie d'un suivi psychologique.

Ce dernier rapport énonce des manifestations de la souffrance psychique déjà repérées :

Des tentatives de suicide en nombre élevé, une poly-addiction (alcool, tabac, cannabis) en hausse constante, la banalisation du cannabis, les drogues associées à la fête, le tabac qui néanmoins est en recul, les médicaments psychotropes facilement accessibles, les troubles du sommeil peu pris en compte.

Ce dernier rapport met aussi en avant de nouvelles formes de souffrance psychique :

Une pornographie envahissante, les troubles du comportement alimentaire en nette augmentation, le décrochage et l'absentéisme scolaire, un accroissement de la violence, une nouvelle forme d'addiction qu'est la cyber-dépendance (avec rupture des liens sociaux).

Je citerai ici le Défenseur des enfants qui écrit : « *Certains adolescents qui oscillent entre souffrance psychique, tentatives de suicide, comportements agressifs, des jeunes déplacés de lieux en lieux, d'Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques en centres de crise, de foyers en lieux de vie, dans une succession d'urgence et d'insatisfaction, ce sont ceux là que les professionnels surnomment « les incasables »* ».

1.3.2 Ces jeunes couramment qualifiés « d'incasables »

L'Observatoire national de l'enfance en danger (O.N.E.D.) a commandé et publié en 2008 des recherches concernant les jeunes en difficultés multiples. Parmi celles-ci, une s'intitule « Une souffrance maltraitée – Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables » ». Elle a été réalisée par Jean-Luc BARREYRE, Patricia FIACRE, Vincent JOSEPH, et Yara MAKDESSI¹⁸.

¹⁷ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, D.R.E.E.S., Études et résultats 525, les établissements accueillant des enfants et des adolescents en difficulté sociale, septembre 2006

¹⁸ Site de l'O.N.E.D. – Consultation le 28 mai 2010.

Une définition est donnée du terme « incasables », employé par nombre de professionnels de terrain « *pour désigner des situations d'enfants ou de jeunes en danger qui posent problème aux institutions sanitaires et sociales et aboutissent de manière récurrente à des ruptures dans les accueils, les accompagnements, les soins et/ou les dispositifs mis en place pour répondre aux difficultés ou aux dangers rencontrés par ceux-ci. Les jeunes dits « incasables » sont une population à la limite des institutions, dont les caractéristiques et les besoins spécifiques relèvent en général de plusieurs modes de prises en charge (sanitaire, sociale, médico-sociale, judiciaire) et qui le plus souvent ont mis à l'épreuve, voire en échec, des équipes de professionnels successives dont le cadre de travail ne convenait pas à leur problématique situationnelle* ».

Les caractéristiques rattachées à ce terme « d'incasables » sont des mesures de protection multiples (milieu ouvert, placement), une solution institutionnelle inadaptée ou inopérante, des problèmes de santé constitués essentiellement de troubles psychiques.

Les chiffres de l'enquête réalisée à partir de parcours de quatre vingt jeunes en grande difficulté, concernant les causes et les manifestations de leur problématique, sont proches de ceux des enquêtes citées plus haut.

Une interprétation des passages à l'acte est proposée comme pouvant être réactionnels « *à des événements du présent réactivant la souffrance d'origine* » et pouvant correspondre à « *des pratiques d'échappement de l'institution* »¹⁹.

Il s'agirait pour ces jeunes de sortir des espaces dans lesquels pourraient se rejouer, avec les adultes en présence, des relations initiales douloureuses mais aussi de sortir d'institutions qui ne prennent pas véritablement en considération leur problématique.

En quelques années, les usagers de la protection de l'enfance ont changé. Les difficultés rencontrées sont désormais multiples : les « traditionnelles » carences éducatives, la maltraitance physique et/ou psychologique, l'enfant enjeu des conflits du couple parental et conjugal, les relations fusionnelles parent(s)-enfant favorisant des formes de toute puissance de ce dernier, l'alcoolisme et/ou la toxicomanie des parents et enfin, toutes les problématiques de souffrance psychique du jeune qui peuvent prendre des formes diverses.

¹⁹ Recherche commandée par l'O.N.E.D. : « Une souffrance maltraitée – Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables » », réalisée par Jean-Luc BARREYRE, Patricia FIACRE, Vincent JOSEPH, et Yara MAKDESSI – 2008 – page 9.

1.3.3 Le département du Cantal n'échappe pas à ce phénomène

Les services et établissements du département du Cantal œuvrant dans le champ de la protection de l'enfance sont bien sûr confrontés à ces nouvelles formes de problématiques. Même s'il n'y a pas de statistiques spécifiques disponibles pour les recenser, une enquête auprès de chacune de ces structures (hors le service de placement familial de l'Aide sociale à l'enfance qui n'a pas répondu), que j'ai réalisée en septembre 2010, me permet de mettre en évidence le nombre d'usagers bénéficiant, à ce jour, de mesures de milieu ouvert ou de placement, associées à des prises en charge sanitaires et/ou médico-sociales²⁰. Je ne comptabilise pas, ici, les suivis psychologiques dispensés au sein même des structures de la protection de l'enfance (qui relèvent davantage du simple soutien que de la thérapie).

Concernant les 572 jeunes suivis par des services d'action éducative en milieu ouvert et d'adaptation progressive en milieu naturel (A.E.M.O. et A.E.D. confondues) :

- ✚ 29 bénéficient de suivis ambulatoires en Psychiatrie, soit 5,07 %.
- ✚ 35 bénéficient de suivis ambulatoires au Centre médico-psycho-pédagogique, soit 6,11 %.
- ✚ 12 sont orientés en Institut médico-éducatifs, soit 2,10 %.
- ✚ 14 sont orientés en Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique, soit 2,45 %.

Concernant les 88 jeunes accueillis en Maisons d'enfants à caractère social (placements et accueils provisoires confondus) :

- ✚ 22 bénéficient de suivis ambulatoires en Psychiatrie, soit 25 %.
- ✚ 9 bénéficient de suivis ambulatoires au Centre médico-psycho-pédagogique, soit 10,23 %.
- ✚ 2 sont orientés en Institut médico-éducatifs, soit 2,27%.
- ✚ 6 sont orientés en Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique, soit 6,82 %.

²⁰ Enquête réalisée début septembre 2010 auprès des structures de la protection de l'enfance du Cantal : services de milieu ouvert (Centre A.E.M.O. - A.D.S.E.A. 15, Service d'accueil spécialisé, Service de suite de Limagne, Service d'adaptation progressive en milieu naturel) et des établissements de placement (Centre d'adaptation et de réadaptation de Limagne, Service accueil jeunes, Petite maison de Brezons, Maisons d'enfants à caractère social « Chanteclair » et de Quézac). La Direction enfance-famille de la Direction de la solidarité départementale, également sollicitée pour son service de placement familial rattaché à l'A.S.E., n'a pas répondu.

Ces résultats sont donc particulièrement significatifs pour les jeunes accueillis en Maisons d'enfants à caractère social.

En effet, 35,22 % d'entre eux bénéficient de soins ambulatoires (25 % en Psychiatre + 10,22 % en Centre médico-psycho-pédagogique) **et 9,09 % bénéficient d'une orientation spécialisée** (2,27 % en Instituts médico-éducatifs + 6,82 % en Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques).

La mise en place de prises en charge à la fois sociales et sanitaires, ou médico-sociales, peut révéler chez ces jeunes, des signes de souffrance psychique.

De plus, les Maisons d'enfants à caractère social du département évaluent à une quinzaine, le nombre de jeunes qualifiés « d'incasables ».

Conclusion partielle

La loi du 5 mars 2007 marque un tournant dans la protection de l'enfance en mettant en avant d'une part, la subsidiarité de la dimension judiciaire par rapport à la dimension administrative et d'autre part, des modes de prises en charge diversifiées permettant de dépasser le « tout placement » et le « tout milieu ouvert ». Cette clarification des compétences et cette adaptation des dispositifs institutionnels sont désormais actées dans le nouveau projet de service du Centre A.E.M.O. que je dirige. Il s'agit de réorganiser et de recentrer les pratiques sur le parcours de chaque usager, en prenant en considération les problématiques spécifiques. Parmi celles-ci, la souffrance psychique avec les différents troubles qui la caractérisent.

Nous allons maintenant nous intéresser à l'équipement des différents secteurs (social, médico-social, sanitaire) du département du Cantal et envisager sa pertinence dans la prise en charge de ces jeunes aux frontières des différents champs.

2 Un dispositif départemental cloisonné – une continuité de la prise en charge parfois remise en question

Quelques chiffres²¹ pour présenter la démographie du Cantal.

Avec une superficie de 5 726 km², le Cantal est composé de 260 communes regroupées en 27 cantons et 3 arrondissements (Aurillac, Mauriac et Saint-Flour). Ce département rural compte 149 500 habitants.

La densité :

	Cantal	Auvergne	France métropolitaine
Densité (nombre d'habitants au km ²)	26	51	114

La répartition par âge, des 0-24 ans :

Tranches d'âge	0 - 4 ans	5 - 9 ans	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans
Nombre de jeunes	7 334	7 179	7 204	7 549	7 032

Quelques taux significatifs :

	Cantal	Auvergne	France métropolitaine
Taux de natalité (naissances domiciliées pour 1000 habitants)	9,1	10,3	13
Taux de mortalité (décès domiciliés pour 1000 habitants)	12,5	10,5	8,4
Taux de fécondité (naissances pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans)	45	47,9	55,1

²¹ Données issues du document « Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social » STATISS 2009 Auvergne, édité par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Auvergne en juin 2009. Source I.N.S.E.E. 1.01.2007

L'indice de vieillissement :

	Cantal	Auvergne	France métropolitaine
Indice de vieillissement (personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans)	119,8	92	66,3

Ces indicateurs montrent que le Cantal a une population vieillissante. De plus, l'outil OMPHALE élaboré par l'I.N.S.E.E., utilisé pour réaliser des projections d'évolution de population jusqu'à l'horizon 2030, sur la base d'indices constatés aux deux derniers recensements, permet d'envisager une baisse de population, dont les jeunes :

	2020	2029
Nombre des 0-5 ans	4 828	3 951
Nombre des 6-19 ans	14 442	11 359
Nombre total d'habitants	129 567	118 914

Ces éléments démographiques sont bien sûr à prendre en compte dans les secteurs de l'enfance, comme celui qui nous intéresse ici. En ce qui concerne les équipements, il s'agira ainsi, dans les années à venir, de diversifier l'offre plutôt que de l'augmenter, pour l'adapter aux nouvelles problématiques.

2.1 L'organisation départementale de la protection de l'enfance dans le Cantal : ses compétences et ses limites

Le département est doté de différentes structures, publiques et privées, participant à la mission de protection de l'enfance. Leurs champs d'intervention, sous forme de milieu ouvert ou de placement, permettent un maillage territorial et répondent aux besoins du territoire.

2.1.1 L'équipement départemental du Cantal

✚ **La Protection judiciaire de la jeunesse (P.J.J.)**, qui concourt à la prise en charge civile et pénale des mineurs ou jeunes majeurs, confiés par les Magistrats (Juge des enfants, Substitut des mineurs).

✚ **L'Aide sociale à l'enfance (A.S.E.)**, service non personnalisé régi par l'article L.221-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Ce service du Conseil général est rattaché à la Direction enfance – famille (qui englobe également la Protection maternelle et infantile et le service de la tarification et des signalements), elle-même rattachée à la Direction de la solidarité départementale (D.S.D).

Pour mener à bien ses missions, il s'appuie sur une équipe et un service de placement familial de quatre vingt assistants familiaux, employés comme agents non titulaires du département.

Le responsable de l'A.S.E. est un Attaché territorial qui est également le mandant des mesures d'A.E.D et d'accueil provisoire.

Pour l'accomplissement de ses missions, et sans préjudice de ses responsabilités vis-à-vis des jeunes qui lui sont confiés, l'A.S.E. fait appel à des organismes privés habilités.

✚ **Le Centre A.E.M.O. – A.D.S.E.A. 15**, que je dirige et que j'ai présenté plus haut.

✚ **Le Service d'accompagnement spécialisé des mineurs et jeunes majeurs victimes d'agressions sexuelles, géré par l'association « Accent jeunes »**, qui est habilité pour 24 mesures renforcées d'A.E.D. et d'A.E.M.O simultanées.

✚ **Les Services d'enquêtes sociales judiciaires et d'accompagnement social et budgétaire, gérés par l'Union départementale des associations familiales (U.D.A.F.) du Cantal.**

✚ **La Fédération départementale des associations locales d'aide à domicile en milieu rural**, en charge des interventions à domicile et à titre éducatif de Techniciennes de l'intervention sociale et familiale.

- ✚ **Le Centre d'accueil et de réadaptation (C.A.R.) géré par l'A.D.S.E.A. 15**, à Aurillac, avec son foyer de 27 places et son service de suite de 20 places, pour garçons de 12 à 21 ans. Ce C.A.R. accueille, sous la forme de placements et de suivis jeunes majeurs administratifs ou judiciaires, des jeunes en difficultés d'insertion scolaire ou pré-professionnelle.

- ✚ **La Maison d'enfants à caractère social (M.E.C.S.) « Chanteclair »**, géré par l'association lyonnaise « Santé et bien-être », à Aurillac, agréée pour 36 places et 4 places d'accueil d'urgence. Elle reçoit, dans le cadre de placements, des garçons de 6 à 12 ans et des filles de 6 à 21 ans. Cette structure, ouverte sur la cité, est en lien avec l'ensemble des établissements scolaires et de formation de la ville.

- ✚ **La Maison d'enfants à caractère social de Quézac, géré par son association**, agréée pour 40 places et 4 places d'accueil d'urgence, pour des filles et des garçons de 6 à 21 ans. Cet établissement dispose d'un centre de formation et d'apprentissage spécialisé en cuisine.

- ✚ **La Maison d'enfants à caractère social de Brezons, gérée par l'association « Terre de demain »**, agréée pour 12 places de filles et de garçons de 6 à 12 ans. Les orientations sont majoritairement assurées par les départements de la région parisienne. Seules 4 places sont réservées pour des jeunes du Cantal.

- ✚ **Le Service d'adaptation progressive en milieu naturel (Mesures de placement et d'assistance éducative en milieu ouvert ou d'aide éducative à domicile, de type A.P.M.N.), géré par l'Association nationale d'entraide féminine (A.N.E.F.)**, à Aurillac, qui peut assurer, sur un hébergement collectif et en appartements, 42 prises en charge sous forme d'accueil mère-enfant(s) ou d'accueil père-mère-enfant(s).

- ✚ **Le Service accueil jeunes, géré par l'A.N.E.F.**, à Aurillac, qui peut accueillir 8 jeunes filles de 14 à 21 ans. Cette petite structure reçoit plus particulièrement des adolescentes en grande difficulté d'insertion et met en place un accompagnement très individualisé.

- ✚ **Le lieu de vie « Les Grivaldes » géré par l'association Roquechauffrey**, près de Montsalvy, structure d'accueil non traditionnel de 7 places pour garçons de 6 à 14 ans en provenance de tous les départements.

Il n'y a pas de foyer de l'enfance dans ce département, un dispositif d'accueil d'urgence est organisé à partir des M.E.C.S. « Chanteclair » et de Quézac ainsi que du service d'accueil familial de l'A.S.E.

Notons qu'en ce qui concerne le taux d'équipement en lits d'établissements de l'Aide sociale à l'enfance (A.P.M.N. et M.E.C.S.) pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, le Cantal, avec un taux de 5,36, est bien placé²² :

	Cantal	Allier	Haute-Loire	Puy-de-Dôme	Auvergne	France métropolitaine
Taux équipement pour 1000 jeunes de - de 20 ans	5,36	3,84	3,62	3,36	3,72	4,48

La place et l'action de ces différentes structures sont mises en cohérence à partir d'un schéma départemental de protection de l'enfance.

2.1.2 Le second schéma départemental de protection de l'enfance du Cantal

C'est en 1996 qu'a été adopté conjointement par le Préfet et le Président du Conseil général, le premier schéma départemental des équipements relevant de la protection de l'enfance et de la jeunesse. Il s'agissait alors de répertorier les moyens existants, d'évaluer leur pertinence, d'analyser les besoins émergents pour envisager une programmation de réponses appropriées. Les services de l'État et ceux du Département avaient conjointement animé ce travail.

Une même dynamique a été reprise quelques années plus tard pour le second schéma conjoint État (Protection judiciaire de la jeunesse) – Département (Direction des services sanitaires et sociaux, devenue depuis Direction de la solidarité départementale) 2005 – 2009. Il a été prorogé par arrêté du 1^{er} février 2010.

²² Données issues du document « Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social » STATISS 2009 Auvergne, édité par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Auvergne en juin 2009. Taux d'équipement au 1.01.2008.

A) Le diagnostic posé

Le schéma pose le diagnostic suivant : « *Une étude qualitative doit se développer sur deux axes. Le premier concerne la situation du partenariat et des projets mis en œuvre, le second doit examiner les résultats des actions menées. L'on sait que les actions menées en faveur des jeunes et des familles se heurtent de plus en plus à des problèmes complexes (augmentation des situations relevant de la psychiatrie, jeunes ayant de moins en moins de repères et de compréhension des interdits, rupture des transmissions dans les relations parents/enfants, jeunes ne supportant pas la prise en charge collective, etc.). Un schéma départemental conjoint (État, Département) a pour objectif de répondre à ces nouvelles données. Il doit permettre de centrer encore plus l'action sur le jeune²³ ».*

Ce second schéma s'inscrit bien sûr dans le prolongement de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Huit thèmes ont été sélectionnés par le comité de pilotage et déclinés dans huit commissions.

B) Les thèmes retenus

Le premier thème concerne la prise en charge des jeunes aux frontières du social et du médical qui nécessitent, pour certains, une aide à la fois éducative et thérapeutique. Un risque de morcellement des dispositifs aboutissant à un morcellement de l'enfant, a été mis en exergue.

Le second thème concerne le travail partenarial entre la Direction de la solidarité départementale, la Direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse, l'Éducation nationale ainsi que la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale et l'Agence régionale de l'hospitalisation (disparues depuis au profit de l'Agence régionale de santé) afin d'évaluer la coordination entre ces quatre acteurs principaux de l'intervention auprès des jeunes.

²³ Schéma départemental de protection de l'enfance du Cantal 2005-2009 – Page 9.

Le troisième est centré sur les insatisfactions de l'action en faveur des jeunes qui auraient pu ne pas être pris en compte dans le diagnostic et échapper aux réflexions des autres groupes.

Le quatrième est axé sur la prévention primaire et donc l'analyse de l'existant et des manques en matière de partenariat.

Le cinquième s'intéresse à l'inscription culturelle des jeunes suivis et donc des modes d'intervention.

Le sixième aborde la prise en charge des jeunes dits « cas lourds » multipliant les placements et mettant en grandes difficultés les institutions qui ne trouvent souvent d'autre alternative qu'une nouvelle réorientation. *« La problématique de ces cas est donc aussi une problématique d'institutions puisqu'elle met en cause les limites des réponses institutionnelles aux problèmes de ces jeunes.²⁴ »*

Le septième questionne le lien avec les familles dans des situations de placement des enfants afin de préparer la restitution.

Le huitième et dernier thème est le droit des usagers et doit favoriser une évaluation de son efficience dans le département, notamment pour l'accès au dossier.

Des réflexions de ces huit commissions, sont issues des propositions validées par le comité de pilotage.

C) Les principales propositions et l'état de leur concrétisation

Le recentrage de la procédure de signalement au sein des services du Conseil général doit être conforté et d'autres partenaires, comme l'Éducation nationale, doivent y être intégrés. Une formation spécifique a à être apportée à chaque professionnel concerné.

Ces propositions ont abouti à la mise en place d'une cellule départementale chargée du traitement des signalements, le service social en faveur des élèves y est représenté, chaque membre a bénéficié d'une formation.

²⁴ Schéma départemental de protection de l'enfance du Cantal 2005-2009 – Page 12.

L'accompagnement parents/enfants doit être accentué avec la mise en place d'une unité de médiation familiale qui pourra parfois éviter des mesures d'assistance éducative. Le service U.D.A.F. a, peu après, apporté une réponse avec le soutien financier de la Caisse d'allocations familiales.

D'autre part, le Réseau départemental d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents a travaillé sur un projet de point rencontre parents/enfants devant répondre aux besoins de parents séparés, en difficulté pour organiser leurs droits de visite.

L'A.N.E.F. a finalement été le porteur de ce projet qui s'est concrétisé.

Un accompagnement spécialisé des enfants victimes d'abus sexuels avait été envisagé lors du premier schéma départemental mais n'avait pas été finalisé. Ce projet est repris dans le second schéma, l'association « Accent jeunes » a mis en place un service d'A.E.M.O. renforcé.

L'accueil d'urgence, constitué de places en M.E.C.S. et au sein du placement familial de l'A.S.E., **doit diversifier ses formes.**

Le C.A.R. de l'A.D.S.E.A. a été depuis habilité à recevoir en urgence des jeunes au titre de l'ordonnance de 1945. La Direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse s'est dotée de familles d'accueil.

Des idées de familles d'accueil d'urgence rattachées aux Instituts médico-éducatifs et de places réservées au Service d'adaptation progressive en milieu naturel n'ont pas abouti.

Le lien entre Instituts médico-éducatifs et familles d'accueil doit être renforcé dans des situations de jeunes bénéficiant des deux dispositifs.

Les institutions concernées font vivre ce lien, même si l'on peut déplorer que la proposition de contrat d'accueil tripartite entre la famille d'accueil, l'établissement et l'A.S.E. n'ait pas abouti.

Dans le cas d'un placement direct en établissement, de courte durée, le maintien de la mesure A.E.M.O. est préconisé pour faciliter le retour rapide en famille.

Ces doubles mesures ont effectivement été privilégiées sur de courtes durées. Ceci jusqu'à la publication de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance qui a priorisé les placements à l'A.S.E. sur les placements directs. Depuis, c'est donc l'A.S.E. qui est le référent administratif familial.

La mise en place d'un dispositif souple et progressif de restitution des jeunes, en fin de placement, **peut contribuer à éviter des échecs** de retours en famille.

Ceci est assez largement pratiqué, les droits de visite et d'hébergement des parents sont aménagés et donc progressivement amplifiés afin d'évaluer l'évolution de la situation et de préparer l'arrêt du placement.

L'accès des usagers à leur dossier doit être harmonisé et pas laissé à l'initiative de chaque structure. La consultation peut être rattachée au Tribunal pour enfants pour les mesures de protection judiciaire et au Conseil général pour les mesures de protection administrative.

Ces modalités ont été retenues, le greffe du Tribunal pour enfants et le service A.S.E. ont organisé des procédures de consultation des dossiers.

Des propositions issues des deux commissions travaillant, pour l'une, la question de la prise en charge des jeunes aux frontières du social et du médical et, pour l'autre, celle de la prise en charge des jeunes dits « cas lourds » multipliant les placements et mettant en grande difficulté les institutions qui ne trouvent souvent d'autre alternative qu'une nouvelle réorientation, ont été retenues. Ce sont elles qui ont déterminé la programmation d'une action novatrice visant à répondre aux besoins de ces jeunes, qui va être au cœur de cet écrit.

Mais avant de nous recentrer sur ces propositions et cette action, nous ne pouvons faire l'économie de nous intéresser d'abord au dispositif de travail arrêté par la Direction de la solidarité départementale en vue de mettre en œuvre la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Je présenterai ensuite l'équipement médico-social et sanitaire du département, puisque ces jeunes présentant des difficultés plurielles, comme nous l'avons vu plus haut, sont potentiellement ressortissants de plusieurs secteurs.

2.1.3 De la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance aux prémices d'un troisième schéma départemental

Le second schéma départemental 2005 – 2009 (prorogé par arrêté du 1^{er} février 2010) du Cantal a donc été « percuté » par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Il ne pouvait être question d'attendre la fin du second schéma pour mettre en œuvre cette nouvelle loi.

C'est pourquoi la Direction départementale de la solidarité a élaboré en 2008, puis mis en place début 2009, un dispositif de travail devant permettre à la fois l'application de la loi et la préparation du prochain schéma.

J'ai, en tant que Directeur du centre A.E.M.O.-A.D.S.E.A. 15, largement participé à cette dynamique en y impliquant les salariés du service.

A) Un dispositif qui retient trois principes généraux

- ✚ Ce travail se construit autour de différents thèmes définis par la D.S.D. à partir des objectifs et des évolutions introduites par la loi.
- ✚ Une organisation du travail en groupes animés chacun par deux co-pilotes garants du fonctionnement du groupe, de son calendrier de réunions et de la restitution de ses travaux.
- ✚ Des groupes qui sont configurés avec les services de la D.S.D. et les autres acteurs de la protection de l'enfance selon les thématiques.

B) Un dispositif qui propose neuf thèmes de travail

- ✚ « **La protection de l'enfance en tant que prévention des difficultés des parents dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives** ». Ce groupe rendra ses propositions fin 2010.
- ✚ « **L'évaluation dans le traitement des informations préoccupantes** ». les propositions de ce groupe ont été reprises au sein d'un protocole départemental relatif au recueil, au traitement, à l'évaluation et à l'observation des informations préoccupantes signé par le Président du Conseil général, le Préfet, le Procureur de la république, le Président du Tribunal de grande instance, le Juge des enfants, le Directeur régional de la protection judiciaire de la jeunesse, l'Inspecteur d'académie et le Président du Centre communal d'action sociale d'Aurillac. Ce protocole précise la place prépondérante tenue par le Président du Conseil général à qui doivent être transmises toutes les informations préoccupantes, la mise en place, les missions et l'organisation de la cellule départementale au sein de la D.S.D., l'encadrement du secret partagé et enfin la répartition des compétences entre Département et Autorité judiciaire.
- ✚ « **L'observatoire départemental de la protection de l'enfance (O.D.P.E.)** ». Il n'est actuellement toujours pas opérationnel mais la D.S.D. a créé un service spécifique chargé du traitement des informations préoccupantes et du traitement des statistiques. Ce service sera bien sûr relié directement au prochain O.D.P.E.

- ✚ « **L'alternative au tout maintien à domicile/tout placement : l'accueil de jour** ». Le Centre A.E.M.O. que je dirige est représenté dans ce groupe activé jusqu'à la fin de cette année ; j'y suis présent avec la Chef de service et une Éducatrice spécialisée.

- ✚ « **L'alternative au tout maintien à domicile/tout placement : le placement modulable** ». Là encore, notre service est représenté par une autre Éducatrice spécialisée et moi-même, dans ce groupe qui lui aussi rendra ses propositions fin 2010. J'ai impulsé, dans le cadre de la réécriture du projet de service, l'élaboration d'un pré-projet de création d'unité d'hébergement périodique et exceptionnel rattaché au centre A.E.M.O., nouvelle prestation préconisée par la loi du 5 mars 2007. Nous participons donc aux travaux de ce groupe, porteurs d'une réflexion et de propositions du service.

- ✚ « **Une nouvelle prestation d'aide à domicile : l'accompagnement en économie sociale et familiale (A.E.S.F.)** ». Les propositions de ce groupe ont déjà abouti à la mise en place de cette nouvelle mesure au sein du service de l'U.D.A.F.

- ✚ « **La gestion de la préparation des placements à l'A.S.E.** ». La loi de 2007 priorise ce type de placement, ce qui positionne le Service de l'A.S.E. comme garant des modalités d'exécution de la décision du Juge des enfants. Les placements directs en institution étaient avant prédominants et laissaient aux services de milieu ouvert de grandes prérogatives pour leur préparation et leur mise en œuvre. Le Centre A.E.M.O. de l'A.D.S.E.A. 15 était ainsi l'acteur prédominant du département en la matière. Ce changement a été vécu par les professionnels de terrain de ce service comme une « révolution culturelle et idéologique » venant les déposséder d'un travail d'accompagnement de la famille vers le placement dont la forme était directement discutée avec le Magistrat et la structure d'accueil. Ce fonctionnement avait l'avantage de préserver une continuité de la prise en charge du milieu ouvert jusqu'au placement effectif du jeune. Il avait aussi pour inconvénient de créer une confusion et même une collusion, entre « séparation » et « modalités de placement », ce qui ne permettait pas toujours un authentique travail d'élaboration avec la famille autour de la problématique du lien parents – enfant. De plus, les professionnels du service gardaient une forme de maîtrise de la situation qui, même si elle pouvait parfois rassurer la famille, renvoyait aussi à une forme de toute puissance professionnelle et institutionnelle, dans laquelle le Service A.S.E. était souvent désigné comme « mauvais objet »

(en tant que garant d'une référence jugée plus administrative qu'éducative). Dès début 2008, j'ai animé une réflexion au sein du service, préparant ainsi les changements induits par la loi. Ces travaux ont favorisé une expression du vécu difficile des salariés pour enfin aboutir à un repositionnement de la structure et de chacun de ses professionnels. Présents dans le groupe départemental traitant de ce thème, une Assistante de service social du Centre A.E.M.O. et moi-même en tant que co-pilote avec la responsable de l'A.S.E., avons pu être porteurs des propositions du service qui ont largement alimenté les réflexions. Un référentiel de préparation des placements à l'A.S.E. a été validé en novembre 2009 et est depuis appliqué dans le département.

✚ « **La gestion des placements à l'A.S.E.** ». Là aussi, ce groupe composé de professionnels de ce service et des structures de placement, a rendu ses propositions qui ont été validées dans un référentiel des placements à l'A.S.E.

✚ « **La mission de coordination dévolue au Président du Conseil général** ». Le groupe en charge de ce thème a repris les modalités de coordination déjà en place au sein du Centre A.E.M.O. – A.D.S.E.A. 15 lors des instaurations de mesures, avec les différents acteurs intervenants auprès de la famille, pour les élargir aux autres mesures administratives et judiciaires de l'ensemble des services et établissements du département.

Notons que la refonte du projet de service du Centre AEMO – ADSEA 15, a été programmée et réalisée sur un mode participatif, en amont de la mise en place de ces groupes de travail. Cette stratégie m'a permis de positionner fortement la structure sur le territoire, dans un contexte d'adaptation de ses missions et de ses pratiques à la loi du 5 mars 2007 réformant le champ de la protection de l'enfance, et de préparation du prochain schéma départemental.

Après avoir abordé l'équipement départemental organisé à partir du schéma actuel ainsi que du troisième, d'ores et déjà en préparation, je vais revenir à ces jeunes présentant des difficultés plurielles, souvent ballotés de placement en placement, que l'on retrouve également dans les structures départementales des secteurs médico-social et sanitaire que je vais présenter.

2.2 L'équipement départemental médico-social et sanitaire : ses compétences et ses limites en matière de prise en charge de jeunes ressortissants de la protection de l'enfance

Nous allons nous intéresser d'abord aux structures médico-sociales pouvant accueillir ces jeunes.

2.2.1 Le champ médico-social dans le Cantal

A) L'équipement médico-social

Les Instituts médico-éducatif (I.M.E.) : ils sont réglementés par les annexes 24 du code de la Sécurité sociale. Ils regroupent des I.M.P. (Instituts médico-pédagogiques) et des I.M.Pro. (Instituts médico-professionnels). Ils accueillent des enfants, adolescents et jeunes adultes de 6 à 20 ans atteints d'une déficience. Ces établissements d'éducation spécialisée peuvent aussi disposer de sections pour enfants polyhandicapés ainsi que d'internats de semaine.

Il en existe trois dans le Cantal qui peuvent accueillir au total 155 jeunes. Un à Mauriac, géré par l'A.D.S.E.A., qui est plus spécialisé pour des jeunes présentant une déficience intellectuelle légère ou moyenne. Un à Marmanhac, dépendant de l'Association départementale des amis et parents d'enfants inadaptés (A.D.A.P.E.I.) et accueillant des jeunes qui présentent une déficience moyenne ou lourde, des troubles autistiques. Un enfin à Saint-Flour, rattaché à la fonction publique hospitalière.

Les Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (I.T.E.P.) : Ils sont réglementés par la circulaire n° 2007-194 du 14 mai 2007. Ils reçoivent « *des enfants, adolescents et jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé* » (article D. 312-59-1 de la circulaire).

Le département en compte deux, gérés par l'A.D.S.E.A. Un à Polminhac et un à Allanche, pour un total de 61 places.

Les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (S.E.S.S.A.D.) rattachés aux I.M.E. et aux I.T.E.P. : Il en existe six, pour 78 places.

Le taux d'équipement (I.M.E. + I.T.E.P. + S.E.S.S.A.D.) du Cantal, de 10,32 places pour 1 000 enfants et adolescents de moins de 20 ans, est un peu en dessous du taux régional mais au dessus du taux national²⁵ :

	Cantal	Auvergne	France métropolitaine
Taux équipement pour 1000 jeunes de - de 20 ans	10,32	11,17	8,9

Le Centre médico-psycho-pédagogique (C.M.P.P.) : Régi par l'annexe XXXII du décret 63-146 du 18 février 1963 et géré par l'A.D.S.E.A. Ce service, aux frontières du médico-social et du sanitaire, propose des cures ambulatoires pour des enfants et adolescents présentant des difficultés d'adaptation, des troubles psychomoteurs, des troubles du comportement, se révélant le plus souvent dans l'environnement scolaire. La prise en charge est mise en œuvre par une équipe pluridisciplinaire se composant d'un médecin psychiatre, de psychologues, d'orthophonistes, de psychomotriciens et d'une assistante sociale. Il a un agrément de 5 000 séances par an, il est présent sur trois sites : Aurillac, Saint-Flour et Montsalvy.

Ces structures accueillent une population présentant certaines caractéristiques.

B) Les caractéristiques de la population

Au 31 décembre 2001²⁶, la population des établissements pour enfants et adolescents handicapés était de 295 et se composait de 74 % de garçons. La moyenne d'âge était de 14 ans.

²⁵ Données issues du document « Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social » STATISS 2009 Auvergne, édité par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Auvergne en juin 2009. Taux d'équipement au 1.01.2008.

²⁶ Données issues d'une enquête E.S.-D.R.A.S.S./D.E.E.S. – 2001 – sur les enfants et les adolescents handicapés dans le département du Cantal et repris dans le « schéma d'organisation de l'offre de services 2008-2012 aux personnes handicapées du département du Cantal ».

La déficience principale majeure était une déficience intellectuelle se manifestant par un retard mental léger ou moyen. Elle concernait 49,8 % des jeunes.

En seconde position, arrivait la déficience du psychisme caractérisée par des troubles de la personnalité et du comportement. Elle concernait 39,7 % des jeunes. Bien sûr, seulement une partie, non précisée, bénéficiait d'une mesure d'assistance éducative.

Notons ici qu'il a fallu attendre la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », pour voir apparaître une définition du handicap et les termes de « **handicap psychique** ». L'article L.114 plus précisément : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou **psychiques**, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »

Le département s'est doté d'un schéma d'organisation de l'offre de services 2008-2012 aux personnes handicapées du Cantal.

Après avoir abordé le champ médico-social départemental qui est donc amené à accueillir nombre de jeunes présentant des formes de souffrance psychique, intéressons-nous maintenant au champ sanitaire qui lui aussi peut prendre en charge cette même population.

2.2.2 Le champ sanitaire dans le Cantal

A) L'équipement sanitaire

La Psychiatrie infanto-juvénile est rattachée au Centre hospitalier d'Aurillac. Son Pôle comprend plusieurs structures :

✚ L'hospitalisation complète (de semaine) avec 10 lits installés à Aurillac.

✚ L'hospitalisation de jour avec 22 places à Aurillac.

Ces deux formes d'hospitalisation concernent des jeunes accueillis du lundi au vendredi qui bénéficient de suivis éducatifs et thérapeutiques ainsi que d'une scolarisation à temps partiel, le plus souvent adaptée.

- ✚ L'accueil familial thérapeutique avec 4 places réservées à des jeunes autistes.
- ✚ Des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel disponibles à Aurillac, Saint-Flour et Mauriac. Les jeunes concernés participent à un groupe de soins, souvent une demi-journée par semaine, et sont le reste du temps scolarisés dans leur établissement habituel.
- ✚ Des consultations médico-psychologiques à Aurillac, Saint-Flour et Mauriac qui représentent la dimension ambulatoire des soins avec des suivis assurés par des psychiatres, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, infirmiers et éducateurs.

Le taux d'équipement en Psychiatrie infanto-juvénile²⁷ dans le Cantal, de 0,40 pour 1 000 jeunes de 0 à 16 ans inclus pour ce qui concerne les lits d'hospitalisation et de 1,45 pour l'équipement global (lits + places), est largement supérieur au taux national.

	Cantal	Auvergne	France métropolitaine
Taux équipement en psy. Infanto-juvénile (lits) pour 1000 jeunes de 0 à 16 ans	0,40	0,42	0,16
Taux équipement global en psy. Infanto-juvénile (lits + places) pour 1000 jeunes de 0 à 16 ans	1,45	1,28	0,83

²⁷ Données issues du document « Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social » STATISS 2009 Auvergne, édité par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Auvergne en juin 2009. Taux d'équipement au 1.01.2008.

Nous pouvons souligner, si l'on s'en réfère aux taux d'équipement départemental, régional et national, que le Cantal est plutôt bien doté en lits et places, autant dans le champ social de la protection de l'enfance, que dans celui du médico-social et du sanitaire. Ce constat ne peut être que renforcé au regard de sa population de jeunes de 0 à 20 ans en baisse.

Ces jeunes présentant des difficultés plurielles, suivis dans le cadre de la protection de l'enfance, peuvent donc être ressortissants des trois secteurs.

Des questions se posent alors : quelle coordination existe-t-il entre ces secteurs ? Les jeunes concernés sont-ils pris en considération dans une approche globale de leur problématique, constituée autant de danger que de souffrance psychique ? La continuité de leur prise en charge est-elle assurée ?

2.3 D'une juxtaposition de dispositifs à une dynamique de réseaux

2.3.1 Des constats de cloisonnements qui peuvent remettre en cause la continuité de la prise en charge

Chaque dispositif social, médico-social et sanitaire est structuré, organisé, dans son champ d'intervention. Ces équipements cloisonnés apportent bien sûr des réponses tout à fait satisfaisantes à nombre d'usagers dépendants exclusivement d'un de ces secteurs.

Pour autant, comme nous l'avons vu plus haut, certains jeunes bénéficiant de mesures d'assistance éducative, présentent des signes de souffrance psychique, d'autres sont couramment qualifiés « d'incasables ». Cette population a souvent autant besoin de protection que de soins et/ou de prises en charge médico-sociales. Or, aucune structure n'est bien sûr en capacité de mener de front l'ensemble des actions qui lui est pourtant nécessaire.

Les moyens des services et établissements sociaux concernés, en adéquation avec leur mission éducative, ne permettent pas toujours de faire face à des difficultés hétérogènes, en termes d'accompagnement individualisé et de gestion des groupes de vie ou des milieux familiaux. Des aides complémentaires sont évidemment recherchées. Il peut s'agir de propositions de consultations ambulatoires ou d'hospitalisations pédopsychiatriques ou encore de demandes de réorientations en I.T.E.P. Mais ces structures ne peuvent, elles-

mêmes, apporter toute l'aide nécessaire en matière de protection de l'enfance (accueil avec hébergement certains week-ends et temps de vacances). De plus, ces jeunes peuvent ne pas être prêts à s'engager dans une démarche de soins traditionnelle.

Le risque est donc de les voir vivre une succession de formes d'accueil, tour à tour sociales, médico-sociales et sanitaires, sans jamais parvenir à une prise en compte efficace de leurs difficultés. Ces ruptures vont bien sûr à l'encontre de leurs besoins de stabilité et de sécurité et semblent répondre tragiquement à des ruptures familiales que beaucoup de ces jeunes ont déjà subies. La continuité de leur prise en charge peut donc être remise en question.

La coordination entre secteurs social, médico-social et sanitaire n'est, de plus, pas toujours aisée du fait d'appartenances, de missions et d'organisations différentes.

Le rapport NAVES – CATHALA précise que *« l'absence de cadre clair, au contenu partagé par tous, portant sur les rôles respectifs de chacun, est de nature à fonder un état d'esprit qui facilite le développement de malentendus, de ressentiments et, ce qui est plus grave, est génératrice d'inefficacité. Plus généralement, les rapporteurs ont pu observer une tendance à renvoyer sur l'autre institution la responsabilité de tel ou tel dysfonctionnement²⁸ »*.

Dans son rapport 2007 intitulé « Adolescents en souffrance – Plaidoyer pour une véritable prise en charge » le Défenseur des enfants écrit : *« Les I.T.E.P. qui se situent entre la psychiatrie et le social, constituent une ressource pour pallier le manque d'internats et envisager une scolarisation de ces jeunes. Ils doivent permettre un séjour d'une plus grande stabilité et de « contenir psychiquement » le jeune. Mais ces établissements se plaignent de devoir trop souvent prendre en charge des enfants parce qu'ils n'ont pas de place ailleurs »²⁹*.

La juxtaposition de dispositifs génère donc des approches cloisonnées qui peuvent être préjudiciables à ces jeunes bénéficiant de mesures d'assistance éducative et nécessitant parallèlement une approche thérapeutique.

²⁸ Rapport de Pierre NAVES et Bruno CATHALA – Accueils provisoires et placements d'enfants et d'adolescents : des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfance et de la famille – I.G.A.S. – Ministères de l'emploi et de la justice – page 30.

²⁹ Rapport du Défenseur des enfants – Adolescents en souffrance-Plaidoyer pour une véritable prise en charge – 2007 – Page 109.

Le département du Cantal n'échappe pas à ce phénomène, je vais l'illustrer en présentant la situation d'un jeune mineur.

2.3.2 Une présentation du parcours de Benjamin : des ruptures familiales – des ruptures de prises en charge ...

Benjamin est né en décembre 1994. Il a d'abord vécu en famille avec son père, ouvrier agricole et sa mère. Une mesure d'assistance éducative en milieu ouvert a été instaurée en 1996 dans un contexte de danger lié à l'alcoolisme du père et aux troubles psychiatriques de la mère.

Les parents se sont séparés en 2000 ; Benjamin, d'abord resté auprès de sa mère, a rapidement dû être placé par le Juge des enfants, dans une M.E.C.S., à l'occasion d'une décompensation psychique de sa maman. Les troubles du comportement développés par ce jeune, n'ont pas permis la continuité du placement en établissement. Il a alors été placé chez une famille désignée tiers digne de confiance.

Après une première hospitalisation psychiatrique, la mère a été orientée vers un E.S.A.T. (entreprise et service d'aide par le travail). Elle s'y trouve toujours et vit en appartement, soutenue par le service d'accompagnement à la vie sociale (S.A.V.S.). Elle a toujours tenu, lorsqu'elle en était en capacité, à recevoir son fils au rythme d'un week-end par mois.

Les liens avec le père ont, depuis 2000, toujours été fluctuants, les brèves périodes de contact laissant place à de longs mois d'absence.

Ses difficultés de comportement ont rapidement rendu difficiles les apprentissages scolaires, même si son niveau intellectuel s'avère normal. En 2004, l'intervention d'un S.E.S.S.A.D. rattaché à un I.T.E.P. a été nécessaire.

Les relations avec les membres de la famille tiers digne de confiance, se sont peu à peu dégradées ; Benjamin montrant une importante loyauté à son père et se positionnant en rivalité et en conflit avec les adultes. Ceux-ci, malgré le soutien apporté par le Centre A.E.M.O. et le S.E.S.S.A.D., n'ont finalement pu poursuivre leur accueil quotidien. Notons qu'ils rencontraient également des difficultés conjugales.

Les troubles du comportement et le développement de troubles de la personnalité auraient alors pu justifier une orientation en I.T.E.P. sur un mode d'internat, mais la famille tiers digne de confiance ne souhaitait pas recevoir Benjamin régulièrement les week-ends et l'institution ne pouvait assurer un hébergement en dehors de la semaine. C'est pour cela que le jeune a été à nouveau placé en M.E.C.S. en 2006.

Les liens avec l'ex-famille tiers digne de confiance ont d'abord subsisté de manière sporadique puis se sont interrompus après son déménagement dans un département éloigné. Ceux avec sa mère ont perduré au rythme habituel d'un week-end par mois lorsque son état et celui de benjamin le permettaient. Ceux avec son père ont toujours été aussi fluctuants.

Une première période d'apaisement a laissé place à une recrudescence des troubles du comportement, ne permettant pas toujours une scolarisation régulière et provoquant même des changements d'établissements scolaires. Malgré des tentatives d'individualiser le plus possible la prise en charge institutionnelle, la M.E.C.S. a rapidement dû chercher à étayer son accompagnement avec des suivis pédopsychiatriques. Les différents médecins consultés ont prescrit des traitements médicamenteux, sans pour autant engager des suivis psychothérapeutiques réguliers.

C'est ainsi qu'en 2009, la Maison d'enfants se retrouvait acculée aux limites de son intervention éducative centrée sur une mission de protection de l'enfance dont le jeune avait pourtant toujours besoin, au regard de sa situation familiale inchangée ; l'approche thérapeutique traditionnelle n'ayant apporté de réponses satisfaisantes, ou en tout cas d'effets suffisamment probants. La question d'une réorientation en I.T.E.P. et/ou d'un changement de lieu de placement se reposait alors.

Cette situation montre bien, je crois, la complexité de la problématique abandonnique de ce jeune et de sa famille. Une forme de souffrance psychique criante se rajoutant à des carences affectives et éducatives initiales. Des difficultés et des troubles relevant partiellement des secteurs sanitaire et médico-social, des ruptures institutionnelles répondant à des ruptures familiales.

Le cas de Benjamin n'est malheureusement pas isolé, le département en compte chaque année une quinzaine.

La juxtaposition des dispositifs des différents champs montre un évident cloisonnement, qu'une approche de coordination classique entre institutions et professionnels ne suffit pas à mettre en complémentarité pour parvenir à des réponses efficaces.

Le traitement de ce problème de juxtaposition nécessite de passer du cloisonnement à une dynamique de réseau.

2.3.3 Les champs social, médico-social et sanitaire : du cloisonnement au réseau

Le Conseil supérieur en travail social a publié en 2006 un rapport intitulé « Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social ».

Ce rapport, écrit dans le cadre d'un groupe de travail présidé par François ROCHE, met en évidence les fonctionnements séparés de ces deux secteurs ainsi que le cloisonnement entre leurs institutions et leurs professionnels qui nuisent à la continuité de leurs interventions et à la prise en charge globale des personnes.

Les auteurs partent d'un concept de santé tel que l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.) le définit dans le préambule de sa constitution du 22 juillet 1946, à savoir « *un état de complet bien-être physique, mental et social et (...) pas seulement (...) une absence de maladie ou d'infirmité* ». Pour en arriver à écrire que, « *dans ces conditions, le concept de santé publique englobe à la fois les réponses sanitaires à la souffrance individuelle, physique et/ou mentale, et les interventions sociales et médico-sociales fondées aussi bien sur la prévention que sur les actions d'insertion*³⁰ ».

Le rapport précise néanmoins que les identités et les limites, liées aux spécialisations de chaque champ, doivent être maintenues afin de faciliter le repérage des usagers autant que des professionnels. Elles ont une fonction de structuration de la société. C'est l'insuffisance ou l'excès de limites qui entraînent des incompréhensions.

³⁰ Rapport du Conseil Supérieur en Travail Social – Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social – 2006 – Pages 18 et 19.

Les textes régissant les différents secteurs, autorisent et légalisent désormais le décloisonnement :

- ✚ **La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale** qui énonce et encourage les initiatives de réseaux et de coopération, y compris avec les établissements de santé, en mettant l'utilisateur au cœur de l'accompagnement. L'article 21 de la section 4 précise que « *les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L.321-1 du Code de l'action sociale des familles, peuvent conclure avec des établissements de santé des conventions de coopération telles que mentionnées au 1^{er} de l'article L.6122-15 du Code de la santé publique* ».
- ✚ **La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées**, qui met en exergue le projet de vie et qui, en reconnaissant le handicap psychique, finalise l'ouverture du médico-social au sanitaire, crée un programme spécifique qui préconise la continuité de la prise en charge, l'extension de soins ambulatoires, la mise en place de maisons relais et d'équipes mobiles.
- ✚ **La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé** qui stipule que « *les réseaux de santé (...) sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.* »
- ✚ **La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires**, inclut dans une nouvelle gouvernance le soin, la prévention ainsi que le secteur social et médico-social. Ce texte tend ainsi à développer des moyens de coordination des phases de soins et d'accompagnement propres à satisfaire la santé et le bien-être des personnes. La mise en place des Agences régionales de santé, regroupant désormais le sanitaire et le médico-social, en est une illustration, l'encouragement à développer des coopérations sociales et médico-sociales en est une autre.

L'influence européenne dans les politiques publiques n'est pas en reste quand elle met en avant le « mainstreaming », cette irrigation de toutes les politiques par un même thème.

Donc, même si les auteurs du rapport pensent que « *l'articulation du sanitaire et du social est plus incantatoire que réelle et généralisable* » et que « *le décloisonnement du sanitaire et du social est une fausse évidence mais aussi un objectif pertinent qui mérite des efforts pour l'avenir* »³¹, nous pouvons noter que les politiques publiques réaffirment fortement cette orientation.

Le rapport du Conseil national en travail social préconise de passer du cloisonnement (héritage napoléonien en matière d'organisation administrative) à l'articulation, en mettant en avant les concepts de coopération et de trans-professionnalité ; la forme achevée en étant le réseau. Ce dernier est constitué de professionnels de différents secteurs concernés par une population, engagés dans une dynamique de compréhension de l'intervention spécifique des autres, de reconnaissance des compétences et limites de chacun.

Cette notion de trans-professionnalité est intéressante car elle dépasse les notions de pluridisciplinarité et de pluri-professionnalité qui renvoient à une simple juxtaposition de compétences, ainsi que celle d'interdisciplinarité qui met en évidence les différences « *comparées et partiellement partagées* ». « *La trans-professionnalité signifie quelque chose de nouveau, tissé en commun : il s'agit de comprendre comment et de savoir jusqu'où peut agir l'autre. Il ne s'agit pas d'acquérir la compétence de l'autre en plus de la sienne. Elle reste la qualification ou le métier de l'autre* »³².

Les auteurs du rapport préconisent enfin l'élaboration et la mise en place de projets articulant les dimensions sanitaire et sociale, dans une logique de fongibilité des crédits divers et de financement pluriannuel.

C'est ce qui s'est réalisé dans le Cantal à partir d'une dynamique de réseau et de partenariat, permettant de dépasser les cloisonnements avec la création d'un dispositif de coopération sociale et sanitaire.

³¹ Rapport du Conseil Supérieur en Travail Social – Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social – 2006 – Page 29.

³² Ibid. – Pages 72 et 73.

Conclusion partielle

Nous avons abordé, dans une forme de complexité propre à ce secteur, l'organisation départementale de la protection de l'enfance, à la fois mise en cohérence par les schémas et « percutée » par la loi du 5 mars 2007. Nous avons également mis en avant le dispositif médico-social puis sanitaire du Cantal. Le bon niveau d'équipement du département, au regard d'une population de jeunes de 0 à 20 ans déclinante, ne suffit pourtant pas à apporter des réponses pertinentes à des situations d'enfants et d'adolescents en danger, présentant des signes de souffrance psychique et parfois même couramment qualifiés « d'incasables », ressortissants partiellement des différents champs. Les constats de juxtaposition des dispositifs et de cloisonnement des secteurs social, médico-social et sanitaire sont évidents. La vision pluridisciplinaire classique peut alors laisser place à une approche trans-professionnelle développée dans un contexte de partenariat et de réseau.

C'est d'une telle dynamique départementale qu'est née l'expérience assez novatrice, d'un dispositif de coopération sociale et sanitaire créé sous la forme d'équipes mobiles éducative et soignante. J'en ai été partie prenante.

3 Vers un décloisonnement des modes d'accompagnement pour garantir la globalité, la cohérence et la continuité de la prise en charge

Le schéma départemental de protection de l'enfance du Cantal, pour la période de 2005 à 2009 (prorogé par arrêté du 1^{er} février 2010), affirme le « *principe de non exclusion de l'établissement pour des jeunes présentant de graves problèmes d'identité et d'appartenance*³³ ».

3.1 Un schéma départemental de protection de l'enfance qui, dans le Cantal, prend en considération cette problématique et programme un projet de coopération sociale et sanitaire

Le schéma départemental retient des propositions issues des deux commissions travaillant, pour l'une, la question de la prise en charge des jeunes aux frontières du social et du médical et, pour l'autre, celle de la prise en charge des jeunes dits « cas lourds » multipliant les placements et mettant en grande difficulté les institutions qui ne trouvent souvent d'autre alternative qu'une nouvelle réorientation. Les quatre propositions que je vais présenter visent ainsi à assurer le maintien de ces jeunes au sein des structures dans lesquelles ils sont placés.

3.1.1 Une première préconisation de création d'une équipe mobile éducative

Il s'agit de « renforcer ponctuellement les moyens de prise en charge. Lorsqu'une M.E.C.S. reçoit un jeune présentant une problématique très difficile, elle pourrait bénéficier d'un ou de deux éducateur(s) spécialisé(s) supplémentaire(s) afin d'assurer une prise en charge en journée, le temps de gérer la situation de crise. (...) La meilleure solution serait que le service support soit un service de milieu ouvert (A.E.M.O.). En dehors de leurs interventions dans les Maisons d'Enfants à Caractère Social, ces éducateurs renforceraient le travail d'A.E.M.O. Le financement se ferait par dotation globale »³⁴.

³³ Cf. annexe n° 5 : Extrait du schéma départemental de protection de l'enfance du Cantal 2005 – 2009 – Page 18.

³⁴ Ibid. – Pages 18 et 19.

Les difficultés de certains jeunes accueillis en M.E.C.S. ont évolué vers des troubles du comportement en lien avec une insécurité affective. Sont souvent observés un déficit d'intériorité, une prépondérance de l'instantané et un envahissement de l'émotionnel. Confrontés à un rapport à la limite problématique, ces adolescents vivent souvent l'intervention des adultes comme une matérialisation de cette limite. « *L'adulte incarne pour le jeune une menace d'annulation insupportable qui sera source de violence* »³⁵. Seule une relation suffisamment « bonne », un lien fait de confiance, pourront finalement rendre acceptables la confrontation à la frustration, le report de l'envie et du besoin immédiats. L'inscription du jeune dans un projet, quel qu'il soit, éducatif, pédagogique, familial, demande une capacité à s'inscrire dans le temps pour pouvoir projeter et se projeter.

D'autre part, nous assistons parfois à une confusion entre séparation physique et séparation psychique. Or, l'éloignement de la famille ne suffit pas toujours à instaurer une dynamique de séparation et d'individuation. Ceci est d'autant plus vrai dans des situations familiales marquées par des ruptures brutales et des carences affectives.

*« Ces adolescents confrontent les équipes institutionnelles à des situations d'impasse, en sollicitant des vécus d'échecs, d'impuissance et d'incompréhension, voire des affects de désespérance. (...) Ces sujets participent à mettre en crise les établissements de sorte que l'exclusion est fréquemment la seule issue pensable »*³⁶.

Afin d'éviter cet écueil, le travail éducatif doit favoriser la mise en place d'espaces de médiation et de transition permettant à ces jeunes de progressivement passer de leur vécu affectif archaïque à un vécu pouvant concilier désirs et contraintes de la réalité.

Cette approche personnalisée passe par des temps collectifs, mais aussi individuels, que ne peuvent pas toujours mettre en place les M.E.C.S., par manque de moyens. De plus, je pense qu'il est parfois compliqué pour des éducateurs, de se positionner et d'être reconnus par les jeunes, à la fois comme garant de la vie de groupe et garant de la mise en place d'espaces individuels de transition.

³⁵ Francis BATIFOULIER et Noël TOUYA – Refonder les internats spécialisés – Pratiques innovantes en protection de l'enfance – 2008 – Page 46.

³⁶ Ibid. – Page 216.

L'idée de renforcer les équipes des M.E.C.S. est née de tels constats et analyses. Les besoins recensés (une quinzaine de jeunes par an pour l'ensemble du département) ainsi que la démographie décroissante du CANTAL (en particulier les jeunes de 0 à 20 ans comme nous l'avons vu plus haut) ne peuvent cependant justifier l'octroi pérenne, à chaque structure du département, de personnels supplémentaires. De plus, l'intervention de tiers, non engagés dans le quotidien de la structure, semble plus facilitant et plus pertinente pour favoriser la mise en place d'espaces de transition, décalés d'un quotidien institutionnel.

C'est pour ces raisons qu'a été imaginée une équipe mobile, constituée de deux Éducateurs spécialisés, pouvant répondre aux besoins de l'ensemble des M.E.C.S. mais aussi du Service de placement familial de l'A.S.E. Son rattachement à un Service A.E.M.O., situé dans le même champ de la protection de l'enfance, permettant une souplesse de fonctionnement dans lequel ces professionnels peuvent venir étayer l'action des travailleurs sociaux de ce service lorsqu'ils ne sont pas en mission.

Il s'agit de mettre ces moyens humains à disposition du service et des établissements concernés du département, pour des missions, dans le cadre de projets d'accompagnement personnalisés, provisoirement renforcés, afin de faire face à des situations de jeunes en état de pré-crise ou de post-crise.

La crise ne peut, elle, qu'être traitée dans un contexte d'urgences hospitalières en lien avec les Services de Pédopsychiatrie. L'intervention de l'équipe mobile éducative doit prévenir et, autant que possible, éviter la crise aiguë ainsi que favoriser un retour du jeune dans sa structure de placement après un épisode de crise.

L'équipe mobile éducative est directement envoyée en mission par la direction du service auquel elle est rattachée, sur demande de la direction des institutions concernées. Il peut s'agir d'interventions dans ou hors l'établissement ou la famille d'accueil.

Cette équipe mobile a donc vocation à venir compléter l'action éducative de l'institution de placement. Cette intervention, aussi intéressante soit-elle, ne peut pourtant être suffisante dans des situations de jeunes en grande difficulté, à la frontière du social et du sanitaire.

3.1.2 Une deuxième préconisation de création d'une équipe mobile soignante

Il s'agit de « *mettre en place une équipe mobile à partir de la psychiatrie afin d'aider les équipes. Cette équipe sera constituée de professionnels de la psychiatrie et dirigée par un psychiatre. Elle pourra intervenir dans les M.E.C.S. à la demande de ces dernières.*³⁷ »

Le Centre hospitalier d'Aurillac et son Pôle de Pédopsychiatrie seront les porteurs de ce projet, en lien avec l'Agence régionale de l'hospitalisation (actuelle Agence régionale de santé). Le financement devra être assuré par l'Assurance maladie dans le cadre du Schéma régional d'organisation sanitaire.

Le travail de partenariat entre social et sanitaire existe bien sûr. Nombre de jeunes placés sont suivis par les Services de Pédopsychiatrie en ambulatoire, en hospitalisation à temps partiel ou à temps complet. Ce fonctionnement convient pour la plupart des enfants et adolescents concernés.

Les liens entre social et sanitaire sont néanmoins plus complexes et conflictuels lorsqu'il s'agit de coordonner les actions de chaque secteur pour ces jeunes aux difficultés multiples présentant à la fois des troubles psychologiques exacerbés et un besoin de protection dans le cadre d'un danger intra-familial. Ils sont pour la plupart réfractaires à toute démarche de soin traditionnelle et mettent en grande difficulté leur lieu d'hébergement.

Chacun se confronte alors aux limites de son action spécifique, le vécu affectif des professionnels peut ainsi prendre le pas sur le registre cognitif. Les uns ne pouvant concevoir leur intervention en l'absence de prise en charge jugée satisfaisante des autres ; les uns craignant d'être instrumentalisés par les autres. J'ai souvent observé que le social se sent abandonné par le sanitaire et que le sanitaire a la crainte d'être instrumentalisé par le social.

Ces mouvements émotionnels institutionnels ne sont bien sûr pas sans rappeler le vécu abandonnique de ces jeunes. Nous pouvons noter une forme d'effet miroir.

Comme l'écrivent les auteurs de l'ouvrage « *Refonder les internats spécialisés* », « *le travail en réseau ne saurait se résumer à une pluralité de lieux ou à une juxtaposition de divers dispositifs. Et pour passer d'une juxtaposition à un travail en commun, il ne suffit*

³⁷ Cf. annexe n° 5 : Extrait du schéma départemental de protection de l'enfance du Cantal 2005 – 2009 - Page 18.

pas d'organiser la collecte et la circulation d'informations. Il faut que se construise un véritable travail d'élaboration commun qui permette la co-construction d'un espace de pensée commun »³⁸.

De ces constats de limites du travail de partenariat et de l'absence de demande de soin de certains adolescents, sont nées quelques expériences innovantes comme celle initiée par Vincent GARCIN, Pédopsychiatre et Chef du Pôle de Psychiatrie publique de l'enfant et de l'adolescent de Lille métropole. Il a mis en place, en 2003, une équipe mobile soignante allant au devant des besoins, dans les services hospitaliers somatiques et psychiatriques, les établissements scolaires, les établissements spécialisés, les familles, mais uniquement sur l'appel de professionnels médicaux³⁹. Et notons que la plupart des consultations sont réalisées, sans délai, dans les Centres médico-psychologiques.

Vincent GARCIN écrit : « *En nous déplaçant auprès des patients hors de nos lieux de soins, « hors les murs », nous déplaçons cette frontière porteuse des représentations négatives de folie, de fermeture, voire d'enfermement. Ce « déplacement » des limites élargit le champ des interventions, permet d'intervenir plus précocement avant que les situations ne se dégradent grâce au repérage des professionnels en première ligne (médecins de famille, établissements scolaires, etc.), et de s'inscrire dans la prévention »⁴⁰.*

D'autres expériences d'équipes mobiles soignantes ont vu peu à peu le jour sur le territoire français. Elles ont trouvé une légitimité réglementaire avec la circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

Le Défenseur des enfants préconise, dans son rapport 2007, de « *mettre en place dans chaque département, un dispositif spécifique coordonnant les différentes institutions pour une prise en charge pluridisciplinaire des jeunes « incasables » et « d'aller vers les*

³⁸ Francis BATIFOULIER et Noël TOUYA – Refonder les internats spécialisés – Pratiques innovantes en protection de l'enfance – 2008 – Page 144.

³⁹ Revue Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2544 – Article de Caroline HELFTER – Des équipes mobilisées pour aller au devant des adolescents en souffrance – 8 février 2008.

⁴⁰ Sylvie TORDJMAN, Vincent GARCIN – Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficultés - 2010

adolescents en développant des dispositifs innovants : maison des adolescents, équipes mobiles, permanence hors les murs... »⁴¹.

Le 16 mars 2007 a été organisée, au Centre hospitalier Sainte-Anne à Paris, la première Journée nationale des équipes mobiles psychiatrie-précarité⁴².

Le premier congrès national des équipes mobiles de psychiatrie intitulé « Perspectives nouvelles pour les adolescents » s'est tenu à Lille les 27 et 28 mars 2008.

Je pense que chaque secteur, social comme sanitaire, ne peut plus se contenter de travailler avec sa seule équipe pluridisciplinaire à l'intérieur de son propre champ. La pluridisciplinarité de chacun doit aller vers une interdisciplinarité mettant en lien direct l'ensemble des professionnels autour des jeunes concernés. Il s'agit de tendre vers une approche trans-professionnelle dans laquelle chaque champ est clairement identifié (missions et compétences propres à chacun) mais où chacun peut, autour de situations particulières, participer à la définition de la place de l'autre dans des relations professionnelles symétriques.

A partir d'une telle approche, une dynamique clinique interdisciplinaire et interinstitutionnelle peut être privilégiée, dans une meilleure connaissance et un meilleur respect de la place de chaque intervenant autour du jeune, à partir de son lieu de placement. L'échange d'informations et la co-construction du projet personnalisé peuvent être facilités dans une dimension de secret professionnel partagé, permettant de gérer le secret judiciaire et le secret médical.

Le Centre hospitalier d'Aurillac et son Pôle de Pédopsychiatrie, ont donc été parties prenantes de la création d'une équipe mobile soignante. Celle-ci a été imaginée dans la dynamique de co-écriture État – Département du schéma de protection de l'enfance et donc à travers l'originalité d'un dispositif de coopération sociale et sanitaire regroupant deux équipes mobiles éducative et soignante.

C'est en cela que cette action se distingue des autres et semble particulièrement novatrice en terme de décroisement.

⁴¹ Rapport du Défenseur des enfants – Adolescents en souffrance-Plaidoyer pour une véritable prise en charge – 2007 – Page 113.

⁴² Revue Pluriels n°67 – Équipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité. Un bilan et des perspectives – Juin 2007.

Cette coopération trouve sa légitimité dans plusieurs lois que nous avons précédemment citées⁴³. De plus, l'article 312-7 du Code de l'action sociale des familles précise : « *Afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés, les établissements et services mentionnés à l'article L.321-1 ou les personnes physiques ou morales gestionnaires mentionnées à l'article 311-1 peuvent conclure des conventions entre eux, avec des établissements de santé ou avec des établissements publics locaux d'enseignement et des établissements d'enseignement privés* ».

Si la compétence de l'équipe mobile éducative se limite aux services et établissements de la protection de l'enfance, celle de l'équipe mobile soignante est plus large, puisqu'elle est prise dans une mission de service public hospitalier devant répondre aux demandes de l'ensemble des structures et particuliers du département.

Cette équipe mobile soignante est constituée d'un temps de Médecin Psychiatre, d'un plein temps d'Infirmière, d'un mi-temps de Psychologue et d'un mi-temps de Secrétaire.

Elle est mise à disposition, en parallèle de l'équipe mobile éducative, sous forme d'interventions ambulatoires dans la structure ou dans ses locaux de consultations, sur demande de la direction des institutions concernées après un filtre assuré par le Psychiatre. Elle participe, aux côtés de l'équipe de l'institution demandeuse et de l'équipe mobile éducative, à l'élaboration et l'évaluation du projet personnalisé des jeunes concernés.

Sa validation et son financement doivent être soumis à l'accord de l'Agence régionale d'hospitalisation (devenue depuis Agence régionale de santé). Notons que le plan « Psychiatrie et santé mentale » pour 2005-2008, intègre l'objectif d'améliorer les réponses à la souffrance psychique des personnes en situation de précarité et prévoit la mise en place d'un programme ambitieux de création d'équipes mobiles de psychiatrie. L'enjeu est de faciliter l'émergence de la demande de soins des personnes en situation de précarité, ainsi que leur orientation adaptée, à la fois par des interventions directes au plus près de leurs lieux de vie et par des actions de sensibilisation et d'appui des professionnels.

⁴³ La partie 2.3.3 de ce mémoire détaille le cadre législatif en matière de coopération (cf. page 46).

Ce dispositif de coopération constitué des équipes mobiles soignante et éducative fait lien entre le champ sanitaire et le champ social. Cependant, l'ambition affichée au sein du schéma départemental de protection de l'enfance est bien de créer d'autres liaisons avec le secteur médico-social et au-delà, l'ensemble des acteurs concernés par l'accompagnement des adolescents.

3.1.3 Une troisième et une quatrième préconisations de contractualisation avec l'I.T.E.P. Cansel et de repositionnement du réseau Ados 15

Il s'agit d'abord de « *Contractualiser les relations avec l'Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique du Cansel à Polminhac afin que ce dernier puisse offrir des prestations adaptées :*

- *Prendre en charge des jeunes placés en M.E.C.S. ou en famille d'accueil, ayant besoin de soins sur des périodes à définir en fonction de la problématique du jeune,*
- *Accueillir en journée des jeunes placés pour une formation professionnelle ou pré-professionnelle,*
- *Réaliser un diagnostic approfondi sur le plan de la santé mentale.⁴⁴ »*

Ces jeunes, à la frontière des différents champs, doivent pouvoir bénéficier de projets personnalisés intégrant l'ensemble de leurs difficultés sociales, psychiques et d'apprentissages. Ils ne peuvent pas toujours être accueillis dans les établissements scolaires et de formation, même adaptés, du fait de leurs problèmes de comportement.

Pour ces raisons, un travail de partenariat privilégié doit être mis en place avec les établissements spécialisés et tout particulièrement les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques. L'I.T.E.P. Cansel de Polminhac, de par son agrément (jeunes de 14 à 18 ans), son équipement (ateliers, restaurant d'application, équipe médico-psychologique) et sa situation géographique (proche d'AURILLAC) est l'établissement retenu pour ce partenariat privilégié.

⁴⁴ Cf. annexe n° 5 : Extrait du schéma départemental de protection de l'enfance du Cantal 2005 – 2009 - Page 18.

Il s'agit ensuite de « *Redéfinir la place et le fonctionnement du Réseau Ados 15 afin de permettre un traitement collectif des situations difficiles pour tous les partenaires.*⁴⁵ »

Ce réseau regroupe depuis quelques années nombre de professionnels du département, concernés par toutes formes d'accompagnement des adolescents. S'y retrouvent les services et établissements spécialisés, le Conseil général, la Délégation territoriale de l'Agence régionale de santé, les Services jeunesse des Mairies, les Centres sociaux, l'Inspection académique, le Service social en faveur des élèves, l'Enseignement privé, les Missions locales... La Pédopsychiatrie et la Protection judiciaire de la jeunesse en sont les principaux animateurs.

Nous ne nous trouvons pas là dans un réseau ayant privilégié une entrée individuelle pour résoudre la situation d'une personne en difficulté par l'activation des étayages de son environnement. Il s'agit plutôt, comme l'écrivent les auteurs de « *Travailler en réseau – Méthodes et pratiques en intervention sociale* », « *d'une autre manière de permettre la prise en charge du milieu par le milieu, en s'appuyant sur des ressources collectives, (qui) consiste à privilégier une entrée par le territoire, ciblant une question rencontrée dans l'environnement et susceptible de mobiliser les compétences collectives de différents acteurs pour sa résolution.*⁴⁶ »

L'adhésion à ce réseau est bien sûr libre, chaque institution peut être représentée par son responsable ou par tout autre professionnel cadre ou non cadre.

Il poursuit plusieurs objectifs :

- ✚ Mettre en lien les acteurs et les compétences départementales au service des adolescents en difficultés,
- ✚ S'informer et se former autour des problématiques et des prises en charge des adolescents,
- ✚ Concevoir et mettre en œuvre des outils communs favorisant le repérage, l'analyse, l'accompagnement des adolescents dont les règles d'utilisation seront à déterminer par le Réseau Ados 15,
- ✚ Promouvoir les objectifs et les pratiques déterminés dans le cadre du réseau Ados 15.

⁴⁵ Cf. annexe n° 5 : Extrait du schéma départemental de protection de l'enfance du Cantal 2005 – 2009 - Page 18.

⁴⁶ Philippe DUMOULIN, Régis DUMONT, Nicole BROSS, Georges MASCLET – Travailler en réseau – Méthodes et pratiques en intervention sociale – 2006 – Page 107.

Ce réseau Ados 15 est, lors de l'écriture du schéma départemental de protection de l'enfance, dans un fonctionnement encore très informel. Il n'a débouché sur aucune action concrète ; son intérêt est de rassembler et faire communiquer les différents professionnels œuvrant auprès des adolescents.

L'enjeu est donc de partir de cet existant et de repositionner ce réseau, en favorisant une meilleure identification sur le territoire et des travaux pouvant déboucher sur des propositions d'actions en direction des jeunes et/ou des professionnels concernés.

Voici présentées les préconisations du schéma départemental de protection de l'enfance 2005 – 2009 (prorogé jusqu'en 2010) concernant directement la création du dispositif de coopération sociale et sanitaire avec la mise en place d'équipes mobiles éducative et soignante.

Un comité de suivi de la mise en œuvre du schéma départemental de protection de l'enfance est chargé de traiter les propositions concrètes d'application des décisions et d'assurer le contrôle de l'échéancier et la réorientation des projets si nécessaire.

J'ai tout mis en œuvre pour positionner le Centre A.E.M.O. – A.D.S.E.A. 15 dans les orientations préconisées par ce schéma. J'ai ainsi favorisé son engagement dans une dynamique de partenariat et de réseau, centrée sur les jeunes en grande difficulté pris en charge dans le cadre de l'enfance en danger.

3.2 Le développement du projet de coopération sociale et sanitaire : mise en place des équipes mobiles éducative et soignante

Le Centre A.E.M.O. et l'A.D.S.E.A. du Cantal n'avaient été que peu présents dans les groupes de travail chargés de préparer l'élaboration du schéma départemental de protection de l'enfance 2005 – 2009. A mon arrivée dans le service, le travail des groupes était terminé, le Cabinet conseil en charge de l'accompagnement méthodologique et technique, finalisait l'écriture du schéma.

Une fois le document validé, voté par l'assemblée territoriale et présenté à l'ensemble des acteurs du département, j'ai engagé une démarche d'information puis d'appropriation en interne et de co-construction du projet en externe.

3.2.1 Positionner le centre A.E.M.O - A.D.S.E.A. 15 dans une dynamique territoriale

Une démarche projet a été mise en œuvre. Un comité de pilotage départemental a ainsi été installé en mai 2006, composé du Juge des enfants, du Substitut des mineurs, du Directeur de la D.S.D., du Directeur du Centre hospitalier d'Aurillac, du Médecin Chef du Pôle de Pédiopsychiatrie, du Directeur de la D.D.A.S.S., des Directeurs de la D.D.P.J.J. et de la D.R.P.J.J., des Directeurs de l'ensemble des services et établissements de la protection de l'enfance. Le Directeur général de l'A.D.S.E.A. 15, également membre de ce comité, m'a désigné pour y représenter le Centre A.E.M.O.

La stratégie retenue par cette instance a été de sauvegarder la dynamique de dispositif de coopération sociale et sanitaire en faisant progresser en parallèle le projet d'équipe mobile sociale, dont le financement du Conseil général était d'ores et déjà acquis, et le projet d'équipe mobile soignante. Le Centre hospitalier parvint, en liaison avec la D.D.A.S.S., à faire inscrire ce projet au plan régional de santé publique 2006, sans pour autant obtenir l'assurance de trouver un financement.

C'est ainsi que par courrier conjoint, la D.D.A.S.S., la D.D.P.J.J. et le Conseil général ont saisi, cette même année, l'A.R.H. (devenue depuis A.R.S.) pour lui soumettre ce projet de coopération qui ne pourrait voir le jour qu'avec la garantie d'un financement de l'Assurance maladie. Celui-ci fut finalement accepté en 2007 et disponible en 2008.

Le comité de pilotage, en tant qu'instance politique, a rédigé le protocole de fonctionnement⁴⁷ (assimilé à une convention) qui a été signé par l'ensemble des partenaires concernés, en mars 2008. Cette formalisation a finalement abouti après de nombreux débats, parfois conflictuels, lors desquels s'affrontaient les partisans (du secteur sanitaire) d'une seule équipe mutualisée, composée à la fois de soignants et d'éducatifs, devant permettre une plus grande harmonisation des interventions dans l'ensemble des structures sociales et médico-sociales du département, et les partisans (du secteur social) de deux équipes distinctes mises en cohérence et en complémentarité à partir des projets personnalisés co-construits lors des co-interventions dans les seules structures de placement de la protection de l'enfance. La première option a été écartée

⁴⁷ Cf. annexe n° 6 : Protocole de fonctionnement des équipes mobiles, médicale et sociale, dans le cadre de la protection de l'enfance – 31 mars 2008.

par le Conseil général, mettant en avant les enjeux financiers. L'équipe mobile éducative, financée exclusivement par cette collectivité territoriale, ne pouvait intervenir dans des structures ne dépendant pas de sa compétence. Le ciblage de la population concernée a également fait l'objet de débats houleux. Le Médecin-Psychiatre, Chef du Pôle de Pédopsychiatrie ne souhaitait en effet retenir que les seuls adolescents, en cohérence avec la logique du réseau Ados 15, alors que le Conseil général voulait étendre à l'ensemble des jeunes placés, quel que soit leur âge. Cette dernière idée a finalement été retenue.

Des groupes de travail auxquels j'ai également participé, ont été constitués afin d'élaborer les documents fondateurs de ce dispositif, validés ensuite par le comité de pilotage. Chacun s'est réuni à trois reprises sur une période de trois mois⁴⁸.

Les travaux de ces groupes ont été réalisés dans un climat apaisé, leur orientation plus technique aidant certainement à cela.

Ont ainsi été rédigés puis validés :

- ✚ Une convention de mise à disposition de personnels pour une mission ponctuelle⁴⁹, permettant d'encadrer la présence des professionnels de l'équipe mobile éducative au sein des structures demandant leur intervention. Une durée de mission de quinze jours renouvelables a été retenue. Le Directeur de la structure demandeuse doit organiser, sur site, une réunion interdisciplinaire à l'occasion de chaque quinzaine. C'est dans cet espace commun que les différents professionnels des différents champs analysent ensemble les situations cliniques de chaque jeune et élaborent les propositions d'actions. Nous nous situons bien dans une dynamique trans-professionnelle.

Il s'agit, comme le décrivent les auteurs de « Travailler en réseau » « (...) *d'expérimenter et privilégier in situ, par ajustements mutuels, les actions qui, tout en permettant les différences et le respect des cadres d'intervention respectifs, vont favoriser la coordination. En fait, reconnaître les différences mais apprendre à travailler avec elles en développant une sorte de « compétence transversale », compétence à la coordination* »⁵⁰.

⁴⁸ Cf. annexe n° 7 : Démarche projet-Composition et échéancier des comités et groupes de travail.

⁴⁹ Cf. annexe n° 8 : Convention de mise à disposition pour une mission ponctuelle.

⁵⁰ Philippe DUMOULIN, Régis DUMONT, Nicole BROSS, Georges MASCLET – Travailler en réseau – Méthodes et pratiques en intervention sociale – 2006 – Page24.

- ✚ Une fiche de liaison institutions – équipes mobiles⁵¹ permettant une transmission d'informations lors de la saisine du dispositif : éléments administratifs, historiques et spécifiques à la demande d'intervention en termes de pré-projet et de propositions de modalités d'intervention éducative et soignante.
- ✚ Une grille de référentiel⁵² permettant une présentation détaillée et pluridisciplinaire de la demande d'intervention adressée par les institutions aux équipes mobiles. Cette grille est un outil qui a été construit dans le cadre du Réseau Ados 15, comme support à la mise en place d'un groupe d'appui. Son utilisation dans ce dispositif de coopération a été acceptée par le Réseau.
- ✚ Une fiche de poste⁵³ concernant les professionnels Éducateurs spécialisés (2 équivalents temps plein) devant former l'équipe mobile éducative, fut élaborée. Afin d'affirmer la dimension de coopération, il fut décidé que leur sélection serait effectuée par une commission regroupant le Directeur - adjoint de la Direction de la solidarité départementale (Conseil général), deux Directeurs de M.E.C.S. et le Directeur du service d'A.E.M.O. retenu comme porteur du projet, avant l'embauche réalisée par l'association gestionnaire de ce dernier.

Le Centre hospitalier ayant obtenu en 2008, le financement d'un poste équivalent temps plein d'Infirmière, d'un poste 0,50 équivalent temps plein de Psychologue clinicien et d'un poste 0,50 équivalent temps plein de Secrétaire, devait procéder à l'embauche de ces personnels.

J'ai également participé au Réseau Ados 15, dès mon arrivée dans le service en 2004, qui s'est peu à peu structuré en mettant en place une charte⁵⁴ dont les différents membres sont devenus signataires, un groupe d'appui⁵⁵ permettant à des professionnels de structures accueillant des adolescents de venir trouver une aide à la compréhension d'une situation difficile et des propositions d'actions, ainsi que des colloques traitant de problématiques liées à l'adolescence. Enfin, de cette dynamique de réseau, est née en

⁵¹ Cf. annexe n° 9 : Fiche de liaison institutions-équipes mobiles – Janvier 2008.

⁵² Cf. annexe n° 10 : Grille de référentiel ados – Janvier 2008

⁵³ Cf. annexe n° 11 : Fiches de postes Travailleur social-Équipe mobile éducative – Décembre 2007

⁵⁴ Cf. annexe n° 12 : Charte du réseau Ados 15.

⁵⁵ Cf. annexe n° 13 : Protocole du groupe d'appui au Réseau Ados 15.

février 2010 la Maison départementale des adolescents, projet finalement porté par le Centre hospitalier d'Aurillac.

Des représentants du Conseil général, de la D.D.P.J.J., de la D.D.A.S.S., de la Pédopsychiatrie hospitalière, des M.E.C.S. et des services de milieu ouvert se sont ainsi retrouvés à la fois dans le groupe de travail départemental et le Réseau Ados 15. Une synergie est alors née autour de la prise en charge de jeunes ressortissants tant du secteur de la protection de l'enfance que du secteur sanitaire.

« Dans l'intervention sanitaire et sociale, à l'aube du troisième millénaire, les compétences techniques, spécifiques des professionnels dans leur sphère d'intervention, mais surtout leurs compétences transversales ou compétences à la coordination, apparaissent en effet, essentielles pour favoriser une intervention de qualité auprès de l'usager. Dans la prise en charge des problématiques de plus en plus massives, complexes et difficiles, l'actualisation régulière de ces compétences techniques spécifiques et le développement de ces compétences transversales chez les professionnels, pour pouvoir travailler en coordination et donc en cohérence, tout en conservant leurs spécificités, avec des intervenants de plus en plus nombreux, peut s'avérer un défi capital, voire vital, pour les bénéficiaires de ces actions. C'est dans cette perspective que s'inscrit le réseau en tant qu'organisation apprenante susceptible d'apporter une réponse à ce besoin »⁵⁶.

Ce travail de réseau, riche de par sa transversalité, n'en est pas moins complexe et parfois même difficile. Des divergences, des incompréhensions, des malentendus ainsi que des conflits de pouvoir n'ont bien sûr pas manqué d'émerger. Des missions, des logiques administratives et financières différentes se sont parfois affrontées. Pour autant, ces difficultés ont été, le plus souvent, gérées et dépassées dans une meilleure connaissance et un respect de la place et du rôle de chacun ainsi que dans une recherche commune d'amélioration de la prise en charge de cette population.

Chacun doit se sentir entendu, reconnu mais doit aussi parvenir à dépasser les incompréhensions, les malentendus, les insatisfactions, les enjeux institutionnels et interinstitutionnels afin de participer à cette construction collective forcément imparfaite et pourtant si nécessaire. Ainsi peut primer l'intérêt de ces adolescents en quête de place dans notre société.

⁵⁶ Philippe DUMOULIN, Régis DUMONT, Nicole BROSS, Georges MASCLET – Travailler en réseau – Méthodes et pratiques en intervention sociale – 2006 – Page 7.

En parallèle de mon engagement dans la construction territoriale de ce dispositif de coopération, j'ai mis en place au sein du Centre A.E.M.O., une démarche de management participatif visant une appropriation institutionnelle de ce projet, en lien bien sûr avec l'A.D.S.E.A. du Cantal.

3.2.2 Positionner le centre A.E.M.O. - A.D.S.E.A. 15 comme porteur du projet de coopération

J'ai, tout au long de ces quelques années, régulièrement informé les équipes du Centre A.E.M.O. - A.D.S.E.A. de l'avancée des travaux du comité de pilotage et des groupes de travail départementaux. Des réflexions et discussions institutionnelles ont été mises en place dans le cadre de nos réunions générales de service qui, tous les deux mois, regroupent l'ensemble des salariés⁵⁷.

Le personnel n'a d'abord pas accepté l'idée que la structure puisse s'engager dans une activité autre que sa pratique d'action éducative en milieu ouvert traditionnelle, même si le projet d'équipe mobile éducative s'inscrivait bien dans son champ de protection de l'enfance. L'idée même de créer des passerelles entre hébergement éducatif, milieu ouvert éducatif et pédopsychiatrie était difficile à envisager pour beaucoup. Certains craignant un glissement des places et des compétences, d'autres ressentant vraisemblablement une vive inquiétude face au changement.

De plus, quelques professionnels s'étaient précédemment engagés dans d'autres pré-projets qui n'avaient finalement jamais abouti, pour des raisons allant certainement d'un engagement insuffisant autant de ces salariés que de la direction, à des difficultés de communication et de fonctionnement entre le service A.E.M.O. et l'A.D.S.E.A. Depuis, une certaine rancœur, accompagnée de plaintes, semblait de mise au sein du service.

Ce n'est que fin 2007, après le départ en retraite de la Directrice que je devais remplacer, que j'ai pu, en tant que Directeur par intérim puis en poste, affirmer pleinement mon positionnement et mettre en place un réel travail d'appropriation institutionnelle.

⁵⁷ Ces réunions générales de service, outils de management participatif, sont l'occasion d'instaurer des formes de « pauses institutionnelles » me permettant de fédérer l'ensemble des salariés dans une dimension de complémentarité interdisciplinaire, autour de la mission du service.

Ce travail a pris deux formes. La première étant la participation de certains salariés au Réseau Ados 15 allant, pour l'un d'entre eux, jusqu'à une délégation de représentation du service au sein du groupe d'appui. Ces agents ont donc pu s'engager directement dans une action trans-professionnelle.

La deuxième étant la réécriture collective du projet de service, autant nécessaire puisque le dernier datait de 1998, que pertinente pour créer une nouvelle dynamique institutionnelle. Il s'est agi de retravailler autour de l'histoire, de la mission et des moyens de la structure, à ajuster avec les évolutions sociales et législatives (tout particulièrement la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance), pour en arriver enfin aux perspectives. Le projet d'équipes mobiles sociale et sanitaire a ainsi peu à peu trouvé tout son sens et son utilité dans une dynamique à la fois territoriale et institutionnelle.

Les Éducateurs spécialisés, embauchés pour former l'équipe mobile, devaient en dehors du temps passé en mission de coopération, venir renforcer l'intervention des travailleurs sociaux du service de milieu ouvert retenu comme porteur de projet. Leur place éventuelle au sein de notre structure a ainsi été réfléchi dans une démarche d'évolution des pratiques, de mise en complémentarité des rôles de référents des mesures judiciaires et administratives et de co-intervenants en charge de suivis spécifiques et de l'animation d'activités et d'ateliers.

En effet, dans notre démarche d'actualisation du projet de service, j'ai instauré des débats visant à reconsidérer les modalités et le contenu des prises en charge des familles. A alors été mise en avant une nécessité d'aller au-delà d'un accompagnement constitué essentiellement, du fait d'un nombre important de mesures administratives et judiciaires par travailleur social, d'entretiens à domicile et au bureau, d'aides à des démarches d'insertion. Il s'agit d'inscrire l'action dans un lien, non plus exclusif, référent – usagers, mais plus ouvert et plus transversal, professionnels - usagers, enrichi d'expériences, de partages sur des temps réguliers et autour de supports divers. Il s'agit d'orienter l'intervention vers des engagements, des vécus qui font trace dans le parcours des jeunes et de leurs parents. Ceci demande bien sûr de reconsidérer les pratiques et certainement des moyens humains supplémentaires.

L'éventualité de recevoir l'équipe mobile a ainsi peu à peu pris tout son sens dans cette dynamique d'évolution des pratiques, en termes de participation à la mission départementale de coopération sociale et sanitaire, en externe, et de moyens humains complémentaires venant faciliter l'ouverture et l'intensification de nos formes d'accompagnement des usagers, en interne.

De plus, l'idée, confirmée par l'engagement du Directeur mais aussi d'autres salariés, que le service reprenne toute sa place dans l'environnement départemental, a certainement aidé les équipes à renouer avec une prise de confiance professionnelle permettant une projection institutionnelle qui, jusque là, semblait bloquée.

Je citerai ici Patrick LEFEVRE qui écrit : « *Le changement est tant culturel que technique. Ce qui a profondément changé, c'est le fait d'une désinstitutionnalisation progressive des champs d'intervention, des établissements et des services. Il en est ainsi des politiques territoriales et des organisations fondées sur des logiques de pays au-delà des conceptions institutionnelles de présence de tel ou tel établissement ou service. La légitimité et l'autorité des établissements a été remise en question et l'on a pu mesurer l'effort d'adaptation des opérateurs pour entrer dans des logiques de réseaux, de territoire et de coopération*⁵⁸ ».

L'approche psychosociologique des organisations (aux côtés des courants individualiste, marxiste et socio-technique) peut apporter un éclairage facilitant une représentation de l'évolution intervenue au sein de cette entreprise sociale qu'est le Centre A.E.M.O. En effet, comme le notent les auteurs du livre « Le métier de directeur – Techniques et fictions », « *le courant psychosociologique, par l'importance qu'il accorde au facteur humain, aux groupes et aux relations sociales, a depuis longtemps influencé le style de management du secteur social* ».⁵⁹

Je peux ainsi tenter d'analyser, à partir de la psycho-dynamique des équipes⁶⁰, issue des travaux de Didier ANZIEU, Eugène ENRIQUEZ et René KAES, le degré de maturité institutionnelle du Centre A.E.M.O. en mettant en avant l'évolution intervenue.

Ces auteurs reconnaissent cinq étapes de niveau de vie des équipes :

1. « **La pseudo-équipe** » : elle révèle de forts mécanismes de défense liés à un état d'anxiété renvoyant à un besoin de prise de repères, de diminution de l'incertitude. Les symptômes sont un retrait ou une observation ainsi qu'un possible surinvestissement.

⁵⁸ Patrick LEFEVRE – Article : La direction aux risques du métier et des turbulences – Les cahiers de l'Actif - n° 388/389 – A propos des directions intenable... Réflexions à l'usage des dirigeants – Septembre, octobre 2008 – Page 15.

⁵⁹ Jean-Marie MIRAMON, Denis COUET, Jean-Bernard PATURET – Le métier de directeur-Techniques et fictions – 2009 – Page 52.

⁶⁰ Judith BALAS, Jean-Marc COMBES – Psychologues consultants – Tiré à part, notes de cours C.A.F.D.E.S. – C.R.F.P.F.D. de Toulouse – 30 juin 2009.

2. « **L'équipe symbiotique** » : elle révèle une collusion entre sphère professionnelle et sphère personnelle renvoyant à un besoin de faire corps, de créer de la cohésion. Les symptômes sont la constitution du « Nous » en comparaison avec les autres, vécus comme « moins bons », et la création de normes informelles.
3. « **L'équipe conflictuelle** » : elle révèle une confusion entre les problèmes et les personnes, renvoyant à un besoin de structuration, d'organisation. Le principal symptôme est l'émergence de conflits de leadership entre clans et entre un leader informel et la direction.
4. « **L'équipe mature** » : elle révèle un niveau d'évolution qui peut être qualifié de satisfaisant, renvoyant à une capacité de production, d'atteinte des objectifs. Le conflit est alors vécu comme un différend inhérent à la vie de groupe, il existe des instances de gestion des conflits.
5. « **L'équipe en deuil** » : elle révèle une difficulté de séparation, pouvant renvoyer à un changement de direction, une restructuration, un déménagement, une modification du cadre de travail (législatif, organisationnel).

Les équipes auraient donc un cycle de vie composé de ces cinq étapes évolutives. L'enjeu est de tenter de faciliter le passage à l'étape suivante lorsqu'un blocage est observable.

Il me semble que l'équipe du Centre A.E.M.O. se situait à mon arrivée (Juillet 2004) à la deuxième étape, d'équipe symbiotique. L'ambiance y était plutôt bonne, je notais une réelle capacité d'accueil des nouveaux salariés et des usagers, une mission bien repérée, un réel investissement professionnel de la plupart des agents, des liens étroits (professionnels mais aussi personnels) entre beaucoup de ses membres et enfin quelques normes informelles.

L'analyse qui peut en être faite met en évidence une forme d'illusion groupale protégeant de l'extérieur (associatif et environnement social) avec un recours récurrent à des mouvements projectifs (l'extérieur étant considéré comme mauvais objet). Ce fonctionnement est à mettre en lien avec une histoire constituée de premières périodes riches (création, extension, professionnalisation, mise en place de formations collectives sur site) puis de périodes plus difficiles (conflits entre le Directeur fondateur puis son successeur et le siège associatif, conflits entre d'autres salariés et ce même siège, absence de socle et de dynamique institutionnels, pré-projets non finalisés, absence de

représentation du service sur le territoire, insuffisance de communication interne et externe).

Face à cette situation de repli institutionnel, j'ai d'abord, opté pour un management privilégiant une mise à distance de la dimension affective, la mise en place de normes en utilisant la démarche qualité qui était alors en phase d'appropriation par le service (après un processus de formation ayant accompagné la mise en place des outils préconisés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale). Cette étape a, je crois, perduré jusqu'en 2006.

Le passage à la troisième étape, d'équipe conflictuelle, a certainement débuté avec mon engagement de la démarche d'ouverture du service sur le territoire, dont une implication plus marquée dans les différentes instances départementales comme le Réseau Ados 15, le comité de pilotage et les groupes de travail en liaison avec l'avancée du schéma départemental de protection de l'enfance et donc la préfiguration du dispositif de coopération sociale et sanitaire d'équipes mobiles éducative et soignante.

Des tensions entre certains professionnels et la Directrice ou moi-même ainsi qu'entre salariés, sont parfois apparues, sans pour autant remettre en question la qualité du service rendu.

La Directrice et moi avons souhaité faire intervenir un Sociologue, spécialisé dans les missions d'analyse des contextes institutionnels du secteur, qui a aidé chacun dans une meilleure compréhension et distanciation de ce vécu d'équipe. Il a également posé un diagnostic d'absence de socle institutionnel.

Le passage à la quatrième étape, d'équipe mature, a probablement débuté début 2008. Le départ en retraite de la Directrice, mon accession au poste de Directeur, l'embauche d'une Chef de service, ont favorisé l'amorce d'un nouveau positionnement institutionnel en interne et en externe ainsi que de règles d'organisation et de communication plus claires et plus stables, permettant un règlement normalisé des conflits. La réécriture du projet de service a bien sûr aidé à cette prise de maturité en permettant la construction d'un socle et en autorisant, encore aujourd'hui, une projection sur l'avenir. Ceci à partir d'orientations que j'ai pu valider (en les fondant sur les besoins des usagers, les évolutions législatives et la politique sociale territoriale) pour ensuite les travailler dans une dynamique participative.

Cette capacité du Directeur à décider et donc à trancher, me semble réduire les zones d'incertitude inhérentes à toute entreprise sociale. *« Décider vient du latin decidere qui signifie trancher. Décider est l'acte majeur de toute fonction de direction. Ce dernier terme renvoie d'ailleurs, entre autres acceptions, à celle d'orientation, de voie à suivre. Décider, c'est trancher en faveur d'une orientation, c'est choisir une voie – ce qui suppose d'en*

rejeter d'autres, avec le risque d'erreur que cela comporte. Seules les modalités de la prise de décision peuvent réduire cette marge d'erreur. ⁶¹ »

Cette capacité de décision du Directeur ne remet donc pas en cause la dimension participative du management. « *Dans l'espace de la politique, le Directeur aura un rôle déterminant. C'est lui le garant de la reconnaissance de l'ensemble des acteurs dans leur capacité à la production collective du sens. C'est lui qui mettra en œuvre des agoras, espaces de parole où se débattront, au fil du temps et de l'évolution, les significations communes. C'est lui qui, en reconnaissant ces espaces d'échange et de confrontation, légitimera aux yeux de tous le projet mis en tension avec les finalités associatives et les politiques sociales.* » ⁶²

Le passage à la cinquième étape, d'équipe en deuil, arrivera immanquablement ; il faudra alors analyser, voire anticiper, les causes et mettre en place un management évitant tout risque de blocage.

3.2.3 Un positionnement associatif et territorial

Le Directeur général et moi-même avons régulièrement tenu informé de l'avancée du projet de coopération, le Président et les membres du Bureau de l'A.D.S.E.A. (lors des conseils d'administration), les Directeurs des différentes structures gérées par l'Association (lors des réunions de direction). Parmi ceux-ci, un Directeur de M.E.C.S., et le Directeur de l'I.T.E.P. Cansel, eux-mêmes concernés par ce projet de coopération sociale et sanitaire, entrant pleinement dans les missions associatives.

L'idée que notre Centre A.E.M.O. soit candidat pour être porteur du projet, fut ainsi finalement retenue. Un changement de Président et de plusieurs Administrateurs, intervenu mi 2008, de Directeur général en 2009, loin de remettre en cause cette idée, vint la confirmer avec d'autant plus de conviction que ces personnes souhaitaient repositionner l'association dans une dynamique de mutualisation et de coopération territoriales. D'autres changements de dirigeants, intervenus depuis dans l'association, n'ont pas modifié ces orientations politiques.

⁶¹ Jean-Marie MIRAMON, Denis COUET, Jean-Bernard PATURET – Le métier de directeur-Techniques et fictions – 2009 – Page 83.

⁶² Jean-Marie MIRAMON, Denis COUET, Jean-Bernard PATURET – Le métier de directeur-Techniques et fictions – 2009 – Page 113.

C'est ainsi que, fort d'un positionnement associatif et de service, je pus affirmer, au sein du groupe départemental, la candidature du centre A.E.M.O. - A.D.S.E.A. 15 pour être porteur du projet « équipe mobile éducative » aux côtés du Pôle de Pédopsychiatrie du Centre hospitalier d'Aurillac, lui-même porteur du projet « équipe mobile soignante ».

Les atouts du service étant d'une part, sa mobilisation dans l'élaboration du projet et d'autre part, sa mission de protection de l'enfance et sa compétence départementale avec une installation sur trois sites, donc à proximité des différentes M.E.C.S., des Centres médico-sociaux et des Centres médico-psychologiques. Autre atout, son nombre important de mesures administratives, judiciaires et donc de travailleurs sociaux dont l'action pourrait être utilement renforcée par les Éducateurs spécialisés « équipe mobile sociale », en dehors de leurs missions de coopération.

Cette candidature fut retenue. Le dispositif est opérationnel depuis Novembre 2008⁶³.

Une dotation annuelle de 74 142 €, correspondant aux salaires et charges des deux postes de Travailleurs sociaux de l'équipe mobile éducative, est versée au Centre A.E.M.O. chaque trimestre échu⁶⁴. Dans le cadre des missions, les moyens de la structure demandeuse sont mis à disposition des membres des équipes mobiles.

Il convient de passer, dans les relations entre associations et autorités de contrôle, d'une organisation pyramidale à un fonctionnement de réseau. Francis BATIFOULIER et François NOBLE, dans leur ouvrage « Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale » proposent « (...) de rompre à tous les niveaux, avec un fonctionnement strictement hiérarchique et vertical pour laisser émerger un modèle porté par une dynamique de réseau dans laquelle chacun, responsable et autonome, enrichit et s'enrichit des réflexions et de l'intelligence de l'ensemble des acteurs. Autant dire que cette démarche de collaboration « horizontale » s'inscrit dans une logique marquée par la complexité. Car en effet, elle suppose une confrontation entre des stratégies et des intérêts qui ne manquent de se révéler souvent contradictoires, voire opposés. Il est toujours plus « simple », pour les pouvoirs publics, de faire appliquer des directives et pour les entreprises associatives de les subir (quitte à les contester lorsqu'elles paraissent infondées ou injustes), que de s'inscrire dans une dynamique d'explication et de négociation. Le fonctionnement en réseau n'élimine pas les positions dissymétriques et

⁶³ Cf. annexe n° 14 : Organigramme du dispositif de coopération sociale et sanitaire.

⁶⁴ Cf. annexe n° 15 : Arrêtés du 2 juin 2009 et du 12 juin 2009 relatifs aux modalités de paiement par le Département du Cantal des frais relevant du dispositif « Équipes Mobiles » géré par le Centre AEMO de l'ADSEA pour l'exercice 2008 et l'exercice 2009.

*les prérogatives respectives des uns et des autres. Par contre, il provoque l'échange qui invite à trouver des compromis. Il renforce chez les différents protagonistes la nécessité de s'ouvrir à la logique de l'autre. Il invite à déboucher sur des accords.*⁶⁵ »

La forme de mise en place de ce projet de coopération, autant dans sa conception que dans ses modalités d'octroi, montre bien une telle dynamique territoriale en termes de discussion et de négociation entre pouvoirs publics et associations.

3.3 Une première évaluation de ce dispositif de coopération sociale et sanitaire

3.3.1 Un comité de pilotage en charge de l'évaluation de l'activité et de la régulation du fonctionnement

Le protocole de fonctionnement des équipes mobiles prévoit qu'un comité de pilotage se réunit régulièrement afin d'évaluer leur activité et leur efficacité. Il est composé du Directeur du Centre hospitalier d'Aurillac, du Médecin chef du Pôle de Pédiopsychiatrie, des membres de l'équipe mobile soignante, du Directeur du Centre A.E.M.O., des membres de l'équipe mobile éducative, des Directeurs des M.E.C.S., des Cadres de la Direction enfance – famille de la D.S.D., du Directeur de la D.D.P.J.J.

Un premier comité s'est tenu en juin 2009 :

Cinq missions de quinze jours, concernant trois jeunes, ont été réalisées au sein de trois M.E.C.S. dans cette période de sept mois.

Le premier mois a été réservé à des rencontres entre équipes mobiles et structures d'hébergement concernées, afin de favoriser une prise de connaissance et préciser la mission et les modalités d'intervention liées à ce dispositif. Nous avons pu noter une sous-information de la plupart des équipes de ces institutions, leurs cadres ne les ayant pas suffisamment tenus au courant de l'avancée de ce projet.

Cette première évaluation a mis en évidence la richesse des croisements de compétences entre social et sanitaire, en particulier pour un des jeunes qui, réfractaire à toute idée de démarche de soin traditionnelle, a finalement accepté un accompagnement

⁶⁵ Francis BATIFOULIE, François NOBLE – Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale – 2005 – Page 65.

individualisé avec le professionnel de l'équipe mobile éducative qui a pu se concrétiser par un premier rendez-vous dans un service d'accueil pour toxicomanes et un début d'engagement thérapeutique avec l'infirmière de l'équipe mobile soignante.

Le positionnement des équipes mobiles doit rester à l'interface du « dedans institutionnel » et du « dehors social » afin de préserver cet espace décalé, cet espace de transition qui représente tout l'intérêt de ce dispositif.

Ce comité a aussi mis en exergue quelques malentendus entre certaines M.E.C.S. et la Pédopsychiatrie. Le Médecin responsable de cette dernière mettant en avant un risque d'instrumentalisation du dispositif par certains Directeurs de Maisons d'enfants qui, en activant le dispositif pour des jeunes déjà suivis en Pédopsychiatrie, remettraient ainsi en cause un projet de soins à leurs yeux insatisfaisant, projet pourtant de la compétence médicale.

Afin de réguler cette réactivation chez les équipes éducatives, d'un vécu d'abandon et chez les équipes soignantes, d'un vécu d'instrumentalisation, il a été décidé que si un projet de soin était déjà engagé pour le jeune concerné par une mission, l'équipe mobile sanitaire ne mettait d'abord pas en place d'actions complémentaires. Cependant, elle participait aux réunions de chaque quinzaine afin d'apporter son éclairage spécifique dans la construction du projet d'intervention et faire lien avec les services soignants déjà en charge de l'accompagnement thérapeutique du jeune.

Ont été aussi mises en avant, l'actuelle sous-utilisation du dispositif et donc la nécessité, pour chaque direction de M.E.C.S. et du service A.S.E., de sensibiliser ses personnels à l'utilité de cette nouvelle forme d'intervention.

L'idée de formations regroupant des professionnels des différentes équipes institutionnelles et mobiles autour de thèmes concernant l'accompagnement de ces jeunes présentant des difficultés multiples, a été retenue. Depuis, deux sessions de formation ont été mises en place par deux M.E.C.S., les salariés des deux équipes mobiles y ont participé.

Les trois jeunes qui ont bénéficié de ce dispositif ont pu, grâce à cet étayage éducatif et thérapeutique, être maintenus dans leur lieu d'accueil initial. La continuité de leur prise en charge a donc été assurée.

Un second comité s'est tenu fin mars 2010 :

Six missions de quinze jours concernant trois jeunes, ont été réalisées au sein de deux M.E.C.S. dans cette période de neuf mois.

Notons que le travail de coopération a concerné trois jeunes d'abord accueillis dans le même établissement puis, pour l'un d'entre eux, réorienté dans une autre structure après une longue période d'accueil d'urgence. Ces interventions auprès de la même institution ont certainement permis de normaliser les liens entre elle et les équipes mobiles.

Deux autres M.E.C.S., en sous activité durant cette période, n'ont pas jugé bon de faire appel au dispositif en ayant, de fait, un taux d'encadrement supérieur à la normale.

Pour l'un des jeunes, le dispositif a favorisé un décloisonnement allant au-delà des secteurs social et sanitaire, avec un projet personnalisé intégrant le médico-social (accueil à la journée à l'I.T.E.P. Cansel) et l'Éducation nationale.

Depuis le dernier comité de pilotage :

Les équipes mobiles ont été en permanence en mission d'Avril à Juillet 2010, au sein d'une M.E.C.S. et pour la première fois, du service de placement familial de l'A.S.E. Les malentendus précédemment relevés entre certaines M.E.C.S. et la Pédopsychiatrie sont, pour l'heure, moins prégnants.

Une première évaluation du fonctionnement interne du Centre A.E.M.O. depuis l'arrivée des deux Éducateurs spécialisés de l'équipe mobile :

L'action des travailleurs sociaux du centre A.E.M.O. de l'A.D.S.E.A. du Cantal, se trouve étayée, enrichie de l'intervention des deux professionnels embauchés dans le cadre de ce dispositif. Des suivis spécifiques sont désormais mis en place, des activités et ateliers sont proposés aux jeunes, aux familles, en complémentarité d'une action plus traditionnelle. Ces changements apportent un bénéfice évident au travail de milieu ouvert et donc aux usagers.

Néanmoins, l'arrivée dans le service de professionnels de même catégorie, occupant des places différentes (Éducateurs spécialisés intervenants aux côtés d'autres en situation de référence des mesures administratives et judiciaires) et très présents, en interne, du fait d'une première sous-utilisation des équipes mobiles, n'est pas sans parfois poser problème en termes de vécus de certains de ces salariés.

La complémentarité des places a été réfléchi et validée dans le cadre de la réécriture collective du projet de service (nous avons élaboré et validé des fiches de postes pour les travailleurs sociaux référents des mesures et pour ceux de l'équipe mobile⁶⁶), elle doit être régulièrement évaluée, réajustée. Cette complémentarité est par ailleurs garantie par des formes d'intervention exclusivement proposées lors des réunions d'élaboration et d'évaluation des projets personnalisés des usagers.

3.3.2 Une illustration du dispositif : ... Les équipes mobiles missionnées auprès de Benjamin

J'ai présenté plus haut, la situation de Benjamin, ce jeune âgé de 16 ans et hébergé en M.E.C.S. après un parcours familial et institutionnel marqué de nombreuses ruptures.

En 2009, la Maison d'enfants se retrouve acculée aux limites de son intervention éducative centrée sur une mission de protection de l'enfance dont le jeune a pourtant toujours besoin, au regard de sa situation familiale inchangée. L'approche thérapeutique traditionnelle n'ayant apporté de réponses satisfaisantes, ou en tout cas d'effets suffisamment probants, la question d'une réorientation en I.T.E.P. et/ou d'un changement de lieu de placement se repose alors.

Une première intervention :

C'est dans ce contexte que la structure demande une première intervention des équipes mobiles en avril 2009, prolongée par une autre période de quinze jours.

L'intervention est centrée à la fois sur un accompagnement lors de certains temps collectifs de l'établissement et certains temps individuels, dont les accompagnements dans un Centre de formation pour apprentis et les rendez-vous chez un Médecin-Psychiatre du Pôle de Pédopsychiatrie.

Ce jeune présente une problématique abandonnique, il recherche des formes de relation exclusives avec ses pairs et les adultes, sur un mode de transgression et de violence avec les premiers et sur un mode d'opposition et d'agressivité avec les seconds.

⁶⁶ Cf. annexe n° 16 : Fiche de poste Travailleur social référent de mesures AEMO et AED et annexe n° 17 : Fiche de poste Travailleur social équipe mobile éducative – Projet de service Centre AEMO – Novembre 2009.

Les prises en charge de l'équipe mobile apportent rapidement un apaisement dans le comportement de Benjamin, qui n'est pas sans conséquence positive sur le vécu du groupe de la Maison d'enfants dans lequel il est accueilli.

Ce jeune ne montre pas de capacités de mentalisation et encore moins d'introspection, autour de ses difficultés, même lors des temps privilégiés avec les équipes mobiles où il se montre pourtant plus calme et disponible. Lorsqu'il est interrogé sur ce qu'il peut penser en matière d'hébergement le plus adapté à lui, il ne peut que répondre : « Tu sais, j'ai déjà été en famille d'accueil, en Maison d'enfants ... ».

Les deux réunions programmées à la fin des deux périodes de quinze jours de mission des équipes mobiles, permettent de constater l'apaisement évoqué et de réaliser une co-construction du projet personnalisé. La M.E.C.S., qui n'envisageait d'abord pas le maintien de Benjamin en son sein, du fait de son comportement devenu trop difficile à canaliser, d'un vécu de groupe de jeunes trop « explosif » et de son pré-projet de proposition d'une réorientation en famille d'accueil et I.T.E.P., accepte finalement de se repositionner dans une relation à cet adolescent qui, pris dans une problématique abandonnique l'amenant à régulièrement tester la relation, doit perdurer avec une recherche d'étayages complémentaires.

C'est ainsi que l'ensemble des professionnels, de la M.E.C.S. et des équipes mobiles, valide :

- Le maintien dans la structure, répondant à la fois à son besoin de protection toujours présent et à son besoin de permanence du lien,
- Le maintien des consultations médicales qui, à défaut de permettre un travail d'élaboration cognitive et/ou psychique, garantissent le suivi du traitement médicamenteux en cours,
- La constitution d'un dossier destiné à proposer à la Maison départementale des personnes handicapées (M.D.P.H.) une orientation en internat de semaine en I.T.E.P. Cette orientation devant apporter tout le soutien médico-psychologique ainsi que l'approche pédagogique adaptée aux difficultés de Benjamin, qui ne pourra plus bénéficier à la rentrée prochaine, d'un enseignement dans le Centre de formation pour apprentis.

Une seconde intervention :

La M.E.C.S., confrontée à nouveau à des comportements violents du jeune, est en difficulté à la fois avec lui et avec le groupe d'adolescents dans lequel il est accueilli. Elle redemande l'intervention des équipes mobiles pour deux périodes de quinze jours en octobre 2009.

Benjamin a bien été orienté en I.T.E.P. depuis la rentrée de septembre, mais sans pouvoir bénéficier, par manque de place, d'un internat de semaine avant le 11 novembre 2009. Le jeune vit difficilement les passages quotidiens entre les deux structures. Cette situation semble réactiver son vécu abandonnique qui l'amène à positionner comme « mauvais objet » la Maison d'enfants (source de rejet) et comme « bon objet », bien sûr provisoire, l'I.T.E.P., dans lequel il ne pose pas de problème de comportement, souhaitant même y rester beaucoup plus.

Les équipes mobiles sont donc en charge d'accompagner ce vécu de séparation douloureux, durant cette période transitoire d'attente d'une place en internat de semaine. Leurs interventions sont centrées sur une approche individualisée et de groupe ainsi que sur une mise en lien des structures sociale et médico-sociale concernées.

Le jeune parvient cette fois à mentaliser un peu autour de son vécu ambivalent envers les professionnels de la Maison d'enfants, partagé, comme l'a analysé le professionnel de l'Équipe mobile éducative, « (...) *entre la découverte d'un nouvel environnement (idéalisé) et une impression de rejet, de rupture, récurrente dans son discours. Cette conjoncture a certainement favorisé une montée en puissance des comportements agressifs de Benjamin jusqu'à l'arrivée des équipes mobiles. Il évoque un ancien établissement qu'il présente comme une structure idéale. Il exprime le souhait d'y retourner (il lui est proposé de reprendre contact avec elle sans bien sûr remettre en cause son projet actuel). Benjamin a besoin de tester sa relation aux autres de manière permanente. Il jauge aussi la cohérence entre les acteurs qui interviennent autour de lui. Dès qu'il sent une faille ou un moment de flottement, Benjamin tente de mettre à mal le cadre. Il est probable qu'il se sente en difficulté, en insécurité lorsqu'il y a des temps d'incertitude*⁶⁷ ».

Pendant l'intervention des équipes mobiles, le comportement de Benjamin s'est à nouveau apaisé. Il a pu, à la rentrée des vacances de Toussaint, être accueilli en internat de semaine à l'I.T.E.P. tout en retournant chaque fin de semaine dans la M.E.C.S., garante de son projet de protection.

La continuité de prise en charge au sein de la Maison d'enfants a bien été préservée ; l'articulation avec les secteurs sanitaire et médico-social a bien été facilitée. Les équipes mobiles ont certainement joué un rôle de « fil rouge » dans l'accompagnement de cet adolescent, assurant un relais lors de deux périodes particulièrement sensibles de son parcours, évitant ainsi de nouvelles ruptures.

⁶⁷ Extrait de la note de fin de missions, écrite par le travailleur social de l'équipe mobile éducative.

3.3.3 L'expérimentation de coopération sociale et sanitaire « passée au crible » des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'A.N.E.S.M.

Cette expérience de coopération sociale et sanitaire, que j'ai présentée lors d'un colloque sur « La coopération sociale, médico-sociale et de santé ⁶⁸ », organisé le 5 mars 2009 à Aurillac, a été reconnue comme assez inédite.

Elle a également été choisie pour être présentée lors d'une journée inter-régionale, régions Auvergne et Limousin, sur « Les recommandations de l'A.N.E.S.M., des repères pour l'évaluation ⁶⁹ », organisée le 19 novembre 2009 à Clermont-Ferrand.

Cette présentation que j'ai effectuée (en présence de mes partenaires de coopération) dans le cadre d'un atelier centré sur l'enfant, a été mise en lien avec **la recommandation publiée en juin 2008 par l'A.N.E.S.M., intitulée « Les conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses. »**

Le dispositif de coopération sociale et sanitaire me semble répondre à plusieurs des préconisations de cette recommandation, en termes de :

- ✚ Développement de pluralité de lieux et d'espaces d'intervention.
- ✚ Construction de partenariat en particulier avec l'Éducation nationale, la Pédiopsychiatrie et d'autres structures (pour des séjours temporaires et des relais...) permettant de garantir la continuité et la cohérence des actions.
- ✚ Veille à l'articulation des interventions délivrées individuellement avec celles délivrées collectivement, dans le cadre du projet d'accompagnement.
- ✚ Garantie de la continuité et l'adaptation de la prise en charge aux besoins individuels de la personne (mise en place de temps individuels, de relais, de séjours temporaires - jeunes déscolarisés accueillis la journée).
- ✚ Planification et d'évaluation des interventions à partir de projets personnalisés qui précisent les priorités qui ainsi peuvent évoluer en fonction des besoins de l'individu.

⁶⁸ Colloque sur « La coopération sociale, médico-sociale et de santé », organisé le 5 mars 2009 à Aurillac par l'U.R.I.O.P.S.S. Auvergne, la D.R.A.S.S. Auvergne, la D.D.A.S.S. du Cantal et le Conseil général du Cantal.

⁶⁹ Journée inter-régionale, régions Auvergne et Limousin, sur « Les recommandations de l'A.N.E.S.M., des repères pour l'évaluation », organisée le 19 novembre 2009 à Clermont-Ferrand par l'A.N.E.S.M., la C.N.S.A., le Conseil général du Puy de Dôme et l'U.R.I.O.P.S.S. Auvergne et Limousin.

- ✚ Mise en œuvre d'actions psycho-socio-éducatives permettant aux usagers de s'engager dans une démarche d'auto-analyse de leurs schémas cognitifs et de leurs comportements.

La recommandation publiée en décembre 2008 par l'A.N.E.S.M., intitulée : « Les attentes de la personne et le projet personnalisé ».

Le dispositif de coopération sociale et sanitaire me semble répondre à plusieurs des préconisations de cette recommandation, en termes de :

- ✚ Mise en place d'un projet personnalisé correspondant à une démarche dynamique, une co-construction qui tente de croiser différentes analyses et approches.
- ✚ Respect d'une souplesse et d'une adaptation du projet en fonction des évènements.
- ✚ Accompagnement de la personne, y compris dans des phases difficiles lors desquelles il est plus question de dégradation de la situation que de progrès.
- ✚ Émergence de propositions nouvelles lorsque la structure d'accueil ne peut plus répondre seule aux besoins de la personne ; d'autres structures et dispositifs peuvent alors être sollicités.
- ✚ Analyse des évaluations des projets personnalisés afin d'enrichir la réflexion des professionnels et d'améliorer les pratiques.

La recommandation publiée en juillet 2008 par l'A.N.E.S.M., intitulée : « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ».

Le dispositif de coopération sociale et sanitaire me semble répondre à plusieurs des préconisations de cette recommandation, en termes de :

- ✚ Mise en place d'un mouvement d'individualisation et de personnalisation permanente de la prestation répondant à un besoin identifié à un moment donné.
- ✚ Croisement et de respect des analyses des différents acteurs.
- ✚ Appel aux évolutions des connaissances des sciences humaines, sociales et médicales.
- ✚ Vigilance concernant la continuité du parcours de l'utilisateur avec une possibilité de mise en place de dispositifs transitoires et intermédiaires.
- ✚ Apport de réponses adaptées aux besoins des personnes en faisant appel à la formation et à la qualification des professionnels.
- ✚ Communication et d'articulation entre les professionnels.

- ✚ Ouverture de la structure à des ressources extérieures et développement des partenariats afin de privilégier les interactions et créer une culture de l'échange.
- ✚ Ouverture de la structure à des actions d'évaluation et de recherche.

Créé depuis un peu moins de deux ans, ce dispositif de coopération monte en charge très progressivement ; toutes les structures concernées ne se le sont pas encore complètement approprié. Il modifie les pratiques des professionnels qui en voient néanmoins les bénéfices à l'occasion de missions répétées dans leur institution.

Les effets attendus en matière de décroisement social, sanitaire et même médico-social, de renforcement de projets personnalisés et de continuité de la prise en charge, sont d'ores et déjà visibles.

L'élargissement des interventions de l'équipe mobile éducative dans les établissements médico-sociaux recevant des jeunes, par ailleurs placés, pourra être réfléchi, en concertation avec les partenaires concernés et bien sûr les financeurs.

La prochaine étape pourra être l'écriture d'un référentiel d'évaluation propre à ce dispositif, réalisé, dans le cadre du comité de pilotage, à partir des recommandations de l'A.N.E.S.M. Cette démarche permettra d'engager un processus d'auto-évaluation, propice à fédérer l'ensemble des acteurs.

Conclusion partielle

Le schéma départemental de protection de l'enfance du Cantal pose le principe de non exclusion de l'établissement pour des jeunes présentant des problèmes graves d'identité et d'appartenance ; il préconise la mise en place d'un dispositif de coopération sociale et sanitaire ainsi que d'un partenariat territorial. C'est à partir de l'engagement du Centre A.E.M.O. dans une démarche de réseau départemental et d'orientations de service redéfinies dans une dynamique de management participatif et validées par l'A.D.S.E.A. 15, que j'ai pu positionner cette structure comme porteur de projet de création d'une équipe mobile éducative, aux côtés du Pôle de Pédopsychiatrie du Centre hospitalier d'Aurillac, lui-même porteur de projet de création d'une équipe mobile soignante.

Ce dispositif de coopération est en place depuis le premier novembre 2008, une première évaluation en a été faite. Les difficultés rencontrées sont réglées dans le cadre de comités de pilotage. Il semble commencer à répondre aux objectifs de décroisement des différents champs et de préservation de la continuité de la prise en charge. Il semble également répondre aux préconisations des guides de bonnes pratiques. Il s'agit maintenant de préparer une phase d'évaluation interne.

Conclusion

La protection de l'enfance est en profonde mutation depuis 2007. Ses dimensions administrative et judiciaire sont désormais priorisées, le cloisonnement entre milieu ouvert et placement laisse place à des mesures innovantes privilégiant des dispositifs alternatifs, intermédiaires, centrés non plus sur une logique institutionnelle mais sur le parcours personnalisé de chaque usager.

Les difficultés présentées par la population concernée ont en effet évolué de carences affectives, éducatives et intellectuelles vers des manifestations de souffrance psychique, exacerbées chez certains jeunes. Ceux-ci se situent à la frontière des champs social, sanitaire et médico-social.

Les dispositifs de chacun de ces secteurs sont souvent juxtaposés, un constat de cloisonnement peut être fait. Les conséquences en sont une continuité de la prise en charge remise en cause, des ruptures institutionnelles qui semblent répondre à des ruptures familiales.

L'abord de la complexité de ces nouvelles situations doit désormais passer par la mise en place de dynamiques de réseaux favorisant des logiques, non plus seulement pluridisciplinaires au sein de chaque institution et partenariales entre institutions, mais plutôt interdisciplinaires, interinstitutionnelles et trans-professionnelles.

Une telle dynamique a été mise en place dans le cadre de l'élaboration du schéma départemental de protection de l'enfance 2005-2009 (prorogé en 2010) du Cantal ainsi que dans les travaux d'adaptation en lien avec les préconisations de la loi du 5 mars 2007. C'est ainsi qu'un dispositif de coopération sociale et sanitaire a été imaginé sous la forme d'équipes mobiles éducatives et soignantes allant renforcer, au sein des Maisons d'enfants à caractère social et du Service de placement familial de l'Aide sociale à l'enfance, le projet personnalisé de jeunes en grande difficulté. L'objectif est ainsi de favoriser leur maintien dans leur structure de placement et la mise en place d'étayages spécialisés relevant à la fois des secteurs social, sanitaire et médico-social. Cette approche trans-professionnelle permet une co-construction, sur site, autour des usagers et avec eux, de parcours personnalisés.

Cette coopération, innovante par sa spécificité de dispositif rassemblant deux équipes mobiles, a le mérite de favoriser une dynamique de décroisement au profit des jeunes présentant une problématique à la croisée des différents champs.

Je me suis inscrit, en tant que Directeur du Centre d'action éducative en milieu ouvert géré par l'Association départementale de sauvegarde de l'enfant à l'adulte du Cantal, dans cette dynamique. J'ai pu, en mettant en place un véritable positionnement du service au niveau territorial, en parallèle de formes de management participatif en interne, faciliter le rattachement de l'équipe mobile éducative à cette structure. L'arrivée de nouveaux personnels a pris sens, autant dans la mission départementale de coopération que dans la mise en place de formes d'accompagnement complémentaires dans le cadre des mesures A.E.M.O. et A.E.D.

Une première évaluation de ce dispositif montre à la fois sa pertinence et les difficultés inhérentes à cette nouvelle pratique, à savoir la rencontre de résistances face au changement, la réactivation de vécus d'abandon chez les professionnels des structures éducatives et du vécu d'instrumentalisation chez les professionnels des structures soignantes, là encore en miroir du vécu des jeunes.

Ma place de responsable de l'équipe mobile éducative, co-garant, aux côtés du responsable de l'équipe mobile soignante, de la pérennité et de l'efficacité de ce dispositif de coopération, m'amène à être particulièrement vigilant quant à sa co-animation dans ce contexte de complexité d'organisation répondant à la complexité des situations des jeunes accompagnés.

La régulation et une certaine normalisation de ce dispositif, autant de coopération territoriale que de complémentarité institutionnelle, devraient intervenir avec la montée en puissance progressive du nombre de missions des deux équipes mobiles au sein des M.E.C.S. et du service de placement familial de l'A.S.E.

Le nouvel élan du Centre A.E.M.O., favorisé par l'écriture du projet de service 2010-2015 réalisée à partir de travaux institutionnels rassemblant l'ensemble des salariés, ne s'arrête pourtant pas là. Après une participation active à cette dynamique de décloisonnement des différents secteurs, il est temps d'envisager d'autres formes de décloisonnement, cette fois entre placement et milieu ouvert, toujours au service de parcours personnalisés des usagers. J'ai ainsi animé, en interne, un travail institutionnel d'élaboration d'un pré-projet de création d'unité d'hébergement périodique ou exceptionnel, telle que la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance le préconise. J'ai commencé à le positionner, en externe, dans les travaux préparatoires au prochain schéma départemental.

Il s'agit donc de poursuivre la dynamique institutionnelle et territoriale engagée et de participer à la construction de nouveaux ponts...

Bibliographie

Ouvrages :

BATIFOULIER F., NOBLE F., 2005, *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*, Paris, Dunod, 240 p.

BATIFOULIER F., TOUYA N., 2008, *Refonder les internats spécialisés : Pratiques innovantes en protection de l'enfance*, Paris, Dunod, 276 p.

DUMOULIN P., DUMONT R., BROSS N., MASCLET G., 2006, *Travailler en réseau : méthodes et pratiques en intervention sociale*, Paris, Dunod, 238 p.

LE REST P., 2009, *Les nouveaux enjeux de l'action sociale en milieu ouvert : réalités, défis et perspectives d'avenir pour les acteurs*, Toulouse, Ères, 338 p.

MIRAMON J. M., COUET D., PATURET J. B., 2009, *Le métier de directeur : techniques et fictions*, 4^e éd., Rennes, Presses de l'E.H.E.S.P., 269 p.

TORDJMAN S., GARCIN V., 2010, *Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficultés*, Paris, Masson, 192 p.

Rapports :

DE BROISSIA L., avril 2005, *L'amélioration de la prise en charge des mineurs protégés*, Groupe de travail mis en place par la Ministre de la famille et de l'enfance.

BUISSON J. R., 2010, *La pédopsychiatrie, prévention et prise en charge*, Conseil économique, social et environnemental.

LARDEUX A., juin 2006, *rapport n° 393 réalisé dans le cadre du projet de loi réformant la protection de l'enfance*, Commission aux affaires sociales du Sénat.

NAVES P., CATHALA B., juin 2000, *Accueils provisoires et placements d'enfants et d'adolescents : des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfance et de la famille*, I.G.A.S., Ministères de l'emploi et de la justice.

ROCHE F., 2006, *Décloisonnements et articulation du sanitaire et du social*, Conseil supérieur en travail social.

VERSINI D., 2007, *Adolescents en souffrance – Plaidoyer pour une véritable prise en charge*, Rapport du Défenseur des enfants, [visité le 29.05.2010], Disponible sur internet : <http://www.defenseurdesenfants.fr>

VERSINI D., 2008, *Les enfants au cœur des séparations parentales conflictuelles*, Rapport du Défenseur des enfants, [visité le 29.05.2010], Disponible sur internet : <http://www.defenseurdesenfants.fr>

Études et revues :

BARREYRE J. L., FIACRE P., JOSEPH V., MAKDESSI Y., 2008, *Une souffrance maltraitée – Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables »*, Recherche commandée par l'O.N.E.D., [visité le 28.05.2010], Disponible sur internet : <http://www.oned.gouv.fr>

Données chiffrées, « Les chiffres de la protection de l'enfance au 1^{er} janvier 2006 et au 1^{er} janvier 2007 », O.N.E.D., [visité le 11.06.2010], Disponible sur internet : <http://www.oned.gouv.fr>

Études, recherches et statistiques, « Démographie » et « Protection de l'enfance », D.R.E.E.S., [visité le 15.06.2010], Disponible sur internet : www.sante-sports.gouv.fr

HELFTER C., février 2008, « Des équipes mobilisées pour aller au devant des adolescents en souffrance », *Actualités sociales hebdomadaires*, n° 2544, pp 35 à 38.

La lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale, juin 2007, « Équipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité. Un bilan et des perspectives », *Revue Pluriels* [en ligne], n°67, [visité le 16 juillet 2010], Disponible sur internet : <http://www.mnasm.com>

LEFEVRE P., Septembre-octobre 2008, « La direction aux risques du métier et des turbulences », *Les cahiers de l'Actif : A propos des directions intenables... Réflexions à l'usage des dirigeants*, n° 388/389, pp 11 à 19.

Plaquette, juin 2009, « Statistiques et indicateurs de la santé et du social 2009 Auvergne », Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

Plaquette, septembre 2009, « Chiffres clefs de la justice des mineurs 2008 », Ministère de la justice et des libertés, [visité le 13.06.2010], Disponible sur internet : <http://www.justice.gouv.fr>

Tiré à part :

BALAS J., COMBES J.M., Psychologues consultants, juin 2009, *Les étapes psychodynamiques d'une équipe*, tiré à part, notes de cours C.A.F.D.E.S., Dimension personnelle du management, C.R.F.P.F.D. de Toulouse.

Schémas départementaux :

Schéma départemental d'organisation de la protection de l'enfance dans le Cantal 2005 – 2009, Disponible sur internet : <http://www.imq.cantal.fr>

Schéma d'organisation de l'offre de services 2008 – 2012 aux personnes handicapées du département du Cantal, Disponible sur internet : <http://www.imq.cantal.fr>

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, juin 2008, *Les conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses*, A.N.E.S.M., Disponible sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, décembre 2008, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, A.N.E.S.M., Disponible sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>

Recommandation de bonnes pratiques professionnelles, juillet 2008, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, A.N.E.S.M., Disponible sur internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>

Lois, décrets et circulaires :

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel du 3 janvier 2002, page 124.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des systèmes de santé. Journal officiel du 5 mars 2002, page 4118.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel n° 36 du 12 février 2005, page 2353.

Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Journal officiel n° 55 du 6 mars 2007, page 4215.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184.

Décret n° 2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques. Journal officiel n°6 du 8 janvier 2005, page 376.

Circulaire interministérielle DGAS/DGS/SD3C/SD6C n° 2007-194 du 14 mai 2007, relative aux instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et à la prise en charge des enfants accueillis. Bulletin officiel du ministère chargé des affaires sociales n° 2007/6 p. 230-236.

Liste des annexes

- Annexe n° 1 : Tableau des effectifs 2009 du Centre A.E.M.O. – A.D.S.E.A. 15
- Annexe n° 2 : Organigramme du Centre A.E.M.O. – A.D.S.E.A. 15.
- Annexe n° 3 : Processus de réalisation du projet individualisé en A.E.M.O.
- Annexe n° 4 : Tableau d'auto-évaluation du processus de la mesure.
- Annexe n° 5 : Extrait du schéma départemental de protection de l'enfance 2005-2009 – Pages 18 et 19.
- Annexe n° 6 : Protocole de fonctionnement des équipes mobiles, médicale et sociale, dans le cadre de la protection de l'enfance.
- Annexe n° 7 : Démarche projet – Composition et échéancier des comités et groupes de travail.
- Annexe n° 8 : Convention de mise à disposition pour une mission ponctuelle.
- Annexe n° 9 : Fiche de liaison institutions-équipes mobiles – Janvier 2008.
- Annexe n° 10 : Grille de référentiel ados – Janvier 2008.
- Annexe n° 11 : Fiche de poste Travailleur social équipe mobile éducative – Décembre 2007.
- Annexe n° 12 : Charte Réseau Ados 15.
- Annexe n° 13 : Protocole du groupe d'appui au Réseau Ados 15.

- Annexe n° 14 : Organigramme du dispositif de coopération sociale et sanitaire dans le champ de la protection de l'enfance du Cantal.
- Annexe n° 15 : Arrêtés du 2 juin 2009 et du 12 juin 2009 relatifs aux modalités de paiement par le Département du Cantal des frais relevant du dispositif « équipes mobiles » géré par le Centre AEMO de l'ADSEA pour l'exercice 2008 et l'exercice 2009.
- Annexe n° 16 : Fiche de poste Travailleur social référent de mesures A.E.M.O. et A.E.D. – Projet de service du Centre A.E.M.O. – Novembre 2009.
- Annexe n° 17 : Fiche de poste Travailleur social équipe mobile éducative - Projet de service du Centre A.E.M.O. – Novembre 2009.

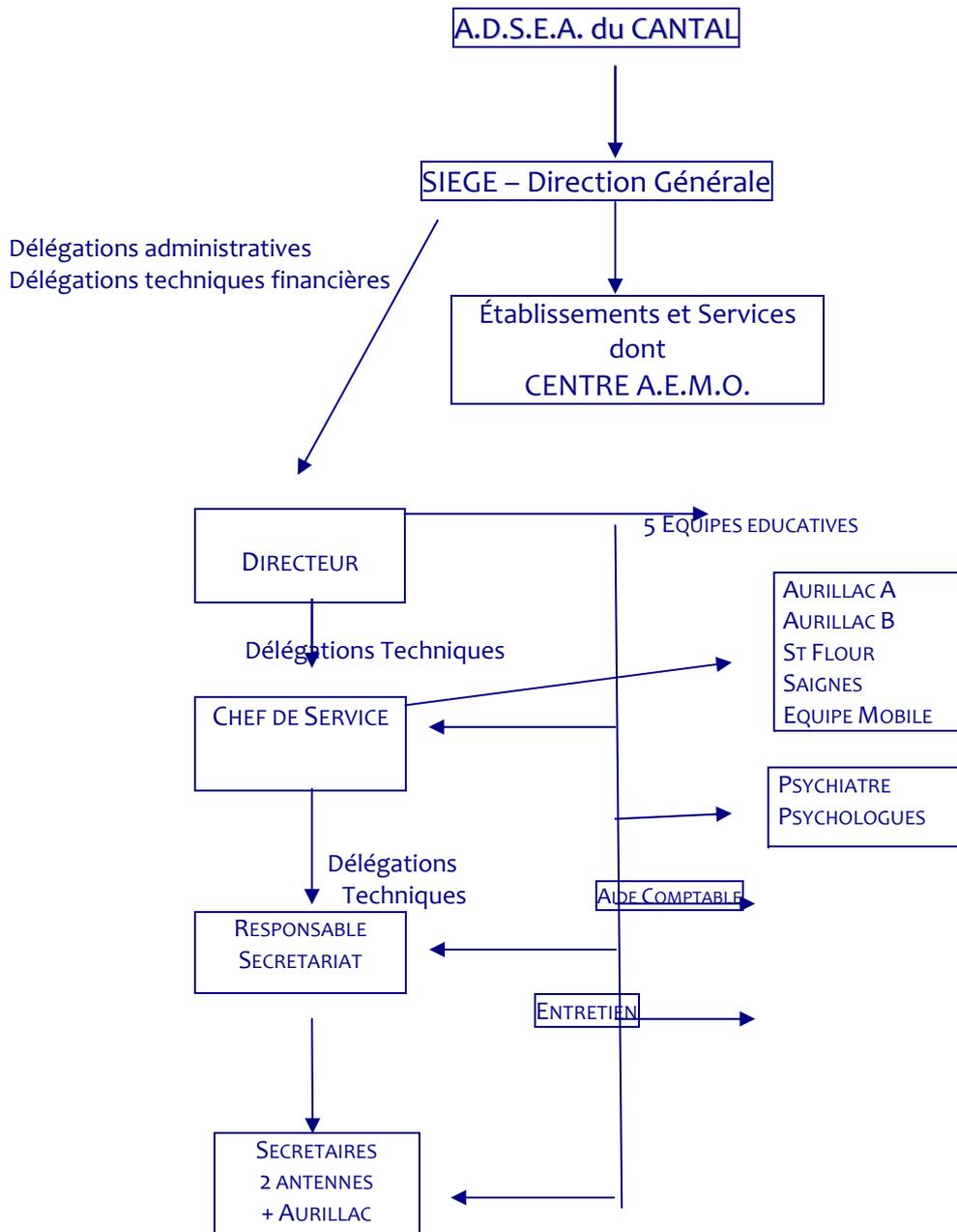
ANNEXE N° 1

TABLEAU DES EFFECTIFS DU PERSONNEL BUDGETES EN 2009 – A.E.M.O. – A.D.S.E.A. 15

EMPLOIS	TEMPS PLEINS	TEMPS PARTIELS		TOTAL	
		Nombre d'agents	Nombre d'E.T.P.	Nombre d'agents	Nombre d'E.T.P.
<u>Personnel permanent</u>					
1 – Direction – Chef de service					
– Directeur	1,00			1,00	1,00
– Chef de Service	1,00			1,00	1,00
2 – Administration - Gestion					
– Technicienne qualifiée	1,00			1,00	1,00
– Agents administratifs		3,00	1,40	3,00	1,40
– Agent administratif principal		2,00	1,41	2,00	1,41
3 – Services généraux					
– Agents de service intérieur		2,00	0,29	2,00	0,29
4 – Education (A.E.M.O. – A.E.D.)					
– Éducateurs spécialisés	12,00	4,00	2,50	16,00	14,50
– Assistantes sociales	2,00	1,00	0,50	3,00	2,50
5 – Éducation (Équipe Mobile)					
– Éducateurs spécialisés	2,00			2,00	2,00
6 – Autres fonctions					
– Psychiatre		1,00	0,35	1,00	0,35
– Psychologues		3,00	1,33	3,00	1,33
TOTAL	19,00	16,00	7,78	35,00	26,78

ANNEXE N° 2

ORGANIGRAMME CENTRE A.E.M.O. – A.D.S.E.A. 15



ANNEXE N° 3

PROCESSUS de REALISATION du PROJET INDIVIDUALISE en												16/01/07	PR 2	Ind : 0					
QUI ?												AEMO							
Enfant	Rep. Légal	DIR	CSE	MPS	PSY	TS	TSR	PE	SSEC	AC	ASG	Réseau	Fournisseur	Données d'entrée	Synoptique du Processus	Données de sortie	Doc Réf	Commentaires	Objectif / indicateur
	R	R					A									Prise de notes		Organisation des droits de visite Rendez-vous - Entretiens familiaux Accompagnements Mise en place d'activités et d'actions effectives selon les besoins Organisation des vacances Traitement des soins vitaux	
			R				A								Rôle et place de chaque intervenant des différents services définis	IM5	Convention C.G. / A.D.S.E.A. En interne, pas d'enregistrement particulier. Le personnel prend acte Visualisation des différents intervenants et prise de rendez-vous		
							A								Point avec la famille	Prise en compte des demandes de l'enfant, de la famille et des partenaires			
							A								Préparation de la réunion d'évaluation	Reprendre les thèmes de la méthode clinique	IM7	Demande - Analyse - Observations cliniques - Interprétation - Diagnostic Visée globale - Objectifs - Actions effectives - Enfant et Famille plus difficultés de l'intervenant en cours d'action	
			R	A	A		A								Réunion du bilan initial	Objectifs définis vérification et/ou écarts des attendus du J.E. ou C.A.E.		Puéricultrice sur Aurillac MPS sur 2 équipes Infos à l'équipe des actions menées analyse - réflexion pour les groupe pluridisciplinaire - Définition des moyens à mettre en œuvre	Bilan initial à 4 mois maxi
			R				A								Projet individualisé défini	Complément PAI écrit et validé P.I. validé	IM9	Le complément, édité sur papier est classé au dossier central et reste à l'interne Les objectifs seront revisités au moment du bilan final	
			R				A								Restitution à la famille des objectifs suite au bilan initial	Cf. Loi du 2 janv. 2002		Le complément du PAI est remis à la famille. Il est proposé aux adultes de cosigner ce document.	

R : Responsable P : Participe S : Suppléant V : Valide E : Expert A : Acteur T : Responsabilité de coordination d'un référent

ANNEXE N° 4

TABLEAU D'AUTO-EVALUATION DU PROCESSUS DE LA MESURE

AEMO 15		IM13		Tableau d'auto-évaluation du processus de la mesure											
Charte éthique et valeurs du service	Engagement de la direction du service	Processus	Objectif	Pilote	Moyens de suivis	Indicateurs de mesure	Délai de mise en œuvre	Type de qualité	Résultat		Observation	Action			
<p>présenter systématiquement à la famille ses droits et ses devoirs</p> <p>Les partenaires sont associés à la définition du projet</p> <p>Veiller à la suppression du danger et à la satisfaction des besoins fondamentaux de l'enfant</p> <p>Mobiliser les compétences de la famille Privilégier les liens familiaux en référence aux</p> <p>La famille est associée à la définition du projet</p>	engagement N°2		1ère rencontre avec remise de documents pour prise de Mesure	DIR ou CSE et TSR	Grille des démarrages des mesures	Grille complétée	dans le mois	Organisationnelle							
			Réunion de coordination	CSE et TSR			1 mois								
	engagements N° 1 et 3		Réaliser un bilan initial	CSE, TSR et équipe	Grille de programmation des évaluations	Grille de programmation des évaluations renseignée	Dans les 3 à 4 mois								
			Etablir un rapport du bilan initial	CSE, TSR et équipe			4 mois								
	engagement N°4		Présenter le PAI à la famille	CSE et TSR	TSR	Synthèse, bilan, situation, rapport et projet P.A.I	La grille "favard" est renseignée pour chacune des exigences		Le changement obtenu entre chaque évaluation	Evolution des objectifs de la mesure	2 mois avant la fin de mesure				
			engagement N°3	Réaliser une évaluation finale							CSE, TSR et équipe	Entre 2 mois et 1 mois avant la fin de la mesure			
	Appiquer la méthode définie pour la mise en place du PAI		Réguler le mandat	DIR et CSE	Retour du JE et du CG lors des entretiens réguliers entre DIR, CSE et le MANDANT	Conventions annuelles	Niveau de réponse adapté au besoin de l'enfant		L'intervention AEMO répond aux attentes des mandants	2 fois par an	Qualitative				
										1 fois par an					
	<p>L'équipe va vers la famille et dans son environnement sociologique</p> <p>Restauration de la place de chacun dans la famille</p>		engagement N° 5	Participation des familles	DIR et TSR	Questionnaire	groupe de travail avec la participation des familles		Les familles participent	en fin de mesure					
										TSR	Présentation du rapport final à la famille	Adéquation entre la proposition de l'équipe et les attentes de la famille	Fréquence à définir		
A chaque fin de mesure															

ANNEXE N° 5



SCHEMA DEPARTEMENTAL D'ORGANISATION DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE DANS LE CANTAL

2005 - 2009

2.8. Les jeunes dont la prise en charge en établissement est complexe.

Il faut affirmer le principe de non exclusion de l'établissement pour des jeunes qui ont de graves problèmes d'identité et d'appartenance. Pour assurer le maintien de ces jeunes sur les structures dans lesquelles ils sont placés il conviendra de :

- 1) Renforcer ponctuellement les moyens de prise en charge. Lorsqu'une maison d'enfants à caractère social (MECS) reçoit un jeune présentant une problématique très difficile, elle pourrait bénéficier d'un ou deux éducateurs supplémentaires afin d'assurer une prise en charge en journée, le temps de gérer la situation de crise.
- 2) Mettre en place une équipe mobile à partir de la pédopsychiatrie afin d'aider les équipes. Cette équipe sera constituée de professionnels de la psychiatrie et dirigée par un psychiatre. Elle pourra intervenir sur les MECS à la demande de ces dernières.
- 3) Renforcer la supervision des équipes afin de leur donner les moyens d'affronter les situations difficiles. Une gestion collective des besoins permettrait de contracter avec un psychologue compétent qui pourrait intervenir sur plusieurs établissements en journées regroupées dans le Cantal.
- 4) Redéfinir la place et le fonctionnement du « réseau ados » afin de permettre un traitement collectif des situations difficiles pour tous les partenaires.
- 5) Renforcer le travail avec l'éducation nationale pour des scolarisations adaptées par le biais des parcours individuels de formation (PIF).
- 6) Contractualiser les relations avec l'Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) du Cansel à Polminhac afin que ce dernier puisse offrir des prestations adaptées :
 - prendre en charge des jeunes placés en MECS ou en famille d'accueil, ayant besoin de soins sur des périodes à définir en fonction de la problématique du jeune.
 - accueillir en journée des jeunes placés pour une formation professionnelle ou pré professionnelle
 - réaliser un diagnostic approfondi sur le plan de la santé mentale.

Ce dispositif sera mis en place pour deux ans. Une évaluation s'en suivra, qui devra déterminer s'il est nécessaire de créer une structure spécifique (cf. le projet d'une nouvelle structure pour quelques adolescents en grande difficulté qu'avait initialement proposée le CAR de Limagne) ou d'affiner le dispositif mis en place.

Concernant les moyens en personnel de psychiatrie nécessaires à la mise en œuvre de cette action (personnel médical et paramédical), le Département fera remonter sa demande vers la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation dans le cadre du schéma régional d'organisation

sanitaire. Il convient de souligner que le projet de service du centre hospitalier d'Aurillac fait lui-même également état de besoin supplémentaire.

2.9. Le renforcement des équipes de travail.

Les propositions contenues dans les points 1 et 2 du § 2.8 relatif aux jeunes dont la prise en charge est complexe pourraient être construites selon le dispositif suivant :

- Définition, par une commission de travail constituée avec les partenaires concernés, d'un projet spécifique pour le jeune, afin, par exemple, de :
 - déterminer un temps de prise en charge en pédopsychiatrie, s'il y a besoin de soins ;
 - définir une prise en charge de jour, s'il y a besoin d'une solution pré professionnelle ;
 - organiser un renforcement de l'équipe éducative, si le jeune a besoin de rester en journée sur la maison d'enfants ;
 - mettre en place une scolarité adaptée, si le jeune « fonctionne » bien sur certaines matières à l'école et pas sur d'autres.

L'adaptation du projet de prise en charge, s'accompagnera de la désignation d'une personne qui en assure la référence. Il pourra s'agir d'une personne extérieure à l'établissement.

- Concernant l'équipe d'intervention éducative, la meilleure solution serait que le service support soit un service de milieu ouvert (AEMO). En dehors de leurs interventions sur les maisons d'enfants, ces éducateurs renforceraient le travail d'AEMO.

Le financement se ferait par dotation globale.

2.10. Le travail avec les familles lors d'un placement.

- Lors de placements courts, maintenir la mesure d'action éducative en milieu ouvert (AEMO) dans la durée afin qu'un travail avec les familles permette la restitution.
- Conforter la procédure déjà effective dans certains cas de mise en place d'un dispositif souple et progressif de « restitution » des enfants en fin de placement. L'enfant resterait placé et retournerait chez ses parents pour des périodes à définir (en soirée, le mercredi après-midi, pendant quinze jours...). Le lieu de placement suivrait le processus de restitution afin de mieux en apprécier les conséquences. Ceci contribuerait à éviter des échecs de restitutions et favoriserait ces dernières.

ANNEXE N° 6

PROTOCOLE DE FONCTIONNEMENT DES EQUIPES MOBILES - MEDICALE ET SOCIALE - DANS LE CADRE DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

Le schéma départemental d'organisation de la protection de l'enfance dans le Cantal 2005-2009 pose le principe de non exclusion des jeunes (1) des structures de protection de l'enfance vers lesquelles ils sont orientés.

Certains d'entre eux peuvent présenter à un moment donné de la prise en charge une problématique personnelle complexe (graves problèmes d'identité et d'appartenance) qui ne justifie pas pour autant d'une réorientation durable par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (C.D.A.).

Pour pouvoir respecter le principe de non exclusion, il est nécessaire que le jeune bénéficie, pour une période donnée, d'un renforcement de son accompagnement éducatif et d'un soutien thérapeutique spécifique définis dans un projet individualisé.

La mise en place des équipes mobiles, médicale et sociale, doit permettre de répondre à ces objectifs par le rapprochement rapide de moyens éducatifs et soignants supplémentaires mis momentanément à disposition de la structure d'accueil dans le cadre d'une procédure concertée qui fait l'objet du présent protocole.

(1) par « jeune » il faut entendre les mineurs de 0 à 18 ans relevant du champ d'action du Pôle de Psychiatrie Infanto-Juvenile et de celui de la Protection de l'Enfance.

I- Moyens en personnel éducatif

Le Centre AEMO géré par l'Association Départementale de Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte se voit attribuer les moyens financiers permettant le recrutement jusqu'à 2 ETP éducateurs spécialisés affectés en priorité à la mission d'appui supplémentaire au volet éducatif de la prise en charge définie dans le projet individualisé du jeune.

II- Moyens en personnel soignant

La mission d'appui au volet soin de la prise en charge définie dans le projet individualisé du jeune est assurée par le Pôle de Psychiatrie Infanto-Juvenile du Centre Hospitalier d'Aurillac, renforcée à cette fin d'1 ETP d'infirmier, de 0,5 ETP de psychologue et de 0,5 ETP de secrétariat.

III- Les modalités d'intervention des équipes mobiles

1°- Les équipes mobiles ont une vocation départementale

2°- Afin de répondre rapidement aux besoins du jeune, le responsable de la structure d'accueil saisit, sur la base d'un projet de prise en charge individualisé, spécifique et limité dans le temps qu'il définit, le Directeur du Centre AEMO ou son représentant et le Médecin Chef du Pôle de Psychiatrie Infanto-Juvenile ou son représentant, d'une demande d'intervention de proximité. La saisine s'effectue pendant les heures et les jours ouvrés.

3°- Le Directeur du Centre AEMO ou son représentant met l'éducateur de l'équipe mobile éducative à disposition du responsable de la structure d'accueil pour y exercer l'activité définie dans le projet individualisé du jeune conformément à la mission d'appui au volet éducatif de la prise en charge du jeune.

4°- Le Médecin Chef du Pôle de Psychiatrie Infanto-Juvenile ou son représentant, active son équipe mobile pour une évaluation clinique de la situation et pour une proposition de projet thérapeutique qui précise les modalités selon lesquelles cette équipe interviendra conformément à sa mission d'appui au volet soin de la prise en charge du jeune.

5°- Les équipes mobiles interviennent en priorité sur le lieu d'accueil du jeune. Les interventions sont réalisées dans le cadre du fonctionnement de la structure d'accueil (dont week-end, soirée, séjour de vacances sous réserve pour l'équipe médicale qu'il ait lieu dans le département).

6°- Modalités d'astreinte:

En dehors des heures et jours ouvrés la saisine du Pôle de Psychiatrie Infanto-Juvenile passe par le secrétariat du SAMU (tél. : 04.71.48.15.20) du C.H.G. d'Aurillac qui prévient le soignant d'astreinte du Pôle.

Le soignant d'astreinte appelé fait une évaluation clinique de la situation et propose :

- soit un accompagnement du jeune et des membres de la structure aux urgences si la crise est avérée,
- soit un début de prise en charge individualisée soit sur place soit dans un lieu neutre,
- soit une absence d'intervention si elle n'est pas justifiée.

Dès le premier jour ouvré suivant, une transmission est faite au responsable de la structure d'accueil pour une reprise du protocole.

7°- Le responsable de la structure d'accueil doit s'assurer de la cohésion des interventions éducatives et soignantes et faciliter les échanges nécessaires entre les professionnels éducatifs et soignants.

Dans les 15 jours du démarrage de l'intervention des équipes mobiles, il organise une réunion de synthèse avec notamment le service AEMO et le Pôle de Psychiatrie Infanto-Juvenile afin d'ajuster si nécessaire le projet initial.

Il reste le garant de la réalisation du projet individualisé du jeune auprès des décideurs (Juge des Enfants, responsable du Service Enfance Jeunesse –SEJ).

8°- Un comité de pilotage des équipes mobiles composé du Directeur du Centre AEMO ou son représentant, accompagné des intervenants de l'équipe éducative, du Médecin Chef du Pôle de Psychiatrie Infanto-Juvenile ou son représentant, accompagné, à son initiative des intervenants de l'équipe soignante, du Directeur du Centre Hospitalier d'Aurillac ou son représentant, des responsables des structures d'accueil ou leurs représentants, du responsable du SEJ ou son représentant, du Directeur Départemental de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DDPJJ) ou son représentant, se réunit une fois par semestre les deux premières années, puis à un rythme à définir, pour une analyse synthétique et anonyme des situations traitées et une fois par an pour évaluer le protocole lui-même.

Les trois réunions du comité de pilotage seront programmées par le SEJ en liaison avec la DDPJJ.

IV- Exercice des responsabilités

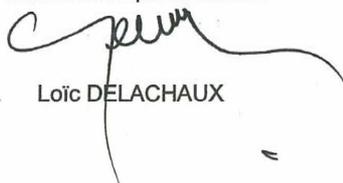
1°- Pour ce qui concerne le personnel éducatif, il convient de se référer au modèle de convention de mise à disposition pour une mission ponctuelle annexé à ce protocole (annexe I).

2°- Le personnel soignant reste sous la responsabilité administrative de son employeur, le Centre Hospitalier d'Aurillac et sous la responsabilité médicale du Médecin Chef du Pôle de Psychiatrie Infanto-Juvenile. Son intervention est cotée et repérable dans l'activité du pôle.

Il est assuré pour ses interventions dans le cadre habituel du contrat d'assurance pour les risques liés à son activité dans le cadre de son profil de poste, souscrit par son employeur.

A Aurillac le 31 MARS 2008

Monsieur le Directeur Général Adjoint
Chargé de la Direction de la
Solidarité Départementale



Loïc DELACHAUX

Monsieur le Directeur Régional
de la Protection Judiciaire de la Jeunesse

P/Le Directeur Régional de la PJJ
RHONE-ALPES AUVERGNE
par intérim
L'Attaché Principal,



Pierre FERDOSSIAN

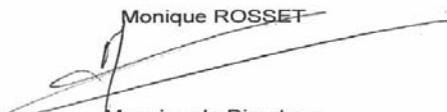
Madame la Directrice Départementale
de la D.D.A.S.S. du CANTAL


Marie-Hélène BIDAUD

Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier
d'Aurillac


Christian THOURRET

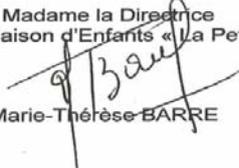
Madame la Directrice
de la Maison d'Enfants de Chanteclair


Monique ROSSET

Monsieur le Directeur
de la Maison d'Enfants de QUEZAC


Antoine GIMENEZ

Madame la Directrice
de la Maison d'Enfants « La Petite Maison »


Marie-Thérèse BARRE

Monsieur le Président de l'ADSEA


Monsieur le Médecin Chef du
Pôle de Psychiatrie Infanto-Juvenile


Marc COURTIAL

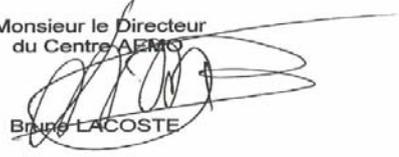
Monsieur le Directeur
de l'ANEF du Cantal


Claude MOROT

Monsieur le Directeur
du CAR LIMAGNE


André MARTINEZ

Monsieur le Directeur
du Centre AEMO


Bruno LACOSTE

ANNEXE N° 7

DÉMARCHE PROJET

COMPOSITION ET ÉCHEANCIER DES COMITES ET GROUPES DE TRAVAIL

Comité de pilotage départemental chargé de la mise en œuvre du projet de dispositif de coopération sociale et sanitaire « Équipes mobiles éducative et soignante » :

Composition : le Juge des enfants, le Substitut des mineurs, le Directeur et le Directeur-adjoint de la D.S.D., le Chef de service de l'A.S.E., le Directeur de la D.D.A.S.S., le Médecin Inspecteur départemental, les Directeurs de la D.R.P.J.J. et de la D.D.P.J.J., le Directeur du Centre hospitalier d'Aurillac, le Médecin Chef du Pôle de Pédopsychiatrie, le Directeur général de l'A.D.S.E.A. 15, les Directeurs de l'ensemble des services et établissements de la protection de l'enfance, le Chef de service du Centre A.E.M.O.-A.D.S.E.A. 15.

Échéancier : réunion tous les trois mois, de mai 2006 à octobre 2008.

Groupe de travail « Écriture de la convention de mise à disposition de personnels pour une mission ponctuelle » et « Écriture de la fiche de poste Éducateur spécialisé équipe mobile » :

Composition : le Directeur-adjoint de la D.S.D., le Chef de service A.S.E., le Directeur de la D.D.P.J.J., l'ensemble des Directeurs des services et établissements de la protection de l'enfance, le Chef de service du C.A.R. de Limagne et du Centre A.E.M.O.-A.D.S.E.A. 15.

Échéancier : 3 réunions de novembre 2007 à janvier 2008.

Groupe de travail « Écriture de la fiche de liaison institutions – équipes mobiles » et « Grille de référentiel » :

Composition : le Conseiller socio-éducatif de l'A.S.E., un Psychologue de l'A.S.E., le Directeur-adjoint de la M.E.C.S. de Quézac, les Chefs de service de l'A.N.E.F., de la M.E.C.S. Chanteclair et du Centre A.E.M.O.-A.D.S.E.A. 15, un Psychologue du pôle de Pédopsychiatrie.

Échéancier : 3 réunions d'octobre 2007 à décembre 2008.

Comité de pilotage chargé du suivi du dispositif de coopération sociale et sanitaire « Équipes mobiles éducative et soignante » :

Composition : le Directeur du Centre hospitalier d'Aurillac, le Médecin chef du Pôle de Pédopsychiatrie, les membres de l'équipe mobile soignante, le Directeur du Centre A.E.M.O.-A.D.S.E.A. 15, les membres de l'équipe mobile éducative, les Directeurs des M.E.C.S., les Cadres de la Direction enfance-famille de la D.S.D., le Directeur de la D.D.P.J.J.

Échéancier : une réunion en juin 2009 et en mars 2010.

ANNEXE N° 8

CONVENTION DE MISE A DISPOSITION Pour une mission ponctuelle

ENTRE LES SOUSSIGNES :

- Le centre A.E.M.O. géré par l'Association Départementale de Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte, représenté par M agissant en qualité de directeur, d'une part,

ET

- La structure d'accueil, gérée par l'Association, représentée par M....., agissant en qualité de directeur, d'autre part,

IL EST CONVENU CE QUI SUIVIT :

ARTICLE 1^{er} – OBJET DE LA CONVENTION

Dans le cadre de l'orientation d'un jeune vers une structure d'accueil, celui-ci doit pouvoir bénéficier temporairement d'un renforcement de son accompagnement éducatif. La structure d'accueil a donc besoin du concours temporaire d'un éducateur.

M (Nom de la personne mise à disposition), éducateur au Centre A.E.M.O., réunit les compétences nécessaires à l'accomplissement de cette mission.

A cette fin, M est mis par le Centre A.E.M.O., son employeur, à la disposition temporaire de la structure d'accueil pour y exercer la fonction d'éducateur dans le cadre du projet individualisé élaboré pour le jeune concerné.

ARTICLE 2 – DUREE DE LA MISE A DISPOSITION

Cette mise à disposition prend effet le Pour cesser le

Si la mission de M n'est pas achevée à cette date, d'un commun accord entre les parties, il pourra être décidé d'une prolongation de la mise à disposition pour une durée qui sera fixée par un avenant à cette convention.

Si la structure d'accueil souhaite y mettre fin avant le terme prévu ci-dessus, elle devra justifier sa décision et en avertir le Centre A.E.M.O.

ARTICLE 3 – TEMPS DE TRAVAIL ET PERIODE D’EMPLOI

M interviendra en tant que de besoin aux jours et heures définis d’un commun accord par le Centre A.E.M.O. et la structure d’accueil

ARTICLE 4 – GESTION DU PERSONNEL MIS A DISPOSITION

Pendant la durée de sa mise à disposition auprès de la structure d’accueil, le Centre A.E.M.O. reste employeur de M, le gère et le rémunère.

La structure d’accueil transmettra au Centre A.E.M.O., chaque mois, et au plus tard le 5 du mois suivant un relevé des heures effectuées par M pendant le mois.

Pendant la durée de la mise à disposition, M recevra toutes les instructions nécessaires de la part de M, représentant de la structure d’accueil qui en contrôlera l’exécution.

ARTICLE 5 – ASSURANCES

Le centre A.E.M.O. souscrira une assurance pour les risques liés à l’activité de l’éducateur dans le cadre de son profil de poste.

La structure d’accueil souscrira une assurance responsabilité civile couvrant les risques liés à l’intervention de l’éducateur de Centre A.E.M.O. pendant la durée de sa mise à disposition.

ARTICLE 6 – CONTENTIEUX

Tous les litiges pouvant résulter de l’application de la présente convention qui n’auraient pu faire l’objet d’un règlement amiable, seront soumis à la juridiction compétente.

Fait en deux exemplaires à le

Pour le Centre A.E.M.O.
M

Pour la structure d’accueil
M

(Signature) (Signature)

Données administratives et historiques

Nom, prénom et adresse de la mère :

A-t-elle l'autorité parentale ?

Nom, prénom et adresse du père :

A-t-il l'autorité parentale ?

Nom, prénom et adresse des responsables légaux (le cas échéant) :

Composition du (ou des) foyer(s) :

Lieu de résidence habituel :

Historique et actualité des placements éducatifs :

Historique et actualité des suivis spécialisés :

Historique et actualité des commissions d'orientation :

Historique et actualité de la scolarité :

Éléments spécifiques amenant à la saisine des Équipes Mobiles

Projet initial :

Interventions :

Évaluations (difficultés rencontrées) :

Demande d'intervention

Au niveau éducatif : (Projet pour les 15 prochains jours, type d'intervention, lieu, horaires)

Pour la partie soins : (Attentes thérapeutiques du jeune et de l'institution) :

Propositions thérapeutiques :

ANNEXE N° 10

LA GRILLE DE REFERENTIEL ADO

Cette grille est uniquement un outil de relais et de communication entre les professionnels, elle n'a pas pour but d'alimenter un dossier individuel ou d'établir un diagnostic.

Comme le prévoit la loi du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les mineurs et leurs parents doivent être informés de l'utilisation de cette grille.

Objectifs de cette grille :

- Repérer les adolescents en difficulté avec une grille utilisable par tous les professionnels les côtoyant.
- Permettre d'objectiver la situation de l'adolescent au travers un instantané, une photographie à un moment T et de l'orienter éventuellement vers une structure appropriée.

Nom et fonction du professionnel : _____ Date : _____

Nom et Prénom du jeune : _____ Age : _____
 Situation scolaire ou professionnelle : _____

		Fréquence, quantitatif / Qualitatif,	Jamais Rare /peu	Parfois /moyen moins	Souvent /moyen moins	Toujours /bon(ne) fort	
COGNITIF	Niveau intellectuel	Difficultés d'adaptation					
		Difficultés d'abstraction					
	Langage	Difficultés à comprendre les autres					
		Difficultés à se faire comprendre					
Motricité	Difficultés à se mouvoir (Maladresse, manque de coordination)						
AFFECTIF	Moral	Capacité habituelle à manifester de la gaieté					
		Capacité habituelle à manifester de la tristesse					
		Inadéquation entre émotion et situation (par ex. angoisse ou gaieté contextuelles)					
	Émotion	Incapacité à manifester une émotion					
		Incapacité à mettre des mots sur un mal-être					
	Angoisse	Réactions comportementales à une émotion (passage à l'acte, agitation, prostration, ...) Précisez :					
		Angoisses chroniques					
		Manifestations d'angoisse contextuelles					
		Actuellement, Intensité de l'angoisse par rapport aux habitudes du jeune					
		Intensité de l'angoisse selon l'adolescent					
	Maturité	Intolérance à la frustration					
		Instabilité psychique					
		Instabilité physique					
	Sociabilité	Difficultés à tisser des liens					
Sexualité	Intérêt exprimé par rapport à la sexualité		Oui		Non		
	Conduites à risques repérées						
	Manque de considération du (des) partenaire(s) en tant que personne (notion de respect)						

Fréquence, quantitatif / Qualitatif,		Jamais Rare /peu	Parfois /moyen moins	Souvent /moyen moins	Toujours /bon(ne) fort
AXE CIVIL ET PENAL	Citoyenneté (Responsabilités juridiques et sociales)				
	Impolites (de l'incivilité ponctuelle à l'incivilité à répétition)				
	Irrespect des règles communes				
	Comportements agressifs et provocations (bousculades, coups, rapports de force, insultes)				
	Actes de délinquances repérés (vol, violence...)				
	Actes de délinquances sanctionnées par la Loi				

Fréquence, quantitatif / Qualitatif,		Jamais Rare /peu	Parfois /moyen moins	Souvent /moyen moins	Toujours /bon(ne) fort	
L'ENVIRON- NEMENT SOCIAL	La famille	Investissement affectif envers la famille				
		Est-elle Absente physiquement ?	NON		OUI	
		Rupture familiale (absence de communication)				
		Défaillance du rôle éducatif de la famille (dans le sens de transmissions de valeurs) ?				
		Est-elle maltraitante moralement (selon les dires du jeune) ?	NON		OUI	
		Est-elle maltraitante physiquement (selon les dires du jeune) ?	NON		OUI	
		Dépendance du jeune par rapport à sa famille (non responsabilisation, non autonomisation, en fonction de l'âge)				
	La scolarité, la formation, les loisirs	Absence ou retards fréquents				
		Fléchissement scolaire				
		Démotivation (Désinvestissement scolaire)				
		Refus scolaire (refuse de poursuivre)				
		Rupture scolaire				
		Échec scolaire				
		Difficultés à s'investir dans ce que peut offrir la société (sport, musique, loisir, association)				
		Difficultés à créer du lien au sein de ces activités ?				
	Surinvestissement d'une activité au détriment de la sociabilité ?					

		Fréquence, quantitatif / Qualitatif,	Jamais Rare /peu	Parfois /moyen moins	Souvent /moyen moins	Toujours /bon(ne) fort
BIOLOGI- QUE	- Sommeil	Réveils nocturnes, cauchemars				
		Problèmes d'endormissements, insomnies				
		Hypersomnies				
	Alimentation	Irrégularités des repas				
		Pratiques alimentaires déséquilibrées				
		Excès quantitatif (frugalité, manque de retenue, boulimie ou anorexie) Précisez :				
	Somatisation	Manifestations somatiques sans cause organique (migraine, céphalée, spasmophilie, fatigue chronique, ...) Précisez :				
	Maladies chroniques repérées	Diabète, mucoviscidose, sciatique, antécédents psychiatriques ...	NON		OUI	
	Consommation de produits psycho actifs	Alcool				
		Tabac				
		Haschisch				
		Médicaments psychotropes				
		Ecstasy, cocaïne, et autres produits de synthèse				
		Autre (héroïne, crack, colle, caféine, ...) précisez :				

COMMENTAIRES LIBRES :

Fiche de liaison EMA
Version Janvier 2008

ANNEXE N° 11

FICHE DE POSTE

Travailleur social – Équipe mobile éducative

I - CONTEXTE PROFESSIONNEL :

Projet élaboré et validé dans le cadre du schéma départemental de la protection de l'enfance.

Personnels rattachés administrativement au service A.E.M.O. – A.D.S.E.A 15 et mis à disposition du service de placement familial du S.E.J. (Conseil général) et des maisons d'enfants du Département du Cantal :

- M.E. Chanteclair à AURILLAC
- M.E. QUEZAC
- C.A.R. Limagne à AURILLAC
- S.A.J. à AURILLAC
- La petite maison à BREZONS,

dans le cadre de projets d'accompagnement personnalisé, provisoirement renforcés afin de faire face à des situations de jeunes de 6 à 18 ans en état de pré crise ou post crise. Ce dispositif ne peut être activé pour des jeunes pris en charge par des établissements spécialisés ou dans le cadre de l'Ordonnance de 1945.

Cette équipe éducative est constituée de 1,5 à 2 équivalents temps plein et travaille en lien avec les équipes des maisons d'enfants, du service enfance jeunesse ainsi qu'avec l'équipe mobile soignante du pôle de pédopsychiatrie du centre hospitalier d'Aurillac.

En-dehors de ces temps de mise à disposition, ces personnels interviennent au sein du service AEMO A.D.S.E.A. 15.

II – CONDITIONS D'INTERVENTION :

* Convention de mise à disposition + fiche de liaison envoyées par les M.E.C.S. ou le S.E.J. au service A.E.M.O. (et en parallèle au pôle de pédopsychiatrie).

* Modulation du temps de travail sur des temps de journées, de soirées, de week-ends, de transferts.

* Utilisation des moyens des M.E.C.S. ou du S.E.J. (véhicules de service, matériel divers).

* Réunion M.E.C.S. ou S.E.J. + équipe mobile pédopsychiatrique + cadre AEMO, 15 jours après le début de chaque mise à disposition dans le cadre d'une évaluation du projet d'accompagnement personnalisé.

* Réunion dans le mois suivant la fin de chaque mise à disposition dans le cadre d'une régulation du dispositif.

III – CRITERES

- ☛ Diplôme exigé : diplôme d'état d'éducateur spécialisé,
- ☛ Expérience professionnelle de préférence auprès d'enfants et d'adolescents,
- ☛ Profil demandé : professionnel doté d'une motivation et d'aptitudes à s'engager dans une telle démarche professionnelle.

Par aptitudes, on entend :

- Des capacités d'adaptation à différents contextes institutionnels, qu'ils soient éducatifs ou thérapeutiques,
- Des capacités de mise en relation avec des jeunes en difficultés, puisqu'en situation de pré crise ou post crise,
- Des compétences en terme de techniques éducatives, supports et médiateurs dans la relation éducateur/jeunes.

Divers : Permis B – véhicule personnel (trajets du service AEMO jusqu'aux M.E.C.S.)

IV – PROCEDURE D'EMBAUCHE

- Publication appel à candidature dans les A.S.H (actualités sociales hebdomadaires)
- Les candidats sont reçus par la commission de sélection composée de Madame l'Inspectrice S.E.J., de Monsieur le Directeur du C.A.R. Limagne, de Monsieur le Directeur de la M.E.C.S. Quézac et de Monsieur le Directeur du service AEMO, sur la base de cette fiche de poste.
- Signature et suivi du contrat de travail à durée indéterminée assurés par l'A.D.S.E.A. 15. Application de la convention collective nationale du travail du 15.03.1966.

V - REMUNERATION

Reprise d'ancienneté jusqu'à 5 ans.

Prime d'internat.

Réalisée en décembre 2007

ANNEXE N° 12

Charte du réseau Ados 15

Introduction

Dans le respect du droit de l'adolescent, le réseau ados 15 a vocation à réunir l'ensemble des professionnels concernés par l'adolescence.

Préambule

1- La présente charte est signée par un organisme de professionnels concernés par l'adolescence. Cet organisme s'engage à missionner un ou plusieurs professionnels sur son temps de travail.

2 – Le professionnel s'engage dans la réflexion et les actions du réseau ados 15 en y apportant ses compétences.

3 – Le professionnel s'investit pour une durée de 2 ans.

4 – Le professionnel est porteur de ses obligations professionnelles, de son éthique et se relie aux autres participants dans le secret partagé.

5 – Le professionnel s'engage dans le respect de son statut, de sa fonction, dans l'exercice de son activité professionnelle.

Objectifs

Objectif principal

Mise en réseau départemental des acteurs et des compétences au service des adolescents en difficultés.

Objectifs spécifiques

- S'informer et se former autour des problématiques et des prises en charge des adolescents.
- Concevoir et mettre en oeuvre des outils communs favorisant le repérage, l'analyse, l'accompagnement des adolescents dont les règles d'utilisation seront à déterminer par le réseau ados 15.
- Promouvoir les objectifs et les pratiques déterminées dans le cadre du réseau ados 15.

Organisation

Les membres du réseau ados 15 se réunissent en plénière, 3 fois par an.

Le professionnel missionné s'engage à participer aux commissions de travail et aux réunions plénières.

Les signataires de la présente charte conviennent de désigner comme coordonnateurs :

- la P.J.J.,
- la pédopsychiatrie.

Les coordinateurs sont garants du respect de la charte.

Evaluation

Le réseau ados 15 s'engage à procéder à son évaluation régulière tous les 2 ans.

ANNEXE N° 13

PROTOCOLE DU GROUPE D'APPUI AU « RESEAU ADOS 15 »

1) INTRODUCTION

Développé par le réseau ADOS 15 le groupe d'appui est un outil technique qui s'adresse aux professionnels signataires de la charte au bénéfice des jeunes.

Il intervient pour des situations graves mettant en échec l'institution actuelle et risquant de mettre en cause la place et l'évolution du jeune.

2) OBJECTIFS

Afin de préserver une continuité dans leur parcours, quelque soit la multiplicité et la spécialité des intervenants, le groupe d'appui *peut* permettre

de réévaluer une situation de crise du jeune
d'ouvrir de nouvelles perspectives
de compléter le projet individuel du jeune

3) SAISINE

Toute institution signataire de la charte peut saisir le groupe d'appui du "RESEAU ADOS 15".

Pour cela, elle saisira le coordinateur du groupe d'appui par une note circonstanciée.

Le coordinateur évaluera alors l'opportunité de réunir le groupe d'appui et fixera la date et le jour de la réunion dans un délai de 15 jours.

Il est convenu que le coordinateur est le directeur de la Protection Judiciaire de la Jeunesse du Cantal.

4) COMPOSITION DU GROUPE D'APPUI AU « RESEAU ADOS 15 »

- 1 membre d'un I.M.E
- 1 membre d'un I.T.E.P
- 1 membre de P.J.J
- 1 membre de PEDO-PSYCHIATRIE
- 1 membre de l'EDUCATION NATIONALE ou de l'enseignement privé sous contrat
- 1 membre d'une STRUCTURE D'INSERTION
- 1 membre de l'A.S.E.
- 1 membre du secteur associatif habilité JUSTICE.

Les institutions communiqueront au coordonnateur le nom du membre titulaire et le nom de son membre remplaçant qu'elles auront désignées d'un commun accord pour la durée d'un an en respectant, si possible, le critère de pluridisciplinarité (fonctions différentes).

5) FONCTIONNEMENT

Les membres du groupe d'appui au réseau ados 15 s'engageront pour une année dans cette mission. L'utilisateur sera présent au cours des échanges. Les échanges des membres du groupe d'appui s'inscrivent dans le respect de leurs obligations professionnelles, de leur éthique et du secret partagé. Le demandeur devient le seul utilisateur des réflexions et propositions émises oralement par le groupe d'appui. Les membres du groupe d'appui s'engagent à ne divulguer aucun élément sur la teneur des échanges.

6) EVALUATION

Le groupe d'appui évaluera chaque année son action et la restituera à la réunion plénière du « RESEAU ADOS 15 ».

Pour cela, le coordonnateur organisera une réunion d'évaluation avec l'ensemble des utilisateurs. A cette réunion, il sera apprécié le degré de réalisation des objectifs principaux et le degré de sortie de crise de la situation.

L'utilité et le fonctionnement du groupe d'appui seront évalués.

4) COMPOSITION DU GROUPE D'APPUI AU « RESEAU ADOS 15 »

- 1 membre d'un I.M.E
- 1 membre d'un I.T.E.P
- 1 membre de P.J.J
- 1 membre de PEDO-PSYCHIATRIE
- 1 membre de l'EDUCATION NATIONALE ou de l'enseignement privé sous contrat
- 1 membre d'une STRUCTURE D'INSERTION
- 1 membre de l'A.S.E.
- 1 membre du secteur associatif habilité JUSTICE.

Les institutions communiqueront au coordonnateur le nom du membre titulaire et le nom de son membre remplaçant qu'elles auront désignées d'un commun accord pour la durée d'un an en respectant, si possible, le critère de pluridisciplinarité (fonctions différentes).

5) FONCTIONNEMENT

Les membres du groupe d'appui au réseau ados 15 s'engageront pour une année dans cette mission. L'utilisateur sera présent au cours des échanges. Les échanges des membres du groupe d'appui s'inscrivent dans le respect de leurs obligations professionnelles, de leur éthique et du secret partagé. Le demandeur devient le seul utilisateur des réflexions et propositions émises oralement par le groupe d'appui. Les membres du groupe d'appui s'engagent à ne divulguer aucun élément sur la teneur des échanges.

6) EVALUATION

Le groupe d'appui évaluera chaque année son action et la restituera à la réunion plénière du « RESEAU ADOS 15 ».

Pour cela, le coordonnateur organisera une réunion d'évaluation avec l'ensemble des utilisateurs. A cette réunion, il sera apprécié le degré de réalisation des objectifs principaux et le degré de sortie de crise de la situation.

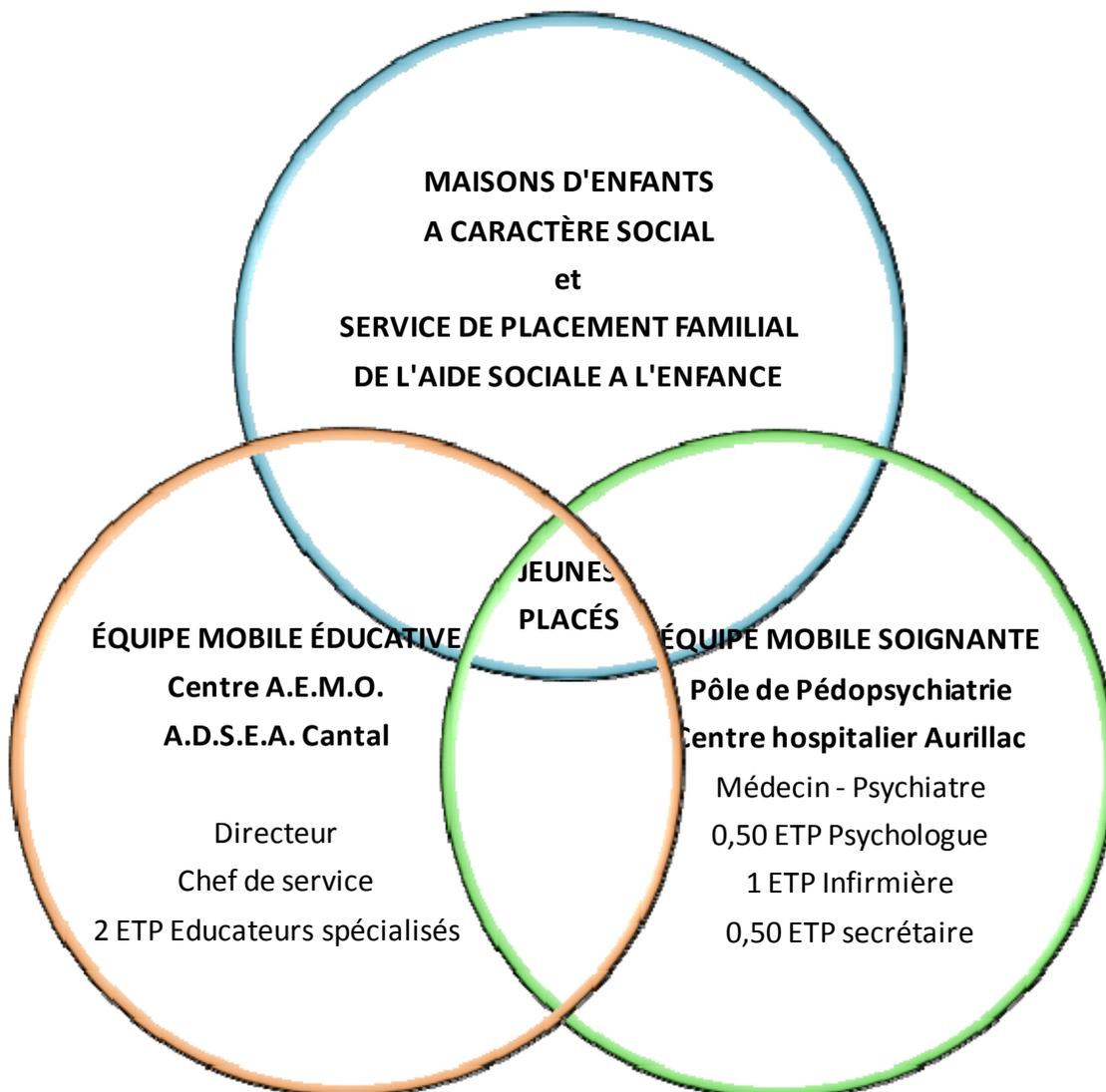
L'utilité et le fonctionnement du groupe d'appui seront évalués.

Réseau Ados 15

- Mme l'inspecteur d'Académie : Inspection d'Académie – Place de la Paix – 15000 AURILLAC
- M. le directeur : Direction Enseignement libre – 18 bis rue Cayla – 15000 AURILLAC
- Mme le Procureur de la République – Tribunal de grande Instance – place du square – 15000 AURILLAC
- Mme la directrice : Direction Départementale JEUNESSE et SPORT – 3, rue Ampère – 15000 AURILLAC
- M. le Président à l'attention de M. le directeur de la D.I.S.S. – Conseil Général – Hôtel du Département – 15000 AURILLAC
- M. le Président à l'attention de M. le directeur : Centre Hospitalier Henri Mondor -50 avenue de la République – 15000 AURILLAC.
- M. le Président : A.N.P.A.A. 15 – 14, avenue des Pupilles – 15000 AURILLAC
- M. le directeur : Maison pour Apprendre – 3, rue du Collège – 15200 MAURIAC
- M. le directeur : A.P.P.T. – rue des Frères Amance – 15000 AURILLAC
- M. le président : Foyer Des Jeunes Travailleurs – 25, avenue de Tivoli – 15000 AURILLAC
- M. le président : MISSION LOCALE Maison de l'Emploi – 17 place de la paix – 15000 AURILLAC
- M. le président : P.A.I.O – 15100 ST FLOUR
- M. le président : U.D.A.F. – 9, rue de la Gare – 15000 AURILLAC
- M. le Président à l'attention de M. le directeur : Institut Médico-Educatif Volzac – 15100 ST FLOUR
- M. le Président : Tribunal de Grande Instance – place du Square – 15000 AURILLAC.
- M. le Président à l'attention de M. le directeur : Institut de Rééducation LE PARC – 11, avenue professeur Rollier – 15160 ALLANCHE
- M. le directeur : C.M.P.P. – avenue de la République – 15000 AURILLAC
- M. le Président à l'attention de M. le directeur : Institut de Rééducation LE CANSEL – 15800 POLMINHAC
- M. le Président : Association ROQUECHAUFFREY – Lieu de vie "Les Grivaldes" – 15120 LAPEYRUGUE
- M. le Président : Association d'Entraide A.N.E.F. – 91, avenue de la République – 15000 AURILLAC
- M. le Président : Association ACC'ENT JEUNES – passage Barbentelle – 15000 AURILLAC
- M. le Président : C.A.R. LIMAGNE – Montée de Limagne – 15000 AURILLAC
- M. le Président : Maison d'Enfants à Caractère Social – Le Bourg – 15600 QUEZAC
- M. le Président : Maison d'enfants à caractère social CHANTECLAIR – 17, rue Arsène Vermeuzen – AURILLAC
- M. le Président : Service A.E.M.O. – 6, impasse Bourbon – 15000 AURILLAC
- M. le Président : A.D.S.E.A. du Cantal – 19, place de l'Hôtel de Ville – 15000 AURILLAC
- Mme. la directrice : Protection Judiciaire de la Jeunesse – 22, place du Square – 15000 AURILLAC
- M. le Directeur de la D.D.A.S.S. : – 1 rue de l'Olmet – 15000 AURILLAC
- M. le Président : C.E.R. de la Châtaigneraie – Les Cabanes – 15600 QUEZAC
- Mme le Président : C.O.D.E.S. - Bât. de l'Horloge – 9 place de la paix – 15012 AURILLAC cedex
- M. le Proviseur : Lycée agricole – rue de Salers – 15000 AURILLAC
- M. le directeur : C.M.P.P. – avenue de la République – 15000 AURILLAC

ANNEXE N° 14

ORGANIGRAMME DU DISPOSITIF DE COOPERATION SOCIALE ET SANITAIRE DANS LE CHAMP DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE DU CANTAL



ANNEXE N° 15

CONSEIL GENERAL DU CANTAL

DIRECTION DE LA
SOLIDARITE DEPARTEMENTALE
DIRECTION ENFANCE FAMILLE

N° 2009-1487

ARRETE

relatif aux modalités de paiement par le Département du Cantal des frais relevant du dispositif « Equipes Mobiles » géré par le Centre AEMO de l'ADSEA pour l'exercice 2008

LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL DU CANTAL,

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles et en particulier :

- l'article L 314-1 relatif aux règles de compétence en matière tarifaire,
- les articles R 314-1 à R 314-63 relatifs aux dispositions financières des établissements et services soumis à autorisation,
- les articles R 314-105 à R 314-117, et R 314-125 à R 314-127 relatifs aux principes et modalités de financement des établissements et services soumis à autorisation,
- les articles R 351-1 à R 351-41 relatifs au contentieux de la tarification sanitaire et sociale.

VU le Schéma Départemental d'Organisation de la Protection de l'Enfance dans le Cantal arrêté conjointement par le Préfet du Cantal et le Président du Conseil Général pour la période 2005-2009 ;

VU le protocole de fonctionnement des équipes mobiles –médicale et sociale- dans le cadre de la protection de l'enfance du 31 mars 2008 ;

VU le rapport relatif à la décision d'autorisation budgétaire pour l'exercice 2008 autorisant la création de postes éducatifs au Centre AEMO dans le cadre du dispositif « Equipes Mobiles », pour 6 mois sur l'exercice 2008 ;

VU le courrier du 6 mars 2009 du directeur du Centre AEMO justifiant d'une activité ramenée à deux mois à compter du 1^{er} novembre 2008 ;

ARRETE

ARTICLE 1 : Une dotation de **10 749,54 Euros** est attribuée pour l'année 2008 au Centre AEMO pour le fonctionnement du dispositif « Equipes Mobiles », réservé aux enfants confiés aux structures de protection de l'enfance du département au titre des articles 375 et suivants du Code Civil et L 222-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

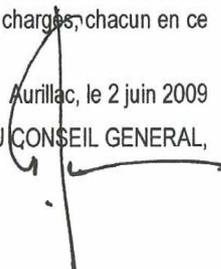
ARTICLE 2 : Cette dotation est imputée au budget départemental, article 65, nature 6514, fonction 51, ligne 1451.

ARTICLE 3 : En application des dispositions du III de l'article R 314-36 du Code de l'Action Sociale et des Familles, le présent arrêté sera publié au Recueil des actes administratifs du Département.

ARTICLE 4 : Le Directeur Général des Services du Département, le Directeur de la Solidarité Départementale, le Président de l'ADSEA et le Directeur du Centre AEMO sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Aurillac, le 2 juin 2009

LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL,



CONSEIL GENERAL DU CANTAL

DIRECTION DE LA
SOLIDARITE DEPARTEMENTALE
DIRECTION ENFANCE FAMILLE

~~~~~  
N° 2009-1757

### ARRETE

relatif aux modalités de paiement par le Département du Cantal des frais relevant du dispositif  
« Equipe Mobile » pour l'exercice 2009 au Centre AEMO  
~~~~~

LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL DU CANTAL,

Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles et en particulier :

- l'article L 314-1 relatif aux règles de compétence en matière tarifaire,
- les articles R 314-1 à R 314-63 relatifs aux dispositions financières des établissements et services soumis à autorisation,
- les articles R 314-105 à R 314-117, et R 314-125 à R 314-127 relatifs aux principes et modalités de financement des établissements et services soumis à autorisation,
- les articles R 351-1 à R 351-41 relatifs au contentieux de la tarification sanitaire et sociale.

VU le Schéma Départemental d'Organisation de la Protection de l'Enfance dans le Cantal arrêté conjointement par le Préfet du Cantal et le Président du Conseil Général pour la période 2005-2009 ;

VU le protocole de fonctionnement des équipes mobiles –médicale et sociale- dans le cadre de la protection de l'enfance du 31 mars 2008 ;

VU le rapport relatif à la décision d'autorisation budgétaire et de tarification du Directeur de la Solidarité Départementale et du Directeur Régional de la Protection Judiciaire de la Jeunesse en date du 12 mai 2009 ;

VU l'arrêté n°2009-1749 en date du 11 juin 2009 autorisant les dépenses et les recettes prévisionnelles pour l'exercice 2009 et fixant le prix de journée applicable à compter du 1^{er} juillet 2009 au Service AEMO.

ARRETE

ARTICLE 1 : Une dotation de **74 142 euros** est attribuée pour l'année 2009 au Centre AEMO pour assurer le fonctionnement du dispositif « Équipes Mobiles », réservé aux enfants confiés aux structures de la protection de l'enfance du département au titre des articles 375 et suivants du Code Civil et L 222-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

ARTICLE 2 Cette dotation sera versée à trimestre échu, sous réserve de la production d'un état des enfants suivis dans ce dispositif.
Le forfait trimestriel est égal à **18 353,50 euros**.

ARTICLE 3 : En application des dispositions du III de l'article R 314-36 du Code de l'Action Sociale et des Familles, le présent arrêté sera publié au Recueil des actes administratifs du Département.

ARTICLE 4 : Le Directeur Général des Services du Département, le Directeur de la Solidarité Départementale, le Président de l'ADSEA et le Directeur du Centre AEMO sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Aurillac, le 12 juin 2009

LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL,



ANNEXE N° 16

FICHE DE POSTE - PROJET DE SERVICE CENTRE A.E.M.O. – NOVEMBRE 2009

▪ LES TRAVAILLEURS SOCIAUX, REFERENTS DE MESURES A.E.D. ET A.E.M.O.

Ces travailleurs sociaux sont **éducateurs spécialisés ou assistants de service social**, diplômés d'état.

Ils **exercent la référence de mesures A.E.D. et A.E.M.O.** confiées au service par l'Aide Sociale à l'Enfance ou le Tribunal pour Enfants.

Cette responsabilité leur est confiée par la direction du service sous l'autorité de laquelle ils sont placés.

Leurs interventions peuvent être plus particulièrement centrées sur le mineur et/ou la famille, sur le jeune majeur.

En interne, ils travaillent au sein d'une équipe pluridisciplinaire composée de la direction, d'un psychiatre, d'un psychologue, d'autres travailleurs sociaux, en lien avec les personnels administratifs. Ils participent à toutes les étapes du processus de la mesure : entretiens famille – direction – travailleur social référent, réunion d'évaluation initiale et finale, rédaction des notes circonstanciées, du complément du projet d'accompagnement individualisé et du rapport final.

En externe, ils travaillent en réseau avec les partenaires concernés par les situations familiales dont ils ont la charge. Cette coordination se fait dans le respect du secret professionnel missionnel et du secret professionnel partagé. Ils assistent aux entretiens organisés par le mandant administratif ainsi qu'aux audiences du Juge des Enfants.

La direction peut leur confier une délégation de représentation du service.

Les compétences requises pour ces personnels sont les suivantes :

- Capacité à aller au contact, à entrer en relation avec une famille, un enfant, un adolescent, un jeune majeur (par le biais de différents supports), d'autres professionnels.
- Capacité d'adaptation aux situations nouvelles, de mise en place de moyens adaptés.
- Capacité à se situer en tiers dans la problématique familiale.
- Capacité à tenter de faire émerger les compétences des familles.
- Capacité à s'inscrire dans une dynamique d'analyse pluridisciplinaire (mise en mots et en questionnement de sa pratique) et à s'approprier les propositions en émanant.
- Capacité à faire appel, de façon complémentaire, à d'autres compétences internes (chef de service, psychiatre, psychologue, éducateurs spécialisés équipe mobile) et externes. Et par là même, capacité à travailler en transversalité, en circularité.
- Capacité à recourir à des moyens spécifiques et/ou originaux (innover, créer).
- Appétence à s'informer et se former.

ANNEXE N° 17

FICHE DE POSTE – PROJET DE SERVICE CENTRE A.E.M.O. NOVEMBRE 2009

▪ LES TRAVAILLEURS SOCIAUX DE L'EQUIPE MOBILE EDUCATIVE

Ces travailleurs sociaux sont des **éducateurs spécialisés**, diplômés d'état.

➔ LEUR MISSION PREMIERE ET PRIORITAIRE :

Mise à disposition au sein du service de placement familial de l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E.) et des Maisons d'Enfants à Caractère Social (M.E.C.S.) du département du Cantal dans le cadre de projets d'accompagnement personnalisé, provisoirement renforcés afin de faire face à des situations de jeunes de 0 à 18 ans en état de pré-crise ou de post-crise.

Ces professionnels travaillent en lien étroit avec les équipes des institutions concernées ainsi qu'avec l'équipe mobile soignante rattachée au pôle de pédopsychiatrie du centre hospitalier d'Aurillac.

Conditions d'intervention :

- Convention de mise à disposition + fiche de liaison envoyées par les M.E.C.S. ou l'A.S.E. au service A.E.M.O. (et en parallèle au pôle de pédopsychiatrie). Ils sont sous la responsabilité et l'autorité fonctionnelles des cadres de direction des institutions dans lesquelles ils sont en mission.
- Modulation du temps de travail sur des temps de journées, de soirées, de week-ends, de transferts.
- Utilisation des moyens des M.E.C.S. ou de l'A.S.E. (véhicules de service, matériel divers, argent pour activités...).
- Réunion dans les institutions concernées, avec l'équipe mobile soignante, 15 jours après le début de chaque mise à disposition dans le cadre d'une évaluation du projet d'accompagnement personnalisé.
- Réunion semestrielle du comité de pilotage du dispositif départemental « équipes mobiles ».

Compétences requises :

- Motivation et aptitudes à s'engager dans une telle démarche professionnelle.
- Capacités d'adaptation à différents contextes institutionnels, qu'ils soient éducatifs ou thérapeutiques.
- ²²²²²Capacités de mise en relation avec des jeunes en difficultés, puisqu'en situation de pré-crise ou post-crise.
- Compétences en termes de techniques éducatives, supports et médiateurs dans la relation éducateur/jeunes.

En dehors de ces temps de mise à disposition, ces personnels interviennent au sein du service A.E.M.O.

➔ **AU SEIN DU SERVICE A.E.M.O.**

Ils sont placés sous l'autorité de la direction du service.

Chaque éducateur est rattaché à une équipe d'Aurillac. Ils peuvent être amenés à apporter un soutien ponctuel aux équipes des deux antennes de Saint-Flour et Saignes.

Ils ne peuvent être référents de mesures A.E.M.O. ou A.E.D.

Leurs actions éducatives s'inscrivent dans une dimension transversale, complémentaire du travail de référence et des compétences médico-psychologiques. Elles peuvent prendre **trois formes** :

- **Co-intervention** en lien avec les travailleurs sociaux référents de mesures au sein de leur équipe de rattachement. Il s'agit alors d'un suivi centré sur un jeune, l'un des parents ou les deux parents et ciblé sur un objectif précis, limité, mis en évidence dans le mandat et/ou lors d'une évaluation pluridisciplinaire. La responsabilité générale de la mesure et l'action globale restent les prérogatives du référent. L'éducateur spécialisé peut alors participer à la rédaction des écrits (co-signature avec le référent) ainsi qu'aux entretiens A.S.E. ou aux audiences du tribunal pour enfants.
- Mise en place d'**ateliers inter-équipes** (élaboration de projets d'ateliers – inscription des séances dans une régularité et de la durée) à partir de supports, en direction de jeunes ou d'adultes. La participation de ceux-ci à ces ateliers est validée en réunion d'équipe pluridisciplinaire en fonction des projets d'accompagnement individualisé. Un écrit d'observation et d'évaluation est réalisé à l'occasion des réunions d'évaluation.
- Mise en place d'**activités inter-équipes** sur des temps extrascolaires (mercredi après-midi, vacances). Ces activités, ponctuelles et spontanées sont réalisées autour de différents supports.