



EHESP

**Directeur d'Établissement Sanitaire,
Social et Médico-Social**

Promotion : **2013-2014**

Date du Jury : **Décembre 2014**

**Un dispositif d'accueil diversifié à
destination des jeunes à difficultés
multiples placés à l'Aide Sociale à
l'Enfance :
La maison d'enfants à caractère social
F. Constant**

Nadine Audubert

R e m e r c i e m e n t s

Je remercie Monsieur de Barbeyrac, Directeur de la maison d'enfants à caractère social F. Constant, qui m'a accueillie durant le stage de professionnalisation de huit mois et qui m'a accordé sa confiance. Par ailleurs, je remercie tous les professionnels de cet établissement qui m'ont permis d'atteindre tous mes objectifs, dans un climat serein de confiance mutuelle et de disponibilité.

Je remercie également Madame Bahier C., Directrice Adjointe de la Direction de la Protection Enfance et Famille de la Gironde pour son attention, sa confiance et sa coopération, ainsi que ses proches collaborateurs et Madame Calmejane MP., Cadre Technique du Pôle Missions Spécifiques pour les nombreux échanges et sa contribution dans le recueil des données biographiques, ce qui m'a permis d'enrichir le contenu des monographies.

Je remercie Madame Gouttenoire A., Professeur à la Faculté de droit et science politique de Bordeaux, Directrice du CERFAP et de l'Institut des mineurs et Présidente de l'Observatoire Départemental de la Protection de l'enfance pour la qualité des enseignements reçus dans le cadre du Diplôme Universitaire « Protection de l'Enfance ».

Je remercie Madame Manto-Lebas A., Conseillère en Parcours de Formation pour son attention et ses conseils.

Je remercie l'ensemble des professionnels auditionnés dans le cadre de tous les entretiens de ce travail de recherche, pour leur disponibilité, leur participation et leur confiance.

Je remercie madame Cosson ME., Sociologue, Responsable du Dispositif Mémoires à l'EHESP, pour son accompagnement méthodologique.

Je remercie tous les intervenants ayant participé au groupe de travail du projet du nouveau dispositif de la MECS de Libourne pour leur engagement et leur participation émaillée de conseils.

Je remercie enfin les adolescents et leur famille, ayant accepté de me rencontrer et de partager avec moi leur histoire, leurs difficultés et leurs attentes.

Sommaire

Introduction	1
Article I. Des limites institutionnelles dans l'accompagnement de jeunes dits « à difficultés multiples » dans les dispositifs actuellement proposés par la Protection de l'Enfance	7
Section 1.01 La MECS de Libourne : un établissement confronté à ces limites	7
(a) Un établissement public autonome chargé de missions de protection de l'enfance.....	7
(b) La prise de conscience de difficultés.....	9
(c) Des droits et des devoirs pour les usagers : le mineur et sa famille	13
Section 1.02 Des difficultés communes dans le département de la Gironde et au sein de la région Aquitaine	16
(a) La prise en compte des difficultés par la Direction de la Protection Enfance et Famille de la Gironde	16
(b) Le schéma départemental et sa déclinaison opérationnelle	17
(c) Le SROMS Aquitaine 2012- 2016 et le repérage de difficultés au sein du secteur médico-social.....	19
Section 1.03 Un domaine de l'action sociale en voie de mutation	20
(d) L'émergence de ces jeunes dans le champ social	20
(e) Une spécificité française dans l'organisation du secteur social	22
(f) Une coordination des acteurs insuffisante.....	23
Article II. Des limites dans l'accompagnement en lien avec les besoins des jeunes pris en charge au sein de la MECS de Libourne dans le département de la Gironde	27
Section 2.01 Les contextes de la socialisation	27
(a) La Théorie de l'attachement selon Bowlby.....	27
(b) Construction sociale et filiation des enfants : des mécanismes mis en échec	28
(c) Une désaffiliation source de difficulté d'intégration et d'accompagnement.....	30
Section 2.02 Les jeunes à « difficultés multiples » accueillis au sein de la MECS de Libourne en Gironde	31
(a) Une situation familiale et sociale source de vulnérabilité.....	32
(b) Les causes de difficultés multiples d'origine institutionnelle	33
(c) Les causes de difficultés multiples d'origine individuelle	35
Section 2.03 Un parcours à comprendre pour des modalités d'un accompagnement innovant	37
(a) Des parcours conduisant vers un questionnement des professionnels	37
(b) Un appui sur d'autres expériences françaises: penser un autrement possible	40
(c) Des projets en cours initiés à la demande de la DPEF de la Gironde	43

Article III. Une réponse à ces besoins : l'émergence de nouveaux accompagnements à la MECS de Libourne.....	47
Section 3.01 Un nouveau projet	47
(a) Une lettre d'orientation de la DPEF	47
(b) Les enjeux liés à la création de ce nouveau dispositif	48
(c) L'acteur principal du management stratégique de l'établissement au sein du territoire : le directeur.....	49
Section 3.02 La construction de l'avant-projet	51
(a) Des partenariats initiés depuis la fin 2013	52
(b) La méthodologie de projet.....	54
(c) Les modalités d'accueil et d'accompagnement éducatif : l'avant-projet émanant du groupe de travail et validé en comité de pilotage.....	57
Section 3.03 Les principaux axes managériaux.....	59
(a) La gestion des ressources humaines	59
(b) La gestion du patrimoine et le budget prévisionnel.....	61
(c) Des parcours de jeunes à inscrire dans un partenariat.....	62
Conclusion	63
Sources et bibliographie	65
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AED : Action Educative à Domicile
AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert
AMP : Auxiliaire Médico-Psychologique
ARS : Agence Régionale de Santé
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CDA : Commission des Droits et de l'Autonomie
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes handicapées
CDEF : Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille
CG : Conseil Général
CRI : Conseil de Réflexion Institutionnelle
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CVS : Conseil de la Vie Sociale
DADTS : Direction des Actions Territorialisées et du Développement Social
DT 33 : délégation territoriale de l'ARS Aquitaine, département de la Gironde
DAS : Direction des Actions de Santé
DPEF : Direction de la Protection Enfance et Famille
EMS : Etablissement Médico-Social
EN : Education nationale
ESMS : Etablissement Social et Médico-Social
EPE : Equipe Pluridisciplinaire d'Evaluation
IME : Institut Médico-Educatif
ITEP : Institut Thérapeutique Educatif Pédagogique
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social
ODED : Observatoire Départemental de l'Enfance en Danger
ONED : Observatoire national de l'Enfance en Danger
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
SROMS : Schéma Régional de l'Organisation Médicosociale

Introduction

Bastien, âgé aujourd'hui de quinze ans, est hospitalisé à temps complet sur une unité de pédopsychiatrie depuis l'âge de treize ans et demi. Bastien va vivre de nombreux placements en établissements de l'aide sociale à l'Enfance (ASE), famille d'accueil et Institut Thérapeutique Educatif Pédagogique (ITEP), ainsi qu'une mesure d'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO)¹.

Dès l'âge de quatre ans et jusqu'à l'âge de dix ans, trois ruptures d'accueil familial pour violence et douze recherches infructueuses d'accueil vont le conduire vers une première hospitalisation en service de pédopsychiatrie. Suite à celle-ci, il est admis dans un ITEP. Il présente des troubles du comportement tels, que cette structure arrête sa prise en charge et qu'aucun autre établissement médicosocial ne veut le recevoir. Sans suivi médico-social, évoluant dans un registre psychotique avec beaucoup d'agressivité, il est à nouveau hospitalisé en psychiatrie à temps plein, après un passage à l'acte très violent. Le service qui l'accueille depuis maintenant deux ans, recherche, compte tenu de la détérioration de ses capacités cognitives, un institut médico éducatif (IME), sans succès. La Maison d'Enfant à Caractère Social (MECS) de Libourne, établissement assurant les missions de la protection de l'enfance, « *aurait pu être potentiellement sollicitée pour cet accueil* »². Elle n'aurait pas pu répondre favorablement à cette demande (malgré des attentes du service de psychiatrie infanto-juvénile), compte tenu des conditions d'accueil traditionnelles et l'insuffisance de partenariat avec le sanitaire.

Cette situation est révélatrice de difficultés dans le département de la Gironde et au niveau de la MECS concernant la prise en charge conjointe des enfants et adolescents par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), les établissements médico-sociaux (EMS) et le secteur sanitaire. Des cloisonnements réciproques expliquent partiellement cette situation. Ces jeunes à difficultés multiples sont pris dans des organisations pour lesquelles le constat de certains dysfonctionnements est partagé, mais aussi pour lesquelles des solutions innovantes et souples sont difficiles à mettre en œuvre. La notion de parcours du jeune trouve ici tout son sens, dans un système devenu complexe, avec des problématiques de santé et de handicap qui se rajoutent à celles de la protection de l'enfance. La multiplication devenue nécessaire des différents acteurs concernés par ce

¹ Mise en œuvre par des services éducatifs à la demande : soit de l'autorité administrative (le président du Conseil Général par l'intermédiaire de son service de l'Aide Sociale à l'Enfance), soit de l'autorité judiciaire (le Juge des Enfants). Créée par l'ordonnance du 23 décembre 1958, la mesure judiciaire est une des mesures d'assistance éducative dont dispose le juge des enfants. Elle est ordonnée par ce dernier en application de l'article 375 du code civil quand il souhaite maintenir l'enfant dans son milieu familial.

² Entretien avec le responsable de pôle de la psychiatrie, chef de service de pédopsychiatrie où est hospitalisé Benjamin

public doit conduire vers une meilleure planification des interventions dans le souci permanent d'un accompagnement personnalisé et global, tant par le secteur social, médico-social que sanitaire. Ainsi les parcours de ces jeunes sont intimement liés à la coordination des différents acteurs de tout domaine, y compris l'Education Nationale, le milieu associatif et culturel.

Le département de la Gironde compte 1 464 088 habitants³, pour 542 communes et 63 cantons. La ville de Bordeaux est le chef-lieu du département et c'est là que se situe le Conseil Général (CG). L'organisation départementale détermine le dispositif de l'ASE. Le président du CG est le chef de file de la Protection de l'Enfance. Un directeur général impulse les actions au sein de la direction de la Protection Enfance et Famille (DPEF). Le CG de la Gironde dispose de plusieurs directions dédiées⁴ et services pour remplir les missions de protection de l'enfance. Parmi les établissements chargés de ces missions, la maison d'enfants à caractère social⁵ de Libourne est un établissement d'accueil et d'hébergement situé à une trentaine de kilomètres de Bordeaux, dans un territoire semi urbain.

Le schéma départemental de la Prévention et de la Protection de l'Enfance de la Gironde détermine la politique du CG et des acteurs du champ de la Protection de l'Enfance pour cinq ans (2012-2016). A la lecture de ce schéma, nous constatons que de nombreux acteurs du territoire ont partagé un même diagnostic et une même analyse. Ils mettent en évidence des situations de prises en charges trop tardives, parfois inadaptées pour des enfants ou adolescents relevant du secteur médico-social ou présentant des troubles avec une nécessité de soins psychiques, avec une partie de ces enfants confiés à l'ASE. Ainsi sont repérées une augmentation des problèmes d'orientation vers la structure médico-sociale la plus pertinente, une augmentation des difficultés pour garantir la protection d'enfants souffrant de troubles psychiques, voir psychiatriques et une entrave au maintien d'un cadre institutionnel protecteur à destination des groupes accueillis dans les établissements de l'ASE.

Un des enjeux pour la protection de l'enfance est d'identifier les difficultés rencontrées dans l'accueil de ces jeunes, tant sur le plan institutionnel qu'au niveau du profil de cette population. L'analyse des ressources et des limites de la coordination, les particularités des besoins et des parcours de ces jeunes s'avèrent nécessaire. L'objectif est, pour les professionnels de la protection de l'enfance, de s'inscrire comme des acteurs

³ Source INSEE au 1^{er} janvier 2012

⁴ Cf. annexe 3 : Le dispositif girondin de la protection de l'enfance. Schéma départemental de la protection de l'enfance 2012-2013

⁵ Cf. annexe 5: MECS et Foyer de l'enfance

incontournables sur le territoire, afin de proposer un projet personnalisé adapté, complet pour chaque jeune.

Il apparaît important de repérer dans le parcours de ces jeunes à difficultés multiples les facteurs de mise en échec des différents accompagnements. L'analyse des pratiques professionnelles au sein de la MECS de Libourne va permettre d'identifier les difficultés et contraintes conduisant à la marge des dispositifs ces jeunes. Des situations de professionnels en situation de stress apparaissent. Ainsi se pose la question d'une réponse institutionnelle en adéquation avec ces nouveaux besoins, à partir de pratiques d'accueil innovantes ou du moins permettant une réponse plus adaptée.

C'est dans ce nouveau cadre de la mise en œuvre d'une politique publique départementale orientée vers ce public de jeunes, que s'inscrit la MECS François Constant de Libourne. Elle est située sur la Rive droite de Bordeaux. C'est un établissement public autonome départemental, spécialisé dans l'accueil temporaire de mineurs pour des séjours à durée variable. Elle accueille des jeunes pour lesquels les familles sont en difficulté provisoire ou durable (violence familiale, difficultés psychologiques ou psychiatriques des parents, addictions, carences éducatives, mineurs isolés étrangers). Les enfants et adolescents sont confiés à l'établissement par le Service de l'ASE, sur décision du juge des enfants, ou de la famille. Elle fonctionne sur la totalité de l'année sans période de fermeture.

La MECS présente des atouts pour être un acteur important de cette politique départementale, mais se heurte à des contraintes d'accueil et de pratiques professionnelles qu'elle doit interpeller pour initier une mutation vers des modalités d'accueil nouvelles. Ces jeunes ne trouvent pas actuellement un dispositif adapté à leur spécificité sur le territoire du libournais. Ainsi nous pouvons formuler la problématique suivante :

Pourquoi certains publics de jeunes ne semblent-ils pas trouver d'accompagnement satisfaisant dans les dispositifs actuellement proposés par la Protection de l'Enfance ?

Cette étude s'inscrit dans une double approche, d'une part institutionnelle afin de repérer les difficultés et les dysfonctionnements au sein d'une maison d'enfants à caractère social, d'autre part dans une approche individuelle pour mieux comprendre qui sont ces jeunes qui induisent des débordements aux niveaux des services de l'ASE et quels sont leurs parcours.

Afin d'analyser les problématiques au sein de la MECS, des entretiens⁶ sont conduits auprès de professionnels⁷ de la protection de l'enfance, de la Direction de la

⁶ Cf. annexe 8: Guides d'entretien pour ces professionnels

Protection Enfance et Famille du département, du secteur médico-social, de l'Agence Régionale de Santé Aquitaine (Délégation Territoriale 33), de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) de la Gironde et du secteur sanitaire (pédopsychiatrie du centre hospitalier de Libourne et de Charles Perrons à Bordeaux). Deux interviews sont menées auprès de deux directeurs de MECS ayant entamé ou terminé une création de structure ou de dispositif répondant aux besoins de ces populations de jeunes.

Un repérage au sein de la population accueillie par la MECS a permis d'identifier les jeunes sur les quatre dernières années ayant confronté les professionnels à des difficultés d'accompagnement. Seize situations sont extraites et analysées. Selon les professionnels, ces jeunes retenus pourraient relever du statut de jeunes à difficultés multiples.

Enfin, une analyse détaillée de parcours de six jeunes relevant des services ASE du département qualifiés de difficiles, sans solution d'accueil adapté, complète cette étude. Ils sont susceptibles d'être accueillis par la MECS de Libourne. Les jeunes concernés sont âgés au minimum de neuf à dix ans et au maximum de quinze à seize ans.

Les professionnels de terrain, les inspecteurs de la protection de l'enfance, les pédopsychiatres, et les responsables de la DPEF ont pu identifier des critères dans chaque situation.

Ils relèvent du placement, le contexte du premier signalement, les placements multiples, répétés, avec des échecs, le type de placement, l'âge de la première mesure ASE, la durée de la prise en charge. D'autres critères sont centrés sur l'aspect psychique et le comportement du jeune (fugue, violence), les manifestations ayant conduit à la rupture des accompagnements, les orientations MDPH (en cours, abouties, échec), la présence d'hospitalisation, de consultation d'un professionnel de la santé mentale, un rejet familial, des ruptures de scolarité (exclusion, troubles du comportement, troubles des apprentissages...). Enfin sont mis en évidence des critères relevant de l'absence de réponse institutionnelle. Sont aussi repérés, la présence ou non des ressources des parents et de l'adolescent, un parcours de vie traumatique avec des situations de souffrance et de maltraitance (violences sexuelles, des troubles psychiatriques des parents), une accumulation de plusieurs domaines de difficultés et le lieu de vie actuel (famille d'accueil, MECS, établissement médico-social, foyer de l'enfance, hôpital psychiatrique).

Le recueil de données à partir des dossiers de la MECS montre que peu d'informations sont disponibles (pas ou peu d'éléments biographiques). Les éléments biographiques les plus nombreux sont recueillis auprès de la DPEF qui conserve les dossiers des jeunes et

⁷ Cf. annexe 9: liste et qualité des professionnels interviewés

auprès des services du juge des enfants. L'observation des parcours de vie conduite pour cette étude s'appuie sur un recueil rétrospectif des éléments biographiques (familiaux, sociaux, scolaires, institutionnels) afin d'avoir une meilleure compréhension de l'ensemble des événements qui ont émaillé le parcours, mettant en évidence les continuités et les ruptures. Les entretiens avec les professionnels ayant connus ces situations permettent de saisir à travers leur discours, leurs représentations⁸ sur ces parcours et l'analyse qu'ils en font.

Cette méthodologie permet de se référer à des situations individuelles et non pas de se centrer sur des problématiques des institutions ou de secteurs d'activité. Les recueils sont anonymes, et les entretiens avec l'ensemble des acteurs sont enregistrés et retranscrits dans leur totalité.

La recherche documentaire met en évidence des interrogations sur les pratiques des établissements, les tentatives plus ou moins abouties de coordination, d'innovations dans les modalités d'accueil. Cependant ces expérimentations ne parviennent pas à répondre totalement à ces problématiques récurrentes. Nous verrons que les constats sont unanimes à ce jour et les analyses partagées.

Nous aborderons dans un premier temps, les limites institutionnelles rencontrées dans l'accompagnement des jeunes dits à difficultés multiples dans les dispositifs actuellement proposés par la protection de l'enfance. Ces limites sont liées à divers facteurs et concernent l'ensemble des acteurs qui gravitent autour du jeune (Article I). Dans une deuxième partie, nous analyserons les difficultés en lien avec les besoins des jeunes pris en charge au sein de la MECS de Libourne en Gironde. Cette analyse des monographies permet de mieux cerner les réelles difficultés de ces jeunes et celles qui sont rencontrées par les professionnels (Article II). Enfin dans une troisième partie, nous déclinons une proposition de réponse par l'émergence de nouveaux accompagnements au sein de la MECS de Libourne. Ces modalités nouvelles pour la MECS sont liées aux besoins et à l'analyse des difficultés rencontrées sur le terrain (Article III).

⁸ Guide d'entretien, portant sur leurs représentations des jeunes : quatre grands thèmes : les troubles présentés par le jeune, l'environnement familial, la mesure éducative et l'accompagnement mis en œuvre, leur analyse des causes de l'échec des prises en charge.

Article I. Des limites institutionnelles dans l'accompagnement de jeunes dits « à difficultés multiples » dans les dispositifs actuellement proposés par la Protection de l'Enfance

Des jeunes avec des besoins particuliers ou spécifiques interpellent les différents partenaires concernés par leur accompagnement social, médico-social et sanitaire, et plus particulièrement les structures chargées des missions de protection de l'enfance.

L'étude de la situation et de son étendue permet de la caractériser, d'identifier les problèmes et les besoins associés. L'analyse permet d'en apprécier les enjeux, en évaluant les points forts, les points faibles et en recherchant les causes. La MECS de Libourne est un des acteurs de cette nouvelle politique de la protection de l'enfance sur le département confronté aux limites des accompagnements actuels (section 1.01). Elle s'inscrit dans une problématique plus globale au niveau du département et de la région Aquitaine (section 1.02). Ces difficultés résultent d'une évolution dans le secteur social, liées à un cloisonnement entre les domaines sociaux, médico-sociaux et sanitaires et à une coordination peu efficace, qui majore les difficultés des établissements et induit des questionnements (section 1.03)

Section 1.01 La MECS de Libourne : un établissement confronté à ces limites

(a) Un établissement public autonome chargé de missions de protection de l'enfance

La protection de l'enfance a pour base réglementaire la loi 2007- 293 du 5 mars 2007⁹, loi réformant la protection de l'enfance, insérant dans le Code de l'Action Sociale et Familiale (CASF) un nouvel article.

« 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 les familles 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. »

⁹ Cf. annexe 1 : De nouvelles définitions issues de la loi

La protection de l'enfance, en France, se caractérise par un double système : La protection administrative ou sociale (Code de l'Action Sociale et des Familles) est placée sous l'autorité respective des départements (service de protection maternelle et infantile, service social départemental, service de l'aide sociale à l'enfance) et de l'Etat. Depuis les lois de décentralisation la compétence de la protection de l'enfance a été transférée aux présidents des Conseils Généraux (responsabilité des mineurs en risque de danger, en danger / en vacances d'autorité parentale). La protection judiciaire relève de la compétence des juges des enfants et du procureur (code Civil, Assistance éducative (AE)). Les mesures judiciaires sont mises en œuvre par l'intermédiaire du service de l'ASE.

Ces deux modes de protection sont intimement liés car le financement est assuré par le département pour l'ensemble des mesures. L'ASE a pour base réglementaire l'article L 221-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF). C'est un service obligatoire et confié au département. Il est chargé des missions d'aide, de soutien, de prévention et de protection à destination des enfants et des familles rencontrant des difficultés avec risque de mise en danger des enfants.

Les MECS participent à la protection administrative et judiciaire de l'enfance, et interviennent à la fois dans le domaine public mais aussi au sein de la sphère privée. Le cadre de leur intervention est rigoureusement défini, ce qui est à la fois une garantie pour les professionnels et les familles.

Cependant les MECS sont confrontées à une double approche, mettre en œuvre suffisamment de souplesse pour s'adapter aux situations familiales de manière individuelle, et assurer un accompagnement éducatif dans un collectif.

La MECS de Libourne accueille selon son habilitation, des mineurs au titre de la protection de l'enfance (article 375 du Code civil) et s'inscrit aujourd'hui, dans un contexte favorable à la prise en compte de cette population de jeunes à difficultés multiples. Cette structure a une capacité d'accueil de 48 places pour un effectif total dédié de 70 salariés. Elle comprend un Service d'Accompagnement à l'Insertion et à l'Autonomie, deux Points Rencontre(PR) et 4 internats sur des découpages de tranches d'âge, sur 3 sites différenciés:

- Un internat mixte « enfance » de 9 places pour des jeunes âgés de 4 à 10ans (taux d'occupation en 2012 de 72%)
- Un internat mixte « préadolescent » de 9 places pour des jeunes âgés de 10 à 14 ans (taux d'occupation en 2012 de 97.75%).
- Un internat « adolescent » fille de 9 places pour des jeunes filles âgées de 14 à 18 ans sur un site distant mais toujours sur la ville de Libourne (taux d'occupation en 2012 de 91%).

- Un internat adolescent garçons, le foyer Rolland, (intégré en 2012) de 8 places situé à Blaye (45minutes du site principal) (taux d'occupation en 2012 de 99.2%)
- Le Service d'Accompagnement à l'Insertion et à l'Autonomie (SAIA) est composé de 13 places d'accueil en studio en ville sur Libourne. Il est destiné à des jeunes majeurs jusqu'à 21 ans, avec un accueil possible pour des jeunes mineurs (taux d'occupation en 2012 de 95.2%).
- A cela s'ajoutent les deux Points Rencontre (PR), l'un situé sur Libourne et l'autre situé à saint André de Cubzac (à 45 minutes du site principal). Sur 2012, le taux d'activité est de 92.04%.

Les enfants actuellement accueillis répondent, pour une majorité, aux critères classiques des enfants accompagnés dans les MECS, mais certains posent des difficultés multiples. Ce sont des enfants qui ont des antécédents de plusieurs placements dans différents types d'établissements, avec des prises en charge parfois conjointes entre le secteur médico-social et la pédopsychiatrie, des jeunes en attente d'un placement dans le secteur médico-social (en attente de notification, notification en cours, refus des établissements). Les placements relèvent soit d'un accueil provisoire, soit d'une assistance éducative. Les enfants sont pour une grande partie scolarisés ou reçoivent une formation professionnelle à l'extérieur.

D'autres enfants, non scolarisés ou en attente d'une autre prise en charge, ou simplement en attente d'un quelque chose de l'ordre de l'autrement interpellent les professionnels. Certains enfants sont exclus de manière temporaire, soit de leur école, soit du centre de loisirs, pour troubles du comportement.

Les professionnels de la MECS recherchent des réponses en interne, comme l'ensemble des autres professionnels du département. Ils se heurtent aux limites de leur institution et des moyens qui y sont attribués. Ces situations se font plus fréquentes, provoquant une usure des équipes et une souffrance des jeunes, malgré une attention particulière du directeur à la qualité des projets éducatifs et au soutien des équipes.

(b) La prise de conscience de difficultés

L'accompagnement au sein de la MECS présente des limites perçues comme récentes par le directeur et l'ensemble des professionnels de cet établissement. Le constat montre une insuffisance ou un défaut de continuité dans les projets éducatifs et de soins successifs. Ils se construisent comme des réponses immédiates souvent en réaction aux comportements de l'adolescent et de sa famille. Des restructurations d'organisation de travail sont menées dans l'urgence pour tenter de proposer des solutions d'accueil dans un souci de qualité et d'efficacité et d'assurer l'ensemble des actes de la vie quotidienne.

De plus, une question devient aujourd'hui centrale au regard des symptômes présentés par les jeunes et de leur suivi médical, celle de la dispensation et de la surveillance des thérapeutiques médicamenteuses, de par l'absence de professionnels du soin. Dans les situations les plus critiques où la violence devient trop importante, des séjours de rupture sont organisés, soit pour éloigner les jeunes trop violents, soit pour les protéger de leurs pairs devenus maltraitants. Ces nombreux séjours de rupture ne permettent souvent qu'une mise entre parenthèse. Les locaux et matériels subissent des dégradations lors des passages à l'acte violents, ce qui représente des coûts financiers supplémentaires, une atteinte au lieu de vie des autres jeunes accueillis et au lieu de travail investi par les professionnels.

Les professionnels se disent questionnés dans leur identité. Diverses formes de stress psychologique sont identifiées, cela s'exprime par un « ras le bol », une expression de revendications, une insécurité face à ces jeunes devenus étrangers au regard des connaissances en travail social. Les équipes ressentent « *une solitude, ont le sentiment de n'être pas assez écoutés ou entendus* »¹⁰.

Des processus psychiques¹¹ sont à l'œuvre dans les établissements de la protection de l'enfance tout comme dans les services de psychiatrie. Ils transforment les personnes qui y exercent du fait de la rencontre avec les problématiques psychiques des enfants et de leurs familles. Les discours des professionnels sont ainsi porteurs de plaintes multiples tant sur leur appartenance à l'institution que sur le fait qu'ils ne soient pas reconnus, qu'ils soient ignorés et abandonnés. La frustration par rapport aux moyens engagés pour peu de résultats les abîme et induit un sentiment de culpabilité¹² face à une incapacité à faire autrement. Certains expriment des limites dans leurs connaissances et leurs compétences actuelles, se heurtant à des situations indéchiffrables compte tenu de leurs savoirs. « *Parfois un rejet inconscient des adultes*¹³ *percute ces jeunes qui ne répondent plus à leurs attentes et représentations* ».

L'institution, par ses acteurs, se trouve de plus en plus en difficulté pour assurer ses missions de protection, d'aide et de soutien éducatif face à ce public, mais aussi pour les autres jeunes. La capacité de restauration de certains professionnels ne peut plus permettre une reconstruction rapide et propice à un exercice professionnel sécurisé et valorisant. Ces distorsions dans la perception des professionnels qui expriment une méconnaissance des fonctions psychiques d'une institution, sont mises à mal par les

¹⁰ Les professionnels des structures ASE

¹¹ Batifoulier F. et Touya N., 2008, « Refonder les internats spécialisés : Pratiques innovantes en protection de l'enfance », Ed Dunod, 276 pages, p75

¹² Personnel éducatif de la MECS

¹³ Entretien avec le responsable de pôle de psychiatrie et chef de service de la pédopsychiatrie du centre hospitalier de Libourne

problématiques des enfants et de leur famille. Cette situation peut à terme représenter un risque de construction de mécanismes de défense rigides, éloignant les professionnels du contact et de l'écoute des jeunes et de leur famille.

Cette prise de conscience, dont la formulation est partagée par le directeur, est une première étape qui permet la reconnaissance et le décodage de ces problèmes de souffrance ou de stress des professionnels, permettant une inscription dans un travail de compréhension de ce qui est amené par les enfants ou les adolescents et leur famille.

Cependant, le directeur a pu identifier que certains professionnels, au-delà de cette « souffrance » première ont pu resserrer des liens entre eux, et explorer de nouvelles pratiques pour tenter, par la créativité, de dépasser ces sentiments d'impuissance et d'échec. Ce public nouveau par le nombre, la précocité des troubles et par les défis qu'il suscite permet l'éveil d'une attention particulière, vers de nouvelles dynamiques. De nouveaux savoir-faire, pour une population de jeunes très en souffrance, commencent à étayer une expertise qui peut à terme, devenir une ressource pour l'ensemble des acteurs de l'ASE. La structure doit s'adapter à l'enfant et non l'inverse ce qui oblige à une prise de conscience d'un « autrement possible » et à faire appel à d'autres partenaires.

L'institution, sous l'impulsion de son directeur et de l'équipe de direction, a entrepris depuis quelques mois, un travail sur des représentations communes¹⁴ pour soutenir les modèles identificatoires en construction, dans une élaboration consensuelle des postures et des choix éducatifs.

La fonction des interdits et des limites définit le périmètre de chacun, usagers, professionnels. Trois composantes sont attendues par les professionnels pour que l'ancrage éducatif soit suffisamment contenant et organisé, l'indication des limites, le rappel à la loi (le cadre) et le soutien de la différence générationnelle (non confusion des rôles et des places), permettant le maintien de l'identité professionnelle et de celle des usagers.

La réflexion institutionnelle autour du projet d'établissement, initiée fin 2013 par le directeur, montre un décalage par rapport à une population de jeunes en attente d'une prise en charge en secteur médico-social ou en psychiatrie, ou qui sont en grande difficulté psycho-sociale et à la marge des dispositifs classiques de la protection de l'enfance. Le cumul des troubles pour chacun de ces jeunes déstabilise le cadre proposé. Les professionnels mettent en avant les limites de leur organisation. Ce nouveau projet d'établissement a pour ambition de prendre en compte cette évolution à la fois des publics, mais aussi l'évolution des pratiques professionnelles et le décroisement au

¹⁴ Batifoulier F. et Touya N., 2008, « Refonder les internats spécialisés : Pratiques innovantes en protection de l'enfance », Ed Dunod, 276 pages, p78

sein même de l'organisation en services. Ces jeunes posent un problème devenu constant depuis des années, celui de leur prise en charge tant du côté de l'éducatif que du soin, et ce dans un contexte de fragmentation¹⁵ des parcours en protection de l'enfance.

Les professionnels admettent une méconnaissance partielle du parcours des jeunes, ce qui engendre une discontinuité des prises en charge.

Ces jeunes, en défaut de soin en psychiatrie ou en établissement médico-social, ont perdu leurs repères dans leur construction individuelle et dans le cadre proposé par l'institution assurant leur protection. Ils éveillent chez les adultes des attitudes d'incompréhension ou des sursauts de défis à relever avec les moyens existants.

D'autres constats au sein de la MECS montrent qu'il y a peu de continuité et de coordination dans les projets individualisés avec des réponses surtout en réaction aux troubles du comportement. Cela pose la question de l'impact de la loi 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Conformément à la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE), la loi a admis au cœur du dispositif l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, ainsi que le respect de ses droits. Un des grands objectifs de la loi du 5 mars 2007 est d'éviter les ruptures, d'assurer la cohérence et la continuité des actions menées auprès de l'enfant et de sa famille. Dans l'intérêt de l'enfant, le législateur a voulu que les modes de prise en charge soient diversifiés et personnalisés en fonction des besoins de l'enfant.

Les ruptures dans les prises en charge montrent qu'elles sont essentiellement liées dans un premier temps à la séparation de l'enfant d'avec sa famille et son environnement habituel lors de placements, puis aux changements de réponses institutionnelles et de professionnels. Ce qui fait violence chez l'enfant, c'est la manière dont se produit la rupture plus que la rupture en elle-même (pas ou peu d'information auprès de l'enfant, insécurité, instabilité, perte de repères dans l'environnement, multiplication des lieux de placement et des professionnels).

L'entrée dans le placement est suscitée par les situations de maltraitance et des liens pervertis dans la famille. Des situations extrêmes viennent provoquer une distorsion des liens d'attachement, et de la violence. Nous les analysons à partir des recherches sur l'attachement initiées par J Bowlby en 1951 sur la perception des effets négatifs de la séparation.

Une autre cause de dyscontinuité est liée aux prises en charge de la pédopsychiatrie à l'adolescence. Ces interventions sont souvent mises en question à cause de la limite de l'âge de 16 ans. Des secteurs de pédopsychiatrie ont fait le choix de suivre ces jeunes

¹⁵ Drieu D., Eeckeman E., Plagès M., 2013, « Les jeunes incasables en protection de l'enfance: l'impensé du genre dans les troubles et prises en charge » *Interações* no. 25, pp. 27-51, p31

jusqu'à 18 ans et six mois lors d'hospitalisation, et plus pour les consultations, y compris des jeunes adultes de moins de 21 ans (secteur de pédopsychiatrie du Libournais en Gironde).

La perception des difficultés rencontrées permet par ailleurs de repositionner l'enfant et sa famille au regard des droits et des devoirs de chacun, destinés à proposer un espace protecteur à l'enfant.

(c) Des droits et des devoirs pour les usagers : le mineur et sa famille

A partir de la moitié des années 70, commence un mouvement de désinstitutionalisation dans le domaine de la protection de l'enfance, avec des interventions des professionnels en direction des familles. L'objectif est de les soutenir et les aider pour maintenir les liens parents-enfants, en remplacement d'actions éducatives dans un milieu protégé, ce qui a permis des interventions complémentaires en milieu ouvert versus milieu fermé¹⁶.

Cette période est une période charnière car elle marque une mutation dans la protection de l'enfance. Avant ces années 70, les objectifs de la protection de l'enfance se centrent sur la séparation de l'enfant de sa famille afin que l'éducation se déroule en milieu protégé. Après les années 70, le maintien du lien devient central et les alternatives au placement sont recherchées et développées, afin de maintenir l'enfant dans son milieu social et familial. L'ouverture de la protection de l'enfance vers l'extérieur, la reconnaissance de la place, des droits et des devoirs des parents et des jeunes, comme des partenaires d'interventions sociales, se formalisent jusqu'aux années 2000 où les droits des usagers s'affirment plus précisément.

La notion d'utilisateur a été consacrée par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale pour l'ensemble du secteur social et médico-social, afin de rassurer les bénéficiaires de l'action sociale dans la reconnaissance de leurs droits. L'utilisateur est rendu acteur des actions qui lui sont proposées, conduisant les professionnels dans une recherche continue d'amélioration de la qualité. Cette notion d'utilisateur pose la question de savoir qui, des parents ou de l'enfant, est réellement l'utilisateur. Cette notion apparaît dans le secteur social en même temps que la revendication de la reconnaissance des droits.

Cette loi garantit les droits des usagers et la promotion de l'innovation sociale et médico-sociale. Elle permet au secteur social d'appréhender la notion de relation contractuelle entre l'utilisateur et l'établissement chargé de sa prise en charge. Ce rapport apparaît plus complexe qu'avec les autres établissements de soin ou médico-sociaux. La notion de contractualisation est fragmentaire, car l'exercice du droit de l'utilisateur est limité, soit par la décision du juge des enfants, même si celui-ci recherche l'accord des parents, soit par

¹⁶ Batifoulier F. et Touya N., 2008, « Refonder les internats spécialisés : Pratiques innovantes en protection de l'enfance », Ed Dunod, 276 pages , pp.64-65

l'accueil provisoire pour lesquels les parents adhèrent bien souvent « sous la pression », au nom de l'intérêt de l'enfant.

Une souffrance des parents est généralement repérée. Cela interroge sur la difficulté à occuper la place de parents, une place difficile à trouver dans le dispositif de la protection de l'enfance. Le droit français ne reconnaît pas comme sujet de droit la famille, mais identifie les détenteurs de l'autorité parentale. Le Code de l'Action Sociale et de la Famille¹⁷ accorde ainsi un droit d'information et à l'accompagnement et prévoit la mise en place d'outils, avec une application des droits des usagers au sens de la loi du 2 janvier 2002-2.

Lorsque l'enfant est confié à un tiers, l'autorité parentale (art 373-4 et art.375-7 du Code civil) continue d'être exercée par les père et mère « ...d'en conserver tous les attributs qui ne sont pas inconciliables avec la mesure de placement » (art.375-7 du Code civil). L'autorité parentale est accordée aux parents dans le respect dû à l'enfant. Toutefois, la personne à qui l'enfant est confié, accomplit tous les actes usuels relatifs à sa surveillance et à son éducation (Article 373-4 alinéa 1 du code civil). Les parents conservent intégralement l'exercice de cette autorité parentale dans le cadre d'un accueil provisoire, et l'ensemble des attributs dans les mesures d'assistance éducative s'ils ne sont pas incompatibles avec la mesure.

Les parents et leurs enfants participent activement au travail éducatif tout en conservant leur autorité parentale. La protection de l'enfant implique une réhabilitation des parents dans leur rôle et leurs responsabilités, amenant les établissements à innover en matière de cadre éducatif ajusté aux problèmes de l'enfant et de sa famille et en évitant le cloisonnement entre tous les acteurs concernés. Le partenariat entre les parents et les professionnels s'avère incontournable. Le directeur de la MECS a initié une réflexion institutionnelle concernant la place des parents dans le lien « professionnel-enfant-parent ». Il est devenu nécessaire de passer de la représentation « du mauvais parent », dont il fallait séparer l'enfant, à un partenariat pour la réussite des projets entrepris. Les analyses de pratiques et la réflexion pluridisciplinaire autour du projet de l'enfant et de sa famille sont des outils qui accompagnent la modification de la représentation concernant les parents. Les ressources parentales peuvent être mobilisées afin d'identifier leurs compétences. Le partenariat, renvoie chacun à une forme d'égalité, chaque personne étant à une place différente, pour faire ensemble dans l'intérêt de l'enfant. Cela implique une portée nouvelle de la parole, un engagement qui vaut pour chacun des acteurs. Il s'agit de reconnaître le parent et de le considérer. Certains blocages peuvent exister, et pour limiter les réticences parentales et favoriser la participation active à

¹⁷ CASF: le droit à l'information : Art L. 222-1 à 223-1 le droit à l'accompagnement : art. L.222-1, alinéas 2 et 3

l'accompagnement proposé, il est important de proposer des modalités de séparation acceptables pour les parents et pour l'enfant, conformes aux besoins de protection de l'enfant. Cela implique d'individualiser les modalités de mise en œuvre de la mesure de séparation. Les professionnels de la MECS restent vigilants pour préserver la place des parents, de la famille, dans l'intérêt de l'enfant et ainsi que les liens parents-enfants¹⁸. Il s'avère que cette démarche semble encore aujourd'hui difficile à conduire pour certains professionnels et que la recherche d'adhésion des parents soit encore l'objet de réticences en fonction des contextes. Ce projet centré sur la coparticipation des parents dans l'intérêt de l'enfant est un axe fort de cet établissement.

Se pose enfin la question de l'articulation difficile entre le projet de vie ou projet pour l'enfant (loi n° 2007- 293) et le projet personnalisé¹⁹ (loi de 2002-2).

Le projet de l'enfant²⁰, inscrit dans la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007, est un projet d'ensemble, centralisant toutes les actions que l'on va mener auprès de l'enfant et de sa famille. Il est signé par le président du Conseil Général (inspecteurs de l'ASE), les représentants légaux du mineur et le responsable de l'organisme ou de l'établissement chargé de la mise en œuvre des actions. C'est un projet élaboré rassemblant les parents, l'enfant ou l'adolescent et les professionnels afin de réfléchir et de cheminer ensemble²¹. L'application du projet de l'enfant doit contribuer à éviter les ruptures, ce qui ne semble pas probant dans les situations de ces jeunes à difficultés multiples. Etre clair et compréhensible pour permettre l'implication des différents acteurs est la clef pour éviter les conflits et les futures ruptures.

Le projet personnalisé concerne le quotidien de l'enfant au sein de l'établissement dans le cadre de son accueil ou de son suivi²². Il permet l'élaboration d'actions éducatives avec la collaboration de l'enfant et de sa famille le cas échéant, répondant aux besoins identifiés. Ce projet reste difficile à mettre en œuvre au sein de la MECS dans une collaboration respectueuse avec ce public mettant en difficulté les professionnels. La question de l'articulation entre ces documents reste majeure. Par ailleurs, la dématérialisation du projet personnalisé de l'enfant est en pleine expansion dans la MECS permettant de conduire une réflexion sur les contenus. Cette démarche se heurte encore à des résistances liées pour une part au passage à l'outil informatique et le sentiment de perte de contrôle des données papiers appelées à disparaître, et d'autre part à une difficulté du passage à l'écrit. Un accompagnement des professionnels est mis en place par les

¹⁸ CASF: le droit au maintien des liens familiaux, parents et fratrie: art L.222-5 et L.311_9, Code Civil art 371-5

¹⁹ CASF : le projet personnalisé : art L.31163

²⁰ CASF : le projet de l'enfant : art L.223-2

²¹ CASF : le recueil de l'avis de l'enfant : art L.222-4 et R. 223-9 -le consentement de la famille : art L.223-2

²² CASF : le droit à un suivi : art.L.222-4 et L.223-1

cadres socio-éducatifs, en collaboration avec une psychologue. Le directeur accompagne activement cette appropriation avec un objectif pour fin 2014, début 2015 de la disparition des dossiers papiers.

Section 1.02 Des difficultés communes dans le département de la Gironde et au sein de la région Aquitaine

(a) La prise en compte des difficultés par la Direction de la Protection Enfance et Famille de la Gironde

Cette dynamique de la MECS s'inscrit dans un contexte plus global, où se dessine une évolution du profil des jeunes qui percutent le cadre de la Protection de l'Enfance et posent des questions concernant des réponses à apporter.

Ces constats et diagnostics se décrivent à deux niveaux, la reconnaissance de la situation des jeunes dans le département et l'appréciation de l'efficacité de la pertinence institutionnelle, de la coordination des différents acteurs sur un territoire donné.

L'historique de la démarche montre une question récurrente depuis les années 70-80. Depuis deux à trois ans, sur le département, des jeunes posent des problèmes de plus en plus importants vis-à-vis des accompagnements proposés avec des manifestations de plus en plus bruyantes. Une gestion en interne par la DPEF et les structures a permis des ajustements ponctuels dans chaque MECS²³ mais avec des problématiques de prise en compte des besoins spécifiques de ces enfants. La multiplication de cas complexes, de sollicitations pour demande d'aide de la DPEF par des MECS qui ne peuvent plus faire face, a obligé celle-ci à rechercher de nouvelles modalités d'accueil et de suivi.

Les enjeux sont forts, devant être présentés en toute transparence aux professionnels. C'est une vraie préoccupation à prendre en compte, car il n'y a pas de structure sur le département s'adressant spécifiquement à ces jeunes. Ce constat d'impuissance impulse une nouvelle dynamique départementale, en recherchant à faire du sur-mesure, en admettant des ajustements permanents, sur des périodes plus ou moins longues et en tenant compte de l'expression du mal-être du jeune, pour une aide à sa reconstruction.

Ce projet départemental se construit avec les MECS volontaires. Le directeur, fort d'un choix stratégique de développer le rayonnement de la MECS sur le territoire du libournais et de son analyse du fonctionnement de l'établissement, valide la participation à ce projet. Un élargissement avec d'autres établissements sur du moyen terme est programmé en s'appuyant sur les expériences en cours. Cette réflexion d'ensemble sur trois MECS permet une démarche similaire vers des projets ayant des axes communs. C'est une

²³ Vingt et une MECS sur le département de la Gironde. Seule la MECS de Libourne est un établissement public autonome relevant de la fonction publique hospitalière.

opportunité pour envisager de nouvelles expériences et imaginer un accompagnement spécifique pour ces jeunes. Des moyens financiers sont développés sur certains de ces projets, à plusieurs endroits du département, et dans d'autres établissements il s'agit de redéployer des moyens existants par une réorientation de l'activité.

Le diagnostic ciblé sur le département, le territoire de santé et au sein de la MECS de Libourne porte sur la difficulté à proposer une offre personnalisée d'accompagnement à ces jeunes, et de coordonner les actions et les partenariats avec l'ensemble des acteurs concernés par ces suivis. Il s'apprécie au regard de deux éléments : d'une part, la connaissance de la situation des jeunes sur le département et au sein des MECS et la définition de leurs besoins, d'autre part l'appréciation de la pertinence, de l'efficacité, de l'état des relations de coopération entre tous les acteurs d'un territoire donné. Les difficultés repérées sont identifiées dans le schéma départemental et le SROMS qui déterminent la politique du Conseil Général en matière de protection de l'Enfance et les actions des autres partenaires du domaine sanitaire et médico-social:

(b) Le schéma départemental et sa déclinaison opérationnelle

Pour faire face aux situations complexes liées à ces jeunes et aux débordements des structures chargées des missions de l'Aide sociale à l'Enfance, le schéma départemental de Prévention et de Protection de l'Enfance de la Gironde reste la référence de l'action publique. Il vient d'être défini pour la période 2012-2016²⁴. Il détermine les orientations pour une durée de cinq ans dans le domaine des actions de l'aide sociale à l'enfance, de la jeunesse et de la famille. Il est validé par le président du conseil général et le préfet du département. La définition de ses principes directeurs, à partir d'une analyse conjointe de tous les acteurs, assure une cohérence à leur niveau, servant de référentiel de leurs actions. Les partenaires ayant participé à cette élaboration sont la Protection Judiciaire de la Jeunesse, l'Etat, les associations et les établissements publics. Ce schéma élaboré conjointement associe la MDPH²⁵ et l'Agence Régionale de santé (ARS)²⁶, aussi impliquées dans la politique de protection de l'enfance, en tant que partenaires indispensables dans le domaine de l'enfance handicapée.

Il met l'accent sur des entraves importantes au niveau du département dans l'offre d'accueil des jeunes dits « à difficultés multiples », depuis quelques années, avec une accentuation du phénomène. Diverses causes interagissent sur les chances des jeunes d'avoir rapidement une prise en charge sur le département qui réponde à leur problématique. En effet, au 15-04-2012, cent deux enfants titulaires d'une notification de la MDPH, accueillis par l'ASE en 2012²⁷ n'ont pas accès à un établissement médico-

²⁴ Obligation déterminée par la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé (art 2)

²⁵ Cf. annexe 6 : MDPH et cadre réglementaire relatif aux personnes handicapées

²⁶ Cf. annexe 7 : l'ARS et le Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale

²⁷ Observatoire Départemental de la Protection de l'enfance : Rapport annuel Décembre 2012 p151

social. D'autre part, cette problématique de prise en charge pour les enfants confiés à l'ASE, dans une structure complémentaire et adaptée à la situation du jeune mineur se pose également pour l'accès aux soins pédopsychiatriques. Cela induit de grandes difficultés d'accompagnement de ces jeunes pour l'ensemble des acteurs de la protection de l'enfance dans le département.

Afin de centraliser les situations et de mettre en lien les partenaires, une équipe dédiée, le Bureau des Accompagnements Spécifiques, a été créé au sein de la DPEF. Elle assure une vigilance vis-à-vis de ces dossiers d'enfants et adolescents. Cette équipe est une ressource incontournable pour la plupart des acteurs de terrain, tant par sa connaissance des établissements que par son expertise. Cependant un sentiment assez général émane des différents acteurs de la Protection de l'Enfance, de « laisser pour compte », pour ces enfants et adolescents.

Des instances ont été créées pour tenter de répondre aux problématiques de ces jeunes sur l'ensemble du département de la Gironde (accompagnement institutionnel). Cependant le constat montre que ces différentes instances ne remplissent pas pleinement leur mission initiale, voire sont parfois en concurrence. Ces instances sont aussi révélatrices des partenariats locaux et d'une certaine forme de cloisonnement.

L'ASE de la Gironde et la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ont mis en place la CSAI, Cellule de Suivi de l'Accueil Immédiat, qui regroupe des partenaires du médico-social, de la protection de l'enfance, du sanitaire, de la PJJ, autour de situations individuelles.

Un groupe de travail de la PJJ « Protéger pour éduquer » est institué avec des partenaires de la protection de l'enfance et de la santé mentale.

La MDPH de la Gironde a instauré les EPE, Equipes Pluridisciplinaires d'Evaluation spécifiques où siègent des représentants de l'ARS, de l'Education Nationale, de la MDPH et de la PJJ si besoin, avec la structure qui rencontre une situation lourde au regard de ses compétences et des structures susceptibles de prendre le relais.

Au sein de l'ARS, dans sa délégation territoriale de la Gironde un médecin inspecteur de l'ARS assure le traitement des situations individuelles, et a mis en place une « Commission des plaintes personnes handicapées » qui traite les signalements émanant des familles ou des professionnels d'établissements médico-sociaux pour trouver des solutions aux situations complexes, en lien avec la MDPH et les établissements. Exceptionnellement, l'ARS peut dégager des crédits non reconductibles sur une durée limitée pour renforcer l'accompagnement de jeunes particulièrement difficiles en établissement.

Dernièrement, en application de la circulaire N°DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure relative à la mise en prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes, une nouvelle instance a vu le jour, la Commission « des situations critiques », avec la première réunion en mars 2014. Sa mission est « d'identifier les situations de blocage et les modalités permettant d'aboutir à des réponses adaptées » A ce jour, les effets escomptés ne sont pas mesurables. Cette commission étudie les situations de personnes répondant à des critères de rupture de parcours ou d'absence de prise en charge, et la remise en question de leur sécurité. Elle s'inscrit dans un dispositif territorial départemental et est composée de la MDPH, de l'ARS, du Conseil général, de la CPAM et de certains partenaires en fonction des situations retenues (adultes et enfants).

Ces différents espaces de réflexion sur les situations de jeunes se superposent, même si nous rencontrons régulièrement certains professionnels dans les différentes instances. La coordination et les liens entre elles restent peu développés.

(c) Le SROMS Aquitaine 2012- 2016 et le repérage de difficultés au sein du secteur médico-social

Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Social (SROMS) « Aquitaine 2012-2016 »²⁸ a pour objet de prévoir et de susciter « les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux », établissements intervenant pour l'enfance inadaptée, pour les adultes handicapés, les structures médico-sociales intervenant dans le domaine des addictions, « afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico- sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie » (art. L.1434-12 du Code de la Santé Publique). Le SROSMS traduit concrètement la conception nouvelle et élargie de la santé à une prise en charge globale et non strictement limitée aux soins.

Le SROMS Aquitaine reprend différents constats et analyses qui sont complémentaires de ceux de la DPEF. Il met en évidence des difficultés malgré les instances créées pour tenter de répondre aux différentes populations de jeunes.

Selon le SROMS « Aquitaine 2012-2016 », le projet d'une réflexion au niveau de la région doit être mis en œuvre afin de s'assurer l'adéquation des agréments au regard des besoins du public reçu, en termes d'âge, de handicaps ou de troubles. Il s'agit de jeunes en difficultés extrêmes, sans solution car exclus de toutes les structures, jeunes cumulant des troubles psychiques lourds, de gros problèmes socio-familiaux, ayant parfois des comportements violents. La nécessité de réponses avec plusieurs intervenants (médico-

²⁸ « La loi HPST à l'hôpital, les clefs pour comprendre » ANAP (L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) Appui santé et médico-social, Ministère de la santé et des sports

social, ASE, PJJ et psychiatrie) est mentionnée. Il peut aussi y avoir des jeunes atteints de troubles du comportement nécessitant des réponses associant dans une approche pluridisciplinaire et d'inclusion scolaire, l'ensemble des partenaires. Ce public peut être confié à la protection de l'enfance.

Ce constat est renforcé par le médecin inspecteur de l'ARS chargé du secteur médico-social et social d'une partie du territoire qui reçoit de plus en plus de dossiers de réclamations. Il est aussi partagé par les directeurs²⁹ des établissements médico-sociaux qui se trouvent confrontés à des limites de prise en charge au sein de leurs établissements. Ils identifient des défauts de compétences au sein de leurs établissements et un cloisonnement entre les spécialités pouvant être mobilisées autour de l'enfant. Les modalités d'accompagnement classiques ne suffisent plus à faire face à ces nouveaux besoins. Le diagnostic d'une nécessité d'ouverture aux autres et de conception de solutions innovantes est une réalité dans leurs discours. Des limites d'accueil sont repérées au niveau de la continuité des accueils du fait de la fermeture de certains établissements les week-ends et durant les vacances scolaires.

La psychiatrie renforce ces analyses³⁰ et exprime son attente de propositions de partenariats et de complémentarité pour introduire des dispositifs souples et adaptables à l'état psychique du jeune afin d'offrir des réponses rapides et personnalisées.

Section 1.03 Un domaine de l'action sociale en voie de mutation

(d) L'émergence de ces jeunes dans le champ social

L'émergence de ces problématiques est datée par les professionnels de la protection de l'enfance, des secteurs médico-sociaux et sanitaires autour de quinze à vingt ans. Les problèmes sont récurrents depuis toutes ces années, tant au niveau du soin, qu'au niveau de l'éducatif.

Les représentations des adolescents dits "incasables" ont évolué à travers les décennies concernant l'aspect éducatif et du soin psychiatrique. Dans les années 50, ces jeunes étaient repérés dans les centres d'éducation surveillée. Puis des choix éducatifs émergent dans l'ordonnance de 1945 en lieu et place de la contrainte dans la protection de l'enfance en danger.

Le terme « incasable » est apparu dans les années 80. Il exprime un ensemble de difficultés qui interpellent le champ social par rapport aux « catégories dites déviantes ». Ce terme, « incasable », est peu respectueux des jeunes, associé parfois à « patate chaude ». Cette notion d'incasable renvoie aux cases dans lesquelles ces jeunes sont

²⁹ Entretiens avec les directeurs des établissements médico-sociaux du territoire

³⁰ Entretiens avec le responsable du pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Libourne et une pédopsychiatre de Charles Perrons, centre hospitalier régional de Bordeaux

sensés rentrer mais qui se heurtent aux limites des établissements et professionnels chargés de les accueillir.

Le rapport de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger en 2008³¹ identifie sept définitions des incasables selon les contextes. Nous en garderons cinq, car elles semblent pertinentes au regard de notre interrogation.

- Une première définition distingue « les incasables des institutions, hors des cases ». Le jeune n'a pas sa place dans l'institution quelle qu'elle soit, des lors qu'elle traite de problèmes particuliers, car il interpelle un ensemble d'institutions avec des missions différentes.
- Une deuxième définition repère « l'individu événement ». Il est celui qui crée un événement traumatique, ou du moins repéré comme tel, faisant rupture dans les pratiques habituelles, stigmatisant ainsi l'individu à travers cet événement.
- Une troisième définition décrit « l'individu en attente ». Il n'y a pas de réponse pour lui au niveau sanitaire, social ou médico-social, soit pour des problèmes de place, des problèmes d'évaluation, entraînant une mise en attente suite au constat d'impossibilité de prise en charge.
- Une quatrième définition parle de « l'enfant de la galère ». le jeune est considéré comme le résultat de la faillite des institutions, sociale, familiale, scolaire.
- Enfin, une cinquième définition parle du « sur casé ou l'incrusté de fait ». Il s'agit d'un jeune qui a trouvé une place à un moment donné, correspondant à ses difficultés, mais pour lequel les problématiques se modifient et remettent en cause la stratégie globale de l'établissement.

La recherche d'autres modalités de prises en charge pour tenter d'accueillir ces jeunes est initiée. Le langage professionnel se recentre vers les expressions « d'adolescents à difficultés multiples ou à besoins multiples » à la place du terme incasable. Cette entité « adolescents à difficultés multiples »³² est créée en réaction à la catégorie des « incasables ». Les modalités de leur accompagnement relèvent de plusieurs modes de prise en charge, mettant le plus souvent les équipes de professionnels en échec, de par un cadre de travail ne correspondant pas aux problématiques de ces jeunes.

Les situations « d'incapabilité³³ » questionnent les politiques territoriales à destination des jeunes au titre de la protection de l'enfance. L'histoire des secteurs sociaux, médico-

³¹ Bloch M.A., Hénaut L., 2014, Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Fondation Paul Benetot, Edition DUNOD, 309 pages pp.10-11

³² « Drieu D., Eeckeman E., Plagès M., 2013, « Les jeunes incasables en protection de l'enfance: l'impensé du genre dans les troubles et prises en charge » Interacções no. 25,pages. 27-51 pp. 29-35

³³ Barreyre J.Y., Fiacre P., Joseph V., Makdessi Y., rapport final Juillet 2008, « Une souffrance maltraitée - Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables » » Recherche réalisée pour L'Observatoire National de l'Enfance en Danger, le Conseil général du Val-de-Marne Et le Conseil général du Val d'Oise - - ,Cédias , Délégation ANCREAL Île-de-France

sociaux et sanitaires montre une évolution des cadres législatifs vers un cloisonnement, et aujourd'hui, vers une ouverture, plus propice à un partage, tant de culture professionnelle que de financements.

(e) Une spécificité française dans l'organisation du secteur social

L'histoire des institutions et des cadres législatifs met en exergue un cloisonnement des différents domaines d'activité avec une séparation des trois secteurs, sociaux, sanitaires et médico-sociaux propre à la France³⁴.

Cette séparation est devenue institutionnelle et juridique au début des années 70 avec la promulgation de différentes lois. La loi 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière a comme ambition de donner un cadre général à la politique de santé publique. Elle annonce pour les deux années à venir des dispositions spécifiques aux institutions sociales et médico-sociales.

Les lois de 75³⁵ produisent une rupture entre le domaine de la maladie et du soin, le domaine du handicap et de l'inadaptation. La loi 75-535 est considérée comme un acte fondateur de l'identité du secteur social et médico-social, défini comme une entité homogène soumise à des règles communes, avec une autonomie vis-à-vis de la législation sanitaire.

Entre 1982 et 1986, avec la décentralisation, la politique sociale devient territoriale et contractualisée et confirme un secteur sanitaire géré par l'Etat et un secteur social géré par les collectivités territoriales. La loi du 6 janvier 1986 définit la répartition des compétences entre l'Etat et les départements sur le champ social avec un éclatement de l'unicité de la loi de 75. Elle met en place des champs de compétences respectifs et conjoints et la répartition des pouvoirs en termes d'autorisation et de tarification. Un dispositif de planification apparaît avec la mise en œuvre d'un schéma départemental social et médico-social, retraçant la nature des besoins sociaux justifiant des interventions sous forme de création d'établissements ou de services. Des exigences nouvelles et fortes pèsent sur le secteur social et médico-social par la nécessité de renforcement de la complémentarité entre ces secteurs et celui du sanitaire.

Les dispositifs issus de l'article 51 de l'Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée amorce le décroisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur social, modifiant les principes fondateurs de la loi du 30 juin 1975. « Les

³⁴ Bloch M.A., Hénaut L., 2014, Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Fondation Paul Bennetot, Edition DUNOD, 309 pages, p12

³⁵ Loi 75-534 du 30 juin 1975 dite loi d'orientation en faveur des personnes handicapées- Loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

établissements de santé publics et privés peuvent créer et gérer les services et établissements sociaux et médico-sociaux. Cela consacre la disparition officielle de la partition entre le secteur sanitaire et le secteur social.

Les années 90 reconnaissent une forte montée en puissance de la revendication des droits des usagers, nécessitant que les dispositifs légaux et réglementaires prennent en compte le changement de regard sur l'utilisateur, lui garantissant le plein respect de ses droits, et l'amenant à être acteur de sa vie et de son projet.

La loi du 2 janvier 2002 réformant l'action sociale et médico-sociale refonde en profondeur le fonctionnement du secteur social et médico-social. Les orientations principales de cette réforme sont une meilleure affirmation des droits des usagers, une diversification des modes d'accueil, une meilleure organisation et coordination des acteurs du champ social et médico-social. Elle rénove la planification et institue de nouvelles formes de coordination et une meilleure conception de la régulation du dispositif social et médico-social. Cette loi recentre l'action et les dispositifs autour des besoins des usagers. L'affirmation des droits fondamentaux des usagers s'accompagne de la mise en œuvre de garanties obligatoires visant à modifier les fonctionnements habituels des structures.

Le décloisonnement se poursuit avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires, validant un rapprochement des domaines sanitaire et médicosocial. Par le titre IV consacré à « L'organisation territoriale du système de santé », la loi HPST initie une nouvelle organisation de l'organisation régionale du système de santé dans une visée de décloisonnement entre les différents secteurs hospitalier, médico-social, et ambulatoire.

A ces problématiques de cloisonnement induites par le cadre législatif, reste associée une crainte des professionnels concernant leur autonomie³⁶, vécue comme susceptible d'être réduite par une bonne coordination, dans le partage des informations, la standardisation, l'harmonisation de certaines pratiques professionnelles, la réduction de la spécificité de chaque profession

(f) Une coordination des acteurs insuffisante

Chaque acteur se détermine dans un territoire, soit social, soit médico-social soit sanitaire. Les différents acteurs concernés du « territoire » interpellés par ces enjeux sont les administrations (dont les niveaux de décideurs politiques), les institutions, les usagers eux-mêmes, ce qui représente un dispositif d'aménagement du territoire conséquent. La

³⁶ Bloch M.A., Hénaut L., 2014, Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Fondation Paul Benetot, Edition DUNOD, 309 pages p19

notion de territoire varie selon les acteurs, avec un aspect actuel qui définit le territoire : le sien.

Il est souvent différent d'un acteur à un autre (ASE, MDPH, ARS, PJJ, secteur de Pédopsychiatrie, secteur de Psychiatrie adulte, Education Nationale, et notamment pour les institutionnels ; MECS, ESMS...), ce qui implique une difficulté de définition.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires définit le territoire dans son article L 1434-16 :« L'ARS définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours ».

Elle traduit une volonté de logique d'évolution du territoire, servant de cadre à l'organisation, en outre, des activités médico-sociales, à savoir le décloisonnement, et en particulier entre le secteur hospitalier et médico-social qui doit être prise en compte dans le fonctionnement des partenariats. Le découpage des territoires correspond à une logique de parcours de soins et des besoins des usagers, que nous pourrions transposer sur les parcours de vie et institutionnels des jeunes accueillis au titre de la protection de l'enfance, tout en repérant les interactions des acteurs du territoire définies par l'ARS avec celui du département.

La transposition de cette définition au périmètre de rayonnement des établissements sociaux dans le cadre de la politique de la protection de l'enfance au niveau du département peut servir de support à des passerelles entre les différents secteurs d'activité et les différents acteurs. Une complémentarité de financement entre secteur sanitaire (soin psychiatrie, secteur médico-social) et le secteur social commence à exister pour certains dispositifs.

Des situations problématiques³⁷ ont permis dans plusieurs départements des avancées, dont celui de la Gironde, ainsi que la mise en place de dispositifs transversaux, pluri disciplinaires associant divers représentants de l'ensemble des structures porteuses de projets de ces jeunes. Cependant des difficultés décisionnelles ne permettent pas de répondre à chacune de ces situations car reste en suspens la question de la légitimité des acteurs pour prendre la décision d'orientation finale.

La mise en débat des différentes analyses, des confrontations de la perception des situations et de la coordination comme clef de voute de la réussite du partenariat, reste vue par le prisme de la spécialité, à partir d'un point de vue de chaque acteur.

³⁷ Barreyre J.Y., Fiacre P., Joseph V., Makdessi Y., rapport final Juillet 2008, « Une souffrance maltraitée - Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables » » Recherche réalisée pour L'Observatoire National de l'Enfance en Danger, le Conseil général du Val-de-Marne Et le Conseil général du Val d'Oise - - ,Cédias , Délégation ANCREAI Île-de-France. p7

La coordination³⁸ est un concept largement utilisé dans les discours de nombreux professionnels, mais il tarde à être concrétisé.

C'est «Le besoin d'assurer la cohérence des différentes tâches dans un souci d'efficacité ». Cette définition définit le besoin de concevoir les conditions de la coordination avant toute mise en place d'une activité nouvelle, sous peine d'un échec. Se pose ainsi la question de l'articulation entre les trois secteurs concernés par l'accompagnement et les soins à ces jeunes, ainsi qu'avec des partenaires traditionnels tels que l'Education nationale, les collectivités territoriales, les associations culturelles, la médecine de ville, les associations sportives....

L'objectif de la coordination est d'améliorer l'existant, de créer des liens entre les acteurs, d'introduire des prolongements faute d'avoir une unité, d'accompagner et d'anticiper l'évolution du système d'aide et de soins, de reconsidérer et de créer de nouvelles structures. Elle se détermine par l'articulation des interventions des différents acteurs quel que soit leur champ d'activité.

Concernant les jeunes à difficultés multiples, l'ensemble des acteurs dans tous les domaines doivent être mobilisés, afin de réduire les dysfonctionnements identifiés dans leurs parcours. L'interdépendance des partenaires est nécessaire dans les situations complexes. Il faut sortir de la logique d'établissement. Le secteur social est concerné par les actions en matière d'intégration sociale et professionnelle, en particulier le secteur de la Protection de l'Enfance. Le secteur sanitaire implique les acteurs institutionnels, la médecine de ville, et les établissements de santé publics ou privés. Le secteur médico-social, regroupe les établissements d'hébergement pour des personnes en situation de handicap, de réinsertion professionnelle. La construction des logiques professionnelles et des diagnostics partagés doit émerger des situations concrètes du territoire.

Les structures de coordination³⁹ sont des organisations qui mobilisent des compétences pluridisciplinaires, spécialisés et transversales. Les professionnels possèdent des compétences et une autonomie. Ces données conduisent les structures de coordination à combiner plusieurs modes de fonctionnement, avec des ajustements respectifs.

La loi n° 2007- 293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance est précise concernant la notion de coordination dans ce domaine : le Président du Conseil Général coordonne en amont, en cours et en fin de mesure, les différents acteurs de la protection de l'enfance afin de garantir la continuité et la cohérence des prises en charge. Les

³⁸ Bloch M.A., Hénaut L., 2014, Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Fondation Paul Bennetot, Edition DUNOD, 309 pages, p6

Bloch M.A., Hénaut L., 2014, Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Fondation Paul Bennetot, Edition DUNOD, 309 pages, p157

actions entre les professionnels doivent être articulées, lorsqu'ils sont nombreux à intervenir auprès de l'enfant et de sa famille. L'objectif est de permettre aux actions de se compléter, de s'inscrire dans un prolongement et de s'organiser logiquement pour qu'elles soient cohérentes. C'est ainsi que le projet pour l'enfant devient central.

Ces jeunes à besoins spécifiques interpellent l'ensemble des acteurs de tout domaine, ce qui implique pour chacun des professionnels et chacune des structures concernées une connaissance détaillée de leurs besoins spécifiques et des dysfonctionnements dans le parcours de vie et le parcours institutionnel.

Article II. Des limites dans l'accompagnement en lien avec les besoins des jeunes pris en charge au sein de la MECS de Libourne dans le département de la Gironde

Afin de penser un dispositif innovant, dans lequel les jeunes pourront bénéficier d'un accompagnement personnalisé, une étude des besoins est indispensable pour identifier les leviers possibles à cette création. Le travail sur les trajectoires⁴⁰ est absolument essentiel, afin de ne pas se tromper sur les actions stratégiques et pédagogiques. Une analyse de leurs parcours, des différentes ruptures avec les établissements ou les partenaires et des éléments d'une affiliation réussie, en cours, ou mise en échec, va permettre d'identifier les axes de conception de ce nouveau dispositif.

La trajectoire d'un jeune accueilli en protection de l'Enfance est initiée par des déficiences dans l'élaboration des espaces de la filiation et de la socialisation. La socialisation repose sur différentes dimensions qui sont mises en échec, ce qui entraîne les jeunes dans des difficultés d'intégration dans la société (section 2.01). Ce sont ces jeunes que nous allons retrouver au sein de la MECS et du département, et pour lesquels nous analysons leurs besoins et leurs parcours (section 2.02). Cette analyse conduit à un questionnement des professionnels et à l'analyse d'autres expériences sur le territoire français, et celles initiées par la DPEF (section 2.03).

Section 2.01 Les contextes de la socialisation

Certaines étapes sont indispensables à la construction identitaire, mais parfois certains contextes n'y sont pas propices. La vie en société suppose l'intégration des individus, adultes et enfants, et le respect des règles communes. Cette socialisation est possible grâce à différentes institutions, qui conduisent la personne à s'adapter à la société tout en permettant une évolution personnelle.

(a) La Théorie de l'attachement selon Bowlby⁴¹

Bowlby décrit dans ses travaux l'importance de la stabilité du milieu matériel et affectif pour la structuration psychique de l'enfant. Ainsi est élaborée la théorie de l'attachement précoce.

Dès son plus jeune âge, l'enfant utilise un système pour "donner des soins" de manière immature et non fonctionnelle, mais influencé par l'expérience des soins maternels. Ceux-ci provoquent en effet la construction d'un sens du soin et des représentations sur la façon de donner ces soins. Ce système va se transformer à l'adolescence et se

⁴⁰ « Incassable, inclassable, incassable ? Accompagner les enfants et les adolescents en difficultés multiples et en souffrance psychique » Association Rénovation- Vendredi 19 octobre 2012, Animation par Philippe Ducalet, Directeur du dispositif Estancade, enseignant

⁴¹ John Bowlby (1907-1990) est un psychiatre et psychanalyste anglais, ayant conduit des travaux sur l'attachement et la relation mère-enfant.

développer surtout durant la période de transition vers la parentalité. Il représente la complémentarité du système de comportements des parents et de l'enfant, il s'agit d'un «équilibre dynamique ». Ce "donner des soins" est traduit par le "Caregiving"

Quatre schèmes d'attachement⁴² sont actuellement reconnus: Le schème d'attachement sécure, évitant, ambivalent/ résistant, et désorganisé. C'est ce dernier trouble de l'attachement qui est induit par la maltraitance. Environ 80 % des enfants maltraités⁴³ peuvent être décrits comme désorganisés. Différentes vulnérabilités apparaissent et varient, du fait de carences éducatives, narcissiques avec des troubles de comportement. Ces troubles sont induits par des contraintes de dépendance, amenant les adolescents à des ruptures répétées, avec des difficultés conduisant parfois à des troubles de la personnalité. Ces troubles, souvent liés à des troubles de l'attachement, en lien avec le résultat de traumatismes importants, se traduisent par une souffrance dans la construction des liens.

(b) Construction sociale et filiation des enfants : des mécanismes mis en échec

Deux institutions de socialisation primaire, la famille et l'école jouent un rôle fondamental dans la filiation de l'enfant.

La socialisation est la manière dont l'enfant va intégrer les normes sociales. Elles vont influencer son développement, à partir d'une conscience réciproque de chacun, une acceptation des normes et des valeurs de notre société. Elle exerce une pression sur les individus (famille et enfant) pour imposer un ordre permettant de vivre ensemble, de s'ajuster dans les manières d'être et d'agir, en poursuivant une volonté de conformité afin d'être accepté comme membre du groupe, mais suffisamment différent pour être reconnu à part entière. L'enseignement des valeurs et des normes et leur acceptation sont un enjeu social majeur pour les enfants qui seront les adultes de demain.

La socialisation primaire est un processus par lequel les jeunes s'imprègnent du système de valeurs de la société dans laquelle ils naissent et grandissent. Deux institutions, la famille et l'école y sont essentielles. Elles contribuent de manière déterminante en construisant les passerelles entre le social et les individus. Elles sont des lieux de vie collective et d'apprentissage. Ces deux entités se différencient et se construisent en complémentarité.

La famille relève de la nature et de la culture, et son évolution se définit par sa complexité dans l'interaction de la sphère privée et la sphère publique. La famille est à la fois une institution sociale, juridique et économique, qui existe dans toutes les sociétés humaines,

⁴² Cf. annexe 10 : la théorie d'attachement de J Bowlby : les schèmes d'attachement

⁴³ Diplôme universitaire de la Protection de l'Enfance, 2013-2014- Docteur P. Ayoun, médecin psychiatre C. Perrens

selon l'anthropologue Claude Lévi-Strauss (1908-2009). Les valeurs éducatives sont différenciées d'une famille à l'autre. La société attend de la famille une éducation conforme selon laquelle les enfants sont respectueux et s'intègrent permettant la sauvegarde de l'équilibre social. Le rôle de la famille consiste à protéger ses membres et à les y insérer. La famille est le premier lieu de socialisation⁴⁴, le lieu de la transmission et de la tradition assumée. Selon H Arendt, pour fonder l'avenir, il faut assumer, « incarner » le passé.

L'école est l'intermédiaire entre la cellule familiale et la société. Les enseignants, représentent le monde. Ils ont la responsabilité d'y introduire progressivement les jeunes scolarisés. L'école est un des principaux piliers de la République, chargée d'instruire, d'éduquer, et d'intégrer des jeunes aussi différents que nombreux. Eduquer, c'est préparer les enfants à devenir les citoyens de demain en capacité de vivre dans un collectif. Socialiser, c'est permettre un accès à la civilité au sein de l'école. Intégrer, c'est permettre à chacun de trouver la juste place, pour éviter les inégalités sociales.

L'adolescence, étape clef pour chaque enfant, est une période de développement fragilisée. L'adolescence⁴⁵ est un travail psychique, un travail de remaniement, de deuils des repères de l'enfance. Au cours de la puberté, le jeune vit un décalage entre ce qu'il est, et la personne en devenir, ce qui est source majeure d'angoisse. Ce décalage induit une recherche d'adaptation plus ou moins efficiente. En recherche de lui-même, l'adolescent peut chercher à fuir cet autre, par des comportements de colère et de révolte, par la fugue ou par la solitude.

Par ailleurs le jeune tente de se situer par rapport à l'adulte, en testant les limites et sa résistance. Il cherche à s'autonomiser tout en voulant préserver le lien avec les adultes et ce va et vient entre différenciation et proximité est un enjeu majeur de la construction de sa personnalité. Cette relation, qui passe par une communication fonctionnelle verbale et un espace de non-dits, peut parfois s'avérer inefficace et générer des troubles, voir des comportements exprimant un mal-être, plaintes somatiques, troubles du comportement, passage à l'acte en lieu et place des mots pour le dire.

Parfois, ces rôles dédiés aux espaces de socialisation indispensables au bon développement de l'enfant et de l'adolescent ne sont pas remplis mais sont malmenés, voire inexistants. L'école, face à une déficience au niveau de la famille ne suffit plus à préserver un développement harmonieux.

⁴⁴ Arendt H., 1972, La Crise de la culture, chap. « La crise de l'Education »

⁴⁵ Jeammet P., 1997, « Adolescences » Repères pour les parents et les professionnels, Fondation de France, Ed SYROS, pp. 37-60-122

(c) Une désaffiliation source de difficulté d'intégration et d'accompagnement

La désaffiliation selon R Castel⁴⁶ est « *le décrochage par rapport aux régulations à travers lesquelles la vie sociale se reproduit et se reconduit* ».

Un déficit de filiation, renvoie aux déficits d'inscription dans des liens sociaux primaires (notamment familiaux), et donc de protection rapprochée par les proches. Un déficit d'affiliation, renvoie au déficit d'inscription dans des formes collectives de protection. Ces déficits induisent des conséquences sur la capacité du jeune à s'intégrer et à se construire, en référence aux modèles familiaux, mais aussi aux modèles collectifs proposés par notre société.

L'intérêt majeur, pour les jeunes à difficultés multiples, victimes de ces dysfonctionnements dans leur filiation et affiliation est de comprendre ce qui se joue dans les services et établissements de la Protection de l'Enfance.

Stigmatisés, ils se retrouvent souvent à la marge de ces dispositifs. « *Ils se vivent comme un objet⁴⁷, une place à gérer et ils expriment un sentiment d'abandon et de vide* ». Ils sont frustrés de ne pas être perçus comme les autres, de ne pas s'inscrire dans des activités citoyennes, scolaires et professionnelles. Ils se découvrent dans un statut différent, imposé. Leurs troubles du comportement ou leur handicap nécessitent des soins, mais la difficulté à leur proposer un projet global, personnalisé et la problématique de l'accès aux soins les aggrave et majore « *une perte de l'estime de soi* » déjà installée⁴⁸.

Une mise en danger de soi, avec passage à l'acte, autodestruction ou violence externalisée verbale et physique sur les pairs ou les adultes est un moyen de montrer leur existence et leur réalité d'une souffrance trop lourde à porter. Ils peuvent alors devenir agresseurs.

Le risque de décompensation à l'âge adulte, par défaut d'étayage, permettant de devenir un citoyen responsable et autonome malgré le handicap ou des troubles induits par la maltraitance répétée est plus important⁴⁹. Le groupe de pairs devient une menace pour ces jeunes. Ils se sentent considérés comme différents n'ayant pas les mêmes droits et devoirs. C'est, pour ces jeunes, la confrontation aux limites, l'exposition à la loi du groupe. Ils ont souvent des problématiques de rapport aux limites, soit parce qu'ils ne les ont pas eues quand ils étaient enfants, soit ils les ont eues, mais c'était des repères pervertis, avec des souffrances, un passé de maltraitance, des dysfonctionnements familiaux graves.

⁴⁶ Cf. annexe 10 : la théorie d'attachement de J Bowlby : les schèmes d'attachement

⁴⁷ Entretien avec le responsable de pôle de la psychiatrie du centre hospitalier de Libourne

⁴⁸ Entretien avec le médecin pédopsychiatre de C. Perrens

⁴⁹ Entretien avec le responsable de pôle de la psychiatrie du centre hospitalier de Libourne

Ces jeunes vont essayer de rejouer la question de « où sont les limites et qu'est-ce que je fais avec »⁵⁰. S'il n'y a pas un minimum de cadre structuré leur donnant les repères, ils vont aller rencontrer n'importe quelle limite.

« Les adultes, professionnels et familles, parfois, les rejettent inconsciemment »⁵¹. C'est la confrontation avec un adulte qui va être, au départ, très impliqué et très attaché au jeune sur un plan affectif. Au moment où le lien affectif va se mettre en place, comme pour tout enfant carencé, le jeune va vérifier si cet adulte tient fort et l'attaque, recherchant à être aimé même s'il n'est pas ou plus comme le voudrait l'adulte. Cela finit par un phénomène de rejet par l'adulte qui supporte mal cette situation.

La différence et la complexité psychique de ces jeunes mettent ainsi les adultes en situation d'échec et d'incompréhension. Un investissement supplémentaire, au contraire est indispensable pour tenter de proposer une organisation claire et souple de la journée, répétée chaque jour, avec des activités, des ateliers à médiation, afin de les aider à patienter et à se construire.

Des facteurs de risques⁵² sont repérés déterminants, une faible estime de soi, une détresse importante et une dévalorisation de sa propre valeur et de son image qu'il faut mettre en lien avec le traumatisme vécu de violences sexuelles au sein de la famille ou de maltraitance par des proches. Le défaut de confiance dans l'adulte est identifié pour celles et ceux dont les parents n'ont pas su les protéger comme le voudrait le statut de parent (violence intrafamiliale, agressions sexuelles).

Des facteurs sociaux sont aussi repérés, la précarité sociale et matérielle, la pathologie psychiatrique, la consommation de produits stupéfiants des parents, l'isolement, la violence familiale liée le plus souvent au beau père.

Section 2.02 Les jeunes à « difficultés multiples » accueillis u sein de la MECS de Libourne en Gironde

Ils se caractérisent par un cumul de situations complexes, complexité du travail institutionnel, des parcours fragmentés, une coordination des partenaires peu efficiente et une complexité familiale.

Cette étude repose sur deux analyses menées conjointement, celle de la situation de seize jeunes accueillis au sein de la MECS et celle de six jeunes choisis parmi l'ensemble des jeunes du département, relevant potentiellement du territoire de la MECS et

⁵⁰ Entretien avec le responsable de pôle de la psychiatrie du centre hospitalier de Libourne

⁵¹ Entretien avec le médecin pédopsychiatre de C. Perrens

⁵² Jeamment P., 2008, « Pour nos ados, soyons adultes » - Ed Odile Jacob, 314 pages, pp.224-230

susceptibles d'y être orientés. Ces deux analyses montrent une prépondérance de trois dimensions : une problématique familiale importante, des parcours fragmentés mettant en évidence des situations répétées de violence et d'inadaptation aux groupes, et une problématique psychique ou psychiatrique prédominante, avec ou sans suivi médical.

(a) Une situation familiale et sociale source de vulnérabilité

Parmi les jeunes accueillis en MECS, ce qui apparaît de manière importante au niveau de la problématique familiale, ce sont des carences éducatives et affectives dans six cas sur seize, avec des parents séparés dans quatorze situations, des carences du père dont trois sont volontaires par délaissement. Trois jeunes sont orphelins de père et quatre jeunes sont de père inconnu. Dans sept situations, un alcoolisme du père et ou de la mère est relevé. Les violences émanant du père ou des frères sont présentes dans sept situations, avec des maltraitements physiques dans six situations. Elles sont associées à une dépression maternelle pour cinq situations, et à quatre cas de maladie grave de la mère (cancer, sclérose en plaques, dépression). Des problèmes financiers importants (revenu de solidarité active, chômage, fin de droit, invalidité, parent isolé) et une précarité sociale apparaissent dans sept situations. Cinq enfants ont signalé des attouchements ou des violences sexuelles au sein de la famille.

L'étude détaillée des six monographies des jeunes du département en défaut d'accueil adapté, confirme la mise évidence des différents niveaux de dysfonctionnement au niveau familial et social. L'environnement familial montre pour les six adolescents, un placement dans le cadre de la protection de l'enfance de la fratrie, actuel ou passé. Dans les six situations, on relève une situation sociale précaire, avec pauvreté et précarité, absence de travail, revenu de solidarité active, invalidité, absence d'autonomie de la mère, problèmes psychiatriques. Dans un cas, le père est incarcéré pour violences physiques. Trois situations pour violences sexuelles au sein de la famille ont pour acteur le père, le beau-père, ou le frère.

Dans les six situations, les parents sont séparés, avec des conduites d'alcoolisme, d'addiction ou en situation d'errance. Ces parents ont eux-mêmes vécu un parcours de placement dans leur enfance, avec des violences intra familiales. Ces familles sont connues des services sociaux pour antécédent de maltraitance, de carence éducative et affective, ayant aussi entraîné le placement des autres enfants de la fratrie.

Concernant la place du père et de la mère, nous constatons dans trois situations une absence d'au moins un des deux parents, avec trois délégations de l'autorité parentale concernant la mère, associée à une absence du père. Trois jeunes vivent un rejet d'un des deux parents avec un abandon sur plusieurs années. Les pères sont généralement peu présents, défaillants, le lien avec l'enfant pour les autres cas étant préservé grâce à des rencontres médiatisées et à des retours au domicile sur quelques week-ends.

Les six jeunes présentent des difficultés d'apprentissage et de décrochage scolaire. Nous repérons des troubles du comportement vis-à-vis des pairs avec violence physique et verbale, des comportements sexués et des attouchements. Trois jeunes sont placés en Institut Thérapeutique Educatif Pédagogique (ITEP), trois autres sont en attente de places bien que destinataire d'une orientation, deux en ITEP et un en Institut Médico Educatif (IME).

Globalement sur l'ensemble des situations repérées, nous constatons un cumul de difficultés familiales, avec des familles séparées, tant au niveau des parents que des fratries, des contextes de vie défailants avec des vulnérabilités parentales et sociales. Ces facteurs sont à prendre en compte lors de l'accueil d'un jeune dans un établissement, ce qui interroge sur le recueil de données à l'entrée. Ces éléments sont en effet difficiles à rechercher.

(b) Les causes de difficultés multiples d'origine institutionnelle

Les situations à l'origine de l'admission des seize jeunes actuellement en MECS, sont caractérisées en amont par une violence intrafamiliale importante, une violence de l'adolescent vis-à-vis de sa mère, de sa fratrie dans trois situations, l'incapacité parentale à maintenir un cadre éducatif, des décrochages scolaires ou bien une dégradation de la situation familiale lors du décès du père ou des actes de délinquance des jeunes. Les exclusions scolaires sont concomitantes au premier placement dans deux situations, ou suite à une séparation des parents pour trois enfants. Les exclusions scolaires en cours de placement concernent six enfants. Les exclusions d'autres établissements, protection de l'enfance ou médico-sociaux, représentent un tiers des admissions, les ruptures de familles d'accueil représente un quart des prises en charge, celles des établissements médico-sociaux de même.

Les problématiques de rupture de prise en charge ont des causes diverses. Concernant les situations des six jeunes en défaut d'accueil, l'étude des parcours nous montre des défaillances du dispositif d'accueil. Elles sont au niveau de l'accueil familial, dans les établissements, avec une problématique d'un accueil non adapté à leurs besoins spécifiques, d'un manque de formation des professionnels à ces problématiques particulières, d'un défaut de coordination ou de disponibilité entre professionnels d'un même secteur mais aussi avec d'autres partenaires.

Concernant l'accueil familial, les nombreuses ruptures sont soit à l'initiative des familles d'accueil pour quatre jeunes et ou des parents dans trois situations. « *Les familles d'accueil*⁵³ *se disent isolées, avec un étayage et un suivi insuffisants* », malgré une

⁵³ Entretien avec un responsable d'espace territorial chargé des familles d'accueil sur un territoire de la Gironde

organisation émanant du service d'accueil familial départemental. Nous constatons un manque de connaissances sur le développement psychomoteur du jeune au niveau des familles d'accueil⁵⁴, ce qui induit un déficit d'analyse et de compréhension des situations des enfants sur le plan psychique, un défaut de partenariat avec les professionnels de la santé mentale, et peu ou pas de participation aux réunions des établissements de la protection de l'enfance ou du secteur médico-social⁵⁵. Les familles d'accueil se retrouvent en difficulté pour accéder directement aux ressources des services de la santé mentale. Il existe aussi dans deux situations, une rivalité entre la famille d'accueil et les parents, ce qui met en échec les actions proposées, et entraîne un conflit de loyauté du jeune entre sa famille d'accueil où il se sent bien et ses parents.

Concernant l'étude des seize situations, nous constatons des situations de rupture liée à des arrêts de maladie de l'assistante maternelle, ce qui provoque l'arrêt définitif de l'accueil. D'autre part dans un tiers des situations, sont mises en place des familles d'accueil relais, dans le but de permettre une mise à distance pendant les week-ends et vacances scolaires, des accueils en colonies de vacances qui sont un échec dans six situations, des accueils en centre de loisirs pour lesquels nous constatons un échec dans quatre situations.

Ces analyses des parcours nous montrent, que quelle que soit l'intention initiale de répartir la prise en charge de ces jeunes sur plusieurs lieux, il se pose toujours la question de l'accompagnement des professionnels concernés, du suivi du projet du jeune et de la coordination des différents intervenants. Il apparaît que la formation et la réflexion sur les pratiques professionnelles sont autant de facteurs à prendre en compte pour maintenir un cadre éducatif à la fois souple et contenant. Ainsi se pose la question d'un service d'accueil familial, rattachée à une structure de petite envergure, afin de pouvoir mettre en œuvre un accompagnement rapproché de ces familles.

L'analyse des situations de rupture liées à l'accueil au sein d'un établissement met en évidence un problème d'accueil personnalisé des jeunes, avec un défaut de connaissances en psychopathologie au niveau des professionnels. L'absence de professionnels en santé mentale (psychiatre, infirmière, auxiliaire médico-psychologique) génère une difficulté pour accéder à la compréhension clinique des situations. Les difficultés d'accueil suite à une rupture, sont parfois liées à une absence de places disponibles dans les établissements médico-sociaux.

La multiplication des intervenants, leurs difficultés à travailler vers un même projet, nous montrent une méconnaissance des missions et des compétences des autres partenaires

⁵⁴ Entretien avec trois familles d'accueil

⁵⁵ Entretien cadre de santé service de psychiatrie infanto-juvénile

(CDEF vers les MECS et réciproquement, FA, CDEF, MECS vers les établissements médico-sociaux, psychiatrie et réciproquement). Ce constat nous interpelle, car il est nécessaire de construire un réseau partenarial par la rencontre, les échanges, et la connaissance des différents sites concernés, afin de pouvoir mettre à distance des rivalités possibles entre secteurs, des représentations erronées des missions des autres partenaires, et de s'inscrire efficacement dans un échange de pratiques professionnelles centrées sur le projet du jeune. Il apparaît des problèmes de coordination entre les différents acteurs, malgré une présentation du jeune à l'admission dans chacun des établissements, des réunions annuelles de synthèse autour du projet personnalisé du jeune. Parfois l'absence d'au moins un des intervenants est liée à un oubli d'invitation, des délais trop courts, un oubli d'envoi d'un compte-rendu si il y a une impossibilité de se rendre à la réunion. Par ailleurs, il n'existe pas d'instance départementale ou régionale légitime, permettant une régulation des admissions au sein des différents établissements, garantissant le bien-fondé de celles-ci en fonction des projets, assurant la coordination et le suivi du parcours du jeune.

(c) Les causes de difficultés multiples d'origine individuelle

Si nous regardons les troubles du comportement ou de maladies psychiatriques des seize situations de jeunes accueillis en MECS, nous relevons pour cinq enfants, les diagnostics de troubles graves de la personnalité, d'insécurité primaire (quatre jeunes), de défauts d'assises narcissiques (cinq jeunes). Sont repérés des sentiments de persécution pour quatre d'entre eux, un rapport altéré à la réalité (sept jeunes), une incapacité à s'insérer dans un groupe (sept jeunes) et une dépression (six jeunes) associé à des réminiscences de vécu traumatique (quatre jeunes). Un suivi psychiatrique est noté pour sept jeunes avec soit, un traitement médicamenteux (cinq jeunes), une prise en charge en hôpital de jour ou en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (quatre jeunes), un suivi en consultation de pédopsychiatrie (huit jeunes).

Les problèmes identifiés dans la prise en charge au quotidien de ces jeunes au sein de l'établissement sont liés à de la violence verbale ou physique, associée à des dégradations de matériel (onze cas). Des troubles de la sexualité de type exhibitionnisme (trois cas), d'attouchements ou d'abus sexuels (quatre cas) et de mise en danger (quatre cas) représentent une part des problématiques des jeunes. Les mises en danger seul ou accompagné, consommation de cannabis, d'alcool, des tentatives de suicide, représentent la moitié de l'échantillon.

L'analyse des six situations des adolescents en attente de prise en charge confirme ces différents éléments et les spécifie de manière plus précise. Nous pouvons identifier des troubles du comportement associés ou non avec des pathologies psychiatriques. Ils se traduisent par une violence verbale et physique à l'égard des professionnels et des pairs

de l'établissement, de la famille d'accueil et de l'école, avec une intolérance à la frustration. Les différents diagnostics posés sont la psychose infantile, l'anxiété dépressive, une personnalité abandonnique, des troubles du comportement post-traumatiques (viols), des troubles graves de la personnalité et des déficiences cognitives. Des troubles de l'attachement sont repérés dans les six situations, avec des carences éducatives, des maltraitances et des violences physiques intra familiales associées à des violences sexuelles.

Trois des enfants sont repérées comme intelligents mais envahis par leurs problèmes psychiques, ce qui entraîne chez eux des troubles de l'apprentissage importants, une stigmatisation négative avec exclusion, un rejet et une moquerie des pairs (position de bouc émissaire au sein du groupe), des violences réactionnelles aux difficultés et un besoin d'exclusivité avec l'adulte non satisfait. Ces enfants souffrent d'un important retard scolaire.

À l'âge d'entrer au collège, deux tiers des jeunes à difficultés multiples⁵⁶ sont en retard d'au moins une année. Avant même leur entrée en établissement, ces enfants pris en charge par l'ASE ont souvent connu une ou plusieurs difficultés qui affectent la scolarité. Différents facteurs majorent ces points problématiques liés à la scolarité : la pauvreté, le mal-logement, le manque de soutien parental, les carences éducatives et la maltraitance. Une situation de grande difficulté scolaire, voire de déscolarisation, préexiste au placement.

Ces difficultés sont accentuées lors du placement car il est difficile de s'isoler pour trouver la concentration nécessaire aux devoirs. Les sollicitations de la part des autres enfants sont nombreuses si elles sont mal encadrées et l'accompagnement individuel est moins aisé pour les éducateurs⁵⁷ que dans un cadre familial soutenant. De plus, même si les éducateurs ont pour mission le rétablissement et le soutien des enfants dans leur scolarité, cet objectif vient parfois après la résolution des situations de souffrance ou la restauration du lien avec la famille.

Nous constatons une absence d'intégration de la loi sociale, se traduisant par une recherche permanente des limites et de la transgression, des passages à l'acte répétitifs et des prises de stupéfiants, un refus de la loi, des violences physiques et verbales avec des dégradations de matériel et des vols et des mises en danger régulières. Ces jeunes montrent une violence avec soit une hétéro-agressivité ou une auto-agressivité non contenues. Ces enfants sont suivis en psychiatrie, avec des thérapeutiques médicamenteuses lourdes, mais qui montrent leurs limites. Ceci nous amène à penser

⁵⁶ DRESS N° 845 • juillet 2013 « Échec et retard scolaire des enfants hébergés par l'aide sociale à l'enfance »

⁵⁷ Entretien avec les éducateurs de la MECS

qu'il est nécessaire d'envisager un accompagnement par des professionnels de la santé mentale pour mettre en œuvre une observation clinique régulière, quotidienne, pour une meilleure compréhension de ce qui se joue dans le comportement du jeune. Compte tenu de l'importance des traitements à visée neuroleptique, il semble important d'imaginer une présence infirmière quotidienne.

L'analyse de l'ensemble des situations nous enseigne aussi que des ruptures sont liées à une incursion des parents dans la sphère des institutions de la protection de l'enfance, avec des attitudes de refus ou de mise en échec des dispositions proposées à l'enfant. Trois parents (père) mettent en échec des rencontres médiatisées et les rendez-vous avec les professionnels. Ils sont peu impliqués dans la prise en charge de leur enfant voire les délaissent ou exercent des violences au domicile lors des retours de week-end ou de vacances scolaires. Ces positionnements parentaux sont la conséquence de difficultés personnelles, mais parfois d'incompréhension dans le rapport des parents aux institutions. Ils expriment des méconnaissances des pratiques professionnelles à l'égard de leur enfant ou une absence de partenariat réelle ou de soutien induits par ces comportements réactionnels d'opposition. La place des parents reste cependant identifiée comme primordiale dans la réussite ou non du projet.

Ceci nous conduit à la nécessité d'imaginer un partenariat avec les parents reposant sur la protection de la sphère du lieu de vie du jeune, mais aussi sur une compréhension du fonctionnement parental et une recherche d'adhésion au projet personnalisé du jeune, en identifiant en amont les ressources et les compétences parentales.

Section 2.03 Un parcours à comprendre pour des modalités d'un accompagnement innovant

Avant de pouvoir penser un dispositif innovant, dans lequel les jeunes pourront bénéficier d'un accompagnement personnalisé, ce diagnostic des besoins est indispensable pour identifier les leviers possibles à une création. Le questionnement des professionnels au regard des parcours des jeunes, des différentes ruptures avec les établissements ou des partenaires et des éléments en lien avec la filiation et l'affiliation va ainsi permettre d'identifier les axes de conception de ce nouveau dispositif.

(a) Des parcours conduisant vers un questionnement des professionnels

L'apparition des termes « parcours de soin⁵⁸, parcours de vie » remonte aux années 2000 mais surtout depuis 2010. Ce sont des notions utilisées couramment, mais qui questionnent leur définition et les représentations des professionnels.

⁵⁸ Bloch M.A., Hénaut L., 2014, Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Fondation Paul Bennetot, Edition DUNOD, 309 pages, pp.102-104

La Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie, en 2012 définit la notion de parcours ainsi : « la notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie, personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne(...), interroge les politiques publiques dans de nombreux domaines, et la façon dont elles parviennent à favoriser l'adéquation des parcours des personnes avec leurs projets de vie et la continuité des différentes formes d'accompagnement qui leur sont offert ».

Elle implique de penser chaque parcours de manière singulière, sans l'inscrire dans des protocoles pré-programmés ou des logiques de professionnels, car chaque individu vit différemment la situation dans laquelle il se trouve en fonction de ses ressources propres et de sa trajectoire de vie.

Des caractéristiques communes peuvent être dégagées de l'étude des différents parcours. Les placements sont nombreux, alternant les établissements de la protection de l'enfance (foyer de l'enfance, MECS), les placements d'accueil familial et les mesures d'accompagnement des parents. Le constat montre en partie l'échec de ces alternances par défaut de coordination.

Le premier placement est à l'origine de la séparation parents-enfants. Dans les six situations étudiées, trois demandes de placement sont à l'initiative de la mère, elle-même en situation de handicap physique ou psychique, en précarité sociale, avec des antécédents de placements à l'ASE. Ces mères disent ne plus pouvoir tenir le cadre éducatif, et être débordées par les troubles du comportement de leur enfant.

Cinq à six ruptures de prise en charge se cumulent en moyenne pour chaque jeune pour les établissements de la protection de l'enfance, et dans quatre situations pour les établissements médico-sociaux. Ces établissements médico-sociaux décrivent ne pas pouvoir accueillir ces jeunes car ils ne rentrent pas dans le cadre des critères de l'admission ou ne peuvent pas être admis faute de place. Les établissements médico-sociaux du département de la Gironde ont élaboré des critères d'admission communs à l'ensemble des établissements, en accord avec la MDPH. Cependant l'application de ces critères n'est pas obligatoire.

Nous constatons par ailleurs, que dans chacune des situations, un suivi psychiatrique existe et reste relativement pérenne. Il sert de fil conducteur sur plusieurs années, le cadre tenant malgré les différentes ruptures, avec des traitements neuroleptiques dans cinq situations, des soins en pédopsychiatriques pour cinq situations associés à une prise en charge en ITEP. Concernant la prise en charge psychiatrique, se pose encore la question de l'accès à une première prise en charge et du suivi à la sortie après la crise, bien que les prises en charge semblent tenir sur le moyen terme.

Enfin, nous identifions des conduites de fuite, qui laisse les professionnels avec un sentiment d'impuissance, des tentatives de suicide (trois sur six), des fugues répétitives (quatre sur six), des exclusions scolaires ou d'établissement médicosocial (six sur six), des mises en danger avec des addictions, alcool, cannabis ou autres produits stupéfiants. L'examen du parcours institutionnel des jeunes fait apparaître des trajectoires peu cohérentes, avec de nombreuses discontinuités et un manque de lien entre les professionnels. « *La succession d'intervenants s'accompagne d'une perte d'information voire d'un refus de les transmettre* »⁵⁹, ce qui prive le jeune d'une partie de son histoire de vie, de sa biographie et les partenaires d'informations pouvant permettre une meilleure prise en charge. L'adolescent en rupture, se situe au centre de difficultés liées à son accueil, et à la qualité de celui-ci.

Les établissements pouvant répondre à ce défi de nouvelles modalités d'accompagnement sont peu nombreux et saturés pour la diversité des situations. En Gironde, deux établissements ont mis en œuvre un renouveau de leurs modes de fonctionnement et d'accueil sur l'impulsion de la DPEF, et le troisième est la MECS de Libourne. Le questionnement des professionnels est devenu nécessaire au regard du constat d'une nécessité d'évolution professionnelle et structurelle à mettre en œuvre pour faire face à ces besoins.

Ces jeunes dits "à besoins spécifiques" ou « à difficultés multiples » questionnent les professionnels de tous les secteurs, santé, médico-social et social. Les pratiques professionnelles sont à l'aulne du changement, et la coordination avec l'ensemble des partenaires est à prendre en considération. Les professionnels en proximité des usagers⁶⁰ sont les premiers à identifier et à regretter les difficultés rencontrées du fait du cloisonnement des systèmes. Des difficultés de coopération sont aussi en partie dues à une étanchéité des formations et à une méconnaissance des missions, contraintes et champ d'action du partenaire.

La réflexion s'organise dans une approche globale. Les connaissances et les compétences des travailleurs sociaux doivent permettre un accompagnement cohérent et efficace au regard des profils de ces jeunes parfois plus déficitaires, avec des troubles du comportement plus ou moins présents, un handicap plus ou moins évident et avec risque de mise en danger. Identifier ces difficultés et tenter de les comprendre est en effet une étape d'une prise de conscience nécessaire pour commencer à réfléchir à de nouvelles réponses. Une ouverture sur d'autres disciplines et pratiques (animation, sciences

⁵⁹ Entretien avec les directeurs des établissements de l'ASE

⁶⁰ Bloch M.A., Hénaut L., 2014., Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Fondation Paul Bennetot, Edition DUNOD, 309 pages, pp. 4-5

humaines, psychopathologie et soins relationnels...) est initiée pour élargir les champs d'action et décoder autrement les événements. Leur reconnaissance permet une anticipation afin de construire un projet respectueux de la spécificité du jeune en difficulté.

Les ouvertures vers d'autres professionnels s'opèrent avec la sollicitation de professionnels médicaux et paramédicaux, psychiatres, psychologues, infirmières, en interne lorsque ces métiers existent. Cette démarche est soutenue par le directeur de la MECS qui construit progressivement un réseau pluri partenarial. Il existe encore peu de partenariat avec des acteurs de la cité, municipalité, associations culturelles et sportives pouvant introduire de la normalité et une inclusion dans la vie citoyenne. La pratique d'ateliers autour de médiateurs comme tiers dans la relation est peu expérimentée et nécessite des compétences spécifiques qui sont peu ou pas présentes.

Certains professionnels⁶¹ au regard d'analyse de leurs pratiques, ont pu resserrer des liens entre eux, et explorer de nouvelles modalités pour tenter, par la créativité de dépasser des sentiments d'impuissance et d'échec. Ce public nouveau par le nombre, la précocité des troubles et par les défis qu'il suscite permet l'éveil d'une créativité, d'une attention particulière, vers de nouvelles dynamiques dans lesquelles les partenaires des domaines ASE, sanitaire et EMS collaboreraient pour penser une prise en charge conjointe et non concurrente. De nouveaux savoir-faire, pour une population de jeunes très en souffrance, commencent à étayer une expertise qui peut à terme, devenir une ressource pour l'ensemble des acteurs de l'ASE. La structure s'adapte à l'enfant et pas l'inverse ce qui oblige à une prise de conscience d'un « autrement possible » et à faire appel à d'autres partenaires. Le directeur inscrit les équipes dans cette dynamique d'évolution des pratiques dans un climat de travail respectueux et dans une démarche participative.

La diversité des problèmes que ces jeunes rencontrent, sociaux, familiaux, scolaires, sanitaires ou judiciaires font qu'ils échappent aux champs d'une seule organisation ou d'une profession. Ces jeunes éveillent chez les adultes des attitudes d'incompréhension et de rejet ou dans d'autre cas des sursauts de défis à relever avec les moyens existants, permettant d'innover et de proposer des accompagnements plus ciblés et individualisés.

(b) Un appui sur d'autres expériences françaises: penser un autrement possible

Les trois expérimentations présentées ont pour objectif commun de permettre la création d'un dispositif répondant à des besoins identifiés en amont, ainsi que de mettre en liens des partenaires naturels, pour apporter des réponses pluridisciplinaires et diversifiées, sans risque de mise en concurrence. Les critères de choix de ces dispositifs portent sur

⁶¹ Professionnels éducatifs de la MECS

un partenariat qui se concrétise par des financements multiples, des approches multi-partenariales et décloisonnées, dans un cadre d'interventions réciproques et construit en pluridisciplinarité. Ces expériences permettent d'entrevoir la priorisation concernant la nature de l'hébergement, du travail autour d'ateliers, de la place des parents et des placements en famille d'accueil. Il en ressort que le cadre institutionnel partagé est un facteur identifié comme possible d'une réussite, que la formation reste un atout essentiel, en l'occurrence pour les familles d'accueil. Un cadre repéré par tous permet la souplesse et l'adaptabilité, tant pour les accompagnements que dans la fluidité des parcours. Les partenaires à l'initiative de ces expériences sont différents, ce qui se traduit dans la répartition des financements, la PJJ, l'ARS et l'ASE. La réponse est concertée, la participation de chaque secteur d'activité est mesurée et proportionnée en fonction de celui qui a identifié les besoins et mis en œuvre les projets.

L'établissement de placement éducatif et de traitement de la crise (EPETC)⁶² de Suresnes était (car il a fermé depuis) un établissement mixte éducatif et sanitaire ouvert de 2005 à 2008, qui a tenté d'allier l'accueil dans une structure temporaire et le travail en réseau, en associant la PJJ des Hauts de Seine (foyer d'action éducative), le Conseil Général des Hauts de Seine et la psychiatrie du centre hospitalier interdépartemental Théophile Roussel. C'était une structure partenariale (financement à 70% PJJ, 20% par le CG, 10% par le centre hospitalier), accueillant six mineurs en grande difficulté, qui avait posé des principes de subsidiarité, de brièveté de la prise en charge (moyenne 3 semaines), et d'engagement du foyer d'origine à reprendre le jeune dès la fin de la crise. Le constat que nous faisons à la lecture des parcours des jeunes de la Gironde et de la MECS montre un isolement de l'établissement accueillant le jeune, et pas ou très peu de recours lorsque le jeune va mieux. Ces accueils sont voués à un enlèvement, avec des accompagnements par défaut et le risque de ruptures faute de relais prévus en amont. L'objectif du dispositif de l'EPETC était de créer un sas pour soulager le jeune et les équipes et l'institution en souffrance, évitant une exclusion ou une main levée après une situation de crise. Le cadre théorique était aménageable en fonction des situations individuelles. Les outils éducatifs se déclinaient autour d'un travail d'ateliers, d'un accompagnement pluridisciplinaire au sein de la structure, de sorties, en présence de professionnels volontaires et motivés, la création de lieux d'écoute, et la présence de personnel médical pour une approche clinique. Cet établissement a été fermé, du fait du retrait financier du conseil général, malgré les interventions originales replaçant le jeune au cœur des préoccupations éducatives et sanitaires. Pour le psychiatre Gilles Barraband (chef de service d'un des secteurs de pédopsychiatrie du département), l'un des grands

⁶² « Des solutions pour accompagner les adolescents difficiles », Le lien social, Publication n° 863 du 29 novembre 2007, Thèmes : Adolescence.

mérites de l'EPETC était d'instaurer « *une compréhension systémique de la crise, peu répandue dans le secteur éducatif : ce jeune, on ne comprend pas ce qui se passe entre lui et nous, mais ça vient aussi de nous* ».

L'établissement expérimental pour enfants handicapés « la Structure Educative, Pédagogique et thérapeutique (SEPT) Les Pléiades » gérée par l'ADSEA 69⁶³ est une structure éducative pédagogique et thérapeutique à l'articulation de la protection de l'enfance et du médico-social. L'établissement est agréé par l'ARS et le Conseil Général, à partir d'un constat mutuel de difficultés de prise en charge de jeunes à difficultés multiples. Une prise en charge complète, coordonnée et renforcée autour de quatre dimensions, éducative, thérapeutique, pédagogique et sociale sous-tend le projet d'accueil. C'est une structure partenariale qui a reçu une habilitation justice (financement à 33% par l'ASE, financement ARS à 66%, participation de l'éducation nationale et de la PJJ).

L'accueil est basé sur une prise en charge médico-sociale avec un accompagnement éducatif relevant d'un soutien aux fonctions parentales. Cette structure accueille de jeunes présentant un handicap, des troubles du comportement ou psychiques et des difficultés sociales, durant un an renouvelable, pour des jeunes de douze à dix-huit ans. L'orientation protection de l'enfance et de la CDAPH sont conjointes, avec la création de deux pôles, un pôle hébergement (sur des petites unités de vie, 4 maisons de six places) et un pôle enseignement et formation (scolarité dans une unité de jour avec un accompagnement pluridisciplinaire (thérapeutique, pédagogique et éducatif). Nous observons, outre le caractère pluridisciplinaire de ce dispositif, le développement d'un hébergement en petites unités afin de réduire l'impact d'un grand collectif et de fournir des interventions éducatives plus personnalisées et thérapeutiques.

La scolarisation, facteur important souvent mis en échec est plus particulièrement pris en compte dans ce cas, ce qui permet de réinscrire les jeunes dans un parcours à terme normalisé ou d'accéder à des formations pré-professionnalisantes. Dès l'admission du jeune, un « comité de parcours » est mis en place, comme un fil conducteur gardant en mémoire l'histoire du jeune et permettant lors de la sortie de le réinscrire dans une autre partie de cette histoire. Nous avons pu constater que dans le discours des professionnels de la MECS, cette difficulté de la mémoire et de son accès ne permettait pas un accompagnement optimal des jeunes.

⁶³ Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, direction générale de la cohésion sociale : acte du séminaire a du 5 mars et 2012 : la loi du 5 mars 2007 a-t-elle amélioré la qualité de la prise en charge des enfants confiés en protection de l'enfance ?

L'Accueil familial spécialisé pour jeunes à difficultés multiples de Lyon est issu d'un conventionnement entre le département et le centre hospitalier spécialisé psychiatrique « le Vinatier ». Il est porté par une association s'adressant à des jeunes en rupture de prise en charge scolaire, de soins, présentant un handicap et/ou des troubles du comportement. Cet accueil repose sur une spécialisation des accueillants familiaux en accueil familial thérapeutique. Il concerne des adolescents âgés de treize à dix-sept ans souffrant de troubles psychopathologiques, sociaux. La durée d'accueil est de un an renouvelable, avec un accompagnement par des professionnels si besoin, soit de la protection de l'enfance, soit de l'établissement psychiatrique.

Cet accueil familial repose sur un partenariat fort avec l'établissement de soin, permettant d'assurer une réponse aux assistants familiaux en cas de difficultés ou de crises.

Certains établissements hospitaliers (service de psychiatrie infanto-juvénile de Libourne en Gironde) ont leur propre service d'accueil familial thérapeutique, ce qui permet de rassurer les assistants familiaux (salariés du centre hospitalier), dans un contexte sécurisé par la proximité et la disponibilité de réponse. Un encadrement rapproché par les professionnels de la psychiatrie permet de suivre chaque situation de jeune, et d'apporter un appui en formation, en logistique, un soutien moral et thérapeutique pour les adultes. Ce dispositif s'adresse pour partie à des jeunes accompagnés par l'ASE. Cet accompagnement pour les familles d'accueil du service d'accueil du département de la Gironde n'existe pas en l'état.

Nous constatons à travers ces expériences, que l'initiateur du projet peut être d'un champ d'activité relevant du handicap, du sanitaire, de la PJJ ou de l'ASE. Les jeunes à difficultés multiples confrontent tous les acteurs à des complications majeures, nécessitant des réponses pluri-partenariales et originales sur un territoire donné. Au carrefour de toutes les compétences qui leur sont dédiées, ces jeunes bénéficient d'un accompagnement en milieu éducatif, voir thérapeutique tout en pouvant jouir d'une prise en charge personnalisée.

(c) Des projets en cours initiés à la demande de la DPEF de la Gironde

L'objectif de la DPEF est d'initier à plusieurs endroits stratégiques du département des projets permettant de répondre aux besoins des jeunes à difficultés multiples. L'ambition est de créer un réseau de partenaires, avec un partage des expériences, et un accueil décloisonné des jeunes entre ces dispositifs.

Deux projets sont en cours sur le département de la Gironde, le premier se situe dans la phase d'écriture et le second est finalisé depuis mi-novembre 2013. Ces deux projets sont menés par deux associations.

La première structure sollicitée par la DPEF, une MECS associative, a pour objectif de répondre à des besoins non satisfaits de jeunes en très grandes difficultés, en particulier pour la tranche d'âge treize à seize ans. L'association, créée en 1978, à but non lucratif, accueille et accompagne des jeunes âgés de seize à trente ans dans un parcours de reconstruction personnelle et professionnelle. Elle est très impliquée dans l'accompagnement des jeunes en situation de précarité. Elle est implantée dans Bordeaux. Elle possède un savoir-faire depuis de nombreuses années dans l'accompagnement individualisé auprès de populations à difficultés multiples et offre un accueil diversifié avec une équipe pluridisciplinaire. La DPEF a souhaité proposer ce projet compte tenu de ce savoir-faire et de la multitude de champs d'action (CHRS, MECS, accompagnement dans la vie sociale (logement, réinsertion professionnelle...)).

Ce nouveau projet reçoit l'adhésion du directeur d'emblée, mais il se heurte à des résistances tant au niveau du conseil d'administration que des personnels qui travaillent dans la MECS. Après de nombreuses tentatives pour obtenir une adhésion, il se résout à écrire un avant-projet, qu'il propose à la DPEF. Ce projet est validé au niveau de la forme, du contenu et du budget. Il propose un hébergement sur un petit collectif, de six à huit jeunes, de type maison familiale avec un encadrement éducatif diversifié, maitresse de maison et éducateur sportif, doublé d'une souplesse de prise en charge sur le principe d'ateliers. Le recrutement de l'équipe (recrutement externe uniquement) se déroule sur les fondements du projet du directeur. Ce choix en solitaire du directeur est de construire une nouvelle équipe rajeunie, peu marquée professionnellement par des parcours d'usagers lourds, avec un panachage des âges. Il a pour objectif de mettre en place un lieu contenant pour les jeunes. La présentation des situations par la DPEF se déroule auprès de l'équipe des professionnels. La surprise des professionnels est importante car ils ne s'attendaient pas à une telle complexité de situations.

Au terme des premiers mois, le directeur constate une adhésion minimale des professionnels, analysant la cause comme l'absence de participation à l'écriture du projet, alors qu'ils ont été recrutés sur cette base.

Les premiers bilans en Conseil de la Vie Sociale (CVS) montrent une implication positive des jeunes qui se sentent bien. Un jeune garçon montre de grosses difficultés et présente un handicap intellectuel plus important que ses pairs, avec une intolérance à la frustration et le refus des limites proposées, nécessitant des liens étroits avec la psychiatrie. Les réunions cliniques pluridisciplinaires et de régulation des pratiques soutiennent le travail d'élaboration des professionnels, mais le directeur repère rapidement une tendance dans les premiers CVS et dans l'activité quotidienne de dérives dans le cadre éducatif, avec une organisation rigide et une propension à cloisonner.

Une présence forte du directeur sur le terrain permet de reprendre avec les équipes au quotidien ces comportements professionnels et d'interroger la méthodologie de projet. Le

directeur, suite à cette analyse, propose des journées d'étude et d'ajustement du projet de service avec l'ensemble de son équipe au retour de l'été, l'accompagnement d'un psychiatre et le recrutement de personnel infirmier. Cette expérience montre que la stratégie d'élaboration de projet requiert l'adhésion des équipes (et en particulier celles qui vont être dans le dispositif). Elles s'inscrivent dans un projet élaboré collégialement. L'accompagnement par une équipe pluridisciplinaire et médicale est un facteur important pour une observation et une compréhension clinique des situations.

Le deuxième projet repose sur un redéploiement de moyens pour une MECS rattachée à une association reconnue d'utilité publique qui s'engage, en outre, dans la protection de l'enfance. Diverses structures sont implantées dans le bordelais.

Cette proposition de la DPEF fait suite à une évaluation externe montrant des difficultés dans l'accompagnement éducatif de certains jeunes et un secteur d'accompagnement de jeunes majeurs en forte chute d'activité. L'analyse de la directrice de la MECS indique un alourdissement certain des problématiques des jeunes avec des pathologies psychiatriques précoces, associées à une souffrance induite par le placement et à la présence de traitements psychiatriques importants. Cet établissement accepte de s'engager dans la démarche projet, car il souhaite s'inscrire dans l'innovation pour mieux répondre à ces jeunes et préserver sa place au sein de l'association et du département.

La concertation et la participation des professionnels est un des axes choisis, in fine, par la directrice. Cependant, les premières réunions montrent des résistances importantes et un refus du changement. Une des unités de cet établissement est appelée à se réformer pour répondre au projet, au niveau des locaux et de son projet d'unité. Des leaders négatifs exercent une pression sur leurs collègues pour entraver la réflexion.

La stratégie utilisée par la directrice, forte de ces observations, est de partir des situations des jeunes actuellement accueillis dans son établissement et d'analyser les réponses éducatives. Cette initiative a renvoyé chacun à la difficulté au quotidien de certaines prises en charge et a permis de pointer le défaut de réponses adaptées à ces jeunes. Cette prise de conscience des limites des pratiques professionnelles et des profils de jeunes déjà inscrits dans la structure a permis la mise au travail des professionnels. Ils sont accompagnés par d'autres partenaires, psychiatre, psychologue, inspecteur de l'ASE, responsable du bureau des accompagnements spécifiques de la DPEF, conseillère en accompagnement innovant et pédagogique ...

Cette MECS a choisi plusieurs modalités d'accueil, un hébergement de type internat de petite taille, un accompagnement des familles par un suivi externalisé, et des ateliers de jour. Elle bénéficie du plateau technique et de la logistique de l'ensemble du dispositif de l'association, ce qui permet une mutualisation de certains moyens et personnels et de réduire les coûts affectés.

Cette MECS écrit le projet pour une mise en œuvre en début d'été. La crainte concernant ce nouveau projet reste cependant dans le risque de stigmatisation de ce nouveau dispositif, avec une tendance de toute unité à vouloir demander l'admission de tout jeune qui posera des difficultés de comportement.

Nous constatons que la conception du projet collégiale est un facteur facilitant, même si des leaders négatifs se font présents en début de la démarche. Le retour sur les situations des jeunes et les pratiques professionnelles développées en leur temps, a permis de recentrer tous les professionnels sur le projet du jeune, et de mettre temporairement les difficultés institutionnelles de côté. Cela souligne l'intérêt majeur d'étudier les besoins de cette population et les parcours de vie. C'est cette étape d'analyse qui a déclenché la réflexion, ce travail d'élaboration et sa conduite à terme.

Ces deux démarches, plus avancées, permettent d'identifier certains facteurs de réussite et d'échec, en ne perdant pas de vue que chaque établissement possède une histoire, un contexte environnemental, une culture professionnelle.

Article III. Une réponse à ces besoins : l'émergence de nouveaux accompagnements à la MECS de Libourne

L'analyse des différents facteurs influençant le devenir des jeunes à difficultés multiples permet l'émergence d'une demande de la DPEF (section 3.01). Afin de bien préparer le démarrage de la conception du projet, des préalables en termes de partenariats de proximité sont indispensables ainsi qu'une méthodologie de projet basée sur l'étude des besoins et la participation élargie de multiples acteurs (section 3.02). L'identification des principaux axes managériaux permet la planification des grandes étapes de construction du projet. Ses contenus sont mis en œuvre (section 3.03).

Section 3.01 Un nouveau projet

Les caractéristiques et les besoins spécifiques de cette population relèvent en général de plusieurs modes de prise en charge (sanitaire, social, médico-social, judiciaire), et les partenaires privilégiés de la MECS sont pris en compte dans cette démarche. Cet établissement social doit préserver sa mission éducative ainsi qu'une constance dans la durée, sans générer de nouvelles ruptures, sans renforcer les symptômes. Il prend appui sur des principes de continuité, de relais, d'analyse, de partage en lien avec les partenaires, avec une équipe et un dispositif solide mais souple.

(a) Une lettre d'orientation de la DPEF

L'évaluation de ces nouveaux besoins sur le département conduit la DPEF de la Gironde à solliciter la MECS de Libourne. Elle propose, sur la base d'une lettre d'orientation, la création d'un nouveau dispositif au titre des missions de la protection de l'enfance. Ce choix est guidé par le positionnement sur le territoire du libournais de cet établissement et la dynamique institutionnelle en cours.

Cette proposition faite au directeur en novembre 2013, est basée sur la création de nouvelles modalités d'accueil et d'accompagnement, dont les axes seront déterminés au cours de l'élaboration du projet. Elle pose le principe de la clarification des missions qui sont attribuées à cette MECS. Le délai de conception du projet et de présentation est restreint, avec une remise du projet fin juin 2014 pour une étude de budgétisation la dernière semaine de juin.

Ce projet repose à priori, avant toute réflexion interne à l'établissement, sur des modalités possibles de prises en charge centrées sur les besoins des jeunes accueillis au sein du département et potentiellement destinés à la MECS (une réponse spécifique et personnalisée pour chaque jeune). Des sous-projets sont à concevoir pour chaque composante de ce dispositif en identifiant leur spécificité et leur complémentarité et en introduisant de la souplesse dans les réponses. Des axes sont à explorer, à modifier selon les besoins des jeunes, besoins émanant de l'analyse de leurs parcours de vie.

Cependant, le directeur identifie la nécessité d'une prise de conscience sur des évolutions professionnelles et structurelles au sein de l'établissement afin de répondre objectivement aux besoins de ces jeunes. L'objectif final est de leur apporter un accompagnement adapté. Ce projet est sous-tendu par une collaboration forte entre les autorités de tarification et le directeur de l'établissement.

(b) Les enjeux liés à la création de ce nouveau dispositif

L'identification des enjeux en amont du projet est une des missions du directeur, et une nécessité pour élaborer une stratégie globale pertinente.

La diversité des usagers est à prendre en compte, ainsi que la complexification des dispositifs et la réglementation⁶⁴. Le directeur est impliqué dans l'accompagnement de situations de vie uniques et complexes, ce qui suppose une approche éducative et sociale différenciée en fonction des projets des jeunes accueillis dans cet établissement. L'identification rationnelle des contraintes et des opportunités permet de limiter les imprévus, les risques, créant à priori les conditions de réussite de la mise en œuvre des solutions. La mise en évidence des enjeux (gains attendus, risques ou pertes) est un aspect déterminant dans la conduite du diagnostic de situation, en amont de la démarche d'élaboration. Ils sont directement liés à la réussite du projet. Leur repérage est une étape délicate, car certains d'entre eux peuvent être latents, comme les enjeux de territoire et de pouvoir. Il est indispensable pour le directeur de bien intégrer les enjeux du bassin de population au sein duquel se trouve l'établissement.

Des enjeux sont centrés sur les besoins des jeunes, pour des réponses pertinentes, dans un lieu où le jeune peut être réuni, un lieu unique où les partenaires se déplacent. L'objectif central est l'adaptation aux besoins, tout en intégrant ce dispositif dans le projet d'établissement, avec un projet de service, et en organisant une évaluation pour un ajustement. Ces jeunes doivent être accueillis sur leur territoire de vie du libournais.

Des enjeux institutionnels sont identifiés autour du positionnement de l'établissement afin d'assurer son rayonnement sur le territoire, d'être reconnu comme un partenaire à part entière. La participation à la mise en œuvre des politiques publiques permet de rester en phase avec les politiques départementales et nationales. Le directeur de la MECS de Libourne s'inscrit dans cette dynamique, et souhaite étendre le domaine d'activité de l'établissement afin de renforcer le service public sur le territoire.

Des enjeux autour de la notion du temps sont importants. En effet la proposition de la DPEF se décline depuis novembre 2013, dans une relative urgence sociale et des

⁶⁴ Marie-Aline Bloch, Léonie Hénaut, 2014, Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Fondation Paul Bennetot, Edition DUNOD, 309 pages p269

difficultés sur l'ensemble du département, alors que la démarche de réflexion dans la MECS commence en mars 2014.

Ces temps sont bien différents, et le directeur de la MECS doit assurer les prérequis à l'acceptation du projet et des étapes dans la communication aux instances et aux professionnels. Des retards dans le calendrier initial mettent en attente le démarrage du projet. Le début de la démarche est demandé pour fin 2013 avec une ouverture du dispositif à l'été 2014. Ces retards résultent d'une difficulté à mener conjointement diverses démarches au sein de l'établissement. Des échéances sont en cours et doivent être levées avant d'engager la MECS sur un autre projet. Le projet d'établissement, par choix de la méthodologie implique la participation de presque la totalité des personnels à des degrés divers.

Le temps pour la psychiatrie est encore différent, selon l'urgence des situations des jeunes en hospitalisation et sans réponse d'accueil en établissement social ou médico-social. La pédopsychiatrie n'est pas disponible pour s'engager dès fin 2013 dans ce projet et des représentations erronées réciproques sont à lever pour instaurer un climat de confiance propice au partage. Cet enjeu du temps de chacun est prépondérant pour trouver un consensus sur le rythme de progression du projet.

Les enjeux internes à la MECS sont repérés par le directeur afin de construire une stratégie managériale efficiente. Les résistances au changement tendent à s'estomper au profit d'une réflexion commune. La stratégie interne de développement de la qualité est reconnue comme un facteur de réussite, les ressources internes et les contraintes sont en partie listées. Cela implique une stratégie de communication (concertation et des équipes, présentation du projet), fondé sur un engagement fort. La stratégie de changement s'appuie sur la mobilisation de chacun pour créer.

(c) L'acteur principal du management stratégique de l'établissement au sein du territoire : le directeur

L'établissement ne peut pas s'extraire du contexte et des partenaires qui l'entourent et rester dans une pratique relativement isolée. Les relations de collaboration à chaque niveau du territoire sont le garant d'une qualité et d'une efficacité afin de confronter les différents points de vue. Il est cependant difficile pour le directeur d'associer l'ensemble des personnels de la structure et l'ensemble des partenaires. Ses capacités et compétences en matière de management sont fondamentales pour induire des partenariats forts et pour initier des pratiques nouvelles et innovantes.

Le management stratégique du directeur consiste à définir les grandes orientations de l'établissement sur le moyen et le long terme ainsi que les méthodes pour les atteindre. Ces orientations assurent la pérennité de l'établissement et sont normalement peu

réversibles. Elles se traduisent dans le projet d'établissement, (orientations stratégiques sur cinq ans). Il est complété par du management opérationnel, consistant à la mise en œuvre de la stratégie globale de l'établissement sur un terme moins important (court et moyen terme). Il permet de mobiliser les ressources matérielles, organisationnelles, humaines et financières, ainsi que les savoir-faire pour pérenniser le positionnement de l'établissement en fonction des orientations stratégiques déterminées en amont. C'est donc un pilotage qui veille à optimiser l'utilisation des ressources disponibles, à coordonner l'action des différents professionnels et des partenaires vers les objectifs fixés par le management stratégique.

Le directeur prend aussi en compte, dans la démarche projet, la performance du nouveau dispositif qui s'apprécie au regard de la finalité et des objectifs fixés. Deux axes permettent sa mesure, l'efficacité qui correspond à l'atteinte des objectifs, et l'efficience qui se définit comme le rapport entre les résultats obtenus et les moyens humains et matériels mis en œuvre pour y parvenir. Cette démarche d'évaluation de la performance est initiée dès l'écriture du projet final à partir d'indicateurs et de critères, pouvant être formalisés dans des tableaux de bord⁶⁵.

Les compétences du directeur en matière de collaboration, de négociation et d'argumentation sont un atout majeur pour défendre les intérêts de la structure. Il identifie les différentes personnalités afin de trouver les personnes ressources. Ayant repéré ses propres ressorts en management, Il a un discours compréhensible pour tous les acteurs, au sein et hors de l'établissement. Il est important de bien connaître les fonctionnements de chacun, les impératifs d'autres logiques et d'autres métiers pour mieux en comprendre les enjeux tout en tenant s'inscrivant dans une démarche transversale. Les liens avec le secteur judiciaire sont en matière de Protection de l'Enfance, indispensables. Connaître le cadre juridique de la Protection de l'Enfance est incontournable pour le directeur afin de remplir les missions dédiées et assurer aux professionnels, aux familles et aux jeunes une réelle protection.

La MECS est un établissement qui présente un positionnement géographique le situant dans une situation de monopole, reconnue par la DPEF. Elle est au cœur d'un secteur en développement à proximité de l'hôpital de Libourne et de la seule clinique de la ville. Divers établissements sociaux et médico-sociaux sont présents en périphérie, ce qui facilite les partenariats. Seul établissement public autonome répondant aux missions de la Protection de l'Enfance, la MECS est érigée comme un partenaire pour les

⁶⁵ Les tableaux de bord sont apparus aux Etats-Unis dans les années 1950, sous l'influence d'Alfred Sloan (1875- 1966) directeur général puis président de Général Motors

accompagnements des jeunes placés à l'ASE et présentant d'autres problématiques, santé, handicap. Une demande forte des autorités de tarification du Conseil Général de la Gironde amène le directeur à conforter le positionnement de cet établissement sur le territoire, à tisser des liens nouveaux en l'ouvrant sur la cité et aux structures associatives, médico-sociales et sanitaires.

C'est un établissement qui s'inscrit actuellement dans une démarche de dynamique institutionnelle par la prise en compte de la problématique de certains jeunes, et par la réécriture de son projet d'établissement. Des freins au changement liés à l'histoire sont en cours de clarification pour instituer des fondements institutionnels solides. Les échanges autour du projet d'établissement permettent d'identifier un cloisonnement entre les différents services, une méconnaissance des collègues et de leur pratique quotidienne.

Le contexte social et professionnel est propice à une élaboration pluridisciplinaire, comme le montre la démarche d'élaboration du projet d'établissement et des projets de services commencée depuis fin 2013. Elle est fondée sur une participation d'un groupe de professionnels, représentant l'ensemble des métiers. Il apparaît à travers les échanges qu'il existe des valeurs, une réflexion collégiale de ce qu'est et deviendra cet établissement, dans le dehors et dans le dedans. La prise de conscience des différences de pratiques et des outils, l'émergence d'un langage commun, d'une volonté d'accéder à des espaces de partage, et de conceptualisation permettent une ouverture professionnelle.

Cependant, la création de ce futur dispositif intervient après l'écriture du projet d'établissement, ce qui va nécessiter l'ajout d'un avenant.

Section 3.02 La construction de l'avant-projet

La prise de décision concernant l'orientation du projet relève d'une réflexion institutionnelle et partenariale, et de la capacité du directeur à mettre en œuvre un processus décisionnel dans ce cadre déterminé. Trois niveaux de décisions sont à identifier, un niveau stratégique, tactique et opérationnel. La décision reste un acte volontaire, un choix qui porte sur la détermination des objectifs définis en fonction des problèmes identifiés au niveau de l'établissement, et des ressources. Le processus décisionnel est une succession d'étapes où la communication interne et externe est essentielle. La décision finale prise par le directeur de l'établissement est le résultat d'un compromis entre les différents acteurs dont les objectifs sont souvent différents, parfois même contradictoires. Il est donc nécessaire de tendre vers la réduction des écarts entre les objectifs individuels (professionnels et usagers) et les objectifs de l'établissement afin que les décisions restent cohérentes et que le compromis soit le plus acceptable possible.

(a) Des partenariats initiés depuis la fin 2013

C'est dans cet esprit qu'un réseau partenarial est développé et renforcé depuis fin 2013 afin de créer les conditions d'une collaboration et d'une coordination. Les ressources du territoire d'influence de la MECS sont mobilisées. Ce sont la pédopsychiatrie du centre hospitalier et les établissements médico-sociaux. Ces deux approches sont menées conjointement.

Le premier partenaire est la psychiatrie du centre hospitalier de Libourne. Un constat réciproque montre une faiblesse des partenariats avec la MECS tant avec la pédopsychiatrie que la psychiatrie adulte et des dysfonctionnements liés à une méconnaissance mutuelle des missions de chacun. Suite à deux rencontres avec les médecins du service de pédopsychiatrie, de psychiatrie, les cadres de santé et le cadre supérieur de santé, un objectif est déterminé pour la mise en œuvre de fondamentaux nécessaires à un partenariat entre les secteurs, organiser la pérennité de cette collaboration et construire les conditions de la participation du secteur psychiatrique à la réflexion autour du futur dispositif envisagé. Un calendrier de rencontres est fixé de décembre 2013 à mai 2014.

Cette participation mutuelle des différents professionnels des deux secteurs permet la découverte des personnels des différentes structures, leurs contraintes, ressources, le plateau technique et les pratiques professionnelles. La dernière réunion, animée par le médecin de la pédopsychiatrie porte sur la gestion de la crise, le thème ayant été proposé en amont par les professionnels de la MECS. Une démarche parallèle est menée avec un service de psychiatrie adulte chargé des soins aux adolescents.

Nous nous sommes heurtés à une contrainte de disponibilité des acteurs de la psychiatrie, le service de pédopsychiatrie ayant cinq postes de médecins vacants. L'adaptation à leurs disponibilités a permis de mener à bien cette collaboration. Le chef de service de la pédopsychiatrie s'est inscrit dans les groupes de travail concernant le projet du nouveau dispositif. Des propositions de mise à disposition de certains de leurs dispositifs et de leur savoir-faire ont enrichi la réflexion. Cette étape de rencontre a été un élément déterminant de diminution de tensions entre les professionnels et de prises de positions plus objectives à l'encontre de l'autre.

Le deuxième axe partenarial concerne les établissements du secteur médico-social. Quatre établissements médico-sociaux sont implantés dans le territoire de proximité de la MECS, un ITEP associatif, un IME public, deux IME associatifs. Un constat montre une insuffisance de liens formalisés, mais des échanges centrés sur les projets des jeunes se déroulent entre professionnels. Il existe depuis un an des rencontres trimestrielles organisées avec les directeurs de ces différents acteurs du médico-sociaux de la rive droite, rencontres où parfois le directeur de la MECS est invité. A compter de décembre

2013, cette participation s'avère régulière et porte sur le partage des difficultés rencontrées par les deux secteurs, sociaux et médico-sociaux, sur les tentatives de réponses et sur les pratiques institutionnelles du secteur médico-social. Un bilan de l'existant en matière de prestations médico-sociales et une identification des zones non couvertes par ce secteur sont effectuées sur le territoire. Cependant, en dehors de quelques situations spécifiques, la question du partenariat entre les deux secteurs est encore à la marge des échanges. Ils portent sur l'exhaustivité des contenus médico-sociaux au regard desquels le secteur social n'est pas concerné. Cela en permet cependant une meilleure connaissance.

L'implication de la MDPH⁶⁶ est à noter, car elle organise les actions de coordination avec les autres dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux concernant les personnes en situation de handicap afin de les accompagner dans leur parcours. Ce rôle de coordination semble aujourd'hui, sur ce département, difficile à mettre en œuvre, laissant des parents et certains jeunes à la marge des établissements médico-sociaux.

Sur le département de la Gironde, depuis 2012, la MDPH a modifié la procédure d'affectation des jeunes au sein des EMS. Les notifications sont adressées aux détenteurs de l'autorité parentale uniquement, que les parents soient ou non en capacité de se saisir de la démarche de recherche d'établissement. Cette situation, de nouvelle ampleur, a induit au niveau des structures de l'ASE qui sont mises à l'écart et pour les parents en grande difficulté, de nouvelles contraintes, de la recherche de la notification à la procédure l'admission du jeune en EMS. Des relevés de dysfonctionnements reviennent vers la MDPH par les établissements et services de l'ASE et les EMS. Ils mettent en évidence des jeunes sans lieu d'accueil, ou accueillis en structures de l'ASE mais sans accompagnement médico-social, ce qui majore les troubles du comportement des jeunes et les difficultés des professionnels. Des délais plus importants d'admission au sein des EMS sont notés, avec une disparition de certains parents, soit par incapacité à assumer cette démarche, soit parce qu'ils n'adhèrent pas au projet proposé. Les professionnels de l'ASE, n'étant plus destinataires des notifications de la MDPH déclarent un surcroît d'activité, et une diminution des accueils en établissement médico-social.

Cette volonté du directeur de la MECS de formaliser des partenariats en amont de la démarche projet permet d'inscrire chacun dans une dynamique respectueuse de collaboration et de coordination. Elle facilite l'inscription des tous les acteurs dans l'activité quotidienne, elle permet déjà d'identifier de meilleures relations entre les secteurs et des réponses plus rapides dans l'accompagnement des jeunes accueillis.

⁶⁶ Marie-Aline Bloch, Léonie Hénaut, 2014, *Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Fondation Paul Bennetot, Edition DUNOD, 309 pages, p42

(b) La méthodologie de projet

Cette méthodologie s'inspire en partie des expériences des établissements décrits précédemment et sur une conduite de projet⁶⁷.

Elle s'articule autour d'une stratégie de communication en interne et en externe, de la création d'un groupe de pilotage dont le directeur est le responsable de projet, et d'un groupe de travail pluridisciplinaire. Il n'y a pas de chef de projet défini, cette mission est assurée par le directeur. La stratégie de communication qu'il propose est validée par le groupe de pilotage. La situation patrimoniale est favorable, elle est associée à une volonté d'extension de l'activité. La recherche de partenaires est en cours, et le calendrier est fixé en mars 2014.

La communication est un élément central de la réussite du projet. Le contenu de la communication est adapté en fonction du public concerné. La présentation du projet par le directeur au comptable (étude de la faisabilité financière) et au conseil d'administration se déroule respectivement en avril 2014. Le comptable valide le compte administratif 2013 et l'affectation des résultats. Il souligne la bonne santé financière de l'établissement. Le directeur envisage un achat d'immeuble et la souscription d'un emprunt. Le conseil d'administration(CA) et sa présidente approuvent le futur projet. La collaboration et le soutien de la présidente du CA relèvent d'un intérêt stratégique pour la mise en place de l'information des instances et du personnel.

Diverses communications managées par le directeur se déroulent durant le mois de mai, en comité technique d'établissement, au niveau de chaque équipe en présence du cadre socio-éducatif ou du responsable administratif, et lors de la réunion d'établissement où 95% des personnels étaient présents. Cela démontre l'intérêt porté par les professionnels à ce projet. Les impacts de ce projet sur la gestion globale de l'établissement sont abordés. Le premier concerne la gestion des ressources humaines par un appel à candidature pour le nouveau projet par une mobilité interne, mais aussi par des recrutements externes. Un prérequis est posé, c'est accepter la mission de départ et le travail éducatif auprès de ce public à difficultés multiples. Un autre impact se dessine sur le management de projet, concernant son intégration à l'existant et au projet d'établissement qui vient d'être finalisé. Il est nécessaire de le différencier, mais en le gardant inscrit dans la dynamique institutionnelle.

Le comité de pilotage est créé et remplace le temps du projet le Conseil de Réflexion Institutionnelle(CRI), déjà existant dans l'établissement, dont la mission est de réfléchir aux orientations institutionnelles, aux concepts à développer dans l'établissement. C'est

⁶⁷ Cf. annexe 11 : Outils de conduite de projet, l'organigramme, EHESP 2013-2014

un groupe pluridisciplinaire associant les cadres sociaux éducatifs, les psychologues, le directeur et le directeur stagiaire. Sa mission est modifiée le temps de l'élaboration du nouveau projet. Les réunions sont organisées concomitamment à celles du groupe de travail. Un compte rendu est formalisé et les décisions sont partagées avec le groupe de travail.

Le groupe de travail est composé de représentants de la DPEF, la directrice adjointe, deux inspectrices chargées du secteur de la MECS, le cadre technique responsable du bureau des accompagnements spécifiques. La psychiatrie contribue aux échanges, représentée par le responsable du pôle de la psychiatrie du centre hospitalier de Libourne. Les partenaires du secteur associatif sont au nombre de trois, les deux directeurs en cours de projet et le directeur d'une MECS associative. Enfin sont présents les personnels de la MECS en la personne du directeur, du directeur stagiaire, d'un représentant des cadres sociaux-éducatifs, d'une représentante des psychologues et des personnels éducatifs volontaires. A la demande de participation des personnels proposée par le directeur, le nombre de candidatures plus important que le nombre de places proposées a nécessité un arbitrage. Ce sont les cadres socio-éducatifs, en fonction des échanges entre les préposés qui les ont assurés.

Quatre réunions se déroulent courant mai 2014 avec pour objectif final l'élaboration d'un avant-projet, permettant l'écriture du projet final en vue de la présentation à la DPEF.

Le contexte de la demande de la DPEF et les constats et analyses dans chacun des établissements et secteurs montrent que la définition du public à accueillir s'avère délicate. Les perceptions, la différence de culture professionnelle et le regard de chacun selon sa sensibilité et son positionnement institutionnel provoquent des débats de fond sur la pertinence de la définition des besoins de ces jeunes encore non qualifiés « à difficultés multiples » et de leur nature. Un consensus se dégage sur les difficultés que rencontrent les professionnels de l'ASE et les dysfonctionnements dans les accueils. La notion de profils apparaît, plus que de besoins. Le concept de réponse individualisée se heurte à la notion de projet personnalisé et d'une relative méconnaissance de l'histoire du jeune (troubles de l'attachement) et de ses besoins. La clef de la réussite est dans l'individualisation de l'accompagnement, la solidité du dispositif dans la durée, la création de repères et un cadre souple et contenant.

La définition des modalités éducatives du projet fait consensus au niveau de l'ensemble des partenaires pour un calibrage de ce dispositif à six, sept jeunes, afin de proposer un collectif de petite taille, où des solutions individualisées sont proposées. Le cadre

d'accueil doit être souple et solide pour faire face « *aux attaques des jeunes* »⁶⁸ qui vont le tester. Un regard clinique permet la détection des problématiques de comportement et l'aide à l'analyse des situations, car il ne faut pas ignorer la question de la pathologie psychiatrique parfois présente. La présence de soignants ayant une expérience en pédopsychiatrie est confirmée, mais l'organisation de leur présence est à imaginer. Des tiers sont prévus, structures ou intervenants, afin de réduire la pression sur les jeunes et les professionnels, mais en identifiant tous les leviers d'une coordination efficace. La clinique traverse l'institution, ce qui nécessite des lieux de parole pour les jeunes et des lieux de réflexion et d'analyse pour les professionnels. Un espace d'analyse de pratiques ou de régulation est affirmé, en plus des réunions de synthèse et de fonctionnement.

Ce dispositif répond à un petit collectif, dans une activité pluridisciplinaire, proposant des interventions diverses, variées et individualisées, tout en restant raisonnable au regard des contraintes financières. Il est nécessaire de travailler sur le lien et les compétences en interne, dans un équilibre de capitalisation des ressources internes et les professionnels ou structures externes. Ce dispositif se veut global avec une modularité d'interventions, hébergement, accueil de jour avec des ateliers, accueil familial et accompagnement des familles.

L'enjeu de la complémentarité, au regard des profils des jeunes est indispensable, autour d'activités sportives, culturelles, de la scolarisation et de l'accès à la citoyenneté. L'enjeu des partenariats se situe dans une bonne coordination, dans la souplesse et avec un cadre qui tient. Le chef de service de la pédopsychiatrie émet la proposition de mise à disposition de leur unité mobile d'urgence. La temporalité s'avère différente selon les acteurs, mais chacun s'accorde sur un besoin d'accueil modulable, du court à terme au long terme, en fonction de chaque jeune. Les professionnels recrutés sur ce dispositif s'engagent en prenant acte du projet et leur participation effective à l'écriture du projet de service va se dérouler dans un deuxième temps, après la période de recrutement et de constitution des équipes.

Les métiers proposés sont du domaine de l'éducatif, moniteurs éducateurs, maitresse (ou maitre) de maison et veilleur de nuit pour l'hébergement, éducateurs spécialisés pour le suivi familial et les familles d'accueil. Les activités d'accueil de jour sont envisagées avec des animateurs et des éducateurs sportifs. L'organisation du travail et des plannings est discutée compte tenu d'une nécessité de permanence et de souplesse. Chacun s'accorde sur une étude de faisabilité d'un planning à la carte, en comparaison de plannings à

⁶⁸ Responsable de pôle de la psychiatrie lors de la réunion du groupe de travail

roulements fixes. La présence de badgeuses pour introduire de la souplesse est soulevée. Certains intervenants fonctionnant avec ce dispositif, précisent les avantages et contraintes de cette gestion. Aucune éventualité n'est écartée et une étude d'un tel dispositif va être programmée dans un deuxième temps.

(c) Les modalités d'accueil et d'accompagnement éducatif : l'avant-projet émanant du groupe de travail et validé en comité de pilotage

Un projet global comprenant diverses modalités de prises en charge centrées sur les besoins des jeunes accueillis est précisé. Des sous-projets pour chaque composante de ce dispositif sont définis en identifiant leur spécificité et leur complémentarité, en introduisant l'obligation de souplesse dans les réponses.

Le dispositif est ouvert, en direction de jeunes déjà connus et accueillis dans les MECS, mais qui mettent en échec une partie des dispositifs éducatifs. L'objectif visé est d'éviter les ruptures dans les parcours, et de permettre un changement de postures professionnelles. La réalité des troubles conduit vers une nécessité de prise en charge individualisée. Il ne s'agit pas d'un accueil par défaut de jeunes qui devraient être ailleurs, mais d'un besoin d'accueil diversifié après une analyse de l'impossibilité qualitative de réponse des autres dispositifs existants au niveau de la protection de l'enfance. Près de soixante-dix jeunes sont en attente d'un tel dispositif sur le département. Assurer et pérenniser les partenariats diversifiés avec une équipe solide pour un dispositif solide sont les atouts de ce nouveau dispositif.

Ce dispositif est conçu comme un espace « refuge » pour des jeunes, soit dans un court terme avec une possibilité d'accueil des jeunes de la MECS en difficulté à un moment précis pour une quotité de deux ou trois places qui leur seraient réservées (un sas de respiration avec une mise à distance bienveillante). C'est une opportunité vers une individualisation des prises en charge avec un accompagnement personnalisé. La MECS s'autorise à penser un accompagnement de un pour un dans des situations ponctuelles pour répondre aux situations de jeunes en très grande souffrance avec des lieux de retrait possible, ce qui implique un taux d'encadrement important et des compétences spécifiques. Ces modalités impliquent un plateau technique élargi, un hébergement, un accueil de jour, des familles d'accueil et un suivi externalisé. La dimension éducative et sociale est associée à des partenariats et à une pluridisciplinarité.

L'hébergement est pensé comme un outil central pour certains jeunes. L'internat classique, basé sur la vie de groupe est vécu comme insupportable pour ces adolescents sans possibilité de prise en charge en famille d'accueil, ce qui induit l'émergence de situations de crise et de difficultés pour les structures chargées des missions de l'ASE et des ruptures pour les jeunes qui sont répétitives. Cet internat se conçoit avec une

opportunité de modalités d'accompagnements diversifiés. Les jeunes nécessitant une protection mais ayant d'autres besoins, soin, accompagnement médico-social tenant compte du handicap, vont bénéficier de réponses pluridisciplinaires dans le « prendre soin ».

Il s'agit de prises en charge innovantes et expérimentales (cf. loi 2002-2 alinéa 1 article 15) d'une adaptation de l'hébergement par rapport à un internat classique. C'est un dispositif comprenant un hébergement sur un mode de la « maison familiale » avec des espaces de vie collectifs et des espaces d'intimité. Certains temps de vie quotidienne sont collectifs avec toute l'infrastructure nécessaire (cuisine...), mais permettent une forme de mise à distance et de protection de l'espace « intime » si le collectif devient insupportable. Une organisation est à formaliser dans le projet de service en journée et en soirée pour éviter les moments d'errance au sein de la structure. Cela présente un risque de décompensation et de violence, liées au sentiment de vide. Des espaces ritualisés sont imaginés pour sécuriser certains jeunes.

Le groupe est composé de sept jeunes âgés de neuf à treize ans (âge de l'admission), et il est mixte. L'ouverture est programmée 24h/24h et 365 jours /an. Des professionnels permanents et repérés (moniteurs éducateurs, auxiliaires médico-psychologiques, maîtresses de maison) sont associés à des professionnels venant de l'extérieur, plus spécialisés, mais identifiés dans la durée (infirmière, ergothérapeute, psychomotricien, auxiliaire de vie scolaire...) en fonction des besoins de chaque jeune.

Un centre d'accueil de jour complète le dispositif de l'hébergement organisé autour d'ateliers avec médiateur. Ils sont pensés en fonction des problématiques des jeunes, autour d'une animation avec deux professionnels, des animateurs, dans un cadre à définir en fonction du projet de service ultérieur. Un support d'activité (médiateur) est conçu en fonction des attentes et des besoins des jeunes, en tenant compte d'un travail d'élaboration interdisciplinaire mais aussi des souhaits des jeunes. Des activités effectuées, soit en interne, soit à l'extérieur du lieu d'accueil, associations sportives, culturelles sont proposées avec une priorité, le maintien de la scolarité ou l'approche autour d'une nouvelle scolarisation. Ces ateliers ne sont pas un lieu d'accueil relais pour une réponse à une crise, ni un lieu d'activités occupationnelles, ils sont définis dans le temps, avec un cadre formalisé repéré et repérable (la permanence du cadre). La capacité d'accueil est variable, avec un maximum sept places.

L'accueil familial est une autre modalité d'accueil au sein du dispositif pour quatre agréments. Un étayage est organisé grâce au partenariat avec la pédopsychiatrie du libournais par la possibilité de faire appel au dispositif de l'équipe mobile d'urgence (ELISA), lors de situations de crises dans les familles d'accueil. Cette modalité d'accueil

est un recours pour des jeunes ne bénéficiant pas de possibilité de retour dans leur famille naturelle, ne supportant pas le collectif, ou permettant une sortie épisodique de l'internat pour permettre au jeune de s'extraire temporairement du collectif. Ce dispositif repose sur une planification des temps de présence souple, adaptée au besoin (pas de placement continu, mais séquentiel selon les besoins, de jour et de nuit). L'accompagnement professionnel éducatif est assuré par des éducateurs spécialisés, voir en collaboration avec les infirmières de pédopsychiatrie en astreinte sur le centre hospitalier.

Enfin la dernière modalité du projet est le suivi externalisé, à domicile, avec une équipe dédiée avec un objectif de renforcement du travail auprès des familles, pour inscrire le jeune dans la problématique familiale, scolaire et socio-culturelle. Cette prise en charge se déroule en amont et en aval du placement. En amont c'est prévenir le placement en restaurant la fonction parentale en prenant en compte la place de cette famille et ses ressources intrinsèques, avec un travail autour de la scolarisation, de restauration autour de l'intégration dans la cité et de l'accès à la citoyenneté, à la culture, au sport.... il peut se dérouler en attente d'un placement prévu mais pas encore réalisé. En aval, c'est préparer le retour à domicile du jeune avec une participation active de la famille ou un départ dans une structure visant l'autonomie (selon l'âge ciblé), l'entrée dans l'âge adulte ou à la fin d'un placement pour éviter de nouvelles difficultés.

Section 3.03 Les principaux axes managériaux

Ces axes sont identifiés au niveau de la gestion des ressources humaines, point essentiel concernant son évaluation. L'approche logistique, immobilière est un facteur de facilitation de l'intégration des jeunes et des bonnes conditions de travail pour les professionnels. Les données financières conditionnent l'ensemble du dispositif. Le partenariat est conçu comme un atout et mérite une priorisation dans les choix stratégiques. La planification de ces actions consiste en la mise en œuvre d'un processus, avec une programmation définie dans le temps et d'un ordre d'exécution.

(a) La gestion des ressources humaines

La gestion des ressources humaines est un levier indispensable pour le directeur pour le succès de cette expérience, tel que le soutien, le partage, l'aménagement du temps de travail. Complémentarité, motivation, implication sont les clefs de la réussite. Un management toujours plus attentif et le développement d'une solidarité institutionnelle vont réduire le sentiment de solitude des éducateurs face aux situations complexes de ces enfants et adolescents. Cela permet de penser autrement l'approche des accompagnements vis-à-vis de ces jeunes.

La politique de gestion des ressources humaines de l'établissement impulsée par le directeur repose sur une mobilité interne initiée en 2013 et qui se concrétise fin 2014 par un recrutement en interne de certains professionnels (éducateurs, moniteurs éducateurs, maitresse de maison, cadre socio-éducatif). Ce levier qu'est la création du dispositif permet de formaliser une mobilité qui prend du sens, et qui de fait est mieux vécue par les professionnels. Une première tentative a eu lieu fin 2013, mais s'est soldée par une résistance au changement et un échec.

Le recrutement sur un projet mobilise l'ensemble des effectifs, créant une émulation source de changement et de motivation. Il porte sur des personnels ciblés ayant des compétences éducatives, de soin, avec des expériences dans le domaine, social, sanitaire ou médico-social. Elles sont adaptées à un fonctionnement qui ne doit plus être uniquement centré sur du "social", ne négligeant pas l'articulation avec une fonction de soin. Elle est anticipée et un coordinateur ou plusieurs sont désignés pour assurer cette fonction de liens dans le dedans et avec le dehors.

La question de la formation est posée. C'est informer, sensibiliser les professionnels par rapport aux enjeux, expliquer, anticiper les craintes, faciliter l'intégration dans une dynamique de formation avec un accès à de nouvelles modalités de pratiques professionnelles. Les enjeux du recrutement relèvent de l'adéquation entre les besoins du dispositif et des jeunes en quantité et en qualité (parfois différents des enjeux du tarificateur), les effectifs et les compétences nécessaires. Cette dimension stratégique permet d'adapter dans la durée le dispositif à son environnement et à ses missions de service public en termes de compétences et de la prise en compte des évolutions du secteur de la protection de l'enfance. Le recrutement compte tenu des besoins et des attentes implique un choix de métiers. Le nombre et la qualité des effectifs se répartissent en fonction de chaque composante du dispositif.

Concernant les effectif pour l'hébergement, le directeur les évalue à cinq moniteurs éducateurs de jour, trois auxiliaires médico-psychologiques (AMP) de nuit, deux maîtresses de maison, associés à une auxiliaire de vie scolaire, deux infirmières libérales et un agent d'entretien. Pour l'accueil de jour ce sont trois professionnels de l'animation qui sont pressentis, animateur, moniteur sportif, AMP. Les familles d'accueil, recrutées un peu plus tard seront détentrices de quatre agréments au total. Le suivi externalisé bénéficie de deux éducateurs spécialisés Un cadre socio-éducatif à temps complet, un ouvrier professionnel qualifié et un directeur-adjoint complètent les effectifs dédiés à ce dispositif. Le cadre socio-éducatif (mobilité interne) recherche avec le directeur les futurs locaux.

(b) La gestion du patrimoine et le budget prévisionnel

La maison d'enfant est dans une situation de trésorerie favorable. Elle peut envisager d'avoir recours en partie à ses fonds propres et en partie à l'emprunt pour effectuer un achat. Le directeur s'oriente vers un immeuble à acheter ou à louer dans une proximité avec la pédopsychiatrie, afin de faciliter le partenariat, à proximité des moyens de transport (gare routière et SNCF), à proximité des collèges et lycées et à proximité de la maison d'enfants François Constant. Au niveau de l'architecture, l'hébergement est individualisé, comporte des moyens pour favoriser l'autonomisation. L'objectif pour les jeunes est de permettre leur expression, le maintien et le développement de leurs acquis. Le directeur sollicite le soutien d'un architecte pour l'étude des aménagements et de faisabilité financière. Il bénéficie du soutien de la municipalité dans cette recherche. Une étape intermédiaire est envisagée si jamais aucun immeuble n'est trouvé pour pouvoir commencer le projet avant la fin de l'année, par une location, pendant la durée nécessaire à d'éventuels travaux ou à la poursuite de la recherche. Libourne est une ville moyenne de 23 000 habitants et la disponibilité d'immeubles pouvant accueillir ce dispositif risque d'être limitée. Le montant global de l'opération est un critère essentiel.

Un budget prévisionnel est présenté à la DPEF le 20 juin 2014. Il comprend des charges d'exploitation d'un montant de 424 645 € pour le groupe I, de 1 363 746 ,02 € pour le groupe II et de 64 365 € pour le groupe III. Le budget est en dotation globale, en budget annexe de la MECS.

La section de fonctionnement est établie en référence à des sites et services de la MECS. Les groupes I et III sont établis sur le modèle de fonctionnement de deux structures à distance du siège de la MECS, tout en prenant en compte la spécificité de ces nouvelles modalités de prise en charge (transports, prévisionnel de l'alimentation, repas extérieurs (groupe I, compte 62428, compte 6282), les activités de l'internat et des activités diversifiées de l'accueil de jour (groupe I, compte 61122), les mobiliers, matériels de téléphonie et d'informatique.

Le groupe II tient compte des prestations para médicales (compte 61223 112) avec un choix d'infirmières libérales plutôt qu'un recrutement d'infirmières au sein de la MECS, et la présence d'autres prestataires para médicaux selon les besoins. Le recours à des intervenants extérieurs pour les réunions de réflexion (compte 6226) permet un étayage multiple comme fondement essentiel du projet. La section d'investissement est à affiner en fonction du projet de service.

Ce budget prévisionnel répond à un objectif de sept jeunes pour les trois modalités d'accueil au sein du service, internat, accueil de jour, suivi à domicile, soit un total de 21 jeunes. Le prix de journée prévisionnel est de 212 euros.

(c) Des parcours de jeunes à inscrire dans un partenariat

La coordination des acteurs et le partage avec la reconnaissance des spécificités de chacun sont constitutifs de transversalité et de partage. Les pratiques sont orientées vers du décloisonnement, de l'immersion, de la formation, des projets centrés sur le jeune. Ce nouveau dispositif affirme une identité centrale forte, en lien avec les valeurs de l'établissement de rattachement, permettant de fédérer les professionnels de tous les services autour de ces valeurs communes. Les modes d'organisation prennent en compte la notion de cohésion, de cohérence, de coordination.

Des espaces de réflexion sont construits, avec la participation de l'ensemble des acteurs du dispositif, et des intervenants extérieurs, réunions thématiques avec certains partenaires extérieurs, formation commune. Ce dispositif reste à caractère social en intégrant les prestataires extérieurs (professionnels paramédicaux). La dimension du soin est consolidée, (consultation, thérapeutique médicamenteuse, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, prise en charge en hôpital de jour à temps partiel...), ce qui est une force de cet établissement bénéficiant du soutien de la psychiatrie en 2014. Une ouverture vers des partenariats multiples au sein de la cité enrichit le dispositif d'accompagnement et d'accueil de jour. Le secteur médical est mis à contribution, pédopsychiatrie, psychiatrie adulte (adolescents de plus de 15ans), interventions ponctuelles d'orthophonistes, de psychologues..., interventions programmées et régulières d'infirmières libérales, médecins généralistes et spécialistes.

La problématique de la scolarisation est prégnante comme nous l'avons constaté lors des analyses des parcours des jeunes. Les échanges avec l'éducation nationale facilitent un soutien scolaire en lien étroit avec les professeurs, un accompagnement éducatif pendant les temps scolaires et la présence des professeurs lors de certaines réunions. L'élargissement vers le secteur associatif donne accès aux associations sportives et culturelles, aux associations citoyennes, aux centres équestres, à une école du cirque, avec un maintien et un renforcement avec les secteurs de la société civile, mairie, gendarmerie. La sollicitation des forces de l'ordre reste une réalité et doit être prise en compte dans ce projet (risque de fugue, maltraitance, violence...), ainsi qu'une collaboration étroite avec les acteurs du secteur judiciaire.

Des conventionnements sont prévus pour formaliser ces partenariats, révision de la convention avec le Conseil Général, création de convention avec le centre hospitalier du territoire pour le secteur de la pédopsychiatrie (mutualisation de moyens et de compétences dans le sens d'une ouverture vers d'autres types de prise en charge) et la municipalité dans un premier temps.

Ce projet est inséré dans le projet d'établissement qui vient d'être finalisé.

Conclusion

Ce travail de recherche met en valeur une nécessité de changement et de décloisonnement dans les domaines de la Protection de l'Enfance, ainsi que dans le secteur sanitaire et médicosocial, afin d'innover avec des établissements en capacité de répondre aux besoins de jeunes à difficultés multiples à la marge des dispositifs de la Protection de l'Enfance. Le partenariat, le partage d'expérience, la formation, la rencontre, améliorent les projets de ces enfants en attente de lieux d'accueil. Le Conseil Général de la Gironde, avec la DPEF, engage une dynamique sur un ensemble d'établissements afin de créer une émulation à plusieurs endroits du département, pour tenter d'infléchir les difficultés d'accueil et le nombre de situations de ruptures. La loi du 5 mars 2007 précise les moyens pour les éviter tout en garantissant la continuité, la stabilité, la cohérence, et l'accentuation de la mise en œuvre de certaines actions.

L'évaluation pluridisciplinaire se développe, en insistant sur la qualité de l'évaluation de la situation. Le suivi de l'enfant protégé permet de s'assurer les meilleures réponses, de penser un ajustement si nécessaire, et d'éviter toute remise en question brutale de la protection de l'enfant. L'identification des fragilités dans les processus de protection de l'enfance conduit à proposer des réponses pertinentes.

L'observation des parcours à posteriori est imaginée, pour en retirer des enseignements dans une dynamique de remise en cause des pratiques professionnelles. La formation des professionnels restent un élément-clé, via la formation continue, dans un cadre commun aux différents professionnels gravitant autour de l'enfant, avec des référentiels partagés, des connaissances en psychopathologie analogues et complémentaires. Cet aspect de la professionnalisation est un facteur de cohérence, de complémentarité et de fiabilité du dispositif dans sa globalité. Ainsi, il est nécessaire de ne pas omettre que c'est avec l'enfant et de sa famille que les mesures de protection de l'enfance sont élaborées.

C'est ainsi que le dispositif de la Protection de l'Enfance sur le département évolue afin de limiter ou d'éviter la survenue et la récurrence de parcours chaotiques. Un maillage départemental entre les différents établissements et professionnels consolide les partenariats au sein même de la Protection de l'Enfance (foyer de l'enfance, MECS, famille d'accueil), mais aussi avec les différents partenaires de l'ensemble du département.

Sur la MECS de Libourne, des partenariats sont initiés sous l'impulsion du directeur en amont de la démarche, afin de mettre en œuvre des fondamentaux permettant des participations au groupe de travail pour la création de ce dispositif. Ce projet, innovant, complexe, doit conduire la MECS vers un nouveau défi d'accueil et d'accompagnement

de ces jeunes à besoins spécifiques. Cela implique une remise en question des pratiques professionnelles éducatives de cet établissement et du travail social, mais aussi une reconnaissance de celles-ci. Certains professionnels sont prêts à prendre la direction de l'innovation et de la remise en question.

Le directeur, de par sa place privilégiée au sein de l'établissement, dans le groupe de ses partenaires et au niveau de la DPEF est impliqué dans l'ensemble des réunions organisées dans le département pour participer à la construction et à l'élaboration de la politique de protection de l'enfance. Il œuvre à la promotion de nouvelles pratiques pour faire face à des problématiques de secteur. Il est ainsi un acteur des expérimentations et conduit son établissement dans une démarche dynamique. Aller à la rencontre de l'autre et en comprendre ses contraintes lui permet de construire une collaboration respectueuse. Une relation humaine dans le respect, facilite les échanges et les prises de décision. Sa capacité d'autonomie le place parmi les personnes porteuses de propositions au sein du territoire et lui confère une légitimité dans le champ des décisions à prendre avec les autorités de tarification. Les enjeux sont de répondre pertinemment à des nouveaux besoins de la population mais aussi de placer son établissement efficacement au sein du territoire comme un élément indispensable dans la qualité des services proposés.

Ces expérimentations sur ce département ouvrent le chemin à de nouvelles approches. Les solutions proposées sur le libournais, où le secteur de pédopsychiatrie a choisi de s'engager, sont autant de réponses possibles applicables aux difficultés de tous les enfants confiés à l'ASE, qui présentent des souffrances et de carences. L'enjeu pour la MECS, ses partenaires ayant participé au groupe de travail, ceux qui sont déjà engagés dans ces projets, et de la Direction de la Protection de l'Enfance et Famille du département de la Gironde, réside dans la capacité de chacun à collaborer, à coordonner, à évaluer, afin de réajuster en permanence et de garder la souplesse nécessaire à l'accueil de ces jeunes.

La capacité à se repérer dans une organisation porteuse d'une politique publique avec de multiples services et missions demande un engagement personnel, un discernement pour identifier chaque spécificité, ressource et contrainte. La complémentarité donne un sens à l'action vers un objectif commun. Elle met en mouvement des capacités d'adaptation à l'environnement, avec une meilleure connaissance du champ d'activité et une prise de recul sur les pratiques, différentes, complexes et complémentaires.

Ce projet répond aux besoins identifiés de ces jeunes, et propose un défi vers une innovation dans le territoire. Les indicateurs de l'évaluation du projet restent à formaliser pour clore cette démarche.

Sources et bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002, page 124 texte n°2- disponibilité sur internet : www.legifrance.gouv.fr-

Loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, Version consolidée au 22 décembre 2007- disponibilité sur internet : www.legifrance.gouv.fr-

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Version consolidée au 28 avril 2012- disponibilité sur internet : www.legifrance.gouv.fr-

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, version consolidée au 25 mai 2013- disponibilité sur internet : www.legifrance.gouv.fr-

Direction Territoriale de la Protection de la jeunesse Aquitaine nord, Conseil Général de la Gironde- Schéma départemental de Prévention et de protection de l'enfance de la Gironde- 2012-2016

Projet Régional de Santé Aquitaine – Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale 2012-2016- disponibilité sur internet : <http://www.ars.aquitaine.sante.fr>

Rapports

Conseil Général de la Gironde- Observatoire départemental de la Protection de l'Enfance de la Gironde– rapport annuel Juin 2011

Conseil général de la Gironde- Observatoire départemental de la Protection de l'Enfance de la Gironde – rapport annuel décembre 2012

Mainaud T., DREES, • juillet 2013, « Échec et retard scolaire des enfants hébergés par l'aide sociale à l'enfance » DREES Etudes et résultats N° 845, disponibilité sur internet : disponibilité sur internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr>

Rapport au ministre chargé des affaires sociales - Ministère du travail, des relations sociales de la famille, de la solidarité et de la ville- Direction Générale de l'Action Sociale -

Conseil Supérieur du Travail Social 6e mandature, 2009, « Le travail social aujourd'hui et demain » » Presses de l'école des hautes études en santé publique- disponibilité sur internet : <http://www.crpve91.fr>

Rapport au ministre chargé des affaires sociales - Ministère du travail, des relations sociales de la famille, de la solidarité et de la ville- Direction Générale de l'Action Sociale - Conseil Supérieur du Travail Social 6e mandature, 2009, « Le travail social aujourd'hui et demain » » Presses de l'école des hautes études en santé publique- disponibilité sur internet : <http://www.crpve91.fr>

Libeau Mousset L., Winter A., 2008, « Les mineurs dits incasables Une analyse des facteurs des risques de vulnérabilité des adolescents à travers leurs parcours de vie et les prises en charge institutionnelles » Une recherche développée en partenariat avec le Conseil Général d'Ille-et-Vilaine et l'Ecole Supérieure de l'Education Nationale (ESEN), avec l'aide de la Protection Judiciaire de la Jeunesse -, Rapport final de recherche Avril 2008 - Institut de Criminologie et Sciences Humaines Haute-Bretagne- Rennes 2- disponibilité sur internet : <http://www.idee93.com/>

Barreyre J.Y., Fiacre P, Joseph V., Makdessi Y., -, 2008, « Une souffrance maltraitée - Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables » Recherche réalisée pour L'Observatoire National de l'Enfance en Danger, le Conseil général du Val-de-Marne Et le Conseil général du Val d'Oise - Rapport final Juillet 2008-, Cédias- Délégation ANCREAI Île-de-France- disponibilité sur internet : <http://www.creai-idf.org/>

Buisson J.R., 2010, « La pédopsychiatrie: prévention et prise en charge » République Française, Avis et rapports du Conseil économique, social et environnemental- disponibilité sur internet : www.ladocumentationfrancaise.fr

Baudis D., Rapport 2011, « Enfants confiés, enfants placés: défendre et promouvoir leurs droits » Le Défenseur des Droits- disponibilité sur internet : www.defenseurdesdroits.fr/

Séminaires, conférences, colloques

Ministère des Solidarités et de la cohésion sociale, Direction générale de la Cohésion Sociale, 2012, « La loi du 5 mars 2007 a-t-elle amélioré la qualité de la prise en charge des enfants confiés en protection de l'Enfance »: Actes du séminaire du 5 mars 2012- disponibilité sur internet : www.bdsp.ehesp.fr

Enquête ONED 2010, « Les nouveaux modes de prise en charge introduits par la loi réformant la protection de l'enfance : Mise en œuvre et avancées » : séminaire anniversaire 5/03/2012- disponibilité sur internet : www.social-sante.gouv.fr

« La fugue : de la fuite au retour »- mars 2008, Editions Fondation pour l'Enfance, Collection Fondation pour l'Enfance, Paris- disponibilité sur internet : <http://fondation-enfance.docressources.org>

Semal-Le Bleu A., 23 Novembre 2011, « Les Maisons d'enfants à caractère social, un défi actuel- un enjeu pour l'avenir » Association laïque pour l'Education, la Formation, la Prévention et l'Autonomie- disponibilité sur internet : alefpa.on-web.fr

Ouvrages

Batifoulier F. et Touya N., 2008, « Refonder les internats spécialisés : Pratiques innovantes en protection de l'enfance », Ed Dunod, 276 pages

Jeammet P., 1997, « Adolescences » Repères pour les parents et les professionnels, Fondation de France, Ed SYROS, 212 pages

De Coninck F. et l'équipe du Wolvendael, 2008, « Un lieu, un temps pour accueillir la folie une expérience de communauté thérapeutique »- collection EMPAN, Ed Eres, 140 pages

Myre Bisailon J. et Rousseau N., 2008, « Les jeunes en grande difficulté Contextes d'intervention favorables » Collection Education-recherche, Presses de l'Université du Québec, 219 pages

Wacjman C., 2011, « Adolescence et troubles du comportement en institution » 3^{ième} édition - Ed Dunod, 277 pages

Jeammet P., 2008, « Pour nos ados, soyons adultes » - Ed Odile Jacob, 314 pages

Guillaumin J., 2001, « Adolescence et désenchantement Essais psychanalytiques » - Ed L'esprit du temps, 155 pages

Miramón J.M., 2009, Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux : Presses EHESP, 145 pages

Pastor P.- Bréard R., 2007, « Manager facile ? Conseils, outils et cas concrets pour un management plus facile » Editions Liaisons, 223 pages

Foudriat M., 2007, « Sociologie des organisations » 2^{ième} édition— Ed Pearson Education, 333 pages

Guellil A., Guitton-Philippe S., 2012, « Construire une démarche d'expertise en intervention sociale » 2^{ième} édition enrichie- Ed ESF Editeur- Reference Action Sociale, 236 pages

Bloch M.A., Hénaut L., 2014, Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Fondation Paul Benetot, Edition DUNOD, 309 pages

Chartier J.P., 2010, « Les transgressions adolescentes » Collection: Psychismes, Ed Dunod, 192 pages

Corcos M., 2009, « La terreur d'exister : Fonctionnements limites à l'adolescence-, Dunod, 208 pages

Lhuillier J.M, « Aide sociale à l'enfance : Guide pratique »- Ed Les Indispensables- 9^{ième} édition- Paris, Berger-Levrault, 323 pages

Verdier P., Eymenier M., 2012, « La réforme de la protection de l'enfance », 2^{ème} édition. - Paris, Berger-Levrault, 202 pages.

Dequire A.F., Jovelin E., 2009, 'la jeunesse en errance face aux dispositifs d'accompagnement, Paris, EHESP, 176 pages

Wiel G., Levesque G., 2009, « Penser et pratiquer l'accompagnement » Accompagnement et modernité, de la naissance à la fin de vie- - Lyon, Chronique sociale 2009, 112 pages

Cocquebert L., 2012, « Le secteur social et médico-social depuis la loi HPST, Gouvernance, contrôle, création et financement des établissements et services » - Editions HAS, 136 pages

Fondation d'Auteuil, Janvier 2007, « Démarche d'amélioration continue de la qualité, référentiel qualité pour les établissements de la Fondation d'Auteuil, 30 pages

Guides

Ministère de la santé et des Solidarités, 2011, « Intervenir à domicile pour la protection de l'enfant » Guide pratique Protection de l'Enfance, 31 pages- disponibilité sur internet : <http://www.social-sante.gouv.fr>

Ministère de la santé et des Solidarités, 2011, « La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation » Guide pratique Protection de l'Enfance- disponibilité sur internet : <http://www.social-sante.gouv.fr>

Ministère de la santé et des Solidarités, 2011, « Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent » Guide pratique Protection de l'Enfance- disponibilité sur internet : <http://www.social-sante.gouv.fr>

Ministère de la santé et des Solidarités, « L'accueil de l'enfant et de l'adolescent protégé » : Guide Protection de l'Enfance- disponibilité sur internet : <http://www.social-sante.gouv.fr>

Périodiques

André S., décembre 2011, « les droits des usagers des structures sociales et médico-sociales », Actualités sociales Hebdomadaires, 173 pages

Becquemin M., 2012, « Enjeux et mutations de la protection de l'enfance en France - Le rôle de Myriam David dans la prise en considération du psychisme de l'enfant (1950/1960)- - Revue Cliopsy n° 8, pp.73-92

Barreyre J.Y., Fiacre P., 2010, « Quand le projet fait fuir le sujet... »- Vie Sociale- n° 4/2010

Drieu D., Eeckeman E., Plagès M., 2013, « Les jeunes incasables en protection de l'enfance: l'impensé du genre dans les troubles et prises en charge » Interacções no. 25, pages. 27-51- disponibilité sur internet : <http://revistas.rcaap.pt/>

Corbet E., 2000, « Les concepts de violence et de maltraitance », ADSP n° 31 juin 2000- disponibilité sur internet : www.hcsp.fr/Explore.cgi

Ducale P., Vendredi 19 octobre 2012 « Incasable, inclassable, incassable ? Accompagner les enfants et les adolescents en difficultés multiples et en souffrance psychique » Association Rénovation

Batifoulier F., Jouve A., Pages M., Ranchin B., 2012, « Maisons d'enfants à caractère social : entre histoire et mutations » Numéro 85 - Revue trimestrielle Coordination - Empan Rédacteur en chef : Rémy Puyuelo

Mémoires

JAME S, 2006-2007, « La maltraitance institutionnelle»: Diplôme Universitaire Adolescents difficiles approche psychopathologique et éducative, Université Pierre et Marie Curie PARIS 6- disponibilité sur internet : www.derpad.com

Liste des annexes

Annexe 1 : Loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance : de nouvelles définitions et des évolutions importantes

Annexe 2 : Synthèse concernant la loi 2002 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Annexe 3 : L'Aide sociale à l'Enfance

Annexe 4 : L'organisation de la protection de l'enfance au sein du conseil général de la Gironde

Annexe.5 : Les établissements de l'ASE : les MECS et le foyer de l'enfance

Annexe 6 : La maison départementale des personnes handicapées et le cadre réglementaire relatif aux personnes souffrant de handicap

Annexe 7 : l'ARS et le schéma régional d'organisation médicosociale d'Aquitaine 2012-2016 : le département de la Gironde

Annexe 8 : Guides d'entretien – **Annexe 7-1** : Guide entretien ARS- **Annexe 7-2** : Guide entretien établissement de l'ASE : CDEF- MECS- **Annexe 7-3** : Guide entretien établissement médico-social : IME- ITEP- **Annexe 7-4** : Guide entretien MDPH- **Annexe 7-5** : Responsable Espace Territorial de la DEF Accueil familial

Annexe 9 : Liste des établissements et des professionnels ayant participé à la recherche et critères de choix

Annexe 10 : la théorie de l'attachement de Bowlby : les schèmes d'attachement

Annexe 11 : Outils de la conduite de projet

Annexe 1 : Loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance : de nouvelles définitions et des évolutions importantes

Cette loi introduit de nouvelles définitions, supprimant le terme « maltraitance » au profit des termes « danger » ou « risque de danger » en distinguant l'information préoccupante (département) et le signalement (autorité judiciaire), et définissant « l'intérêt de l'enfant ». De plus, elle met l'accent sur le partage d'information à caractère secret, comme une exception au secret professionnel afin d'assurer la cohérence des actions. Elle impose enfin la création d'un observatoire départemental de protection de l'enfance.

Un circuit de recueil et de traitement de ces informations est mis en place et centralisé au sein de la cellule de recueil des informations préoccupantes.

Le principe de prévention est mis en valeur tout en proposant aux parents un accompagnement et un soutien précoce. De même cette prévention est accentuée au niveau de la petite enfance et la périnatalité (PMI) et le suivi des jeunes mamans. Elle souligne le rôle important de la médecine scolaire au titre de la prévention en systématisant les bilans de santé auprès des enfants à une rythmicité déterminée.

Elle définit le principe de partage des informations nécessaires à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. C'est une exception au secret professionnel afin de finaliser une cohérence dans les actions. L'objectif est de procéder à l'évaluation des situations individuelles, de construire ensemble et de mettre en application les mesures de protections adaptées à la situation de l'enfant et de sa famille.

Elle élargit le champ de la protection administrative aux enfants en danger et renforce la subsidiarité de l'assistance éducative judiciaire. Les parents sont placés au centre du dispositif et l'intervention éducative doit être formalisée en fonction des capacités des familles.

Elle confirme effectivement la place des familles en la renforçant et en introduisant la notion de projet de l'enfant.

Une obligation de création d'un observatoire départemental de protection de l'enfance est rendu obligatoire.

Une diversification des réponses est fortement souhaitée, reconnaissant par là des réponses plus souples et plus innovantes, pouvant interagir entre elles.

Annexe 2 : Synthèse concernant la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

1/ Les deux principes directeurs à concilier : Garantir les droits des usagers et promouvoir l'innovation sociale et médico-sociale et Instaurer des procédures de pilotage du dispositif rigoureuses et plus transparentes en rénovant le lien entre la planification, la programmation, l'allocation de ressources, l'évaluation et la coordination.

2/Les quatre principales orientations

Orientation n°1 : affirmer et promouvoir les droits des bénéficiaires et de leur entourage

En définissant les droits fondamentaux des personnes et en précisant certaines modalités de ces droits :

- Respect de la dignité de la personne, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité.
- Mise en place du projet individuel : avec une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant le développement de la personne, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins. Il est indispensable de respecter le consentement éclairé de la personne accueillie qui doit être systématiquement recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être pris en compte.

La personne accueillie doit être informée de ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que les voies de recours à sa disposition.

- Il est important de respecter la confidentialité des informations concernant la personne.
- Il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil auquel sont annexées :
 - ❖ Une charte de la personne accueillie : participation directe ou avec l'aide du représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.
 - ❖ Le règlement de fonctionnement qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service.
 - ❖ Le contrat de séjour ou un document individualisé garantissant l'adaptation de la prise en charge. Il définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des

recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.

- ❖ La mise en place du projet d'établissement fondé sur un projet de vie, d'animation et de socialisation : il définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Le projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale.
- ❖ Participation à des conseils d'établissements rénovés, dorénavant dénommés «conseil de la vie sociale». D'autres modes de participations peuvent être envisagés.
- ❖ Le recours possible à un médiateur : la personne accueillie ou son représentant légal peut faire appel à lui afin de l'aider à faire valoir ses droits.

Orientation n° 2 : Elargir les missions de l'action sociale et médico-sociale et diversifier la nomenclature et les interventions des établissements et des services.

- En prenant en compte les évolutions observées depuis 20 ans quant au contenu des actions, notamment de prévention, de conseil et d'orientation, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, d'assistance, d'accompagnement social, de développement social ou d'insertion par l'économie dans un cadre institutionnel ou à domicile et en milieu ouvert.
- En donnant une existence reconnue aux prises en charges diverses, avec ou sans hébergement, à titre permanent ou temporaire, en internat, semi-internat, externat, domicile, en accueil familial.

Le texte confère également une base légale aux structures nouvelles, de lutte contre l'exclusion, aux services d'aide à domicile, notamment pour adultes handicapés ainsi qu'aux lieux de vie et aux centres de ressources prodiguant aide et conseils aux familles en difficulté.

Orientation n° 3 : Améliorer les procédures techniques de pilotage du dispositif

- En mettant en place une planification médico-sociale plus efficace par l'instauration de véritables schémas sociaux et médicaux sociaux pluriannuels (5 ans) et révisables, permettant de mieux définir les besoins à satisfaire et les perspectives de développement de l'offre.
Il est institué une compatibilité des autorisations avec les objectifs et le niveau des besoins définis par ces schémas qui sont principalement à caractère régional et départemental ;
- En rénovant le régime des autorisations par l'instauration de périodes de dépôt et d'examen des projets de même nature, d'autorisations à durée déterminée à 10 ans, renouvelables au regard des résultats positifs d'évaluation, l'amélioration des procédures

de contrôle, la mise en place d'un régime expérimental pour les structures innovantes assorties d'autorisations provisoires de 5 ans, la précision du dispositif d'habilitation à l'aide sociale sous la forme d'une convention ;

- En diversifiant les règles de tarification, par l'introduction d'une base juridique permettant des tarifications adaptées à la nature de chaque catégorie d'établissements : dotations globales, forfaits, maintiens du prix de journée, modulation des tarifs en fonction de l'état des personnes.

Orientation n° 4 : Instaurer une réelle coordination des décideurs, des acteurs et organiser de façon plus transparente leurs relations.

- En institutionnalisant des procédures formalisées de concertation et de partenariat :
- En confiant à la section sociale du comité national et des comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale la mission de repérer les grands problèmes sociaux et médico-sociaux à résoudre et de définir les réponses à y apporter ;
- Par l'instauration d'une convention entre le préfet et le président du Conseil Général, afin de définir les objectifs, les procédures et les moyens du partenariat à instaurer
- Par la mise en place d'un système d'information commun entre l'Etat, les départements et les organismes d'Assurance Maladie.
- En instaurant avec les établissements des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, afin de favoriser la réalisation des orientations des schémas sociaux et médico-sociaux et la mise en œuvre des projets d'établissements.
- En stimulant les actions de coopération entre établissements et services, par la mise en place d'une palette diversifiée de formules de coopération et de coordination.

L'enjeu est de développer des complémentarités entre établissements, de garantir la continuité des prises en charge lors d'un transfert d'un établissement à un autre et de décloisonner le secteur sanitaire et le secteur social.

En généralisant les démarches évaluatives, notamment par la création d'un Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale chargé de valider des référentiels de bonne pratique et de veiller à leur mise en œuvre.

Annexe 3 : L'Aide sociale à l'Enfance

Missions du CG dans l'article L221-1 du Code de l'Action sociale et des familles

Les possibilités d'action de l'ASE dans les articles L221-2 à L222-5 du CASF : Le service de l'aide sociale à l'enfance est placé sous l'autorité du président du conseil général. Le département organise sur une base territoriale les moyens nécessaires à l'accueil et à l'hébergement des enfants confiés au service. Un projet de service de l'aide sociale à l'enfance est élaboré dans chaque département (Article L 221-2 alinéas 1 et 2 du CASF). Il précise notamment les possibilités d'accueil d'urgence, les modalités de recrutement par le département des assistants familiaux ainsi que l'organisation et le fonctionnement des équipes travaillant avec les assistants familiaux, qui en sont membres à part entière. Le département doit en outre disposer de structures d'accueil pour les femmes enceintes et les mères avec leurs enfants.

Le département peut conclure des conventions avec d'autres collectivités territoriales ou recourir à des établissements et services habilités.

Les organisations sont variables en fonction des départements et sont guidées par un schéma départemental fixant la politique du conseil général pour cinq ans en matière de protection de l'enfance. Ce service d'ASE est chargé des missions d'aide, de soutien, de prévention et de protection à destination des enfants et des familles rencontrant des difficultés avec risque de mise en danger des enfants.

Les six missions fondamentales de l'Aide Sociale à l'Enfance définies par le code de l'Action sociale et des familles :

L'aide sociale à l'enfance est un droit, et à ce titre une obligation pour la collectivité. C'est aussi un droit subjectif car toute demande doit faire l'objet d'un examen et la réponse à recevoir est fonction de chaque situation personnelle. L'ASE est fondée sur deux principes forts, celui de favoriser la prévention sociale et de travailler dans un cadre contractuel avec les familles.

Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux enfants mineurs et à leur famille, aux mineurs anticipés et aux majeurs âgés de moins de 21 ans confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel, social.

Organiser, dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale, des actions collectives visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles.

Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs.

Pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec la famille ou leur représentant légal.

Mener des actions de prévention des situations de danger à l'égard des mineurs et sans préjudice des compétences de l'autorité judiciaire, organiser le recueil des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger, et participer à leur protection.

Veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec d'autres personnes que ses parents soient maintenus, voire développés, dans son intérêt supérieur.

Un schéma départemental de la protection de l'enfance est élaboré tous les 5ans pour définir les orientations des actions de l'Ase, de la jeunesse et de la famille. Son élaboration, obligatoire fait suite à la loi de décentralisation du 22 juillet 2003 organisant le transfert des compétences au profit des collectivités territoriales. La loi du 6 janvier 1986, par son adaptation de la législation sanitaire et sociale à ces nouvelles compétences, a posé le principe de l'obligation d'un schéma.

Annexe 4- l'organisation de la protection de l'enfance au sein du conseil général de la Gironde

La Direction de la Solidarité comprend la Direction des Actions Territorialisées et du Développement Social, la Direction des Actions de Santé et la Direction Enfance et Famille (DEF). D'autre part au sein de la Direction de la Jeunesse, de l'Education, du Sport et de la Vie Associative, une direction travaille plus étroitement avec la DEF, la Direction de la Jeunesse, de l'Education et de la Citoyenneté.

La Direction Générale Adjointe chargée de la Solidarité composée de 3 directions :

1 La Direction des Actions Territorialisées et du Développement Social (DADTS)
Elle organise et met en œuvre les politiques d'action sociale relevant des compétences du Département dont la mission générale est « d'aider les personnes en difficulté à retrouver ou à développer leur autonomie de vie ». Elle anime et coordonne le réseau des 37 Maisons départementales de la Solidarité et de l'insertion (MDSI) qui maillent le département de la Gironde à partir desquelles agit son Service social et éducatif.

2 La Direction des Actions de Santé (DAS) Le service départemental de PMI est un service de santé publique, territorialisé, ouvert aux enfants de 0 à 6 ans et à toutes les personnes en âge de procréer, avec une attention particulière pour les familles en situation de vulnérabilité (grossesse, naissance, séparation, isolement, maladie, chômage....). Ses actions sont essentiellement préventives (prévention primaire et secondaire) dans le domaine de la santé globale, et s'adressent aux enfants et à leur famille pour les accompagner et les soutenir face aux difficultés « habituelles » du développement de l'enfant où la dimension interrelationnelle est fortement sollicitée (lien parents-enfants).

3 La Direction de l'Enfance et de la Famille (DEF) :La Direction de l'Enfance et de la Famille a été créée en 2001 et a, depuis, appuyée son action sur deux principes forts : - affirmer et intensifier les actions de prévention visant à promouvoir le soutien à la fonction parentale sur le plan matériel, éducatif et psychologique en optimisant les actions de prévention en faveur du maintien de l'enfant dans sa famille ; - valoriser la prise en charge physique de l'enfant en adaptant les actions relatives à sa prise en charge hors du domicile familial tout en veillant à ce que la séparation de l'enfant de sa famille n'obère pas la place des parents.

La mise en œuvre de ces deux axes est assurée par une organisation hiérarchique et fonctionnelle confirmant la compétence de la DEF sur l'ensemble des décisions d'intervention en matière d'Aide Sociale à l'Enfance, qu'il s'agisse d'aide au maintien à domicile dans le cadre de mesures de prévention par des mesures individuelles (aides financières, technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF), aide éducative à domicile (AED), accompagnement en économie sociale et familiale (AESF), assistantes maternelles à la journée...) ou des actions collectives de soutien à la parentalité, ou bien

qu'il s'agisse d'un accompagnement de l'enfant hors du domicile parental dans le cadre de mesures de protection par un accueil familial ou par un accueil en établissement ou dans un lieu de vie.

Le directeur de la protection de l'enfance et de la famille est le responsable du Foyer de l'enfance.

Annexe 5- Les établissements de l'ASE : les MECS et le foyer de l'enfance

Les MECS⁶⁹ (21 dans le département) ont pour mission l'accueil des enfants et adolescents pour des séjours de durée variable dont les familles sont momentanément en difficulté ou d'une manière durable. Elles ne peuvent, seules ou avec le recours de proches, assumer la charge et l'éducation de leurs enfants. Les jeunes sont confiés par le service de l'ASE, par le juge des enfants ou par les familles. Les MECS proposent soit un internat ou soit un foyer ouvert (scolarisation ou formation professionnelle à l'extérieur). Elles sont majoritairement gérées dans le département par des associations privées et une d'entre elles est un établissement public autonome.

Le foyer de l'enfance en Gironde ou Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille (CDEF) est un établissement ouvert tous les jours de l'année et 24h sur 24. Sa mission est d'offrir un hébergement, une écoute et un accompagnement éducatif et psychologique. Il est implanté sur plusieurs sites (Eysines, Bordeaux, Pauillac, Talence) et offre plusieurs prestations envers le mineur en rupture familiale et nécessitant une aide ou une protection, le jeune majeur (contrat d'aide jeune majeur 18/21 ans), les femmes mineures ou majeures enceintes ou ayant un ou des enfants de moins de trois ans et un service de logement social. L'accueil peut être planifié dans un cadre administratif, dans un cadre judiciaire ou avoir lieu en urgence.

⁶⁹ Loi particulière de décentralisation en matière d'aide sociale n° 86-17
Pour la justice, article 375 du Code Civil relatif à l'assistance éducative et éventuellement Ordonnance du 2 février 45

Annexe 6 : La maison départementale des personnes handicapées et le cadre réglementaire relatif aux personnes souffrant de handicap

La MDPH est un groupement d'intérêt public, dont le Département assure la tutelle administrative et financière. Le Département, l'Etat, la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et la Caisse d'allocations familiales (CAF) sont membres de droit de ce groupement. La MDPH rassemble ainsi les compétences liées au handicap et offre un accès unifié aux droits et prestations destinés aux personnes handicapées. Pour ce qui concerne l'enfant handicapé, la MDPH se prononce sur son orientation et sur les mesures propres à assurer son insertion scolaire ou professionnelle et sociale et propose les établissements ou les services correspondants aux besoins de l'enfant ou de l'adolescent. Elle apprécie le taux d'incapacité de l'enfant, justifiant l'attribution de l'allocation et, éventuellement de son complément, ainsi que de la carte d'invalidité ou de priorité.

En Gironde, elle est rattachée à la Direction Générale Adjointe de la Solidarité. Une organisation spécifique permet en amont, par les équipes pluridisciplinaires d'évaluation (EPE) d'élaborer, au regard des dossiers jugés conformes administrativement des propositions pour la Commission des Droits et de l'Autonomie (CAD) en matière de prise en charge. La CDA élabore une notification avec une liste de propositions d'établissements médico-sociaux, puis elle est adressée aux parents de l'enfant ou de l'adolescent concerné.

Le cadre réglementaire évolue à partir de 1975 avec deux grandes lois qui marquent la conception et les modalités de prise en charge et d'accompagnement des personnes en situation de handicap. La loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées et la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation sociale et la citoyenneté des personnes handicapées.

Le cadre réglementaire relatif aux personnes souffrant de handicap : **La loi 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées** Cette loi constitue une étape fondamentale en termes d'évolution de la politique publique envers les personnes handicapées. C'est une loi d'orientation affirmant un principe de solidarité nationale avec les personnes handicapées visant à favoriser leur autonomie et leur intégration, mais c'est aussi une loi technique mettant en place différents mécanismes et instances chargés d'accompagner la mise en œuvre d'une politique globale leur en faveur, notamment sur le champ de la prévention, de l'intégration scolaire et de la formation professionnelle. La loi s'inscrit ouvertement dans la lutte contre l'exclusion des jeunes déficients en organisant sa gestion de façon à éviter et limiter les situations d'exclusion y compris pour ceux qui ont des troubles du comportement.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation sociale et la citoyenneté des personnes handicapées : Cette loi porte sur deux axes, l'un collectif et l'autre individuel afin d'assurer une accessibilité à la société et une égalité. Elle garantit l'accès aux droits fondamentaux, la collectivité nationale ayant l'obligation de garantir l'égalité des droits et des chances, dans notre cas, aux jeunes mineurs. L'Etat est garant de l'égalité de traitement. Les objectifs sont sur un plan collectif de réduire les barrières psychologiques et morales ; ce droit participe du processus d'égalisation des chances. Il s'agit de participer à la vie de la société dans l'égalité, de réduire les obstacles, les limitations d'activité ou de participation. Il est inscrit dans un plan personnalisé de compensation et englobe des réponses collectives comme l'accès à l'école, à la formation professionnelle. Il permet le développement de l'offre de places en établissement, et des offres de services en établissements et facilite la participation à la vie économique, sociale et culture. Sur un plan individuel, il précise le droit de la personne à recevoir des aides dont elle a besoin dans sa vie quotidienne. Un principe général de non-discrimination se décline en outre à travers l'opportunité de placer le jeune handicapé au cœur des dispositifs la concernant. Pour cela, cette loi a créé de nouvelles instances pour mettre en œuvre ces logiques et suivre l'application de la loi, dont la MDPH (évaluation de la situation du jeune et orientation). Cependant dans le rapport d'activité de l'observatoire Départemental de l'Enfance en Danger (ODED), le constat de difficultés concernant cette égalité des chances par un accès aux structures adéquates est mis en évidence.

Annexe 7- l'ARS et le schéma régional d'organisation médicosociale d'aquitaine 2012-2016 : délégation territoriale de la Gironde

La loi du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) confère aux ARS, mises en place le 1er avril 2010, une mission de décloisonnement du système de soin, permettant la prise en charge globale des personnes. Le champ médico-social est une préoccupation des ARS, elles-mêmes évoluant comme instances de régulation des structures et activités auxquelles appartiennent les établissements et services pour enfants handicapés. La loi renforce l'échelon régional et le directeur général de l'ARS établit et arrête le SROMS⁷⁰, répondant aux besoins de prise en charge et d'accompagnement médico-social de la population handicapée. Il prévoit les évolutions nécessaires de l'offre des établissements médicosociaux.

Il est établi et actualisé en fonction des schémas départementaux d'organisation sociale et médicosociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie. La région est devenue le niveau de référence en matière de planification.

Il montre des équipements satisfaisants dont plus particulièrement les ITEP en Gironde pour ces populations. Les orientations sont envisagées pour mieux répondre aux besoins des jeunes en difficultés extrêmes, sans solution car exclus de toutes les structures (jeunes cumulant troubles psychiques lourds, gros problèmes socio-familiaux, ayant parfois des comportements violents). Les besoins de cette population de jeunes, nécessitent des réponses mettant en jeu plusieurs intervenants (médico-social, ASE/PJJ et psychiatrie), fondées sur une meilleure connaissance réciproque des acteurs, (logiques transversales sanitaire, médico-social, social) et, au-delà des acteurs de terrain, avec la MDPH, l'Éducation nationale, les financeurs (ARS et Conseils généraux) afin d'affiner et d'approfondir la connaissance des populations, des besoins et des dispositifs.

Outres ces objectifs ciblés, il reste en suspens l'exploration des conséquences de ces dysfonctionnements ou insuffisance de prise en charge sur ces jeunes, sur les institutions de l'ASE et les jeunes qui y sont confiés.

⁷⁰ Annexe 7 – analyse du schéma régional de l'organisation médicosociale en Aquitaine 2012-2016

Annexe 8- Guides des entretiens

Annexe 8-1 : Guide entretien ARS

Guide entretien ARS : Date Fonction
--

Rôle de l'ARS en matière de placement des jeunes dans les établissements médico-sociaux, après notification de la MDPH

Interpellation de la MDPH par rapport à des problèmes de disponibilités de places dans les EMS, procédure

Existence ou non de difficultés avec l'ASE, la psychiatrie et le secteur médico-social

Solutions que l'ARS serait en mesure de proposer à l'ASE

Les moyens de contrôle de l'ARS en matière d'orientation et de places dans les EMS et dans le sanitaire

Le partenariat ARS-ASE dans ce domaine

Annexe 8-2 : Guide entretien ASE : CDEF- MECS- Accueil Familial

Etablissement habilité au titre de l'aide sociale à l'enfance- Accueil familial

Date	Fonction
-------------	-----------------

Procédure d'admission pour un jeune qui présente des troubles du comportement (par ordre de priorité) : argumentation

Collaboration avec la MDPH

Les difficultés de prise en charge en secteur médico-social des enfants et adolescents : Nouvelle problématique au sein des structures d'accueil ASE

Les modalités d'ajustement mises en place face à une absence de prise en charge médico-sociale (du jeune avec des troubles du comportement par une structure médico-sociale (ITEP, IME) et conséquences

Les partenaires concernant le projet du jeune que vous accompagnez

Les besoins réels de cette population

Politique d'aide sociale à l'enfance en voie de mutation

Propositions de solutions

Annexe 8-3 : Guide entretien établissement médico-social : IME- ITEP

Etablissement médico-social

Date	Fonction
-------------	-----------------

Procédure d'admission pour un jeune spécifiquement accueilli par l'ASE (par qui, comment...)? Si jeune qui présente des troubles du comportement (par ordre de priorité)

Présence d'une liste d'attente. Constitution, critères pour définir une priorisation au sein de cette liste

Informations des partenaires, dont l'ASE si impossibilité d'accueil

Partenaires privilégiés

Actions mises en place pour un réexamen d'une admission en fonction des évolutions au sein de votre structure

Existence d'une instance ou structure impulsant et organisant la gestion des places au sein des EMS?

Propositions pour améliorer le dispositif d'accueil de ces jeunes

Annexe 8-4 : Guide entretien MDPH

MDPH

Date

Fonction

Rôle de MDPH en matière de placement des jeunes dans les établissements médico-sociaux

Interpellation ou non de la MDPH concernant des problèmes de disponibilités de places dans les EMS

Difficultés rencontrées et les causes

Existence ou non de moyens de contrôle en matière d'orientation et de places dans les EMS et si oui par qui

Partenariat MDPH-ASE dans ce domaine ?

Projets de la MDPH dans ce domaine (pour fluidifier les admissions au sein des EMS) ?

Annexe 8-5 : Guide entretien professionnels de la santé mentale

Etablissement sanitaire- service

Date

Fonction

Situations provoquant l'admission pour un jeune accueilli par l'ASE (par qui, comment...)

Les problématiques rencontrées/ jeunes, aux professionnels de la protection de l'enfance, éducatif, famille d'accueil

Qualité des informations fournies par les partenaires, dont l'ASE

Partenaires privilégiés

Actions mises en place pour un réexamen d'une demande de relai par un établissement social ou médico-social, les difficultés rencontrées, délai

Propositions pour améliorer le dispositif d'accueil de ces jeunes

Annexe 9 : liste des établissements et des professionnels

Etablissement	Personne rencontrée	Critères de choix	Statut de la structure
ARS aquitaine	Médecin inspectrice	Responsable du secteur médico-social et sanitaire dans la délégation territoriale 33 Sollicitations multiples pour des dossiers de jeunes non accueillis dans les établissements du territoire	DT 33
ARS aquitaine	Inspectrice des affaires sanitaires et sociales	Territoire Bordeaux- Sud Gironde et Entre deux mers Réfèrent Enfance handicapée de la Gironde	DT 33
MDPH Gironde	Chef de service d'évaluation et de suivi	Directement en lien avec les EMS, l'ASE et le sanitaire	Département 33
MDPH Gironde	Chargé du suivi des notifications d'orientation	Spécificité de sa mission concernant les jeunes en défaut de prise en charge dans les établissements	Département 33
CDEF Gironde	Directeur adjoint chargé du pôle des adolescents	Accueil des jeunes les plus en difficulté sur le département-accueil d'urgence- Eysines Forte implication au regard de ces jeunes à la marge des dispositifs	Etablissement sous la responsabilité de la DPEF Gironde
CDEF Gironde	Cadre de pôle de la petite enfance	Accueil des jeunes les plus en difficulté sur le département-accueil d'urgence- Eysines	Etablissement sous la responsabilité de la DPEF Gironde
MECS « Centre scolaire D. Savio »	Directrice	Zone urbaine, rive gauche de Bordeaux-Gradignan	Etablissement géré par association « St François Xavier
MECS « St Joseph »	Directrice	Zone urbaine, rive gauche de Bordeaux- Blanquefort Forte sollicitation pour répondre aux besoins de ces jeunes à la marge des dispositifs	Etablissement géré par association « Fondation d'Auteuil »
MECS « Foyer François Constant »	Directeur- Psychologue- Cadres socio-éducatifs- Professionnels éducatifs	Zone semi urbaine, rive droite de Bordeaux- Libourne Forte sollicitation pour répondre aux besoins de ces jeunes à la marge des dispositifs	Etablissement public autonome

MECS « Foyer François Constant »	Parents de jeunes accueillis (3) Jeunes repérés par les professionnels à difficultés multiples		
IME « Les tilleuls »	Directrice	Zone rurale, Hauts de Gironde, rive droite de bordeaux –Blaye Concerné par les difficultés d'accueil de ces jeunes à la marge des dispositifs	Etablissement géré par association « ADAPEI de Gironde : Association Départementale des Amis et Parents de Personnes Handicapées »
IME « Jean-Elien Jambon	Directeur	Zone rurale, rive droite de Bordeaux-Coutras Concerné par les difficultés d'accueil de ces jeunes à la marge des dispositifs	Etablissement public autonome
IME « Don Bosco	Directeur	Zone urbaine, rive droite de Bordeaux- Gradignan Concerné par les difficultés d'accueil de ces jeunes à la marge des dispositifs	Etablissement géré par association « St François Xavier »
ITEP « Saint Denis	Directeur	Zone rurale, rive gauche de bordeaux-Ambarès- Lagrave Concerné par les difficultés d'accueil de ces jeunes à la marge des dispositifs	Etablissement géré par Association « association pour la Réadaptation et l'Intégration : ARI »
ITEP « Rive droite »	Directeur	Zone urbaine et rurale, rive droite de Bordeaux –Libourne Concerné par les difficultés d'accueil de ces jeunes à la marge des dispositifs	Etablissement géré par Association « Rénovation »
Structure expérimentale Emmaüs l'Hermitage	Directeur	Rive droite de bordeaux-Martillac Accueille des jeunes en grandes difficultés ou en rupture	Association Emmaüs Gironde : gérée par quatre associations réparties en trois secteurs appelés « branches » s'inscrivant ainsi dans le schéma général de l'organisation d'Emmaüs France
Pôle psychiatrie CH Libourne	Responsable du pôle	Secteur sanitaire, partenaire de l'ASE Forte sollicitation pour répondre aux besoins de ces jeunes à la marge des dispositifs	Centre hospitalier général

Pôle psychiatrie CH Libourne	Cadre de santé	Secteur sanitaire, partenaire de l'ASE	Centre hospitalier général
DPEF Gironde	Directrice adjointe	Chargée des établissements de la PE sur le département	CG 33
DPEF Gironde-SAF service accueil familial	Responsable Espace Territorial	Forte sollicitation pour répondre aux besoins de ces jeunes à la marge des dispositifs	CG 33
DPEF Gironde-SAF service accueil familial	Famille d'accueil (2)	Accueil des jeunes	CG 33
DPEF Gironde-SAF service accueil familial	Responsable Espace Territorial	Forte sollicitation pour répondre aux besoins de ces jeunes à la marge des dispositifs	CG 33
DPEF Gironde-SAF service accueil familial	Trois familles d'accueil	Concernées par l'accueil des jeunes ciblés	CG 33
DPEF Gironde	Inspecteurs de prévention (2) et de protection (2)		CG 33
DPEF Gironde	Chargée de mission ODPE		CG 33
DPEF Gironde	Cadre technique Bureau des accompagnements Spécifiques	Est responsable de l'ensemble des suivis de situations des jeunes en marge des dispositifs sur le département	CG 33

Annexe 10 : La théorie de l'attachement de Bowlby : les schèmes d'attachement

Quatre schèmes d'attachement actuellement reconnus par la recherche sont décrits

Le schème d'attachement sécure, l'enfant utilise le "*caregiver*" comme base de sécurité pour l'exploration. Il proteste en cas de départ du *caregiver*, recherche sa proximité, est rassuré par son retour. Il peut être rassuré par un étranger, mais montre une préférence nette pour le *caregiver*.

Le schème d'attachement évitant : l'enfant a peu d'échange affectif durant le jeu et peu ou pas de signe de détresse en cas de séparation, avec peu ou pas de réaction visible lors du retour. Si cet enfant est pris dans les bras il ignore ou se détourne sans faire d'effort pour maintenir le contact.

Le schème d'attachement ambivalent/ résistant montre que l'enfant est incapable d'utiliser le *caregiver* comme base de sécurité, et recherche la proximité avant que la séparation ne survienne. Il est stressé par la séparation mais de façon ambivalente, se met en colère, et montre de la répugnance à manifester des signes de sympathie pour le *caregiver* et retourne jouer.

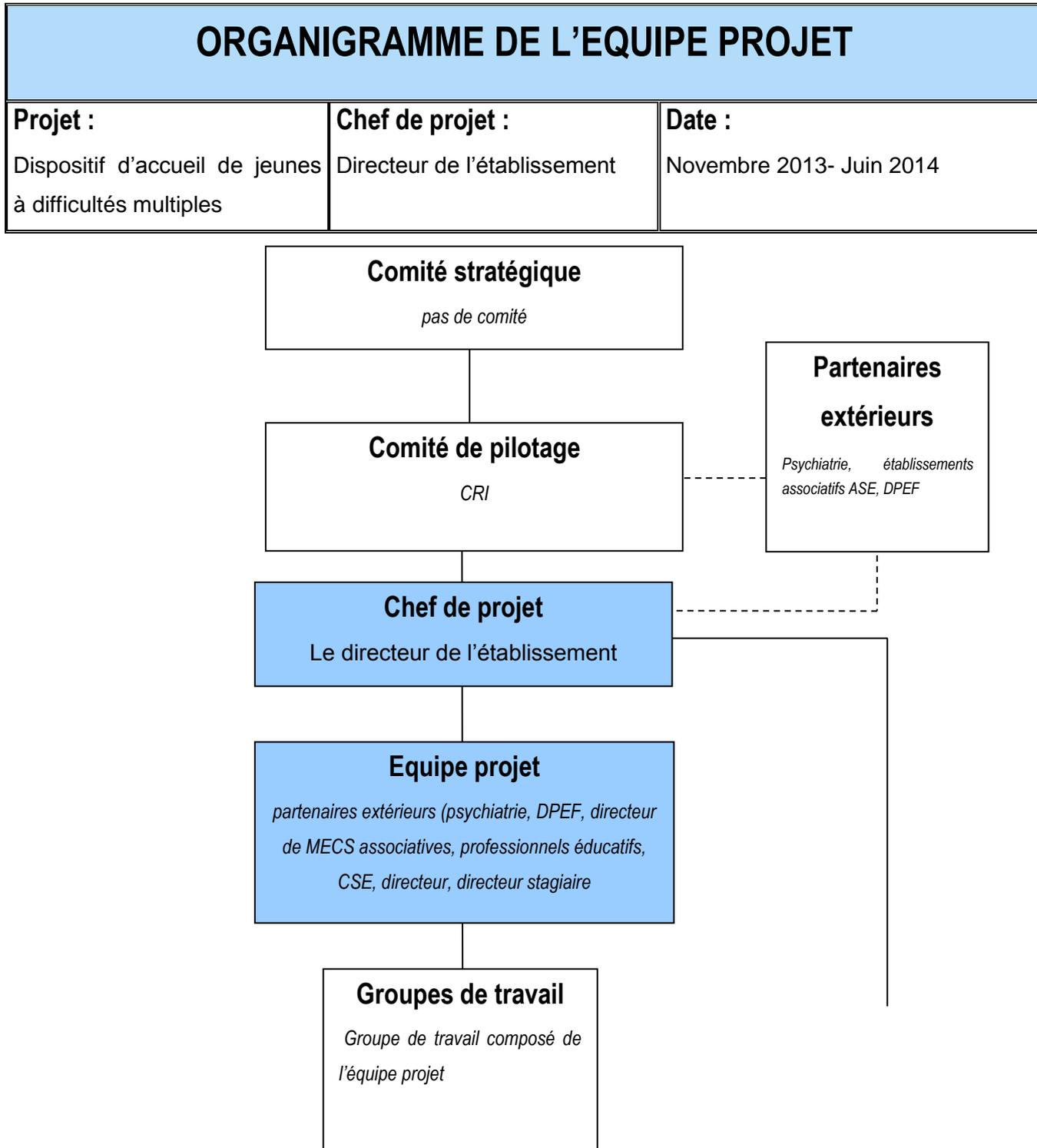
Le schème d'attachement désorganisé se réfère à une absence d'une stratégie d'attachement cohérente, montrée par des comportements contradictoires et désorientés. C'est ce trouble de l'attachement qui est induit par la maltraitance- les enfants négligés et physiquement abusés sont moins susceptibles de développer des attachements sécures, et leur insécurité tend à persister à travers l'âge préscolaire. Le manque de soins est à lui seul associé à un schème d'attachement insécure, et la proportion d'attachements désorganisés est particulièrement importante chez les enfants maltraités. Environ 80 % des enfants maltraités peuvent être décrits comme désorganisés

Différentes vulnérabilités peuvent alors émerger et varier, du fait de carences éducatives, narcissiques avec des troubles de comportement, induit par des contraintes de dépendance des adolescents les amenant à des ruptures répétées, avec des difficultés conduisant parfois à des troubles de la personnalité. Ces troubles sont souvent liés à des troubles de l'attachement, en lien avec le résultat de traumatismes importants, ce qui se traduit par une souffrance des liens.

Annexe 11 Outils de la conduite de projet

LES OUTILS DE CONDUITE DE PROJET

Organigramme permettant d'identifier chaque intervenant du projet et de s'assurer que toutes les fonctions nécessaires à la conduite du projet sont assurées. Chaque acteur du projet doit avoir connaissance de cet organigramme. Pour certains projets d'envergure, il peut être intéressant de le publier sur un support de communication interne.



Résumé

Audubert	Nadine	Décembre 2014
Directeur d'Établissement Sanitaire, Social et Médico-Social Promotion 2013-214		
Un accompagnement à destination des jeunes à difficultés multiples placés à l'aide sociale à l'enfance : la maison d'enfants à caractère social F. Constant		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université Bordeaux IV		
Résumé : <p>Les jeunes à difficultés multiples placés à l'Aide sociale à l'enfance sollicitent des modalités d'accompagnement spécifiques pour répondre à leurs besoins depuis de nombreuses années et le phénomène s'accélère en Gironde. Des professionnels et établissement de l'ASE se questionnent sur leurs limites institutionnelles, en particulier ceux de maisons d'enfants à caractère social. La Direction Protection Enfance et Famille du département développe une politique de protection en plusieurs points du département pour initier une qualité dans l'accompagnement de ces publics avec des moyens dédiés et spécifiques. Une analyse de leurs besoins et de leur parcours étaye l'innovation et la création de nouveaux dispositifs. Différentes vulnérabilités et de nombreux facteurs sociaux, familiaux et institutionnels expliquent les ruptures répétitives dans les accompagnements. Le partenariat et la coordination de tous les acteurs concernés sont un enjeu majeur pour la création d'une réponse innovante.</p>		
Mots clés : Aide sociale à l'Enfance- Etablissement social- Santé mentale- Enfance maltraitée- Adolescent à difficultés multiples- Parcours, Coordination- Partenariat		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		