



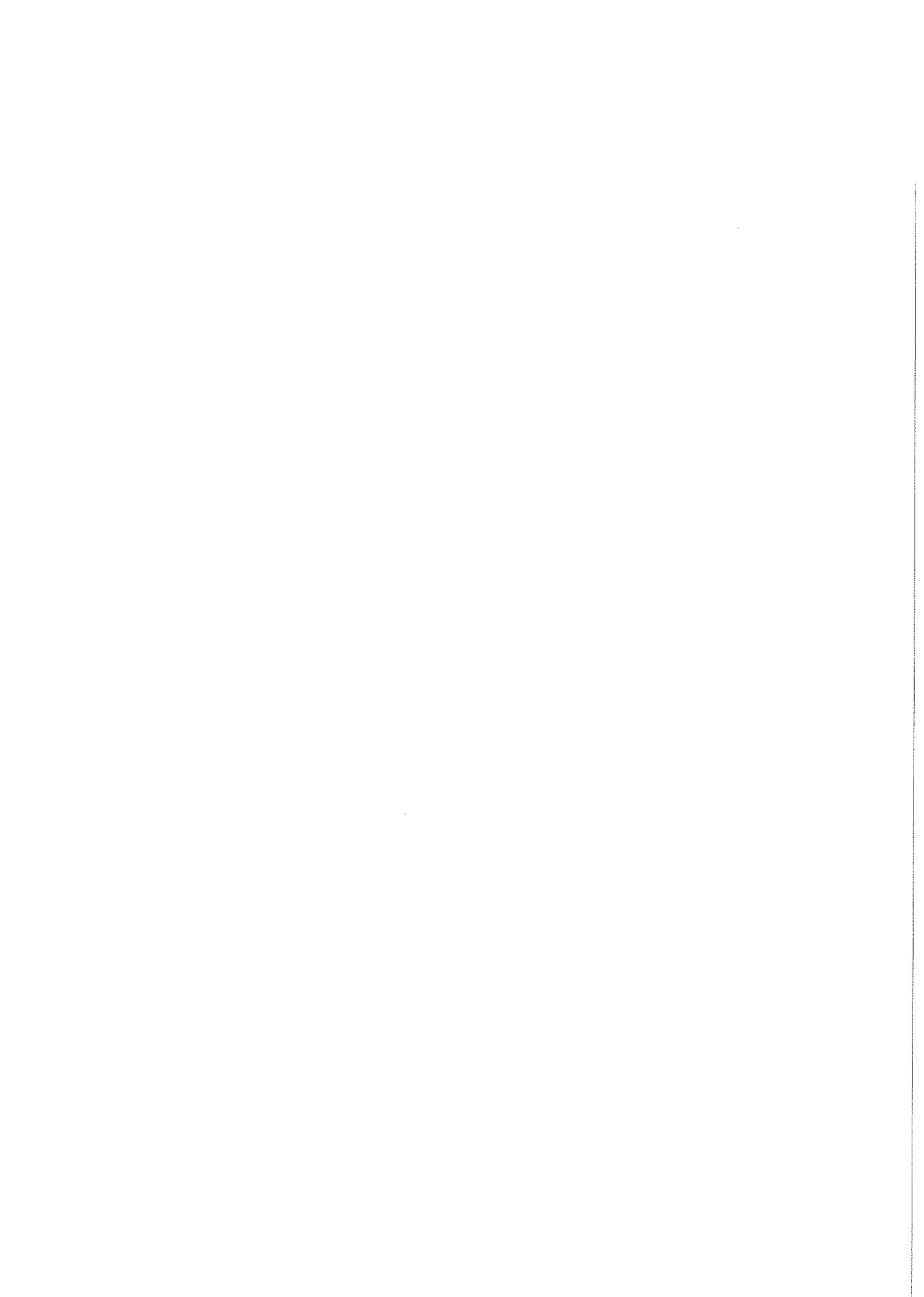
**Prévenir les ruptures de parcours des jeunes relevant du handicap et de la protection de l'enfance à partir d'un IME inscrit dans un GCSMS**

Sébastien JACQUET

2016

*cafdes*

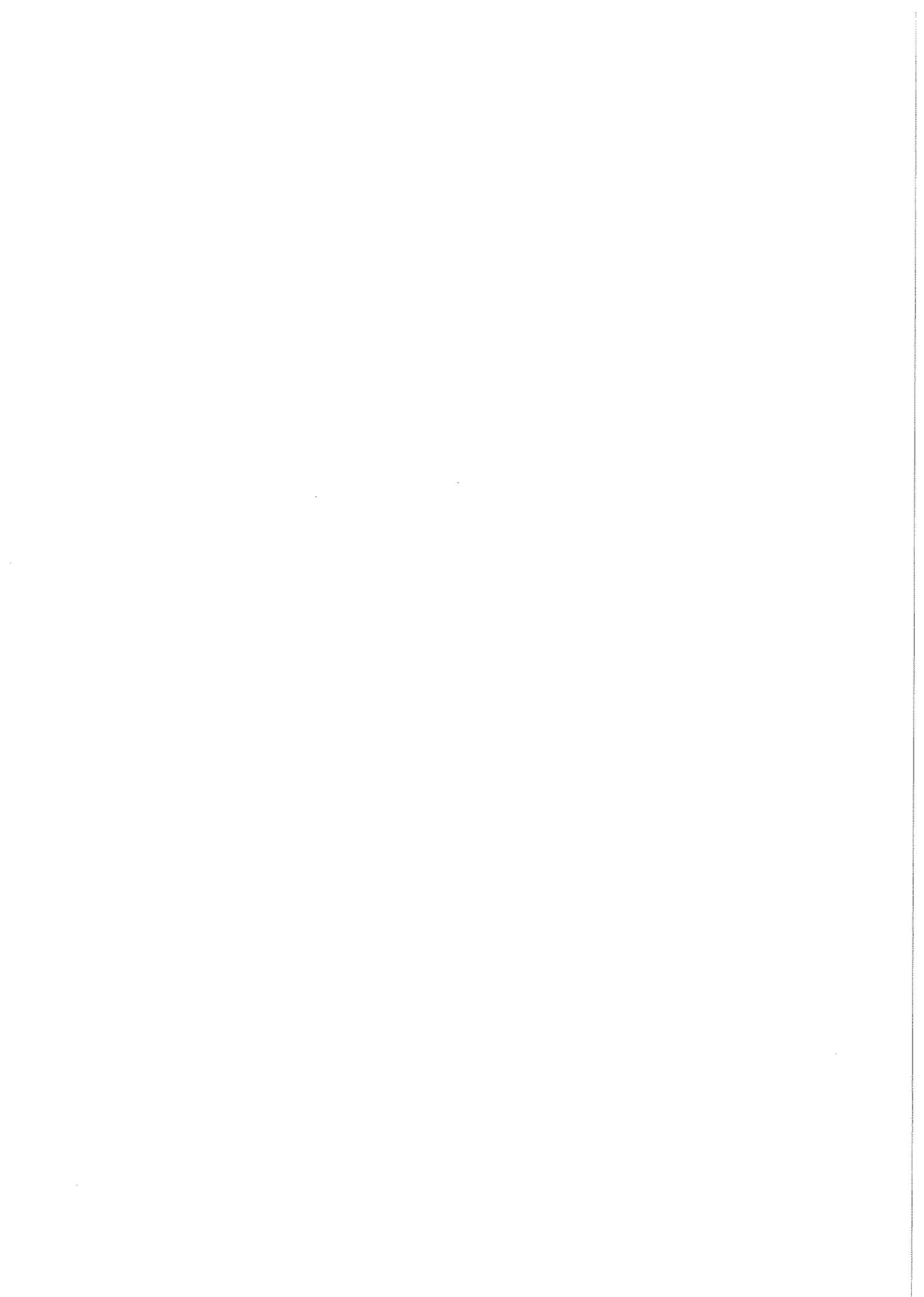




**PREVENIR LES RUPTURES DE PARCOURS DES JEUNES  
RELEVANT DU HANDICAP ET DE LA PROTECTION DE  
L'ENFANCE A PARTIR D'UN IME INSCRIT DANS UN GCSMS**

*Sébastien JACQUET*

2016



---

# Remerciements

---

Je remercie Monsieur Jourdan, Directeur Général (DG) de l'Etablissement Public National Antoine Koënigswarter (EPNAK) et Monsieur Patrigeon, Directeur Général Adjoint (DGA) du pôle enfance de l'Yonne pour leur confiance et leur soutien dans ma démarche de formation.

Je remercie Monsieur Minet, conseiller expert et Madame Chambon, guidante mémoire pour leur soutien et leurs nombreuses relectures.

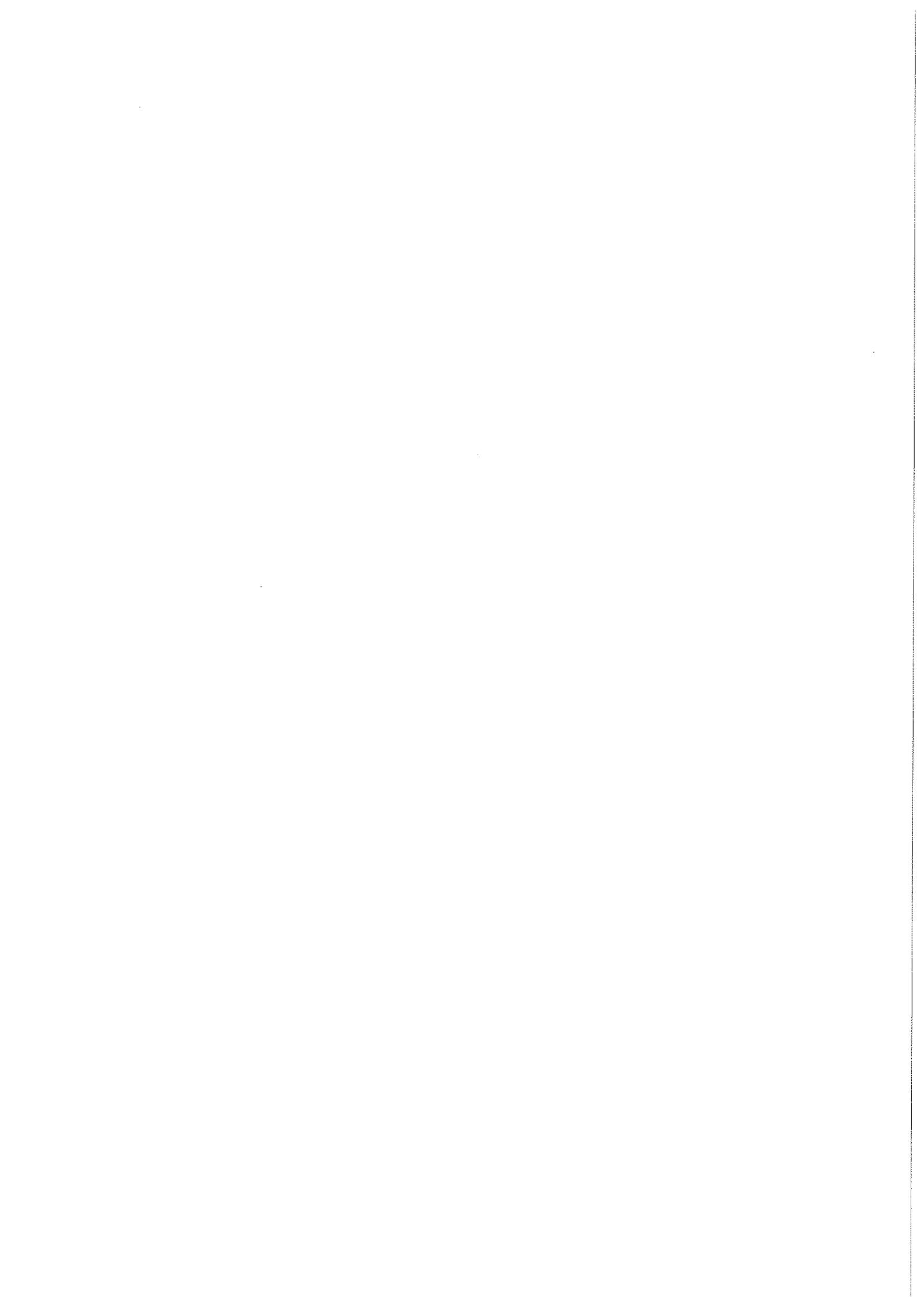
Je remercie toute l'équipe de l'IME d'Auxerre, les directeurs et équipes du GCSMS pour leur participation active dans l'élaboration de mon diagnostic et les groupes de travail mis en place et tout particulièrement Brigitte Quinqueton, El Haj Rahaoui, Marie Pierre Nguyen, chefs de service à l'IME d'Auxerre, pour leurs confiance, engagement, professionnalisme et disponibilité qui m'ont permis de mieux gérer mes absences en lien avec la formation.

Je remercie mes collègues de promotion CAFDES 20 de l'IRTS Paris Parmentier, pour la richesse des échanges et des liens tissés pendant cette formation.

Je remercie Madame Moser, Directrice de l'autonomie à l'ARS Bourgogne Franche Comté, Monsieur Marion, directeur de la MDPH de l'Yonne, Madame Nedellec, Directrice enfance et familles au Conseil Départemental de l'Yonne et leurs services pour leur disponibilité.

Je remercie Monsieur Ronot, Directeur de l'ADAPT région Grand Est, Madame Forey, Directrice du FDE d'Auxerre et de la MECS de Coulanges-sur-Yonne et leurs équipes pour leur accueil, accompagnement et disponibilité lors de mes stages.

Enfin, je remercie ma famille pour leur soutien, encouragements et compréhension.



---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Le contexte national et territorial</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1 Le secteur du médico-social en faveur des personnes en situation de handicap en France</b> .....	<b>5</b>
1.1.1 L'impact des évolutions historiques .....	5
1.1.2 L'impact des évolutions législatives : .....	6
1.1.3 L'offre nationale en faveur des personnes en situation de handicap.....	11
<b>1.2 La situation départementale</b> .....	<b>11</b>
1.2.1 Le secteur médico-social.....	13
1.2.2 Le secteur de la protection de l'enfance .....	17
1.2.3 Le secteur sanitaire .....	21
<b>1.3 Conclusion partielle</b> .....	<b>22</b>
<b>2 L'IME d'Auxerre, unité de l'EPNAK</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1 L'EPNAK, un établissement public national unique en France</b> .....	<b>23</b>
<b>2.2 Le pôle enfance Yonne</b> .....	<b>26</b>
<b>2.3 L'IME d'Auxerre</b> .....	<b>27</b>
2.3.1 Historique.....	27
2.3.2 Situation géographique .....	28
2.3.3 Agrément et le public accueilli .....	28
2.3.4 Son organisation et l'accompagnement proposé.....	29
2.3.5 Le personnel .....	30
2.3.6 Management et communication .....	31
2.3.7 La formation professionnelle .....	32
2.3.8 Le projet de l'IME .....	32
2.3.9 Partenariat et réseau.....	33
<b>2.4 Les GCSMS</b> .....	<b>34</b>
<b>2.5 Conclusion partielle</b> .....	<b>35</b>
<b>3 Les personnes en situation de handicap et en situation complexe</b> .....	<b>37</b>
<b>3.1 Quelques données chiffrées</b> .....	<b>37</b>
3.1.1 Au niveau national.....	37
3.1.2 Au niveau départemental .....	37

<b>3.2</b>	<b>Le public accueilli à l'IME d'Auxerre .....</b>	<b>39</b>
3.2.1	Quelques données chiffrées .....	40
3.2.2	Identifier les dynamiques de parcours des jeunes.....	40
<b>3.3</b>	<b>Qui sont ces jeunes qui connaissent des ruptures de parcours et se retrouvent sans solutions ? .....</b>	<b>42</b>
3.3.1	Parcours à ruptures multiples et «Incasables», «Personnes en situation complexe», «Cas lourds», «Cas limites», etc... : de qui parle-t-on ? .....	42
3.3.2	L'étude de Jean-Yves Barreyre et Patricia Fiacre. ....	47
3.3.3	A l'IME d'Auxerre, au sein du GCSMS, sur le département de l'Yonne et la région Bourgogne Franche-Comté .....	48
<b>3.4</b>	<b>« Une réponse accompagnée pour tous » .....</b>	<b>53</b>
3.4.1	Les moyens mis en œuvre et les orientations politiques .....	53
3.4.2	Au niveau de la région Bourgogne – Franche Comté et du département de l'Yonne .....	55
<b>3.5</b>	<b>Une problématique partagée et soutenue.....</b>	<b>56</b>
<b>3.6</b>	<b>Conclusion partielle.....</b>	<b>59</b>
<b>4</b>	<b>Impulser un décroisement pour garantir la cohérence et la continuité des parcours des jeunes en situation complexe relevant de l'ASE et du médico-social.....</b>	<b>61</b>
<b>4.1</b>	<b>Diagnostic de la situation.....</b>	<b>61</b>
4.1.1	Diagnostic externe .....	61
4.1.2	Diagnostic interne .....	64
<b>4.2</b>	<b>Une meilleure prise en compte des jeunes en situation complexe.....</b>	<b>65</b>
4.2.1	Objectifs généraux.....	65
4.2.2	Objectifs opérationnels .....	66
<b>4.3</b>	<b>Créer une équipe mobile mixte pour répondre aux besoins spécifiques des personnes en situation complexes relevant de l'ASE et du MS.....</b>	<b>66</b>
4.3.1	Action 1 : Mobiliser et élaborer une fiche action «équipe mobile mixte».....	67
4.3.2	Action 2 : Présenter et faire valider la fiche action.....	70
4.3.3	Action 3 : Communiquer .....	70
4.3.4	Action 4 : La mise en œuvre de l'équipe mobile mixte .....	71
	<b>Conclusion.....</b>	<b>82</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>83</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

### **A :**

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ADAPT : Adaptation diminué physique au travail

AED : Aide Éducative à Domicile

AEH : Allocation Enfant Handicapé

AEMO : Aide Éducative en Milieu Ouvert

AFT : Accueil Familial Thérapeutique

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux

APAJH : Associations Pour Adultes et Jeunes Handicapés

APF : Association des Paralysés de France

APP : Analyse des Pratiques Professionnelles

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

AVS : Auxiliaires de Vie Scolaire

### **B :**

BFC : Bourgogne Franche-Comté

### **C :**

CA : Conseil d'Administration

CAFDES : Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de Service d'intervention sociale

CAFERUIS : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale

CAMSP : Centres d'Action Médico-Sociale Précoce

CASA : Centre d'Accueil et de Soins des Adolescents

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CCN 66 : Convention Collective Nationale 66

CD : Conseil Départemental

CDES : Commission Départementale de l'Education

CE : Comité d'Entreprise

CEF : Centre Éducatif Fermé

CER : Centre Éducatif Renforcé

CFA : Centre de Formations d'Apprentis  
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail  
CHSP : Centre Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie  
CHR : Centre Hospitalier Régional  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CIF : Classification Internationale du Fonctionnement  
CIFA : Centre Interprofessionnels de Formations d'Apprentis  
CME : Centre Médico-Educatif  
CMP : Centre Médico-Psychologique  
CMPP : Centres Médico-Psycho-Pédagogiques  
CNH : Conférence Nationale du Handicap  
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés  
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  
COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement  
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
CVS : Conseil de la Vie Sociale

**D :**

DAF : Directeur Administratif et Financier  
DIL : Déficience Intellectuelle Légère  
DIM : Déficience Intellectuelle Moyenne  
DIRECTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi  
DIS : Déficience Intellectuelle Sévère  
DG : Directeur Général  
DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale  
DGA : Directeur Général Adjoint  
DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale  
DP : Délégué du Personnel  
DRH : Directeur des Ressources Humaines

**E :**

EAE : Entretien Annuel d'Evaluation  
EMS : Etablissements Médico-Sociaux  
EN : Education Nationale  
EPE : Établissement de Placement Éducatif  
EPJ : Établissement de Placement Judiciaire  
EPMS : Etablissement Public Médico-Social

EPNAK : Etablissement Public National Antoine Koënigswarter

ESAT : Etablissements et Services d'Aide par le Travail

ESMS : Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux

**F :**

FA : Famille d'Accueil

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FDE : Foyer Départemental de l'Enfance

FFOM : Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces

FJT : Foyer des Jeunes Travailleurs

FPH : Fonction Publique Hospitalière

**G :**

GCS : Groupements de Coopération Sanitaire

GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

GEPSO : Groupe National des Etablissements Publics Sociaux et médico-sociaux

GIE : Groupement d'Intérêt Economique

GIP : Groupement d'Intérêt Public

**H :**

HJ : Hôpital de Jour

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

HTP : Hôpital à Temps Plein

**I :**

IEM : Institut d'Education Motrice

IEN-ASH : Inspecteur de l'Education Nationale chargé de l'Adaptation scolaire et de la Scolarisation des élèves Handicapés

IME : Institut Médico-Educatif

Itep : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRP : Instances Représentatives du Personnel

**J :**

JISP : Jeunes en Insertion Sociale et Professionnelle

**M :**

MAS : Maisons d'Accueil Spécialisé

MDA : Maison des Adolescents

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MDRY : Maison Départementale de Retraite de l'Yonne

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social

MFR : Maison Familiale et Rurale

MS : Médico-Social

**O :**

OCTAPEH : l'Organisme Central de Technologie, d'Apprentissage, de Promotion et d'Education en faveur des personnes Handicapées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

**P :**

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PAG : Plan d'Accompagnement Global

PPA : Projet Personnalisé d'Accompagnement

PPE : Projet Pour l'Enfant

PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation

**S :**

SDEF : Sous-Direction Enfance-Famille

SEPAD : Soutien Et Protection A Domicile

SESSAD : Services d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile

SG CIH : Secrétariat Général du Comité Interministériel du Handicap

SGMCAS : Secrétariat Général des Ministères Chargés des Affaires Sociales

SICMO : Service d'Intervention Continue en Milieu Ouvert

SIE : Service d'Investigation Educative

SMAP : Service Mobile d'Aide à la Parentalité

SROSM : Schéma Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale

SRP : Service de Réparations Pénales

STEMO : Service Territorial Éducatif de Milieu Ouvert

STEMOI : Service Territorial de Milieu Ouvert et d'Insertion

**T :**

TCC : Troubles de la Conduite et du Comportement

TED : Troubles Envahissants du Développement

**U :**

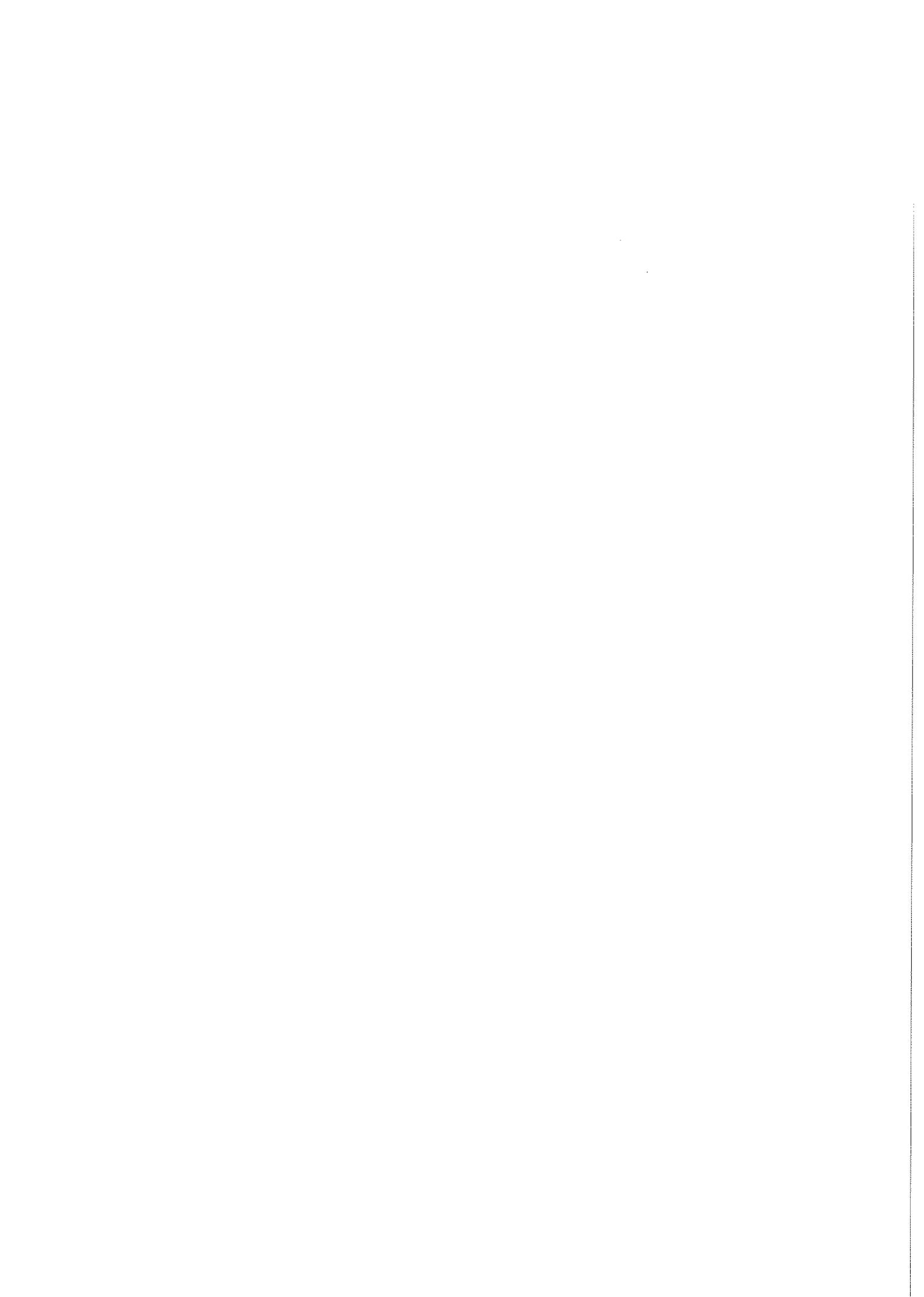
UEAJ : Unité Éducative d'Activités de Jour

UEMO : Unités Éducative de Milieu Ouvert

ULIS : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire

URAF : Union Régionale des Associations Familiales

UNAPEI : Union Nationale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés



## Introduction

Ce mémoire est le résultat de mon parcours professionnel. En effet, j'ai exercé des fonctions d'éducateur dans le secteur social et médico-social pendant dix ans. J'ai débuté mon parcours professionnel dans un foyer de vie qui accompagne des personnes en situation de handicap mental, pendant quatre ans. Entre 2002 et 2009, au sein d'un Foyer Départemental de l'Enfance (FDE), j'ai accompagné des adolescents jusqu'en 2006, puis des enfants, âgés de six à dix ans. Dans le cadre d'un congé de formation personnel, j'ai obtenu en 2009, le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale (CAFERUIS). En Septembre 2009, j'ai intégré l'Etablissement Public National Antoine Koënigswarter (EPNAK) sur un poste de chef de services à l'institut médico-éducatif (IME) d'Auxerre. En Juin 2010, suite au départ du directeur de l'IME, le directeur général (DG) m'a proposé le poste de directeur que j'ai accepté. De ce fait, je me suis engagé dans la formation pour accéder au Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de Service d'intervention sociale (CAFDES) depuis 2014.

Tout au long de mon parcours professionnel, j'ai été interpellé par les usagers, les familles, les professionnels sur les discontinuités fréquentes de parcours, des usagers relevant d'établissements médico-sociaux, de l'aide sociale à l'enfance, voire de la psychiatrie. Ces discontinuités peuvent parfois aller jusqu'à une rupture totale d'accompagnement. Ces jeunes sont qualifiés par les professionnels de terrain «d'incasables». Cette terminologie a évolué suite à 3 études<sup>1</sup> portées par l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) en 2006 vers «jeunes en situation complexe» ou «jeunes en difficultés multiples». Selon M. Jean Yves Barreyre<sup>2</sup>, parmi les 2.5% des jeunes suivis par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) en France, 60% sont déscolarisés, la majorité a plus de 12 ans, 50% relèveraient de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) et 60% sont suivis par le secteur psychiatrique. Les situations de ces jeunes sont au centre des politiques publiques actuelles et notamment dans le rapport «Zéro sans solution<sup>3</sup>» de Denis Piveteau, où il rappelle que le devoir de notre société est d'assurer un parcours sans rupture à l'égard des personnes en situation de handicap.

A ce jour, les réponses proposées par les établissements médico sociaux (EMS), sociaux et sanitaires restent ancrées dans des logiques organisationnelles, financières,

---

<sup>1</sup>En 2006, l'ONED a proposé un appel d'offres thématique intitulé : "Les mineurs dits incasables".

<sup>2</sup> Journée « Incasable, Inclassable, Incassable ? » du 12 Octobre 2012 à Artigues.

<sup>3</sup> Rapport de PIVETEAU Denis remis au gouvernement fin juin 2014.

administratives trop souvent cloisonnées. Néanmoins, ces jeunes relèvent de plusieurs champs. La mission Vachey/Jeannet<sup>4</sup> insistait sur une nécessaire articulation des réponses sanitaire, sociale et médico-sociale. Les chercheurs ayant répondu à l'appel d'offre porté par l'ONED sur les mineurs dits «incapables» soulignent que les réponses institutionnelles sont très souvent inadaptées, que la spécialisation des services les amène à se déclarer rapidement incompetents. Cela s'expliquerait par les difficultés du jeune qui, précisément multiples, ne peuvent se résumer à l'espace d'intervention d'un seul service ou établissement.

Selon les Annexes XXIV, qui régissent les IME accueillant des personnes déficientes intellectuelles avec ou sans troubles associés compatibles avec une vie collective, les IME doivent accompagner les enfants ou adolescents qui nécessitent principalement une éducation spéciale. L'objectif des IME est de dispenser une éducation et un enseignement spécialisés prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques et recourant à des techniques de rééducation. L'accompagnement proposé doit permettre de favoriser l'épanouissement, la réalisation de toutes les potentialités intellectuelles, affectives et corporelles, l'autonomie maximale quotidienne sociale et professionnelle. Il tend à assurer l'intégration dans les différents domaines de la vie, la formation générale professionnelle et doit comporter l'accompagnement de l'entourage habituel de la personne dont la famille ; les soins, les rééducations ; la surveillance médicale régulière ; l'enseignement et le soutien pour l'acquisition des connaissances, l'accès à un niveau culturel optimum et des actions tendant à développer la personnalité, la communication, la socialisation.

Le projet d'établissement précise les objectifs et les moyens mis en œuvre pour assurer cette prise en charge. L'article L312-3, créé par la loi 2007-293 du 5 mars 2007, précise que « 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 des mineurs et de leurs parents ou de jeunes majeurs (-21 ans). La loi du 11 février 2005, a reconnu dans la définition du handicap, le handicap psychique qui rend impératif une collaboration étroite entre tous les acteurs de la santé mentale, professionnels de santé, ceux des champs social et médico-social, les personnes et leurs familles. Or, ces trois secteurs restent très perméables et il n'est pas rare qu'à l'IME que je dirige, j'admette des jeunes «à la frontière» des trois. Pour autant,

---

<sup>4</sup> Etablissement et services pour les personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement, Septembre 2012.

le travail en collaboration entre les différents acteurs reste, à ce jour, très limité et ce, malgré les différentes préconisations citées ci-dessus. Ces jeunes au parcours très souvent chaotique, se voient alors victimes de succession de placements, de suivis, d'orientations... qui conduisent à des ruptures multiples.

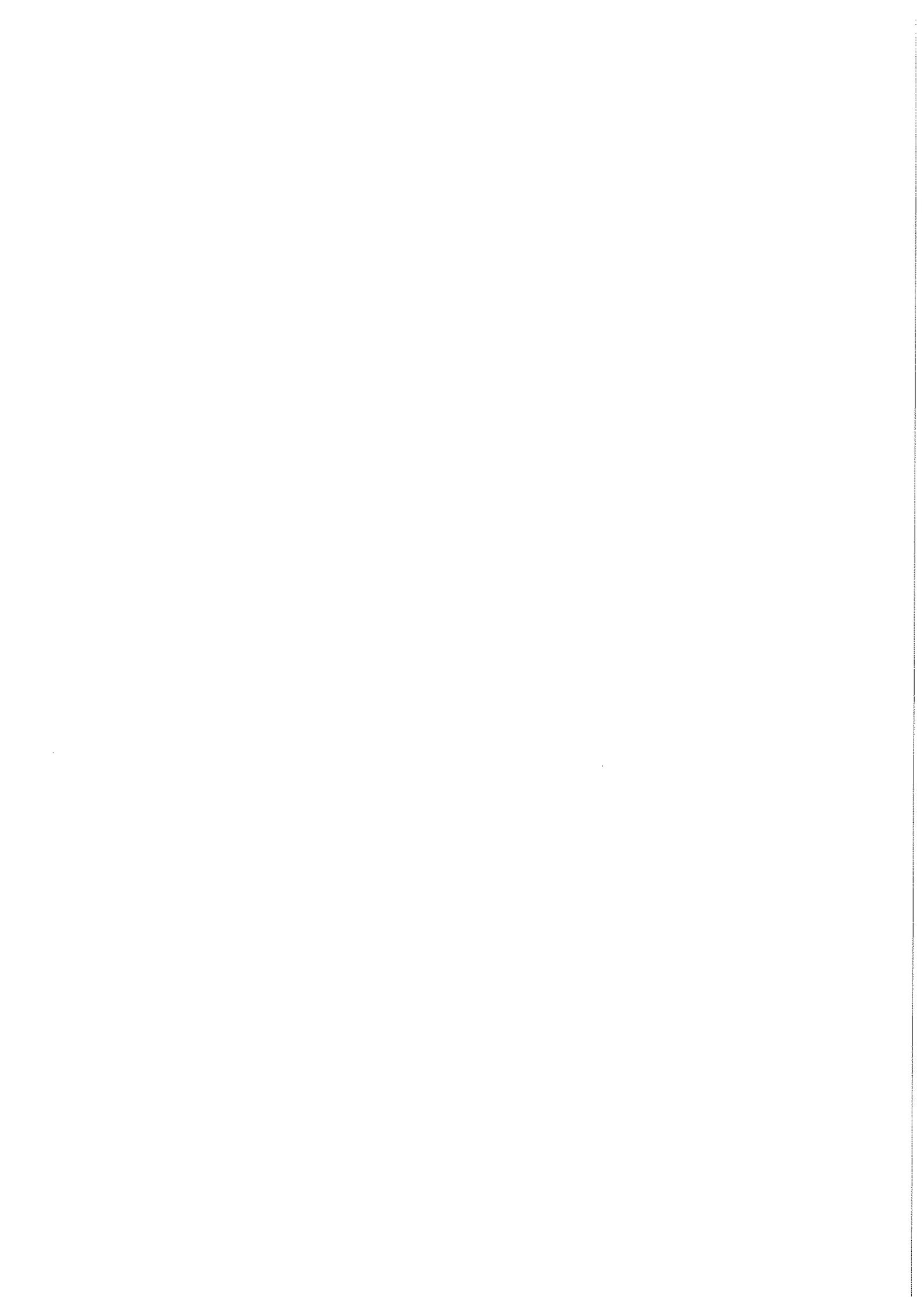
Ce constat me pousse à me demander comment en tant que directeur d'un IME, inscrit dans un Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS), je peux proposer un dispositif qui permette d'envisager le décroisement des trois secteurs et apporter des réponses coordonnées aux «jeunes en situation complexe» pour prévenir les ruptures, mieux coordonner les actions de chacun, impulser une prise en compte globale et mieux répondre à leurs besoins spécifiques.

Je m'attacherai à exposer, dans une première partie, une description de l'évolution, du contexte, des missions, de l'organisation du secteur médico-social, au niveau national puis local. Pour passer du travail juxtaposé au travail de coopération entre secteurs, afin de mieux répondre aux besoins des jeunes en situation complexe, je déclinerai les équipements du champ de la protection de l'enfance et de la pédopsychiatrie de l'Yonne. Dans une seconde partie, je présenterai l'IME d'Auxerre, unité du pôle enfance Yonne de l'EPNAK et le GCSM auquel il adhère.

Dans une troisième partie, je présenterai les personnes en situation de handicap, le public accueilli à l'IME d'Auxerre et je tenterai d'identifier qui sont les personnes en situation complexe, quels sont leurs caractéristiques, leurs besoins spécifiques, en m'appuyant sur la recherche de M. Barreyre et sur un recueil rétrospectif que j'ai mené au sein de l'IME et du GCSMS. Je déclinerai ensuite les préconisations nationales et départementales concernant cette population.

Pour finir, dans la quatrième partie, je présenterai les réponses territoriales à apporter à partir de mon établissement, du GCSMS, en lien avec les politiques publiques, les schémas et je proposerai un dispositif innovant afin de créer des «passerelles» entre les différents secteurs et assurer la continuité des parcours des jeunes en situation complexe.

Kofi Annan, secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies (ONU), a indiqué lors de l'assemblée générale du 24 septembre 2001 : « *La seule voie qui offre quelque espoir d'un avenir meilleur pour toute l'humanité est celle de la coopération et du partenariat.* »...



# **1 Le contexte national et territorial.**

## **1.1 Le secteur du médico-social en faveur des personnes en situation de handicap en France**

### **1.1.1 L'impact des évolutions historiques**

La politique française du Handicap est récente. Elle apparaît progressivement pendant le 20<sup>ème</sup> siècle de la connexion de deux histoires ; l'une concerne les enfants, l'autre les adultes. Elles vont se croiser, s'influencer pour finir par se rejoindre dans la notion de Handicap et la politique qui lui est associée.

#### **A) L'enfance**

Dans le champ de l'enfance, l'histoire est marquée par le développement dès le 18<sup>ème</sup> siècle d'une volonté éducative de prendre en compte les personnes dites «inéducables», soit les idiots, les sourds, les aveugles...

A partir de 1882, l'obligation scolaire va placer l'école face à des enfants qualifiés d'anormaux, qu'elle n'arrive pas à inclure dans les dispositifs existants et conduit à la création de dispositifs spécialisés tels que les classes de perfectionnement et les instituts spécialisés qui vont connaître des mutations en lien avec l'évolution de la définition de l'enfance dite anormale et des représentations de ce qu'est l'éducation spécialisée.

Le champ de l'enfance inadaptée s'établit à partir du 20<sup>ème</sup> siècle, vers 1940.

#### **B) Le secteur adulte**

Pour les adultes, l'histoire de l'accompagnement des personnes déficientes connaît trois évolutions majeures à la fin 19<sup>ème</sup> siècle, début du 20<sup>ème</sup> .

En effet, la logique de socialisation des risques et des droits sociaux est amorcée par la loi du 9 avril 1898 portant sur les accidentés du travail<sup>5</sup>, puis en 1919 avec le régime de pension en faveur des personnes mutilées de guerre. Enfin, après la 1<sup>ère</sup> guerre mondiale, des dispositifs de réinsertion dans l'emploi et de réadaptation professionnelle vont se développer, dans un premier temps, pour les mutilés de guerre, ensuite pour les personnes accidentées au travail, enfin pour les invalides civils.

#### **C) Le croisement des deux secteurs**

Ces deux histoires trouvent un point de convergence, dans la 1<sup>ère</sup> moitié du 20<sup>ème</sup> siècle, autour de la volonté de réadaptation des personnes (enfants et adultes) atteintes de

---

<sup>5</sup> Loi du 9 avril 1898 sur les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail (Bulletin de l'Inspection du travail, n°2, 1898)

déficiences qui amènent à la création d'établissements spécialisés et d'associations, suite à des regroupements des personnes invalides civiles (Ligue pour l'adaptation du diminué physique au travail (ADAPT), Association des Paralysés de France (APF) ...) dans les années 1930, puis plus tard, au cours des années 60, de parents d'enfant en situation de handicap (Union Nationale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés (UNAPEI) ...). L'objectif est de proposer un hébergement hors des hospices et une intégration professionnelle des personnes en situation de déficience.

A partir des années 50, les établissements spécialisés pour enfants et adultes se multiplient avec la création de la sécurité sociale qui ouvre l'accès à de nouveaux moyens, notamment financiers. Ils sont gérés principalement par des associations de familles ou de personnes en situation de handicap et seront financés avec des fonds publics après 1945. Le prix de journée est alors instauré par la sécurité sociale. En articulant les initiatives privées et les interventions de l'Etat, le secteur médico-social s'établit.

Au cours de la décennie 70, la place de la personne en situation de handicap a commencé à évoluer vers une plus grande participation à la vie collective, citoyenne et sociale. Cette évolution fut particulièrement marquée par la Loi n° 75-534 d'orientation en faveur des personnes handicapées et la Loi n° 75-535, relative aux institutions sociales et médico-sociales. Ces lois du 30 Juin 1975 abordent, pour la première fois, la question de l'accompagnement de la personne handicapée et mettent en exergue la mise en place par les autorités compétentes, de schémas directeurs, censés diagnostiquer, améliorer et piloter les politiques conduites, sans que ceux-ci soient pour autant rendus obligatoires.

La fédération des Associations Pour Adultes et Jeunes Handicapés (APAJH), association loi 1901, reconnue d'utilité publique depuis 1974, contribue à l'ouverture de l'IME d'Auxerre en 1974.

### **1.1.2 L'impact des évolutions législatives :**

#### **A) Les lois de 1975**

Les 2 lois ne donnent pas de définition du handicap, mais vont permettre de structurer la politique du handicap en France, dans la mesure où elles mettent en place un traitement catégoriel du handicap par des commissions départementales.

La loi n°75-534 énonce l'ensemble des droits ouverts aux personnes reconnues en situation de handicap. Elle pose un cadre général et établit officiellement le champ du handicap. Il s'agit du début de la politique d'intégration en faveur des personnes handicapées.

Elle fixe le cadre juridique de l'action des pouvoirs publics :

- ✓ importance de la prévention et du dépistage des handicaps,
- ✓ obligation éducative pour les enfants et adolescents handicapés,

- ✓ accès des personnes handicapées aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population,
- ✓ maintien, chaque fois que possible, dans un cadre ordinaire de travail et de vie.

La loi confie la reconnaissance du handicap à des commissions départementales, la Commission Départementale de l'Education Spéciale (CDES) pour les enfants de 0 - 20 ans et la Commission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel (COTOREP) pour les adultes à partir de 20 ans, qui prononcent un taux d'incapacité ouvrant des droits (l'allocation Enfant Handicapé (AEH), l'allocation Adulte Handicapé (AAH), allocations compensatrices, orientation vers des établissements spécialisés...).

La loi n°75-535 structure le secteur médico-social qui s'est grandement déployé entre 1950 et 1960. Elle détermine les conditions de création, de financement, de formation et de statut des personnels des établissements et services du secteur médico-social.

Le secteur médico-social s'est bâti à partir d'une approche biomédicale. Celle-ci inscrit la déficience comme base de référence pour classifier les troubles et les agréments des Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) qui leur sont proposés. Les Annexes XXIV, annexes au Code de la sécurité sociale en sont l'exemple pour les publics enfants et adolescents.

## B) Les Annexes XXIV

Les annexes XXIV du Code de la sécurité sociale, précisées par le décret n°89-798 du 27 octobre 1989, régissent les conditions d'agrément des ESMS destinés aux enfants et adolescents handicapés. Les premières annexes XXIV datent de 1956. Les annexes XXIV bis, ter et quater complètent en 1967 et 1970 le champ institutionnel en prenant en compte l'ensemble des types de handicap.

Elles construisent le secteur de l'enfance handicapée par type de déficience. L'accompagnement de la déficience intellectuelle, ce pourquoi l'IME d'Auxerre est agréé, est défini dans l'annexe simple. Ces annexes introduisent trois dimensions essentielles : thérapeutique, éducative, pédagogique. Elles précisent que les enfants ont besoin de soins par rapport à leur déficience, mais aussi d'éducation par rapport au développement de leurs capacités, de formation par rapport à la préparation de leurs rôles sociaux. Elles incitent fortement les professionnels à collaborer avec les familles dans une alliance thérapeutique, éducative et pédagogique.

Les nouvelles annexes XXIV (décret n°89-798) intègrent les terminologies modernes ainsi que les orientations politiques et les pratiques professionnelles récentes. Elles obligent par ailleurs les associations gestionnaires à actualiser les projets institutionnels et à demander de nouveaux agréments de fonctionnement.

La réforme des annexes XXIV est sans doute la première inclinaison du secteur médico-social vers une transformation impulsée par les lois de 2002, de 2005 et 2009.

C) La Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Elle rénove l'action sociale, précise la fonction des Schéma Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (SROSMS) et met en place sept outils (le livret d'accueil, la charte des droits et libertés, le contrat de séjour, le conciliateur ou médiateur, le règlement de fonctionnement, le projet d'établissement ou de service, le conseil de la vie sociale (CVS)). Elle rend obligatoire l'évaluation interne (avec communication aux autorités de tarification et contrôle tous les 5 ans) et l'évaluation externe tous les 7 ans par un organisme habilité.

Elle se base sur 5 orientations :

- ✓ Affirmer et promouvoir les droits des usagers.
- ✓ Diversifier les missions et les offres en adaptant les structures aux besoins.
- ✓ Pilotage du dispositif : Mieux articuler planification, programmation, allocation de ressources, évaluation.
- ✓ Instaurer une coordination entre les différents acteurs.
- ✓ Rénover le statut des établissements publics.

L'IME d'Auxerre a mis en place les différents outils (**cf ANNEXE 1**), ainsi que la démarche d'évaluation. Les jeunes de l'IME se les sont appropriés : par exemple, ils ont adapté le livret d'accueil sous forme de film, le règlement de fonctionnement en bande dessinée, la charte des droits et libertés sous forme de «roman photos» et créé un flash infos CVS... Le président du CVS est un jeune, le vice-président un parent. Ils se chargent de son animation et de son organisation (convocation, compte rendu du CVS ...), en lien avec moi-même.

Un comité de pilotage « évaluation interne » existe à l'IME. Il réunit, entre autre, le Directeur Général Adjoint (DGA), la responsable qualité de la Direction Générale, un chef de service, un représentant des personnels... et moi-même, une fois par trimestre, pour suivre, organiser la démarche d'évaluation et prendre les décisions qui en découlent. Il est associé à un groupe de travail pluridisciplinaire «évaluation» que je co-anime avec un chef de service une fois par mois. Il élabore le cadre évaluatif, recueille, analyse les informations, fournit des pistes d'amélioration et supervise l'avancée de chaque plan d'amélioration. Ce groupe a également l'objectif d'exercer une veille notamment concernant les recommandations publiées par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM), d'en faire une synthèse et de faire le lien entre les recommandations et les pratiques développées à l'IME. Celle-ci est présentée à l'ensemble des salariés de l'IME en réunion institutionnelle. Les recommandations de bonnes pratiques et les synthèses sont disponibles dans le bureau des professionnels. Ainsi, je suis vigilant à ce que les pratiques professionnelles restent en adéquation avec l'évolution des besoins du public, s'inscrivent dans les recommandations des bonnes pratiques. J'inscris ici les équipes de l'IME dans

l'amélioration continue du service rendu. D'autres espaces y concourent tels que l'analyse des pratiques professionnelles (APP), la formation continue, l'évaluation externe...

L'évaluation externe a été menée par un cabinet entre le 27 juin et le 1er juillet 2014. Les usagers et les familles y ont été associés, notamment par l'intermédiaire d'entretiens avec les membres du CVS. En conclusion, les évaluateurs notent : *«L'évaluation externe de l'IME s'est passée dans de très bonnes conditions. Nous avons rencontré une équipe qui travaille avec un état d'esprit orienté en permanence vers la qualité. Une équipe qui utilise les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, et qui est dans une recherche permanente de l'amélioration de la qualité de ses prestations.»*. Ils indiquent, comme pistes d'amélioration, le réajustement de l'autorisation en lien avec les problématiques des jeunes et le rappel des engagements pris concernant le financement des dispositifs expérimentaux lors du dialogue de gestion avec l'ARS, de faire la déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), d'instaurer une «fiche d'évènements indésirables» et de mettre à jour le site internet.».

Divers protocoles et procédures sont connus et utilisés par les équipes, les jeunes, les familles et les partenaires : accès au dossier unique, admission, bientraitance, signalement d'un événement indésirable, achats... Le dossier unique du jeune est en place depuis 2012, néanmoins il mériterait d'être informatisé.

Le rapport définitif a été transmis à l'ARS en décembre 2014.

D) La Loi n° 2005-102 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Elle apporte des évolutions fondamentales pour répondre aux attentes des personnes handicapées. Il aura fallu attendre cette loi, pour voir apparaître une définition du handicap, référencée aux travaux de l'organisation mondiale de la santé (OMS) et le terme de handicap psychique.

Le handicap est défini dans l'article L 114 : *«Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.»*.

Elle met en œuvre le principe du droit à compensation du handicap, dans les établissements comme au domicile personnel. La prestation de compensation couvre les besoins en aide humaine, technique ou animalière, aménagement du logement ou du véhicule, en fonction du projet de vie formulé par la personne handicapée. Elle reconnaît à tout enfant porteur de handicap le droit d'être inscrit en milieu ordinaire, dans l'école la plus proche de son domicile. Elle réaffirme l'obligation d'emploi d'au moins 6% de

travailleurs handicapés pour les entreprises de plus de 20 salariés, renforce les sanctions, crée des incitations et les étend aux employeurs publics. Elle définit les moyens de la participation des personnes handicapées à la vie de la cité, crée l'obligation de mise en accessibilité des bâtiments et des transports dans un délai maximum de 10 ans. Elle crée une MDPH dans chaque département.

Depuis cette loi, le public accompagné à l'IME a relativement évolué. En effet, les jeunes qui y sont orientés par la MDPH sont ceux qui ne peuvent pas être accueillis et accompagnés dans les dispositifs proposés par l'Education Nationale (EN). La déficience des jeunes orientés s'accompagne désormais, pour la grande majorité d'entre eux, de troubles associés divers (troubles du psychisme, troubles de la conduite et du comportement (TCC) ...) et/ou de problèmes sociaux, de santé.

E) La Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) n° 2009-879 du 21 juillet 2009

Elle crée les Agences Régionales de Santé (ARS) qui ont compétence pour arrêter les territoires de santé et d'organiser les équipements nécessaires aux besoins de santé et médico sociaux dans le cadre du SROSM. Elles sont chargées de réguler, soit seules, soit conjointement avec les présidents de conseils départementaux et les préfets, les ESMS financés totalement ou partiellement par l'assurance maladie ainsi que les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) et de définir pour chaque territoire les équipements nécessaires en faveur des personnes en situation de handicap. La loi 2002-2 préconise la mise en place de schémas départementaux pour permettre à chacun «*un accès aux soins équitable sur l'ensemble du territoire*», la loi 2009-879 précise que les schémas régionaux fixés devront se compléter pour chaque territoire considéré. Elle modifie par ailleurs profondément la régulation de tout le secteur social et médico-social en introduisant une procédure d'appel à projet. Le seuil à partir duquel les projets d'extension des ESSMS doivent être soumis à la commission de sélection correspond désormais à une augmentation d'au moins 30 % de la capacité de l'établissement ou du service, quel que soit le mode de définition de la capacité de l'établissement ou du service pour la catégorie dont il relève. C'est pourquoi, il m'a semblé important de rencontrer la Directrice de l'autonomie de l'ARS Bourgogne Franche-Comté (ARS BFC), le Directeur de la MDPH et de l'autonomie ainsi que la Directrice enfance et familles du Conseil Départemental de l'Yonne (CD 89) afin de partager avec eux autour de cette problématique, de recueillir des données statistiques, inscrire mon projet dans la dynamique territoriale... Il s'agissait également de positionner l'EPNAK, le GCSMS et l'IME comme acteur régional en proposant ma candidature pour intégrer les groupes de travail régional et départemental sur la mise en œuvre du dispositif «*une réponse accompagnée pour tous*».

### 1.1.3 L'offre nationale en faveur des personnes en situation de handicap

En 2015, d'après la CNSA, 18 800 ESMS soit 966 267 places, accueillent et accompagnent sur l'ensemble du territoire les personnes en situation de handicap et les personnes âgées. Ils sont financés par l'assurance maladie et l'aide sociale départementale.

Néanmoins, depuis quelques années, plusieurs rapports indiquent que l'offre proposée ne correspond que partiellement aux personnes en situation de handicap. Je citerai ici à titre d'exemple le rapport «Zéro sans solution» établi par Denis Piveteau et son équipe, publié en juillet 2014<sup>6</sup> : *«N'avoir plus aucune solution d'accompagnement, pour une personne en situation de handicap dont le comportement est trop violemment instable ou le handicap trop lourd, et dont en conséquence « personne ne veut plus », c'est inadmissible et cela se produit. La mission confiée aux auteurs de ce rapport était de proposer des réponses... Tout simplement parce que l'objectif n'est pas de traiter le mal mais, autant que possible, d'éviter qu'il survienne. En d'autres termes : de s'organiser, non pas seulement pour bricoler des solutions au coup-par-coup, mais pour être collectivement en capacité de garantir que cela n'arrivera plus. Travailler, en somme, à tenir l'engagement d'un « zéro sans solution ». Cela change tout. Parce que sont alors concernés la grande majorité des établissements et des services, un très grand nombre de situations de vie avec un handicap, et tous les partenaires de l'accompagnement, bien au-delà du seul champ médico-social. Objectif ambitieux, mais qui est atteignable, aussi fortes que soient les contraintes budgétaires. Il consiste tout simplement à renouer avec le sens de tout travail soignant et social : ne jamais laisser personne au bord du chemin.»*

Il précise que certaines personnes handicapées et leur famille ne trouvent pas de réponse à leurs besoins dans l'offre proposée actuellement et se retrouvent «sans solution». Ils auraient «des comportements violents», seraient «instables», auraient un «handicap trop lourd» et les ESMS refuseraient de les accompagner. Tous les ESMS et leurs partenaires seraient concernés «au-delà du seul champ médico-social».

Les différents secteurs de la région Bourgogne Franche-Comté (BFC), du département de l'Yonne, le GCSMS, l'EPNAK et l'IME ne doivent pas y échapper.

## 1.2 La situation départementale

Le département de l'Yonne est un des huit départements de la région Bourgogne-Franche-Comté, région de l'est de la France qui est née de la fusion administrative de deux régions historiquement et en partie économiquement liées, la Bourgogne et la

---

<sup>6</sup> Denis Piveteau, Saïd Acef, François Xavier Debrabant, Didier Jaffre, Antoine Perrin, « Zéro sans solution » Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, 2014.

Franche-Comté, dans le cadre de la réforme territoriale de 2014, actée le 17 décembre 2014 et effective le 1er janvier 2016, après les élections régionales de décembre 2015. Au 1er janvier 2015, le département de l'Yonne comptait 352 182 habitants soit 0,52% de la population française et 12.5% de la population régionale. Sa densité de peuplement est très basse (46 habitants au km<sup>2</sup>), soit moins que la moyenne régionale (59) et celle nationale (118). Plus des 2/3 des Icaunais résident néanmoins en zone urbaine. Le département a un profil davantage rural, se situant entre la Côte d'Or (plus urbaine) et la Nièvre (plus rurale), ce qui explique des temps de transport assez long. L'Yonne constitue le département le plus dynamique de la Bourgogne avec une croissance de la population de 0,3% par an. L'excédent migratoire, localisé essentiellement dans le nord du département, explique cette croissance démographique, le solde naturel étant à l'équilibre. Entre 1999 et 2008, l'Yonne a ainsi gagné 8 800 habitants. Le gain est d'environ 1 000 habitants par an. La population icaunaise est vieillissante, elle compte plus de 30% de personnes âgées (plus de 60 ans). Pourtant, l'Yonne présente un solde naturel à l'équilibre, dû à l'attractivité de notre territoire par la région parisienne. Le département dispose en outre d'indicateurs de santé moins favorables que ceux du niveau national. **Le tableau n°1 en ANNEXE 2**, construit à partir des données INSEE 2014, l'illustre bien. La tendance future est une baisse du nombre de jeunes du fait d'un ralentissement de la natalité parallèlement à une croissance importante du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus. Il est touché par le phénomène de désertification médicale.

L'INSEE a désigné 3 arrondissements (Auxerre, Avallon et Sens) qui abritent des agglomérations-centre de taille modeste ayant des dynamiques différentes. Les unités et services du pôle enfance de l'EPNAK se situent sur les arrondissements d'Avallon et d'Auxerre. L'arrondissement d'Avallon abrite 49 328 habitants soit 22.3 habitants par km<sup>2</sup>, il a une croissance démographique négative entre 1999 et 2009 (- 2,6%), celui d'Auxerre regroupe 182 811 habitants soit 52 habitants par km<sup>2</sup> et a une croissance démographique positive (+2,25%). L'aire urbaine d'Auxerre rassemble 92 937 habitants soit plus de la moitié de l'arrondissement alors que celui de Sens connaît la plus forte croissance démographique du département (+7,1%). Cela peut s'expliquer par le fait que cet arrondissement rejoint la grande couronne de Paris.

Sur le département, selon la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), 23 581 demandeurs d'emploi sont dénombrés en 2013 dont 17,3% ont moins de 25 ans. Cet indicateur est en évolution (+ 9,8%) et supérieur à l'évolution constatée au niveau régional (+8,4%) et national (+8,3%).

Plusieurs acteurs exercent des rôles différents et contribuent à l'accompagnement des personnes handicapées du département de l'Yonne, ils sont présentés dans la partie suivante.

### **1.2.1 Le secteur médico-social**

#### **A) Définition**

Selon l'article L116-1 du CASF, «l'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en oeuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de L.311-1». L'article L116-2 précise que «l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire».

Il n'y a pas de définition proprement dite du secteur médico-social, il est étroitement lié aux dispositifs de l'aide sociale. Il implique de nombreux acteurs : État, Assurance maladie, ARS, collectivités locales... Ces acteurs ont un rôle déterminant dans le financement de l'aide et de l'action sociale, et notamment les départements et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

#### **B) Le rôle des différents acteurs et leur articulation**

##### *a) La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)*

Par l'intermédiaire des ARS, la CNSA alloue chaque année aux ESMS les crédits nécessaires à leur fonctionnement. Sa mission est d'assurer une répartition équitable des crédits sur le territoire national dans un souci de développement des capacités d'accueil, d'adaptation des réponses aux besoins exprimés localement et en fonction des objectifs des plans nationaux et d'utilisation rigoureuse et optimale des moyens votés par le Parlement et inscrits à son budget.

##### *b) L'ARS Bourgogne Franche-Comté*

L'ARS est l'organisme de tarification et de contrôle de l'IME. Elle arrête les budgets, notifie l'arrêté concernant l'agrément de l'IME et de toute opération visant à le modifier.

L'ARS BFC consacre des crédits d'assurance maladie importants pour le fonctionnement annuel ou les investissements des structures pour personnes handicapées.

Elle a la charge du pilotage et de la régulation de l'offre de santé de la région BFC, pour cela elle a défini et déploie les SROSM de Bourgogne et de Franche-Comté.

**Les priorités du SROSM Bourgogne (2012 – 2016) sont :**

- ✓ Mettre en phase l'offre médico-sociale existante avec les besoins réels des personnes en situation de handicap.
- ✓ Tenir compte des projets de vie personnels des personnes en situation de handicap.
- ✓ Favoriser l'accessibilité sous toutes ses dimensions afin de permettre une meilleure insertion des personnes en situation de handicap dans la vie sociale.
- ✓ Favoriser la continuité des parcours de vie en accordant une importance particulière au vieillissement des personnes en situation de handicap.
- ✓ Informer, sensibiliser et coordonner.

De plus pour les 5 années à venir, l'ARS BFC met l'accent sur le handicap et le projet «une réponse accompagnée pour tous», auquel le projet présenté dans la 4<sup>ème</sup> partie peut contribuer.

*c) Le Conseil Départemental (CD) de l'Yonne :*

Le conseil départemental, chef de file de l'action sociale, consacre près de 48% de son budget à cette politique. Depuis de nombreuses années, le CD s'est attaché à soutenir les actions en faveur des personnes âgées et handicapées. En effet, la sous-direction Autonomie Handicap Dépendance, créée en 2007, témoigne de la volonté du département de s'impliquer directement dans leur accompagnement. Ainsi, la politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées représente 67 % du budget, avec près de 44 millions consacrés au soutien des personnes handicapées. Il a la charge d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer le schéma en faveur des personnes handicapées. Le schéma 2012-2017 du département de l'Yonne a été réalisé en concertation avec les partenaires et les institutions (ARS Bourgogne) et les services de l'État. Ce premier schéma commun aux enfants et aux adultes s'intéresse à la fois aux dispositifs et actions s'adressant aux personnes en situation de handicap (offre sociale et médico-sociale, prestations de compensation...), à l'accessibilité de ces derniers et à tous les aspects de la vie sociale (scolarité, emploi, bâtiments et transports). Son objectif est de permettre aux personnes en situation de handicap d'accéder à une citoyenneté pleine et entière en tenant compte des projets de vie personnels tout en assurant la continuité des parcours de vie. Il s'inscrit dans les préconisations du SROSM et précise onze orientations dont les huit qui suivent, concernent directement l'IME que je dirige :

- ✓ Améliorer la qualité de la prise en charge médico-sociale (secteur «enfance»),
- ✓ Renforcer la passerelle entre le milieu ordinaire et le secteur médico-social pour les élèves,
- ✓ Valoriser le Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS),
- ✓ Soutenir une politique d'insertion professionnelle locale,
- ✓ Promouvoir l'accessibilité en termes de déplacements et de bâtiments,
- ✓ Favoriser l'insertion des personnes en situation de handicap dans la vie sociale,
- ✓ Poursuivre la politique départementale de bienveillance,
- ✓ Inciter et encourager l'information, la sensibilisation, la coordination et la professionnalisation,

d) *L'Education Nationale (EN)*

La réaffirmation et le renforcement du droit à la scolarisation, à l'éducation et l'accès de tous aux dispositifs de droit commun sont les points forts de la loi du 11 février 2005. Les différents modes de scolarisation des enfants handicapés offrent ainsi une palette de solutions allant de l'accueil individuel en milieu ordinaire sans accompagnement particulier, jusqu'à l'accueil à temps complet en établissement médicosocial, en passant par des modes intermédiaires d'accompagnement individuel ou collectif en milieu ordinaire : aide d'un auxiliaire de vie scolaire (AVS), accompagnement médico-social par un SESSAD, classes adaptées (Classe pour l'inclusion scolaire (CLIS), Unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS)), unités d'enseignement. L'EN est un partenaire dans la mise en œuvre du projet de scolarisation des personnes handicapées. En effet, elle est en charge de la scolarité de tous les enfants et adolescent, en d'âge d'être scolarisés. La scolarisation des élèves handicapés constitue une priorité nationale et des progrès ont été accomplis depuis la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005. L'augmentation des moyens d'accompagnement, en particulier grâce au déploiement des AVS a permis à un nombre croissant d'élèves en situation de handicap de poursuivre leur scolarité dans les dispositifs que l'EN propose. Du point de vue de la scolarisation, les progrès constatés doivent être poursuivis, notamment par le développement des services d'accompagnement et par la recherche d'une articulation toujours plus étroite entre l'école ordinaire et le secteur de «l'éducation spéciale». L'analyse et l'évaluation des besoins de chaque élève handicapé doit s'accompagner de la recherche de la meilleure adéquation avec l'environnement scolaire, ce par l'association étroite de l'élève et de ses parents à toutes les étapes du PPS ainsi qu'à la demande d'orientation transmise à la MDPH. L'Inspecteur de l'Education Nationale chargé de l'Adaptation scolaire et de la Scolarisation des élèves Handicapés (IEN-ASH) œuvre pour et joue un rôle important. Les enseignants référents ont la charge des PPS. L'inspection académique de l'Yonne

assure la scolarité des jeunes accueillis à l'IME par la mise à disposition d'enseignants. Le DG a signé une convention avec l'EN.

Au-delà de leur seule formation, la participation sociale des enfants et adolescents handicapés passe aussi par leur accueil dans les structures de droit commun d'accueil préscolaires et périscolaires.

e) *La MDPH de l'Yonne*

La MDPH de l'Yonne comptait près de 51 000 usagers avec des droits ouverts au 1er janvier 2015, ce qui correspond à plus de 14 % de la population départementale, **le tableau n°2 en ANNEXE 2**, établi à partir des données CNSA 2014, permet de comparer le pourcentage de la population par prestation attribuée par la MDPH.

Ses missions sont décrites par la loi du 11 février 2005 qui instaure le principe du guichet unique pour faciliter l'accès aux droits et prestations des personnes handicapées. Ainsi, la MDPH de l'Yonne exerce au niveau du département «*une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil pour les personnes handicapées et leurs familles*». C'est elle qui prononce, en lien avec le projet de la personne, ses capacités et son degré de handicap, les orientations des jeunes qui peuvent être accompagnés à l'IME d'Auxerre ou réorientés vers d'autres dispositifs.

La CNSA, l'ARS, le CD et la MDPH doivent, entre autre, contribuer à l'évolution de l'offre en lien avec les besoins du public accompagné, qu'en est-il de l'offre du territoire icaunais ?

C) *L'équipement icaunais en faveur des personnes en situation de handicap*

Le taux d'équipement départemental, en matière d'accueil pour personnes en situation de handicap, se situe au-dessus des taux nationaux et régionaux à l'exception des Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) et des Services d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD), **cf tableau n°3 en ANNEXE 2**. L'offre médico-sociale pour les personnes en situation de handicap s'organise autour d'établissements et services adultes (**cf tableau n° 4 en ANNEXE 2**) et enfants, celui qui nous intéresse plus particulièrement ici est le secteur enfance dont l'IME dépend, c'est pourquoi je me limiterai à ce secteur.

Sur le département, d'après STATISS Bourgogne Franche-Comté 2015, il y avait au 1er janvier 2015, plus de 1550 places installées pour 14 établissements, 9 SESSAD, 2 Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) et 3 Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) qui contribuent à l'accueil et l'accompagnement des enfants, adolescents et jeunes adultes (- de 20 ans) sur le département. Seulement 4 catégories d'établissement sont présentes sur le territoire : 9 IME, 2 établissements pour enfants ou

adolescents polyhandicapés nommés Centres Médico Educatifs (CME) sur le département de l'Yonne, 2 Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (ITEP) et 1 établissement pour déficients sensoriels. Les Instituts d'Education Motrice (IEM), établissements d'accueil temporaire et établissements expérimentaux ne font pas partie de l'offre. Ces places sont réparties entre 3 établissements publics dont l'EPNAK et 4 Associations (70% des places) dont les Pupilles de l'Enseignement Public (PEP) (44.5%), l'APAJH (15%), l'Association des Parents et Amis d'Enfants Inadaptés du Sénonais (APEIS) (7.5%) et une association locale (2%). Le tableau n°5 en ANNEXE 2, élaboré d'après les données de STATISS, présente l'offre départementale des établissements du secteur enfants handicapés et le pourcentage de cette offre proposée par le GCSMS et l'EPNAK.

L'IME d'Auxerre que je dirige représente 6.5% de l'offre et 19.1% des places d'IME installées sur le département, l'EPNAK 20% et le GCSMS 25.8% des places en établissement et services du secteur enfants handicapés.

Aucune offre spécifique ne correspond à l'accueil des jeunes en situation complexe. En tant que directeur de l'IME d'Auxerre, je suis directement concerné par cette problématique.

### **1.2.2 Le secteur de la protection de l'enfance**

#### **A) Définition**

L'article L 112-3 du CASF, créé par la loi du 5 mars 2007 de réforme de la Protection de l'Enfance, définit la politique de protection de l'enfance. Il indique que : *«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 [...].*
- ✓ *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».*

#### **B) Les différents acteurs et leur articulation**

La protection de l'enfance est mise en application par l'autorité administrative ou judiciaire, sur les fondements de textes législatifs et réglementaires. On distingue la «protection administrative» de la «protection judiciaire». L'autorité administrative compétente est le CD via le service de l'ASE, le service social et le service médico-social. L'autorité judiciaire compétente est le Juge des Enfants. L'article 375 du code civil stipule que *«si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou*

*si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice*». À ce titre, le Juge des Enfants est amené à «ordonner» la mise en œuvre de mesures de protection de l'enfance au CD ou de mesures d'investigations approfondies conduites soit par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), soit par des services habilités par elle.

La PJJ est un service de l'Etat, appelée à se recentrer son action opérationnelle sur le champ des mineurs délinquants et de l'investigation. Elle est aujourd'hui investie d'un rôle de soutien auprès du Juge des Enfants et d'une fonction de concertation des institutions intervenant en matière de justice des mineurs, dans son champ civil comme pénal (Décret n°2008-689 du 9 juillet 2008, relatif à l'organisation du ministère de la justice). Son implication est d'autant plus nécessaire que les publics accompagnés par la protection de l'enfance et la PJJ sont souvent amenés à se croiser.

Lorsque la situation d'un enfant doit être traitée en «urgence», le code civil, dans son article 375-5, prévoit que *«le Procureur de la République [...] a le même pouvoir que le juge des enfants, à charge de saisir dans les huit jours le juge compétent*». Le Procureur de la République peut ainsi être amené à retirer l'enfant de son milieu naturel.

#### C) L'offre de service et l'équipement

##### a) *Proposée par la Sous-Direction Enfance-Famille (SDEF)*

La SDEF a pour rôle de garantir la protection de l'enfance et de proposer des dispositifs adaptés aux besoins des jeunes et de leurs familles. Elle peut leur apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique, qui peut prendre la forme de mesures individuelles ou collectives.

**Les mesures collectives :** La prévention spécialisée est à l'œuvre sur trois territoires icaunais (Migennes, Auxerre et Sens). Elle tend à favoriser le développement de la personne, son autonomie, son insertion et sa promotion sociale. C'est une intervention spécifique qui allie travail de rue, accompagnement éducatif, actions éducatives, soutien à la fonction parentale et développement communautaire et social autour de l'éducation, la parentalité et la santé.

**Les mesures individuelles :** 2 types d'accompagnement individuel sont possibles : l'accompagnement à domicile et l'hébergement. Au 30 septembre 2014, il y avait 1 211 places à domicile et 895 places en hébergement.

##### ✓ L'accompagnement à domicile

Les mesures à domicile de milieu ouvert sont les mesures traditionnelles de la protection de l'enfance. Il s'agit de l'Aide Éducative à Domicile (AED) et de l'Aide Éducative en Milieu Ouvert (AEMO).

Les mesures à domicile alternatives à l'hébergement sont les mesures mises en place suite à la loi de réforme de 2007. Il s'agit d'un soutien par le Service d'Intervention Continue en Milieu Ouvert (SICMO), le Centre de Jour, le service de Soutien et Protection à Domicile (SEPAD) ou encore le Service Mobile d'Aide à la Parentalité (SMAP).

Afin d'adapter au mieux ses réponses aux besoins du territoire et conformément à la loi du 5 mars 2007, le Conseil Départemental et ses partenaires développent depuis plusieurs années un panel de mesures variées et complémentaires, pour certaines, innovantes (SICMO, SEPAD, centres de jour dans leurs diverses formes).

✓ L'accompagnement en hébergement

L'accompagnement en hébergement prend la forme d'un accueil physique du jeune, en «urgence » ou non. Il y a deux grands types d'accueil : celui dit familial et celui dit en établissement.

**L'accueil familial** est exercé par environ 350 familles d'accueil recrutées par le CD. L'assistant familial accueille le jeune qui intègre la sphère familiale. Ce type d'accueil est considéré comme de l'accueil individuel.

**L'accueil en établissement** est réalisé par 24 structures : 9 Lieux de Vie, 8 MECS, 1 Centre Maternel, 5 Services de Suite et 1 FDE, cf **ANNEXE 3**.

En plus des mesures où le jeune est « confié » au service de l'ASE, par ses parents dans le cadre administratif ou par le Juge des Enfants dans le cadre judiciaire, des mesures d'hébergement peuvent être ordonnées par le juge des Enfants dans le cadre d'un « placement direct ». Celui-ci peut être mis en œuvre chez un tiers digne de confiance, l'un des parents, un autre membre de la famille ou au sein d'un établissement ou service. Tous les établissements sont autorisés par le Conseil Départemental, excepté le FDE qui est un de ses services.

*b) Proposée par la PJJ*

La PJJ comme la protection de l'enfance peut distinguer les mesures dites « à domicile » de celles dites « d'hébergement ». La PJJ a pour mission d'assurer la prise en charge éducative des mineurs et jeunes majeurs qui font l'objet d'une décision judiciaire prononcée par un magistrat de la Jeunesse du Parquet, un Juge des Enfants ou un Juge d'Instruction. Que la décision du magistrat soit prise au titre de l'Ordonnance du 23 décembre 1958, relative à l'Enfance en Danger ou dans le cadre de l'Ordonnance du 2 février 1945, relative à l'Enfance Délinquante, qu'elle soit exercée directement par son service public ou confiée à une association habilitée à cette fin, la PJJ est garante d'une prise en charge poursuivant un but éducatif, mise en œuvre par des équipes pluridisciplinaires dans des services ou établissements relevant de la Loi de 2002-2.

### **Les équipements la DTPJJ Yonne-Nièvre :**

- ✓ 1 Service Territorial Éducatif de Milieu Ouvert dans l'Yonne (STEMO) composé de 2 Unités Éducative de Milieu Ouvert (UEMO) situées à Sens et à Auxerre.
- ✓ 1 Établissement de Placement Judiciaire (EPE) composé d'une Unité de Placement Collectif (UEHC) à Auxerre et d'une Unité de Placement Diversifié Renforcée (UEHD-R) à Nevers.
- ✓ 1 Service Territorial de Milieu Ouvert et d'Insertion (STEMOI) composé d'une Unité Éducative de Milieu Ouvert (UEMO) et d'une Unité Éducative d'activités de Jour (UEAJ) à Nevers.

Pour l'exercice de ses missions la DTPJJ est renforcée par 3 services ou établissements gérés par deux associations habilitées :

- ✓ 1 CER situé à dans l'Yonne
- ✓ 1 Service d'Investigation éducative (SIE)
- ✓ 1 Service de Réparations Pénales (SRP)

Le département de l'Yonne s'est doté d'un schéma départemental conjoint de la protection de l'enfance 2013 – 2018 et ont pour outil de référence le Projet Pour l'Enfant (PPE). Le schéma départemental constitue la traduction des orientations politiques du département de l'Yonne dans ce champ d'action, et la déclinaison des objectifs qu'il s'est fixé. Trois grandes orientations ont été retenues par la Protection Judiciaire de la Jeunesse et le Conseil Départemental pour ce 2<sup>ème</sup> schéma conjoint :

- l'amélioration du repérage des publics à accompagner et l'évaluation des situations (prévention),
- l'amélioration de l'accompagnement des enfants, des jeunes et de leurs parents
- l'amélioration de la coordination entre les professionnels et les acteurs de la protection de l'enfance (notamment en cas de prises en charge croisées).

De ces orientations ont découlé cinq axes qui recouvrent les principales étapes du parcours en protection de l'enfance déclinés ci-dessous, ils concernent tous le projet d'équipe mobile mixte :

- la diversification des dispositifs de prévention et du repérage des situations à risque,
- l'évaluation des situations,
- la recherche d'une orientation et d'une offre de service adaptées,
- la collaboration avec les parents,
- la préparation à la sortie d'une mesure de protection et/ou du dispositif.

### 1.2.3 Le secteur sanitaire

#### A) Définition

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le secteur comme «*toutes les activités, officielles ou non, qui portent sur les services de santé, mis à la disposition d'une population, et sur l'utilisation de ces services par la population*».

Au niveau national, il se caractérise par la coexistence d'établissements de soins à caractère public et à caractère privé. Le secteur public représente 62 % des lits et le secteur privé 38 %.

#### B) Les différents acteurs

##### a) *Les établissements publics*

Lieu de charité et d'assistance aux pauvres, puis lieu d'enfermement, l'hôpital est devenu, dès la fin du 18<sup>ème</sup> siècle, un lieu de soins. Depuis 1945, il s'est ouvert à tous.

Le secteur public hospitalier sanitaire et social regroupe les établissements publics relevant des domaines sanitaire, social et médico-social (hôpitaux, centres hospitaliers spécialisés, maisons de retraite, MAS...). Sont regroupés sous l'appellation « hôpital public » les centres hospitaliers régionaux, les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux, incluant ou non des maisons de retraite. Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public. Ils assurent une mission de service public et sont soumis au contrôle de l'État. Le plus souvent rattachés à une commune, ils jouissent d'une certaine autonomie de gestion. Ils sont gérés par :

- ✓ un organe délibérant : le CA qui vote le budget annuel et définit le projet d'établissement
- ✓ un organe d'exécution : le directeur
- ✓ des organes consultatifs : la commission médicale d'établissement, le comité technique d'établissement et la commission des services de soins infirmiers

Les décisions de ces organes font l'objet d'un contrôle administratif exercé par l'ARS.

On distingue les centres hospitaliers (CH) dont les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHSP), les centres hospitaliers régionaux (CHR), les centres hospitaliers universitaires (CHU), qui sont des CHR ayant passé une convention avec une université, les hôpitaux locaux, qui assurent les soins de courte durée.

##### b) *Les établissements privés*

Ils sont gérés par des personnes physiques ou morales, ils peuvent être à but lucratif (sociétés anonymes, etc.) ou non lucratif (associations, fondations, organismes gérés par une mutuelle, une congrégation religieuse, une caisse d'assurance maladie, etc...). Certains participent au service public.

### C) L'offre de service et l'équipement

Même s'il nous arrive de travailler avec certains établissements du secteur «adulte» pour accompagner le parcours des jeunes accueillis à l'IME, le partenaire principal reste le pôle psychiatrique infanto-juvénile et adolescents du CHSP de l'Yonne, c'est pourquoi je me limiterai à cette partie du secteur.

Le pôle de psychiatrie infanto-juvénile et adolescents de l'Yonne est composé de 23 établissements ou services : 1 Accueil Familial Thérapeutique (AFT), 2 Centres d'Accueil et de Soins des Adolescents (CASA), 7 antennes des Centres Médico-Psychologique (CMP), 7 antennes des Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), 2 Hôpitaux de Jour (HJ) enfants, 1 HJ adolescents, 1 Hôpital à Temps Plein (HTP), 2 Maisons des Adolescents (MDA). Leurs spécificités sont décrites en **ANNEXE 4**.

Ils ont pour outil de référence pour l'accompagnement des personnes le projet de soin.

### **1.3 Conclusion partielle**

Le secteur médico-social en faveur des personnes handicapées a évolué au cours des siècles. La politique française du Handicap est récente. Les lois 2002-2, 2005-102 et HPST marquent un tournant dans le secteur. Le bon niveau d'équipement des différents secteurs (médico-social, ASE et sanitaire) qui restent encore cloisonnés, au regard d'une population «jeune» qui décline, ne semble pas suffire pour proposer une offre adaptée aux personnes en situation complexe. La vision pluridisciplinaire sectorielle doit laisser place à une approche multisectorielle. C'est dans cette dynamique qu'est né le projet décliné dans la quatrième partie de mon mémoire.

Je vais maintenant présenter l'IME d'Auxerre, unité du Pôle enfance de l'EPNAK, inscrit dans plusieurs GCSMS.

## 2 L'IME d'Auxerre, unité de l'EPNAK

Les unités de l'EPNAK sont actuellement localisées sur les départements de l'Essonne et de l'Yonne, mais vont s'étendre sur le territoire national début 2017, avec la reprise, à la demande du ministère de la défense et des anciens combattants, de 9 écoles de reconversion professionnelle. D'autres projets de reprises et d'extension suite à des appels à projets sont également d'actualité sur les départements de l'Yonne et de l'Essonne. A ce jour, l'EPNAK s'est organisé et structuré autour de 3 pôles (Essonne, Adultes Yonne et Enfance Yonne). L'IME d'Auxerre fait partie du pôle enfance Yonne.

### 2.1 L'EPNAK, un établissement public national unique en France

L'EPNAK est un établissement public national, régi et organisé par plusieurs décrets<sup>7</sup>. En particulier le décret n°89-359 du 1er juin 1989 qui précise qu'il constitue un seul établissement qui *«comprend des unités spécialisées pour l'exercice de ses missions»* et qu'il a pour mission *«d'accueillir des adolescents et des adultes inadaptés ou handicapés et de contribuer à leur insertion sociale et professionnelle»*. Il est né de la volonté d'un bienfaiteur inscrite dans un codicille de son testament du 9 novembre 1883. Depuis lors, l'établissement a été partie prenante de toutes les évolutions du secteur médico-social, soit depuis plus de 130 ans. Après avoir connu un fort développement et des résultats reconnus dans l'Essonne, il a pris un nouveau tournant important en 2001 avec la reprise des unités et services de l'Yonne.

Opérateur public, l'EPNAK assume les missions de service public et d'utilité sociale prévues par le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) dans le cadre d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM). A ce titre, il met en œuvre dans ses pôles, unités et services les politiques nationales, régionales et départementales concernant les personnes handicapées. Sur les territoires qu'il dessert, il se doit de répondre, avec ses partenaires, aux besoins de ces personnes selon les objectifs qualitatifs et socio-économiques fixés par la loi et ses donneurs d'ordre. En cas de besoins non satisfaits, il propose à ses financeurs les projets de nature à y remédier, sans nécessairement se présenter comme porteur systématique du projet et revendique que ceux-ci soient satisfaits.

Il accueille aujourd'hui dans ses 16 unités et services plus de 900 enfants et adultes en situation de handicap, fragiles ou en difficulté de scolarisation, d'intégration sociale et/ou professionnelle et compte plus de 500 salariés. Dans son article 23, la loi n°86-76 précise que la situation des personnels de l'EPNAK est déterminée par un contrat de travail et la

---

<sup>7</sup> Décrets du 4 mai 1887 n°1173, du 15 juin 1955, n°89-359 du 1er juin 1989, n°2003-450 du 20 mai 2003 et la loi n°86-76 du 17 janvier 1986.

Convention Collective Nationale 66 (CCN 66), dans les conditions définies aux titres II et III du livre 1<sup>er</sup> du code du travail. Les emplois ne sont donc pas occupés par des personnels ayant le statut de fonctionnaire, néanmoins l'article 23 va devoir être modifié avec la reprise des écoles de reconversion professionnelle, afin de permettre à l'EPNAK d'employer des fonctionnaires de la Fonction Publique Hospitalière (FPH) et des salariés de droit privé. Cela va porter le nombre de places à 2 400 et de salariés à plus de 1 000. Le financement des frais de séjour est assuré par l'assurance maladie et les conseils départementaux. Ils sont versés à l'EPNAK sous la forme d'une dotation globale. Pour les adultes de plus de 20 ans relevant de l'amendement «CRETON» et en attente d'une place en foyer de vie, il est assuré par le CD de leur «domicile de secours», sous la forme du versement d'un prix de journée. Le budget d'exploitation 2016 de l'EPNAK s'élève à 35 millions d'euros et sera porté à plus de 70 millions avec la reprise. Celui du pôle enfance est de 8 millions d'euros et celui de l'IME que je dirige est de 2.4 millions d'euros. En 2016, l'EPNAK a consacré 700 000€ pour les investissements et le Plan Pluriannuel d'Investissements (PPI) qui cours jusqu'à fin 2016 s'élève à 35 M€, il inclut la reconstruction d'une unité.

Signé avec les ARS et les CD de l'Yonne et l'Essonne, le second CPOM 2012-2017 institue pour toutes les unités le passage d'une « logique de la place à celle de services à la personne », organise le fonctionnement de l'établissement en pôles spécialisés, confiés à 3 DGA, en charge d'un pôle regroupant un ensemble d'unités et services, cf **ANNEXE 5**. Ils disposent ainsi de leviers d'actions plus efficaces pour créer de nouvelles synergies pour accompagner au plus près l'élaboration et la réalisation des projets, diversifier les réponses et prestations, initier des projets de développements. Il avait pour but de traduire en objectifs et actions concrètes les orientations du projet de l'EPN, mais aussi à mettre en œuvre les orientations impulsées par l'Etat en matière de gouvernance et de gestion. Il définit principalement les orientations suivantes : Adaptation de l'offre ; qualité - évaluation - organisation interne, coopération, gestion des ressources humaines, plan directeur des investissements. Il devrait permettre de formaliser, pour les unités qui émergent sur le même budget, le principe de l'agrément globalisé par pôle en lieu et place d'un agrément par unité qui n'a plus de sens aujourd'hui dans notre pratique. Il institue pour toutes les unités le passage d'une «*logique de la place à celle du parcours de la personne*». La question de continuité des parcours des personnes en situation de handicap et l'adaptation de l'offre en lien avec leurs besoins est donc bien une préoccupation de l'EPNAK.

Sa politique est définie par un Conseil d'Administration (CA). Le CA de l'EPNAK, élu pour 3 ans, est composé de 18 Administrateurs conformément au décret 89-359 du 1 juin 1989, modifié par le décret du 18 janvier 2010. Ils sont nommés par arrêté du ministre chargé de l'action sociale. Il est représenté dans différentes commissions (le Comité

d'Ethique, les CVS). Le Directeur Général (DG) assisté du CA, est chargé de la mise en œuvre avec les unités et services de cette politique à qui il rend compte de l'exécution. Le DG assure le management de l'ensemble des pôles, unités et services, avec lesquels il a la double responsabilité : élaborer et mettre en œuvre les orientations stratégiques arrêtées par le CA dans le projet d'établissement voté par ce dernier. Le DG rend compte à la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), il est nommé par arrêté du ministre chargé de l'action sociale après avis du président du CA.

Les directeurs de pôle (DGA) et des unités et services spécialisés sont nommés par le CA sur proposition du DG. Ils sont chargés, sous l'autorité du DG, de l'animation et de la gestion technique de l'unité ou du pôle qui leur est confié.

Une direction générale regroupe l'ensemble des fonctions supports dont le DG assume la responsabilité devant le CA, sur le plan civil et pénal, auprès des autorités élues et administratives, les financeurs, la Cour des Comptes et en tant que responsable des marchés publics.

La Gouvernance, un CA en lien avec un comité de direction (DG/DGA/Directeur des Ressources Humaines (DRH)/ Directeur Administratif et Financier (DAF)), a pour but de fournir l'orientation stratégique, de s'assurer que les objectifs sont atteints, que les risques sont gérés comme il faut et que les ressources sont utilisées dans un esprit responsable. Le comité de direction est chargé, en référence à l'évolution des politiques publiques, des besoins des publics accueillis et des remontées de terrain des directeurs, de définir les orientations stratégiques à décliner sur chaque pôle. La responsabilité de la mise en œuvre opérationnelle sur chaque unité et service revient aux directeurs. Tout nouveau projet qui concerne l'établissement fait l'objet d'une présentation au comité de direction et au CA, voire même lors des séminaires de direction, par exemple j'ai présenté le projet d'équipe mobile lors du séminaire de juillet 2016.

L'EPNAK a fixé un repère clair, éthique et déontologique par cet *«idéal professionnel»* qui s'impose à chaque professionnel <sup>8</sup>: *«Quand nous accueillons une personne en situation de handicap, fragile ou en difficulté d'intégration sociale, elle nous inspire des sentiments, des attitudes humaines et professionnelles intimement mêlés et indissociables : de bienveillance pour le présent, de respect pour ce qu'elle est aujourd'hui et sera un jour, de valorisation et de promotion de sa personne. Parce que nous savons que toute institution*

---

<sup>8</sup> Délibération du CA de l'EPNAK du 16 décembre 2004

*peut parfois se révéler maltraitante, bien traiter et assurer le bien-être de la personne requièrent notre vigilance permanente et notre adhésion résolue»<sup>9</sup>.*

La vision et les valeurs de l'EPNAK sont développées dans le projet d'établissement de l'EPNAK, dont le suivi et les ajustements se font au cours des séminaires de direction qui ont lieu 3 à 4 fois par an. Ils sont animés par le DG et réunissent le Comité de direction DG/DGA/DRH/DAF et les Directeurs.

En plein respect des valeurs issues de notre histoire et attachées à notre statut d'opérateur public : la laïcité, le droit et en complément des valeurs inhérentes à notre mission médico-sociale : le respect, la valorisation, la promotion de la personne en vue de l'exercice de sa pleine citoyenneté, l'EPNAK agit dans le cadre de sa vision avec :

- ✓ Engagement afin de lutter contre l'immobilisme, changer le et de regard, porter et mettre en œuvre les politiques publiques, adapter les compétences et les organisations.
- ✓ Audace pour oser l'expérimentation, l'innovation et la prise de risque maîtrisée dans l'accompagnement.
- ✓ Performance médico-sociale : Ambition dans l'accompagnement, l'épanouissement et le développement de la personne et viser l'excellence et l'efficacité, par la recherche et le questionnement permanent des pratiques et en mesurant nos résultats au regard des coûts engagés.
- ✓ Agilité en passant d'un financement à l'autre pour innover dans la diversification des parcours, être réactif et saisir les opportunités.

Tout cela doit s'inscrire dans une dimension éthique de l'accompagnement.

L'IME d'Auxerre fait partie du pôle enfance Yonne, c'est pourquoi je vais le présenter maintenant, puis je m'attacherai à l'IME et au GCSMS public.

## **2.2 Le pôle enfance Yonne**

En 2009, la structuration du pôle gestion EPNAK Yonne et Essonne est une étape vers la formalisation d'un plan de gouvernance s'appuyant sur des mutualisations de ressources, d'organisation, de budgets polarisés par secteurs d'activités. Le pôle enfance EPNAK Yonne rassemble 7 unités et services de l'Yonne qui accueillent et accompagnent des enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap. Il est composé de l'IME d'Auxerre, de l'IME de Vincelles, de l'IME de St Fargeau, de l'IME des Isles, d'un CME et de deux SESSAD. Chaque unité est confiée à un Directeur, les SESSAD sont rattachés à

---

<sup>9</sup> Philippe DUCALET et Michel LAFORCADE, à l'instar du serment d'Hippocrate, une institution se doit d'abord de ne pas être maltraitante : « primum non nocere » (d'abord ne pas nuire) règle préalable à toutes les autres en matière médicale (p33)

deux IME. Il mutualise un ensemble de moyens budgétaires, de ressources humaines, de logistiques et encourage la transversalité des principes d'interventions et la mobilité des acteurs.

Cette mise au travail sur la nature du lien entre les professionnels ou entre les ressources aide à en comprendre le sens pour passer de la mise en perspective de la notion de dispositif à une mise en scène de la plateforme ressource pôle enfance.

La recherche de l'efficience ne procède pas d'une démarche autocentrée. Le partage de l'expérience, la diffusion d'outils, la construction d'indicateurs qualitatifs, constituent des modalités d'interventions permettant de fédérer intelligences de projets et capitalisation de l'expérience. La connaissance des savoir-faire, postures et pratiques professionnelles, déployés dans les unités et les services, sont le socle d'un savoir-faire ensemble. Le projet d'une unité est analysé et élaboré en interaction avec les ressources apportées par les autres unités du pôle : ressources matérielles, définition des investissements, plan de formation, recrutement/Ressources Humaines/mobilité, brigades professionnelles (ex : entretien/chauffeurs), plan de gestion patrimoniale...

Décloisonner les pratiques professionnelles, favoriser les modes de coopération entre groupes métiers ou groupe d'acteurs des unités, développer des synergies d'accompagnements, permettent de penser et de mettre en œuvre des méthodologies de co-actions autour d'un projet (dispositif hébergements, parcours passerelles inter unités, projets partagés...). La transmission de l'expérience aux nouveaux professionnels constitue la matrice d'un sens partagé du travail social et de l'action collective.

Une réunion mensuelle entre le DGA et les directeurs des unités et services du pôle enfance est organisée afin d'assurer la communication entre les unités et la direction générale.

## **2.3 L'IME d'Auxerre**

### **2.3.1 Historique**

L'IME a ouvert ses portes le 1er Février 1974, suite à l'arrêté du 17 Décembre 1973. En constante évolution, l'unité s'est organisée pendant toutes ces années, pour assurer l'accompagnement d'adolescents et de jeunes adultes présentant une inadaptation ou un handicap consécutif à une déficience intellectuelle légère ou moyenne qui nécessite une éducation spécialisée. En novembre 2001, l'IME d'Auxerre, géré jusqu'alors par l'APAJH Comité de l'Yonne, est confié à l'EPNAK par Arrêté Ministériel. L'année 2008 voit la fin des opérations de reprise entre EPNAK et l'Entraide Solidarité et Handicap 89 (ESH 89), une clarification du patrimoine de l'IME s'opère.

### 2.3.2 Situation géographique

L'IME est située à Auxerre dans l'Yonne. Depuis septembre 2012. Situé au centre du département, l'IME est implanté dans une zone pavillonnaire en périphérie du centre-ville. L'IME d'Auxerre et l'IME des Isles sont établis sur un même site. Les autres unités et services du pôle enfance sont sur des sites différents. Si le cadre champêtre est particulièrement agréable, l'éloignement relatif du centre-ville et le peu de transport en commun dans cette zone, nous contraignent à l'organisation d'une logistique importante et notamment au niveau des transports. L'IME se veut malgré tout ouvert sur l'extérieur. L'organisation des chantiers écoles, journée porte ouverte, prestations extérieures, vente de fleurs ou de meubles, festivals ..., permettent des contacts avec la population.

Deux autres établissements de l'Yonne accueillent le même public, néanmoins ils disposent de place en semi internat et en internat. Ils se trouvent au nord du département ce qui explique que le rayon de recrutement de l'IME est assez large, notamment dans le sud du département et la Puisaye, cf ANNEXE 6. Tous ont des listes d'attente conséquentes.

### 2.3.3 Agrément et le public accueilli

L'IME a un agrément pour accueillir 100 jeunes déficients intellectuels légers ou moyens avec ou sans troubles associés, âgés de 12 à 20 ans en semi internat<sup>10</sup>. Il est ouvert 204 jours par an, du lundi au vendredi de 8h à 16h.

La vocation de l'IME a toujours été et reste l'insertion sociale et professionnelle des jeunes en situation de handicap.

Les jeunes orientés vers l'IME sont reconnus en situation de handicap pour des raisons diverses : déficience intellectuelle, avec ou sans trouble(s) associé(s). Néanmoins, notre dispositif n'est pas en mesure, tant en matériel qu'en compétences humaines, d'accueillir des personnes :

- ✓ Présentant un niveau d'incapacités motrices très élevé (pour des raisons de sécurité) ;
- ✓ Présentant des déficiences sensorielles (visuelles ou auditives) qui nécessiteraient des compétences spécifiques que l'IME ne possède pas ;
- ✓ Dont l'état de santé nécessite une médicalisation importante, des traitements thérapeutiques au coût très élevé dépassant le budget alloué et des dispositions particulières (assistance respiratoire, trachéotomie, dialyse, diabète, toutes pathologies rapidement évolutives, etc...)
- ✓ Présentant d'importants troubles psychiatriques et/ou du comportement non compatibles avec la vie en collectivité, menaçant la sécurité de la personne elle-

---

<sup>10</sup> Arrêté ARS du 20 Septembre 2012

même, des autres jeunes et des personnels, nécessitant une sécurisation particulière de l'environnement, une surveillance et un encadrement permanent.

#### **2.3.4 Son organisation et l'accompagnement proposé**

L'accueil des jeunes s'organise par pôle. Chaque pôle préprofessionnel ou professionnel repose sur des espaces dédiés, situés dans une même « zone » qui permettent une meilleure gestion collective, un meilleur repérage et un meilleur cadrage des éventuels débordements. L'accompagnement des jeunes s'organise sur différents versants (la formation professionnelle, la scolarité, les actions éducatives et d'autonomie sociale, les actions médicales, paramédicales et psychologiques et les actions sociales) en fonction du projet du jeune. Ces actions sont définies avec le jeune et sa famille dans le Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA).

Chaque pôle doit permettre trois temps dans le parcours de chaque jeune :

- ✓ la formation préprofessionnelle : âge de la découverte d'un pôle métier, de l'essai de plusieurs activités professionnelles dans un corps de métiers, âge où chaque jeune bénéficie encore d'un enseignement scolaire en classe permettant des acquisitions générales de bases. C'est l'âge aussi d'expériences éducatives générales permettant de définir les bases d'une future autonomie.
- ✓ la formation professionnelle : cette période est celle du choix, même si rien ne doit être figé, et de la détermination d'un projet d'insertion sociale et professionnelle. C'est un âge où déjà chaque jeune peut vivre cette insertion en étant accompagné. C'est l'étape de la responsabilisation, de l'accompagnement ... Les actions d'accompagnement doivent être de plus en plus subsidiaires.
- ✓ l'insertion sociale et professionnelle : peut commencer pour certains dès 16 ans, mais pour la plupart à 18 ans. Pour favoriser cette action, les jeunes intègrent alors un groupe transversal : les Jeunes en Insertion Sociale et Professionnelle (JISP). Les pratiques d'accompagnement développées sur ce groupe visent à l'insertion sociale et ou professionnelle dans les 2 années qui suivent tant dans le milieu ordinaire que protégé, ce en fonction des capacités du jeune et du projet qu'il souhaite développer.

Aucun pôle n'a la spécificité d'accompagner les jeunes en situation complexe, ils sont inscrits sur les différents pôles en fonction de leur projet et de leurs compétences.

Les prestations fournies se traduisent par des actions et accompagnements pluridisciplinaires visant à améliorer la capacité maximale d'individuation et d'autonomisation de chaque jeune afin qu'il puisse intégrer, selon ses capacités, tous les domaines de la vie ordinaire, qu'ils soient sociaux et/ou professionnels.

Les actions sont personnalisées et s'exercent principalement dans les domaines de :

- ✓ La formation professionnelle adaptée,

- ✓ Les accompagnements éducatifs à visée socialisante, favorisant le développement personnel, de la communication et de l'intégration,
- ✓ L'éducation physique et sportive adaptée,
- ✓ La scolarité spécialisée, soutien aux acquisitions et connaissances,
- ✓ L'accompagnement psychique et de surveillance médicale (générale et psychopathologique).

L'accompagnement proposé doit permettre à chaque jeune accueilli de bénéficier d'un accompagnement qualitatif, résultant du travail cohérent de l'équipe pluridisciplinaire favorisant sa réussite. C'est au travers d'un accompagnement global que l'on peut faire évoluer, dans le temps, le PPA du jeune, suivant les besoins repérés.

A chaque admission, j'élabore un contrat de séjour qui reprend les objectifs arrêtés avec le jeune et sa famille lors du rendez-vous d'admission. Il fait l'objet d'un avenant sous 3 mois suite à l'élaboration du PPA. Les PPA sont co-construits avec le jeune, sa famille, l'équipe pluridisciplinaire et les partenaires éventuels qui interviennent dans la situation du jeune concerné, cf **ANNEXE 7**. Ils font l'objet d'une évaluation une fois par an et d'un avenant au contrat de séjour. Le PPA est une traduction et une mise en œuvre du projet de l'IME, construit sur mesure, en fonction des besoins de chaque jeune accueilli.

Cet accompagnement est efficient lorsque le jeune dispose de temps éducatif, pédagogique, thérapeutique et professionnel. Il est renforcé par un travail interdisciplinaire qui permet de le coordonner.

### **2.3.5 Le personnel**

Aujourd'hui, ce sont plus de 20 métiers ou professions, 57 professionnels quel que soit leur poste ou fonction, qui contribuent et participent à l'accueil et l'accompagnement des jeunes, aux relations avec les familles ou encore au travail en partenariat et réseau. L'organigramme de l'IME au 01/09/2016 est présenté en **ANNEXE 8**. L'équipe est stable et motivée. Les qualifications sont conformes à celles requises pour mettre en œuvre les missions attendues d'un IME. Les fonctions éducatives, pédagogiques et thérapeutiques sont représentées. Le poste de médecin psychiatre est vacant depuis 3 ans, ce qui n'est pas sans mettre en tension les équipes et le partenariat avec la psychiatrie. Un recrutement mutualisé avec d'autres unités (EPNAK et GCSMS) est confié à un cabinet de recrutement. Je propose des formations collectives et individuelles chaque année dans le cadre du plan de formation. La mobilité est possible au sein de l'IME et sur les autres unités et services de l'EPNAK. Le personnel dispose de droits et obligations par l'application de nombreux accords signés par les partenaires sociaux et le DG. Il existe un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) qui veille aux conditions de travail et au respect des mesures d'hygiène. La garantie de traitement est assurée par l'élaboration d'un guide de gestion du temps de travail et de l'application de la

CCN66. Le climat social est bon. Les réunions des Délégués du Personnel (DP) et du Comité d'Entreprise (CE) ont lieu une fois par mois et font l'objet d'un compte rendu consultable en salle du personnel par l'ensemble des salariés dans des classeurs spécifiques.

### **2.3.6 Management et communication**

Mes choix et mes orientations sont fondés sur des valeurs partagées issues de l'acte fondateur, de la règle déontologique approuvée en CA et des avis de son comité d'éthique. J'opte pour un management adapté aux situations rencontrées, tout en favorisant le management participatif et par projet qui permettent l'écoute, l'échange et la négociation.

J'attache une grande importance au travail pluridisciplinaire qui permet de proposer une diversité de regards, d'approches, éléments indispensables à la construction et à la mise en œuvre de l'accompagnement. Les fiches de poste sont réalisées pour chaque professionnel et réactualisées lors des Entretiens Annuels d'Evaluation (EAE), menés tous les deux ans.

Les temps de réunions, véritables espaces de construction, de recherche de sens, de cohérence et de coordination sont de mon ressort et celui des chefs de service quant à leur animation. Ce sont des ressources essentielles à ce travail d'équipe. L'ensemble des supports d'information (comptes rendus de réunions, dossier unique du jeune, projet personnalisé d'accompagnement, etc...) participent à la recherche de continuité et de cohérence dans l'accompagnement mis en œuvre et du parcours du jeune. Enfin, le référent joue un rôle important puisqu'il a pour fonction de piloter, d'animer le passage d'informations concernant les situations qu'il a en responsabilité.

A ma prise de poste, j'ai constitué un comité de direction. Il est composé des 3 chefs de service éducatif et de la coordinatrice pédagogique (+ le médecin psychiatre). Je le réunis, une fois par semaine, pendant 3 heures. Cette réunion fait l'objet d'un compte rendu transmis à l'ensemble des professionnels ainsi qu'au DGA. Il me permet de contrôler la mise en œuvre du projet de l'IME, des projets de service et des PPA des jeunes, de vérifier leur adéquation avec les besoins des usagers et les axes définis par la gouvernance, mais également de recueillir ce qui est repéré par les acteurs de terrain, de rendre compte au DGA, DG, CA et de réajuster les objectifs définis dans la dirigeance que je mets en œuvre. Nous sommes là dans la déclinaison opérationnelle des orientations stratégiques. J'ai également mis en place des réunions institutionnelles tous les deux mois que j'anime avec l'équipe de direction. D'autres espaces de réflexion existent, ils sont présentés en **ANNEXE 9**. Afin de rendre encore plus efficient ce travail en équipe pluridisciplinaire, j'ai mené une réflexion autour de la définition du rôle des professionnels et du référent.

### **2.3.7 La formation professionnelle**

La formation professionnelle tout au long de la vie permet à chaque salarié d'acquérir et d'actualiser ses connaissances et ses compétences au service des personnes accueillies. Elle est au carrefour de plusieurs questions stratégiques pour toute structure. Ces questions concernent en premier lieu son développement, sa politique de ressources humaines, de management. Identifier les besoins de formation revient à mesurer l'écart entre les compétences existantes et celles qui sont indispensables au développement de l'IME. Concevoir une action de formation collective ou individuelle est l'occasion d'accéder à une prestation sur-mesure en adéquation avec les besoins de l'IME. Pour ce faire, après avoir identifié les besoins dans le cadre des EAE, des entretiens professionnels, et lors des comités de direction, je les hiérarchise et les intègre au plan de formation EPNAK, ce en lien avec le DGA et la DRH. Cette proposition est soumise aux délégués du personnel pour avis. Un bilan est présenté aux Instances Représentatives du Personnel (IRP) chaque année.

Les temps de formations permettent aux professionnels de prendre du recul par rapport à leur pratique, de s'appropriier des outils et méthodes qui pourront les aider dans l'élaboration des interventions auprès des jeunes.

Au-delà de la formation continue, l'EPNAK, le pôle enfance et l'IME souhaitent aller plus loin sur la question de la mutualisation des connaissances et des pratiques, le transfert des apports de formation aux professionnels n'ayant pas participé aux actions, c'est pourquoi des journées d'échanges, regards croisés... sont proposés chaque année.

L'IME accueille des stagiaires tout au long de l'année, dans les différents métiers du secteur médico-social.

### **2.3.8 Le projet de l'IME**

**Le projet 2016-2021 de l'IME** a été travaillé avec l'ensemble des professionnels et le CVS sous forme de groupes de travail que j'ai animé avec les chefs de service. Il a été présenté au CVS en octobre 2015 et validé par le CA en novembre 2015.

Le Projet de l'IME est la traduction et la mise en œuvre des orientations des politiques publiques, de la vision du DG/CA, adapté aux besoins des jeunes accueillis. Il facilite l'intégration des salariés, cadre les pratiques des professionnels. C'est pour moi un réel outil de management qui me permet d'accompagner le changement, de positionnement auprès de l'ARS et des partenaires, mais aussi un réel outil de communication.

Les objectifs d'évolution, de progression et de développement retenus sont les suivant :

- ✓ Poursuivre la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance
- ✓ Poursuivre l'ouverture de l'IME sur son environnement

- ✓ Poursuivre la promotion de l'exercice de la citoyenneté des jeunes accueillis
- ✓ Poursuivre le développement du réseau/partenariats
- ✓ Poursuivre le développement de l'inclusion sociale et professionnelle en développant et diversifiant les dispositifs d'hébergement
- ✓ Poursuivre le développement de l'inclusion scolaire dans les dispositifs de droit commun pouvant aller jusqu'à l'externalisation de certaines classes
- ✓ Anticiper l'évolution des publics accueillis et prévenir des ruptures de parcours
- ✓ Mettre en œuvre un réel projet de soin coordonné et partagé : recrutement d'un médecin psychiatre

L'IME est dans une recherche permanente de partenariats et de consolidation de son réseau, que ce soit pour faciliter l'insertion sociale et professionnelle, pour optimiser l'accès à la culture, aux sports, à l'éducation, à la citoyenneté, pour garantir l'accès aux soins ou encore accueillir les jeunes en situation complexe. Un chef de service a une mission spécifique concernant l'accueil des jeunes en situation complexe à l'IME, la coordination et le suivi de leur projet. La problématique traitée ici fait donc bien partie intégrante du projet de l'IME.

### **2.3.9 Partenariat et réseau**

Les professionnels s'inscrivent quotidiennement dans des liens de collaboration et de mutualisation avec des acteurs extérieurs. Le projet de l'IME et les personnels développent une réelle dynamique en la matière. Des conventions d'accueil à temps partagés sont élaborées entre l'IME, les établissements scolaires, les autres ESMS du département..., ce en fonction des PPA des jeunes. D'autres conventions existent avec des centres sportifs, des maisons de retraite, d'autres ESMS, l'épicerie solidaire d'Auxerre, une auto-école, les centres de formation, l'Organisme Central de Technologie, d'Apprentissage, de Promotion et d'Education en faveur des personnes Handicapées (OCTAPEH)... en fonction des projets menés par les professionnels pour répondre aux besoins des jeunes de l'IME. Elles font l'objet d'un bilan annuel réalisé par le chef de service éducatif, le professionnel de l'IME en présence de professionnels de l'établissement cosignataire. Une autre convention est également établie avec la psychologue qui assure l'APP à raison d'une fois par mois et les orthophonistes concernant la rééducation de maximum 10 jeunes de l'IME par an.

J'entends rester vigilant à ce que l'IME s'ouvre sur l'extérieur et ce, selon différentes modalités. Il s'agit en premier lieu de maintenir, développer le lien social et ne pas ainsi s'enfermer au sein de l'institution. L'ouverture sur l'extérieur participe aussi de l'importance qu'il y a à faire reconnaître la différence : apprendre à se connaître, à se

reconnaître, à partager à travers l'autre, avec l'autre, etc... L'EPNAK adhère au Groupe National des Etablissements Publics Sociaux et médico-sociaux (GEPSO) qui réunit des ESMS publics au niveau régional et national. Je participe aux réunions interrégionales, régionales et fais partie de la commission nationale enfance et handicap. Les chefs de service de l'IME pilotent le groupe régional des chefs de service. Il fait partie de 2 GCSMS dont 1 qui regroupe les unités de l'EPNAK et 5 autres établissements publics du département.

## **2.4 Les GCSMS**

Le contexte politique incite fortement à la restructuration du secteur, par le biais de la contractualisation et de la coopération, en privilégiant les CPOM et les GCSMS. Le principe d'une coopération sociale et médico-sociale figurait déjà dans la loi du 30 juin 1975, relative aux institutions sociales et médico-sociales, mais était très peu exploité. La loi du 2 janvier 2002 tente de redynamiser la coopération entre les différents intervenants de l'action sociale et médico-sociale en introduisant le GCSMS à côté des outils de coopération existants (la convention, le Groupement d'Intérêt Economique (GIE), le Groupement d'Intérêt Public (GIP). Le GCSMS s'inspire des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) et son rôle est clarifié par la loi du 11 février 2005. Le 6 février 2006, un décret fixe les modalités de mise en œuvre. Avec le CPOM, le GCSMS est un outil privilégié par la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS) pour restructurer le secteur social et médico-social et vise à la réduction du nombre d'intervenants et de discussions budgétaires qu'elle juge trop élevés. Il offre de nombreuses possibilités. Outre la mutualisation de moyens (locaux, véhicules, personnel,...), la mise en commun de services (juridiques, comptables,...) ou d'équipements (restauration,...), il permet des interventions communes de professionnels ou encore l'exercice direct de missions et prestations habituellement exercées par un établissement ou service du secteur social et médico-social.

Agir pour la coopération médico-sociale et contribuer à l'émergence de projets fondés sur la synergie entre les partenaires font partie des engagements de l'EPNAK. Les deux GCSMS auxquels souscrit l'EPNAK, répondent aux enjeux de développement, de professionnalisation, d'innovation en vue de décloisonner les approches et les pratiques par une pluralité des acteurs et professionnels et ainsi de mieux anticiper les nouveaux besoins du public et de proposer des réponses. Des sujets de coopération concrète constituent une démonstration de modèles participatifs de développement d'outils comme de filière, de valorisation, d'échanges favorisant des mutualisations de compétences, de services et progressivement de stratégies partagées respectueuses des identités de chacun des partenaires.

Je ne vais développer ici que le GCSMS public qui peut être un levier intéressant pour l'accompagnement des personnes en situation complexe et prévenir des ruptures. Il associe depuis 2012 plusieurs établissements publics du département de l'Yonne : l'Etablissement Public Médico-Social (EPMS) du Tonnerrois, le Foyer de Vie Cadet Roussel de la Maison Départementale de Retraite de l'Yonne (MDRY) et l'EPNAK. En 2016, plusieurs autres établissements y ont adhéré : La Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS) de Coulanges sur Yonne, le FDE de l'Yonne, le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) «l'éveil du Scarabée». D'autres établissements ou services ont proposé de rejoindre le GCSMS pour 2017.

Les établissements fondateurs accompagnent des enfants et adultes en situation de handicap (environ 800 places) et emploient environ 400 personnes sur le département de l'Yonne. Les établissements qui l'ont rejoint plus récemment participent à l'accueil et la protection d'enfants relevant de l'ASE (100 places dont 10 pour les mineurs isolés étrangers et 4 en familles d'accueil d'urgence) et à l'hébergement et la prise en charge d'adultes ayant des troubles envahissants du développement (18 places), ils salarient 110 personnes.

Sa philosophie est de créer des synergies, des complémentarités, favoriser l'union des savoir-faire, de proposer diversité et agilité en réponse aux besoins des personnes accueillies. Il a pour objectifs :

- ✓ Anticiper et proposer des dispositifs innovants pour répondre aux besoins et problématiques émergents,
- ✓ Renforcer le lien entre acteurs pour éviter les ruptures de parcours,
- ✓ Favoriser l'évolution des compétences professionnelles par le partage des connaissances,
- ✓ Développer la qualité des services rendus,
- ✓ Devenir un interlocuteur privilégié auprès des autorités de tutelles.

Il a été constitué autour de 4 commissions, cf **ANNEXE 10**, se caractérisant par la mutualisation et l'optimisation des ressources, la construction d'actions de formation, la construction d'outils et de référentiels commun. Chaque commission de travail est portée par un adhérent du GCSMS. Il réunit des professionnels des établissements, organise ses travaux et objectifs en référence aux missions dévolues au GCSMS.

## **2.5 Conclusion partielle**

L'IME d'Auxerre est une unité de l'EPNAK dont le DG est directement rend compte à la DGCS. Ainsi, les directeurs des unités et services de l'EPNAK se doivent de mettre en œuvre les politiques publiques et contribuent à leur évaluation, à leurs évolutions. L'évolution récente des politiques publiques concernant l'accompagnement des personnes en situation complexe, l'adaptation de l'offre aux besoins spécifiques de ces

usagers... entrent dans les missions de l'EPNAK, de l'IME et font partie intégrante du projet de l'EPNAK et de l'IME. Le plateau technique actuel de l'IME, les partenariats établis et le GCSMS Le GCSM public qui regroupe des ESMS du secteur médico-social et de l'ASE propose une offre de prestations assez large mais ne permettent pas un accompagnement satisfaisant des personnes en situation complexe, mais semble être un levier non négligeable.

C'est dans ce contexte que le projet proposé dans la quatrième partie de mon mémoire s'inscrit.

Je vais maintenant m'intéresser aux personnes en situation de handicap et aux personnes en situation complexes et je tenterai de repérer leurs besoins spécifiques.

### **3 Les personnes en situation de handicap et en situation complexe**

Il est très difficile d'avoir des chiffres fiables sur le nombre de personnes handicapées en France d'une part car toutes les personnes en situation de handicap ne sont pas déclarées auprès de l'administration et d'autre part car il existe une grande diversité de handicaps, visibles ou invisibles, temporaires ou définitifs... Selon la CNSA, le handicap reste une notion complexe à définir et il n'existe pas de recensement des personnes en situation de handicap. Seules des données issues d'enquêtes ou de sources administratives permettent d'approcher la population concernée. Le handicap ne donne pas systématiquement lieu à une reconnaissance administrative pouvant ouvrir des droits à des prestations ou à des dispositifs d'accompagnement spécifiques.

#### **3.1 Quelques données chiffrées**

##### **3.1.1 Au niveau national**

En 2015 en France, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) indique 12 millions de personnes touchées par un handicap dont 80% ont un handicap invisible. 1,5 millions sont atteints d'une déficience visuelle et 850 000 ont une mobilité réduite. L'INSEE estime que 13,4% ont une déficience motrice, 11,4% sont atteints d'une déficience sensorielle, 9,8% souffrent d'une déficience organique, 6,6% sont atteints de déficience intellectuelle ou mentale, 3% de la population utilise un fauteuil roulant.

A la rentrée scolaire 2014, 310 853 enfants en situation de handicap étaient scolarisés, 141 565 soit 45% dans le 1er degré, dont 15% en unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS), 97 595 soit 31% dans le second degré, dont 9% en ULIS et 79 217 soit 24% en établissements spécialisés, dont 2% en établissements hospitaliers. 7524 enfants bénéficient d'une scolarité partagée et il y avait 232 485 bénéficiaires de l'AEEH en France au 31 décembre 2014.

Il n'existe, à l'heure actuelle, aucune donnée spécifique sur les personnes dites en situation complexe.

##### **3.1.2 Au niveau départemental**

###### **A) Données générales**

Le département compte un nombre de bénéficiaires de l'AAH et de pension d'invalidité bien supérieur à la moyenne nationale. Pour les autres prestations, le département se situe dans la moyenne nationale, **cf tableau n°2 en ANNEXE 2.**

Dans l'Yonne, le nombre de demandes déposées pour 1000 habitants est très élevé : alors que ce taux varie de 26 à 84 demandes selon les MDPH en 2014, l'Yonne se situe au 2ème rang national avec 82 demandes juste derrière le département de l'Aisne. Cette situation peut notamment s'expliquer par la persistance d'un contexte économique très défavorable qui incite les usagers adultes à solliciter les dispositifs du champ du handicap d'une part et d'autre part par les demandes plus fréquentes de renouvellement de l'AAH suite à la réforme de la durée d'attribution de cette prestation (décret n°2011-974 du 16 août 2011).

Pour répondre au mieux aux besoins des élèves en situation de handicap, la Direction Académique des Services de l'Éducation Nationale (DASEN) a augmenté, depuis 2008, les capacités d'accueil des dispositifs d'inclusion scolaire : CLIS (+ 1 classe), ULIS (+ 3 classes) et ULIS Professionnelle (création de 3 classes). Ce renforcement a permis de satisfaire un nombre d'élèves en situation de handicap scolarisés plus important avec une progression d'élèves scolarisés : (+ 25 % en CLIS, + 94 % en ULIS). Sur les 1036 élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire, 634 élèves sont scolarisés hors dispositifs d'inclusion scolaire, soit 61,20 % et 402 élèves sont scolarisés dans des dispositifs d'inclusion scolaire, soit 38,80 %. Le nombre d'enfants handicapés scolarisés dans le 1<sup>er</sup> degré est de 650, soit 2 % de la population scolaire totale du 1<sup>er</sup> degré, dans le 2<sup>nd</sup> degré il est de 386, soit 1,57 % de la population scolaire totale du 2<sup>nd</sup> degré. La progression totale du nombre d'élèves handicapés scolarisés en milieu ordinaire (1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> degré) sur les six dernières années est de 46 %. 793 sont enfants admis en ESMS au 21 octobre 2014 dont 520 en IME.

Néanmoins, selon l'INSEE en 2013, 91.5% des 2-17 ans sont scolarisés et 34.7% des 18-24 ans. L'Union Régionale des Associations Familiales (URAF) de Bourgogne indique que 10% des parents de l'Yonne se sentent en difficulté et isolés dans l'éducation de leur enfant, ils passent à 15% lorsqu'ils sont parents d'adolescents. Pour 45% des parents, la démarche de demande d'aide auprès d'un intervenant extérieur, autre que la famille ou des amis proches, reste difficile. Seuls 20% des parents connaissent les structures de soutien à la parentalité et seulement 6% y participent régulièrement.

Ceci me laisse à penser que certains enfants en situation de handicap relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) sont déscolarisés, leurs parents se sentent en difficultés, voire isolés, mais qu'il reste compliqué pour eux de faire appel à un service de soutien à la parentalité. Le recours à un proche (famille, un ami) semble plus simple, ce qui va dans le sens de la commande publique de développer l'aide par les pairs. Un groupe de parole ouvert aux familles et leurs proches pourrait probablement répondre en partie à cette problématique, de plus un relais de communication sur les services d'aide à la parentalité doit être proposé.

## B) Absence de données sur les jeunes en situation complexe

Ne trouvant aucune donnée spécifique concernant les jeunes en situation complexe accompagnés sur la région et le département, il m'a semblé incontournable d'échanger avec la Directrice de l'autonomie à l'ARS Bourgogne Franche-Comté (ARS BFC), la Directrice enfance et famille du CD de l'Yonne et le Directeur de la MDPH de l'Yonne. Ces rencontres ont pour objectifs de leur présenter la problématique que je traite dans mon mémoire, de recueillir des données statistiques sur les personnes en situation complexe et les besoins qu'ils ont identifié, de connaître leurs orientations concernant cette population et de leur présenter le plan d'action que je compte déployer pour y répondre.

Lors du rendez-vous que j'ai obtenu auprès de la directrice de l'autonomie à l'ARS BFC et des échanges par mails et courrier (cf ANNEXE 11) qui ont suivi, elle a pu me préciser que l'ARS n'avait pas en sa possession de données spécifiques concernant les jeunes en situation complexe, relevant de l'ASE et du médico-social. Néanmoins, ses services ont eu à leur connaissance plus de 70 «situations critiques» de personnes de moins de 25 ans relevant du médico-social sur la région Bourgogne et 15 en moyenne par département pour l'année 2014-2015. L'ARS entend par «situation critique» : *«Complexité de la prise en charge qui renvoie à la notion de technicité des soins, d'interventions très spécifiques, concertées et coordonnées et qui génère des retours à domicile, des exclusions d'établissements et des refus d'admission pouvant aller jusqu'à la remise en cause de l'intégrité, de la sécurité de la personne»*.

Ces informations se recoupent avec celles recueillies auprès de la MDPH et du CD de l'Yonne qui n'ont pas de données spécifiques concernant la population que j'ai ciblée (enfants, adolescents, jeunes adultes relevant du médico-social et de l'ASE).

Le département de l'Yonne est donc bien concerné, reste à établir ce qu'il en est pour l'IME d'Auxerre, à identifier leurs parcours et les besoins spécifiques de cette population.

### **3.2 Le public accueilli à l'IME d'Auxerre**

Les jeunes orientés vers l'IME par la MDPH sont reconnus en situation de handicap pour des raisons diverses : déficience intellectuelle, avec ou sans trouble(s) associé(s). L'agrément décrit de façon très large les indications d'accueil et ne précise pas ce que sont les troubles associés. Sur les 5 dernières années, l'accueil des jeunes qui présentent une grande fragilité personnelle, d'importantes difficultés sociales et des carences dans leurs repères éducatifs, représentent en moyenne 20% de l'effectif. Cela nécessite un partenariat avec d'autres services (ASE, service AEMO, etc...) pour la mise en œuvre et le suivi de leur PPA. Ils ne sont pas sans mettre en difficulté les équipes. A la rentrée de septembre 2015, ils sont 116 jeunes : 51 filles et 65 garçons, âgés de 12 à 20 ans dont 6 sont accueillis à temps partiel ou partagé.

### 3.2.1 Quelques données chiffrées

Les données qui suivent sont issues de l'enquête Etablissements Sociaux 2015 et des rapports d'activité de l'IME.

- A) Répartition des jeunes accueillis à l'IME d'Auxerre au 31/12/2015 en fonction de leurs pathologies

**Le graphique n°1 en ANNEXE 12**, montre que 52% des jeunes accueillis à l'IME n'ont aucune pathologie, 4% ont des Troubles Envahissants du Développement (TED), 14% souffrent de psychose, 6% de pathologies génétiques dont les trisomies et autres anomalies chromosomiques, 5% de traumatisme crânien et lésion cérébrale acquise.

- B) Répartition des jeunes accueillis à l'IME au 31/12/2015 en fonction de la déficience principale et associée

**Le graphique n°2 en ANNEXE 12**, précise que 62% des jeunes accueillis à l'IME souffrent de troubles du psychisme dont 23% avec des Troubles de la Conduite et du Comportement (TCC) et 18% avec des troubles psychiatriques graves. 95% des jeunes ont une déficience intellectuelle (32% Déficience Intellectuelle Légère (DIL), 60% Déficience Intellectuelle Moyenne (DIM), 3% Déficience Intellectuelle Sévère (DIS)).

- C) Répartition des jeunes accueillis au 31/08 sur les trois dernières années en fonction de leur lieu d'hébergement et des mesures éducatives

**D'après le graphique n°3 en ANNEXE 12**, je peux noter que sur les 3 dernières années scolaires, le pourcentage de jeunes qui sont hébergés dans leur famille naturelle diminue, en effet il passe de 88% en 2014 pour atteindre 83.7% en 2016. Par conséquent, les mesures de placement sont en augmentation, elles passent de 11.9% en 2014 à 16.4% en 2016. Pour autant, les mesures ASE : placement en foyer ou famille d'accueil et aides éducatives, sont relativement stables (27.5% en 2014, 27.8% en 2016). Ce qui s'explique par la baisse des mesures d'aides éducatives, en effet les aides éducatives judiciaires passent de 11% en 2014 à 8.6% en 2016 et celles administratives de 4,6% en 2014 à 2.9%. Le pourcentage de jeunes accompagnés à l'IME relevant de l'ASE est relativement proche de celui constaté au niveau national par la commission enfance en situation de handicap du GEPSO (25%) estimé dans le cadre de son enquête auprès de ses adhérents et des informations recueillies auprès du CD qui l'estime à un peu plus de 25%.

### 3.2.2 Identifier les dynamiques de parcours des jeunes

- A) La provenance des jeunes accueillis à l'IME d'Auxerre

- a) *La provenance des jeunes accueillis*

Sur les 10 dernières années, l'IME admet en moyenne 24 jeunes tous les ans. Ils proviennent pour 62% d'établissements médico-sociaux, pour 31% de dispositifs de l'Education Nationale, 2% d'établissements ou services de soins et 5% étaient déscolarisés.

*b) Les sorties possibles*

Les insertions en milieu ordinaire sont de plus en plus rares. Elles s'inscrivent dans des parcours de formation qualifiante (ULIS Professionnelle, contrat d'apprentissage) ou par des contrats aidés. Les jeunes, orientés vers les ULIS Professionnelles, les Maisons Familiales et Rurales (MFR) et les Centres Interprofessionnels de Formations d'Apprentis (CIFA) ou Centres de Formations d'Apprentis (CFA), s'inscrivent sur une formation adaptée avec un soutien dans les apprentissages scolaires. Chaque année, des jeunes s'orientent vers des contrats d'apprentissage dans différents secteurs d'activités. Le partenariat avec les CFA et MFR, permet de développer des actions en amont de la sortie du jeune avec l'objectif d'évaluer ses capacités à s'inscrire et à s'intégrer dans les dispositifs d'apprentissage du droit commun, de sensibiliser les centres de formation à l'accueil de notre public et de proposer des contrats d'apprentissage adaptés et ainsi de limiter les risques de rupture de parcours. Au-delà de l'adaptation qui concerne essentiellement la durée du contrat (3 ans au lieu de 2), ces projets nécessitent un accompagnement régulier, un étayage sur le plan social, un suivi auprès de l'entreprise et du centre de formation, une aide aux devoirs, un accompagnement thérapeutique ainsi que des réponses aux autres besoins exprimés par les jeunes, leurs familles, les entreprises ou les centres de formation. Sur les dernières années, pour les jeunes sortis en contrat d'apprentissage adapté, tous ont sollicité l'accompagnement d'un SESSAD. Le changement de statut des jeunes, partant d'un milieu protégé tel que l'IME pour entrer dans le monde du travail, nécessite un accompagnement soutenu afin de les étayer le plus efficacement possible et ne pas les laisser se faire submerger par les difficultés.

Les orientations en milieu protégé augmentent et se diversifient vers des Foyers de Vie et les structures de soins. Les orientations en ESAT sont croissantes, elles aboutissent, en général, sur des admissions à la sortie, ou dans les mois qui suivent la sortie de l'IME. Le manque de places vacantes commence à «se faire sentir» et les critères d'admission évoluent et ne correspondent pas toujours aux profils des jeunes en situation complexe.

**Orientations à la sortie de l'IME sur les 10 dernières années :**

Milieu Ordinaire	ESAT	Foyers de Vie ou Structures de soins	Sans solution
21%	44%	20%	15%

Il y a, en moyenne, 24 jeunes qui sortent chaque année, 64% des sorties se font avec une orientation en milieu protégé, 21% avec une orientation en milieu ordinaire, 15% ont interrompu leur accompagnement sans avoir élaboré un projet de sortie soit 3 ou 4 jeunes chaque année.

Nous avons vu qu'une majorité des jeunes accueillis ont une problématique sociale importante, presque 28% relèvent de l'ASE et certains développent des troubles (psychiatriques, TCC, psychiques). Seraient-ils les jeunes qui connaissent des ruptures de parcours multiples que nous désignons en «situation complexe» ou «situation critique» ?

### **3.3 Qui sont ces jeunes qui connaissent des ruptures de parcours et se retrouvent sans solutions ?**

Différents termes «Incasables», «personne en situation critique», «personne en situation complexe» sont utilisés dans le langage commun pour définir les personnes «à la frontière des différents secteurs», «que personne ne veut plus»... Caractériseraient-ils le même type de population ?

#### **3.3.1 Parcours à ruptures multiples et «Incasables», «Personnes en situation complexe», «Cas lourds», «Cas limites», etc... : de qui parle-t-on ?**

A) Des termes différents seraient-ils utilisés pour qualifier des personnes avec des profils sensiblement identiques ?

a) *«Incasables»*

Le terme d'«incassables», apparaît à la fin du 20<sup>ème</sup> siècle. Je n'ai trouvé aucune définition précise ou admise par la communauté scientifique. Il est utilisé par les professionnels de terrain pour désigner des situations de personnes en danger qui posent problème aux institutions sanitaires, sociales, médico-sociale qui aboutissent, de manière récurrente, à des ruptures multiples dans les accueils, les accompagnements, les soins et ou les dispositifs mis en place pour répondre aux difficultés ou aux dangers rencontrés par ceux-ci.

Selon Desquesnes et Proia-Lelouey (2012), le mot «incassables» serait né dans les années 80 à la croisée des champs de la délinquance, de l'éducation spécialisée et du soin médico-psychologique, sa généalogie reste toutefois difficile à déterminer.

Jacques Bourquin dans le hors-série d'histoire de l'enfance «irrégulière» indique que ces usagers ont toujours existé mais que le vocable utilisé a évolué au fil du temps. En effet, durant les années 50, les rapports annuels de la direction de l'éducation surveillée parlent de «cas résiduels», ceux qui ne s'adaptent pas aux institutions publiques d'éducation

surveillée, aux internats de rééducation. Puis on parlera «d'inéducables», sorte d'héritiers des «inamendables», de «délinquants vrais», mais aussi de «faux délinquants», de «multirécidivistes», de «psychopathes» pour arriver dans les années 1980, aux «cas lourds», «cas limites», «noyau dur» et finalement aboutir à «l'incasable», qu'il définit comme celui dont personne ne veut...

D'après l'étude «Les mineurs dits «incasables» », une analyse des facteurs de risques et vulnérabilité des adolescents, à travers leurs parcours de vie et les prises en charges institutionnelles », menée par Laurence Libeau Mousset et Anne Winter pour l'ONED, la définition du terme «incasable» diffère selon les acteurs concernés.

En effet, par exemple, pour l'Education Nationale, l'«incasable» renvoie à celui qui décroche, qui met en échec l'institution aussi bien que les professionnels, ces derniers ne parvenant pas toujours à trouver de solution efficace et présente l'«incasable» comme celui qui dérange, irrite, suscite l'inconfort. En protection de l'enfance, il s'agit davantage d'un mineur difficile ou en difficulté. L'accent est porté sur la personne même du mineur, plus que sur son statut et son environnement social. Il s'agit de jeunes ayant une histoire marquée par le manque de repères et de perception des risques.

Il existe des facteurs de risque similaires chez les uns et les autres, qu'il s'agisse du contexte familial, social, scolaire, du mode de vie...

Les jeunes dits «incasables» sont une «population à la limite des institutions», pour Jean Yves Barreyre dans son rapport publié par l'ONED en août 2008 : «Une souffrance maltraitée : Parcours et situations de vie des jeunes dits «incasables»». Il caractérise des personnes qui ont des besoins spécifiques, relevant en général de plusieurs modes de prise en charge (sanitaire, sociale, médico-sociale, judiciaire) qui ont mis à l'épreuve, voire en échec, des équipes professionnelles successives dont le cadre de travail ne convenait pas à leur problématique situationnelle.

Il précise que pour décrire ce qui rend la situation d'un jeune difficile et incasable lors de l'étude qu'il a menée sur le territoire du Val d'Oise et du Val de Marne, les professionnels ont mis en avant les critères suivants :

- ✓ Les placements multiples, répétés et marqués par l'échec, ainsi que sur la solution institutionnelle inadaptée ou inopérante (et donc adoptée par défaut).
- ✓ Les «fugues»
- ✓ Les «comportements violents»
- ✓ Les troubles psychiatriques,
- ✓ Les hospitalisations en pédopsychiatrie ou psychiatrie
- ✓ Les troubles du comportement

Et suite à son étude sur 80 parcours de jeunes relevant de l'ASE, il met en exergue les 10 critères ci-dessous comme pouvant être à l'origine de rupture :

- ✓ Les comportements agressifs, les crises clastiques et les troubles du comportement : mentionnés à l'origine des ruptures de prise en charge. Il s'agit des comportements adoptés au sein des structures de prise en charge qui entraînent une exclusion.
- ✓ Les fugues souvent à répétition
- ✓ Les violences ou les menaces sur une personne connue (autres personnes accueillies, professionnels)
- ✓ Les délits, les vols, les coups et blessures sur une personne non connue, les destructions et dégradations
- ✓ Les violences contre soi (les automutilations, les comportements alimentaires problématiques, les addictions et la prostitution)
- ✓ Les manifestations en lien avec un problème de santé ou un handicap (les troubles psychiques, les troubles de la personnalité, l'épilepsie)
- ✓ La mise en danger de soi et des autres
- ✓ Les comportements sexués (les propos et les insultes à connotation sexuelle, les attouchements sur autrui, la masturbation compulsive)
- ✓ La décompensation, l'isolement, le repli sur soi,
- ✓ Les tentatives de suicide.

Pour la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), dans leur étude confiée à ASDO études en 2016, les jeunes qualifiés «d'incasables» sont des personnes rencontrant des difficultés multiples et dont l'accompagnement s'avère très chronophage. La DGCS précise dans son enquête que les personnes doivent répondre à tous les critères suivants pour être qualifiées de «jeune en situation d'incapacité» :

- ✓ De façon répétée et durable, des professionnels et des institutions démunis, des projets d'accompagnement mis en échec, qui se traduisent par des difficultés à contenir ces jeunes, à leur apporter la stabilité qui leur serait nécessaire et l'accompagnement éducatif et les soins qui puissent les faire progresser.
- ✓ Des comportements répétés et durables sur des modes opposants et violents (contre leur environnement ou contre eux-mêmes). Ces comportements sont généralement associés à des troubles de la personnalité traduisant des situations « limites » et/ou des troubles de l'attachement, et parfois à des pathologies mentales constituées et sévères, de type trouble global du développement.
- ✓ Des problématiques qui relèvent de plusieurs champs de prise en charge et d'accompagnement (parmi les suivants : l'aide sociale à l'enfance, la protection judiciaire de la jeunesse, la psychiatrie, le handicap, la lutte contre le décrochage scolaire, ...).

Lorsque j'ai répondu à cette enquête en Mars 2016, la situation de 9 jeunes accueillis à l'IME pouvait être qualifiée «en incasabilité» et tous faisaient partie de l'échantillon étudié dans la partie 3.1.3, mais seuls 5 jeunes étaient déscolarisés lorsqu'ils ont été accueillis à l'IME. En effet, pour 4 d'entre eux les ruptures s'opèrent au niveau de l'ASE et ne sont pas sans mettre à mal l'accompagnement proposé à l'IME. 4 ont connu des ruptures au niveau de l'ASE et du médico-social. Tous avaient des comportements répétés et durables sur des modes opposants et violents. Tous relevaient d'au moins 2 champs de prise en charge et 89% d'au moins 3 (2 psychiatrie/Médico-Social (MS), 1 PJJ/ASE/MS, 5 MS/psychiatrie/ASE et 1 MS/psychiatrie/ASE/PJJ).

b) « Cas lourds » et « Cas limites »

Dans la littérature médico-psychologique, les termes de «cas lourds», «cas limites», «adolescents difficiles» sont préférés pour qualifier les personnes axées sur leurs agirs violents, la peur et l'inquiétude qu'ils suscitent dans les institutions.

«Cas lourds» est utilisé par le psychiatre Didier-Jacques Duché qui les définit ainsi : *«Ils circulent d'une institution à l'autre, épuisent les ressources, insécurisant les équipes jusqu'à l'abandon.»*

Le psychologue Jean-Michel Labadie parle lui de « cas limites » pour qualifier des jeunes à la fois «insupportables» qui font craquer les institutions et affolent les équipes, ils seraient « ingérables » par leur accès de violence et « innommables ». Il souligne ainsi l'absence de concepts pour les qualifier : *«Avec les cas limites s'ouvre une véritable dé-théorisation, le vertige d'un « dé-fonctionnement » de la pensée (...). Devant un cas limite, l'éducatif se trouve à une place redoutable au niveau épistémologique. Il cherche des mots, il réclame des concepts, des modèles (...). Dès que la frontière est menacée, les mots se désertifient, les concepts s'absentent, les concepts deviennent les concepts d'ailleurs.»*

D'autres auteurs du champ médico-psychologique préfèrent évoquer des «adolescents difficiles». Le psychiatre Michel Botbol les définit comme : *«des adolescents dont les troubles s'expriment surtout par les difficultés qu'ils font éprouver aux autres (...) la répétition des troubles du comportement de ces adolescents, aussi bien que leurs réactions aux réponses qui leur sont données, laissent fréquemment désarmées les institutions qui en ont la charge.»*

Ici encore ce qui permet de caractériser ces usagers est le «syndrome institutionnel», qu'ils engendrent.

c) « En situation complexe », « situation critique »

Le Conseil Départemental de Savoie a mis en place une commission afin d'étudier les situations dites complexes. Selon eux, les situations «complexes» sont à la frontière des champs de compétences des uns et des autres avec :

- ✓ une tendance au morcellement des prises en charge et accompagnement proposés aux enfants présentant des problématiques complexes,
- ✓ une insuffisante anticipation des situations de crise,
- ✓ un manque d'espaces de rencontres et d'échanges autour de ces situations individuelles « complexes », soulevant des difficultés de prise en charge,
- ✓ des orientations MDPH difficiles à mettre en œuvre qui touchent plus particulièrement les situations complexes par un manque de places.

Ils soulignent la nécessité de développer les liens entre le secteur social, le secteur sanitaire (CHSP, ...) et les établissements médico-sociaux (ITEP, IME, IMPRO...) et de permettre plus de souplesse dans les accompagnements, au-delà des logiques institutionnelles.

La mise en place de la commission départementale traduit la volonté des partenaires de sortir du système de la « patate chaude », des pratiques d'exclusion et de renforcer les articulations, la coopération, de construire des réponses pluri-partenariales pour passer d'une logique institutionnelle à une logique de parcours en évitant les ruptures de la prise en charge et sortir de la problématique de l'urgence afin de transformer, si possible, les situations complexes en situations gérables.

Ils s'appuient sur deux définitions pour cibler leur public, celle de :

- ✓ L'ONED qui précise qu'il s'agit *« d'un public de jeunes en grande souffrance, ayant fréquemment subi des événements traumatiques graves, pouvant retourner la violence contre eux-mêmes, jusqu'à se mettre en danger, et parfois contre leur entourage ou contre les professionnels qui peuvent, inconsciemment réactiver cette souffrance »*.
- ✓ Et de la circulaire du 22 novembre 2013, relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes, qui définit les situations « critiques » par des situations :
  - dont la complexité de la prise en charge génère, pour les personnes concernées des ruptures de parcours : des retours en famille non souhaités et non préparés, des exclusions d'établissement, des refus d'admission en établissement,
  - et dans lesquelles l'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en cause.

Ils ont précisé les 8 critères suivants permettant de caractériser comme « complexe » la situation d'une personne :

- ✓ Les violences répétées du jeune contre lui-même,
- ✓ Les fugues à répétition,
- ✓ Le repli sur soi, la grande passivité,

- ✓ Les violences répétées contre l'environnement,
- ✓ La multiplicité des lieux d'accueils, ruptures successives,
- ✓ Le fait qu'elle soit à la lisière de la rupture,
- ✓ La multiplicité des intervenants relevant de plusieurs champs de compétences (éducatifs, soins...),
- ✓ L'impossibilité à mettre en œuvre le projet éducatif...

Finalement, la multiplication des termes utilisés pour qualifier les personnes «incasables», «cas limites», «cas lourds», «cas complexes», etc..., traduit à la fois l'embarras des intervenants confrontés à ces personnes, mais aussi la difficulté qu'il y a à les catégoriser du fait des allers et retours entre les différents secteurs (ASE, Sanitaire, Médico-social). Ils deviennent, d'une certaine façon, «innommables» tant ils génèrent perplexité, épuisement des équipes et rejet des institutions et services.

Pour le GCSMS et l'IME, nous avons retenu le terme de personnes en situation complexe.

### 3.3.2 L'étude de Jean-Yves Barreyre<sup>11</sup> et Patricia Fiacre<sup>12</sup>.

Leur recherche porte sur 2 départements : le Val d'Oise et le Val de Marne. Ils se sont appuyés sur 87 situations de personnes de 9 à 20 ans, accueillis à l'ASE (42 du Val-d'Oise et 45 du Val-de-Marne).

#### A) Caractéristiques de la population étudiée :

40% sont des filles. 60% ont entre 15 et 17ans. Leurs parcours sont caractérisés par la gravité et la quantité de drames vécus. Beaucoup ont été rejetés par leurs parents, qui sont sortis de leur vie au cours de circonstances particulières (abandon à l'hôpital, au retour d'une colonie de vacances). Un grand nombre a vécu le décès d'un proche dans des circonstances parfois violentes : 21% sont orphelins (11,6% de père, 6,9% de mère et 2,5% des deux parents). Les violences conjugales font partie du contexte de vie de ces jeunes. 18,4% ont été victimes de violences sexuelles avérées (auteurs condamnés) et pour 9,2% les professionnels en suspectaient, 17,2% présentaient des traces de coups. Dans 15% la maladie psychique d'un des parents a été évoquée. 7% des situations faisaient état d'une arrivée en France dans des conditions difficiles avec des jeunes qui se trouvent exclus des institutions et en grande difficulté à l'adolescence. Dans 4,6% des situations, la confiscation de la place des parents par des membres de la famille a été caractérisée. **59% vivent dans un lieu institutionnel** (famille d'accueil, hospitalisés en

<sup>11</sup> Sociologue, Directeur du Centre d'Etudes, de Documentation, d'Information et d'Action Sociales (CEDIAS), Délégation ANCREAI Ile-de-France.

<sup>12</sup> Chargée de mission au CEDIAS, Délégation ANCREAI Ile-de-France.

psychiatrie depuis longtemps, foyer, structures médico-sociales, PJJ ou structures non habilitées par l'ASE). 41% vivent hors des lieux institutionnels (retournés dans leur famille faute d'autres lieux d'accueil, les institutions ayant admis qu'elles ne pouvaient plus travailler avec eux ou dont le mode d'hébergement est inconnu du référent ASE (fugue, errance) ou en logement autonome par exemple en chambre d'hôtel. **60% ont connu au moins une période de déscolarisation** dans leur parcours et **50% sont orientés en établissement médico-social (ITEP, IME...)** dont **64,4% ont une orientation effective**. **65 % sont suivis en psychiatrie** (43,5% bénéficient d'un traitement, 65% ont été au moins hospitalisés une fois en psychiatrie dont 29% pendant plus d'un an).

B) Les critères « d'incapacité » mis en avant par cette étude sont :

- ✓ Le comportement du jeune : tendance à mettre « à feu et à sang » l'institution, fugueur, tentative de suicide. Il s'agit de comportements que les professionnels ont du mal à comprendre et face auxquels ils ont encore plus de mal à réagir.
- ✓ Le manque de réponse adaptée : il n'existe pas de réponse pour ces jeunes permettant de prendre en charge leurs besoins scolaires, éducatifs, soins...
- ✓ La présence d'une problématique de santé, notamment psychiatrique.
- ✓ La complexité de la situation familiale citée comme un critère plus marginal.
- ✓ La victimisation.
- ✓ La violence
- ✓ L'addiction

M. Barreyre a pu identifier suite à son étude les critères «incapacité» et les caractéristiques de cette population, présentés ci-dessus. Quels sont ceux que je peux considérer au sein de l'IME et du GCSMS ? Pour cela, je me suis intéressé, dans un premier temps, aux jeunes qui arrivent à l'IME après avoir été déscolarisés et à ceux qui sortent sans solution, soit 4 à 6 jeunes par an, puis j'ai complété mon étude avec des usagers accueillis dans les établissements et services du GCSMS qui connaissent ou ont connu plusieurs ruptures au cours de leur parcours de vie. Pour cela, je suis parti de vignettes cliniques élaborées à partir d'une grille de recueil afin de mieux appréhender leur parcours et tenter d'identifier les points de rupture, leurs causes et d'établir leur profil...

### **3.3.3 A l'IME d'Auxerre, au sein du GCSMS, sur le département de l'Yonne et la région Bourgogne Franche-Comté**

A) Méthodologie utilisée : le recueil rétrospectif des éléments biographiques

Ce recueil vise à une meilleure compréhension des événements vécus et tentera de mettre en exergue les ruptures et continuités dans le parcours des jeunes concernés. Il va

me permettre également de retracer une histographie des interventions sociales et médico-sociales. J'ai mené ce recueil auprès des professionnels de l'IME et des établissements composant le GCSM Public. Pour cela, je me suis appuyé sur une grille existante et validée qui a permis d'observer les parcours des jeunes accueillis par les services de la PJJ. Cette grille a été élaborée dans le cadre d'une recherche menée par Makdessi, O'Déyé et Mogoutov pour la Direction de la PJJ du ministère de la Justice entre 2000 et 2002. Elle a été reprise par M. Barreyre dans le cadre de sa recherche, mentionnée en 3.1.2.

#### B) La grille de recueil biographique utilisée

Elle permet le recueil chronologique de tout type d'événement qui a pu marquer les parcours des jeunes concernés en prenant en compte l'environnement familial et social, les événements judiciaires, l'état de santé du jeune, etc..., et de décrire à chaque fois la situation précise du jeune. Elle est composée de 2 volets. Elles ont été transmises à l'ensemble des directeurs des établissements du GCSM et aux professionnels concernés, afin de préparer la réunion de travail qui nous a permis de les synthétiser et de tenter d'établir le profil des personnes concernées, les points de rupture, les causes ... Chaque établissement, unité ou service devait renseigner 2 grilles soit un échantillon de 26 personnes. Afin de limiter le cadre de ce recueil, j'ai fait le choix de poser un critère d'âge et de le limiter à la population des 3 à 25 ans tout en ayant conscience que des ruptures peuvent avoir également lieu tout au long du parcours de vie des personnes. Pour l'échantillon spécifique à l'IME, nous avons sélectionné 15 personnes, considérées comme en «situation complexe» par les équipes, accompagnées à la date du recueil ou ayant été accompagnées à l'IME au cours des 3 années qui le précède.

##### a) *Le premier volet*

J'ai voulu ici dater le plus précisément possible les événements en précisant les périodes quand elles sont connues et reconstituer les parcours des jeunes en m'appuyant sur ce repérage chronologique. Il reprend les grands thèmes qui suivent : le mode d'hébergement, la famille et l'entourage proche (composition, changements), la scolarisation et/ou l'activité de jour, l'état de santé et les soins (psychiatrique, somatique, etc.), les interventions sociales et judiciaires (investigations, décisions judiciaires, actions éducatives, etc...) et les autres informations à signaler, cf ANNEXE 13.

#### **Synthèse des éléments recueillis à l'IME :**

**Le tableau n°1 en ANNEXE 14**, reprend les éléments essentiels qui caractérisent l'échantillon. L'échantillon étudié concerne 15 personnes, âgées de 14 ans à 21 ans. Il est mixte, les garçons sont 2 fois plus représentés que les filles (5 filles et 10 garçons). La moyenne d'âge de l'échantillon est de 16 ans et 6 mois (17 ans et 4 mois pour les filles et

15 ans et 11 mois pour les garçons), 2 sont majeurs. 1 personne ne bénéficie pas d'accompagnement médico-social et seules 3 personnes ne bénéficient pas d'accompagnement ASE (1 majeur, 2 mineurs), pour un des mineurs son père a fait une demande d'aide éducative auprès du conseil départemental, pour l'autre la mesure ASE a pris fin avec le placement en foyer PJJ. 3 sont hébergés en famille et 1 bénéficie d'une AEMO, 4 en famille d'accueil, 1 en FJT avec suivi PJJ et ASE, 1 en foyer PJJ, 1 en centre maternel, 3 en MECS dont 1 avec un suivi PJJ et 2 en FDE. Tous ont eu un accompagnement ASE au cours de leur parcours de vie. 80% bénéficient d'un suivi psychiatrique (CASA, psychiatre libéral, CMP...)

### **Synthèse des éléments recueillis auprès des établissements, unités et services composant le GCSM handicap :**

**Le tableau n°2 en ANNEXE 14**, synthétise les éléments essentiels qui caractérisent l'échantillon. Sur les 14 unités et services qui composent le GCSM, j'ai obtenu la contribution de 12 d'entre eux, seul le directeur de la MAS n'a pas pu contribuer au recueil de données en raison d'un arrêt de travail long.

L'échantillon étudié concerne 26 personnes de 6 à 25 ans, accompagnées à la date du recueil ou ayant été accompagnées en ESMS au cours de l'année qui le précède. Cette échantillon est mixte néanmoins les personnes de sexe féminin sont moins représentées (10 filles et 16 garçons). La moyenne d'âge de l'échantillon est de 15 ans et 4 mois (15 ans et 8 mois pour les filles et 15 ans et 1 mois pour les garçons). 8 sont majeurs et 1 d'entre eux est maintenu par amendement Creton en établissement « enfant », l'autre est au domicile de ses parents suite à plusieurs refus de ses parents d'une orientation en établissement spécialisé adulte avec internat. 5 ont moins de 13 ans et 13 ont entre 13 ans et 16 ans. 2 ne bénéficient pas d'accompagnement médico-social, un garçon de 16 ans et une fille de 6 ans, ils relèvent de l'ASE et sont hébergés pour le 1<sup>er</sup> en MECS et pour la 2<sup>ème</sup> au FDE. Tous ont eu un accompagnement ASE au cours de leur parcours de vie. 7 ne bénéficient pas d'accompagnement de l'ASE au moment du recueil, ils sont tous majeurs. Un jeune majeur, salarié en ESAT bénéficie d'un accompagnement ASE, il est hébergé en MECS dans l'attente d'une place en foyer d'hébergement. Tous les mineurs ont un accompagnement ASE.

#### *b) Le second volet*

Il propose des questions ouvertes qui visent à compléter les informations factuelles recueillies dans le volet 1. Il vient approfondir qualitativement chacun des thèmes afin de tenter d'expliquer l'enchaînement des événements, de mieux saisir les pratiques professionnelles, mais aussi les projets ou décisions non réalisés (que la grille biographique ne saisit pas a priori puisqu'ils n'ont pas été effectifs...).

Cet approfondissement devrait permettre de repérer les accompagnements multiples, les problèmes de déscolarisation, ou l'adaptation à l'école, l'entourage familial et le travail fait avec les familles, la nécessité des soins de santé et leur mise en place, ainsi que leur articulation avec les autres suivis, les frontières entre les différents secteurs. Elle est présentée en **ANNEXE 15**.

### **Synthèse et analyse du recueil de données**

Sur les 41 situations étudiées, je peux constater pour la majorité d'entre elles, des événements traumatiques dans leur parcours de vie, ce dès la petite enfance, qui se caractérisent par des abus sexuels ou suspicion d'abus, le rejet d'un ou des parents, des liens distendus voire interrompus avec la famille, le décès ou suicide d'un proche, des violences physiques (conjugales ou subies par l'usager lui-même), des troubles psychiatriques familiaux, alcoolisme.

29% des personnes sont hébergées en famille d'accueil (FA), 29% en foyer ASE (5 en FDE et 7 en MECS), un est hébergé en Foyer des Jeunes Travailleurs (FJT) avec un suivi éducatif de travailleurs sociaux du CD et de la PJJ, suite à plusieurs ruptures en famille d'accueil, foyers pour violences, 1 en foyer PJJ, 1 en centre maternel, 22% dans leur famille naturelle dont 4 sans suivi ASE à ce jour et 12% en foyer pour adultes. Un des jeunes est hébergé dans sa famille suite à la mise en échec de son placement en foyer (ses nombreuses fugues ont conduit à la main levée du placement et à un retour au domicile de son père avec un suivi en milieu ouvert, ce malgré les grosses difficultés de ce dernier). A la majorité, seuls 2 jeunes ont pu bénéficier d'un contrat jeune majeur ASE, les professionnels notent que très peu de contrat jeune majeur sont proposés à cette population. Comme j'ai pu le préciser en amont, tous les usagers de l'échantillon ont eu un parcours ASE et 99% ont été placés au moins une fois et 55% au moins 5 fois. La première mesure est dans 30% des cas une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP). Les premiers signalements sont généralement faits par les services de PMI ou l'EN. Les objets principaux des premiers signalements sont : traces de maltraitance physique, nombreuses absences scolaires injustifiées et négligences des parents. Je n'ai pas la possibilité de faire le lien entre l'âge du premier placement ASE et les ruptures de parcours car cela varie entre 15 jours et 17 ans. Néanmoins, je peux noter que pour 55% l'intervention a lieu avant l'âge de 12 ans et que pour 30% avant leurs 3 ans. J'ai pu également mettre en avant que suite à un accueil assez long en famille d'accueil (plusieurs années), une rupture a lieu entre 12 et 16 ans suite à des comportements inadaptés (violence, sexualité, fugue / errance, petite délinquance), s'en suit plusieurs accueils de courtes durées dans différents dispositifs (FDE / MECS / Lieux de Vie / FA ...) ou des accueils de plusieurs années en FDE. Pour certains, il y a une alternance assez régulière entre mesure de placement et aide éducative à domicile. Je peux donc noter des

échecs de lieux d'hébergement multiples, ce qui me pousse à penser que le dispositif proposé ne répond pas ou n'a pas répondu aux besoins des usagers de l'échantillon.

Leur parcours scolaire, qu'il soit ordinaire ou spécialisé, est ponctué par de nombreuses ruptures qui conduisent souvent à des temps de déscolarisation.

2 jeunes adultes ne bénéficient plus actuellement d'accompagnement médico-social et sont au domicile de leurs parents (un suite à une rupture après admission en ESAT, un suite à plusieurs refus de ses parents d'une orientation en établissement spécialisé adulte avec internat).

85,5% bénéficient d'un suivi du secteur sanitaire (pédopsychiatrie, psychiatrie) et la majorité bénéficie de traitements médicamenteux qui ne sont pas toujours observés, 26% ont vécu au moins une hospitalisation en psychiatrie.

Les agressions physiques sur les autres usagers ou sur les professionnels, les agressions sexuelles, les délits (vols, dégradations), les « crises » de violence, l'exacerbation des troubles psychiatriques et les fugues apparaissent être à l'origine des ruptures (scolaire, médico-sociale, ASE). La récurrence des comportements et manifestations inadaptés des usagers seraient alors un des critères qui favoriserait les ruptures de parcours.

Je peux noter également un lien étroit entre rupture de scolarité et rupture ASE et vice versa, ainsi qu'entre le manque de coordination des différents acteurs de la prise en charge et les ruptures. Cela a été déjà relevé à plusieurs reprises et notamment par les Défenseurs des droits des Enfants. Jacques Toubon et Geneviève Avenard y consacrent un chapitre intitulé « Entre pluralité des acteurs et insuffisance des coopérations : des enfants morcelés », dans leur rapport de 2015 et Claire BRISSET, l'avait déjà souligné dans son rapport annuel de 2004 : *« à défaut d'organisation concertée, chaque acteur semble trop souvent fonctionner dans une logique propre. Cela risque d'aboutir à des dysfonctionnements et à des prises en charge inadaptées : des difficultés graves pour les établissements accueillant des mineurs ayant des troubles du comportement s'ils ne travaillent pas de façon concertée avec la pédopsychiatrie ; (...) l'impossibilité de trouver des prises en charge adaptées pour certains enfants dont les difficultés relèvent de la compétence de plusieurs institutions ».*

Suite à cette analyse, l'addition des facteurs suivants : les traumatismes vécus, les comportements sociaux inadaptés, les difficultés au sein du système familial, le manque de coordination des acteurs de la prise en charge favoriseraient les ruptures.

Dans son étude conduite en juillet 2008 pour l'ONED, Jean-Yves Barreyre écrit que : *« La grande complexité de l'incasabilité réside dans le fait qu'il s'agit d'un cumul de réalités complexes qui s'interpénètrent : la complexité du travail institutionnel, de la coordination des différents acteurs, la complexité de la situation familiale, de l'histoire du jeune, des drames et traumatismes qu'il a vécus, la complexité de la situation présente, des*

*comportements réactionnels et des pratiques d'échappement. C'est l'interaction entre l'histoire du jeune et de sa famille, les institutions et leur organisation, et les manifestations du présent (le jeu des acteurs dans la situation actuelle), qui construit l'incapacité.».*

Nous venons de voir que les personnes en situation complexe ont des parcours de vie parsemés d'événement traumatiques, ponctués de ruptures multiples (fugues, déscolarisation, exclusions, rupture familiale ...) qui sont généralement provoquées suite à des violences (agression, abus sexuels, « crises », délits...) ou l'exacerbation de leurs troubles. Ils relèvent généralement de plusieurs secteurs (ASE, PJJ, MS, psychiatrie).

Les politiques publiques actuelles prennent-elles en compte ce public et que proposent-elles ?

### **3.4 « Une réponse accompagnée pour tous »**

«Une réponse accompagnée pour tous» est le nom du dispositif destiné à mettre en œuvre des solutions d'accompagnement pour les usagers en situation de handicap, afin d'éviter toute rupture dans leur parcours. Il s'appuie sur le rapport Piveteau commandé par le Gouvernement en décembre 2013, et sur la mission confiée à Marie-Sophie Desaulle. Cette mission a fait l'objet d'une feuille de route présentée lors de la Conférence Nationale du Handicap (CNH) de décembre 2014.

#### **3.4.1 Les moyens mis en œuvre et les orientations politiques**

A) Le rapport «Zéro sans solution», Juin 2014

«Zéro sans solution» est le titre du rapport remis par Denis Piveteau, conseiller d'état, à Marisol Touraine et Segolène Neuville. Ce rapport est issu d'une large concertation et a recueilli une forte adhésion des parties prenantes. Il propose que tous les acteurs (MDPH, ARS, rectorats, conseils départementaux, gestionnaires d'établissements) s'organisent et se coordonnent pour construire avec les personnes ou leurs familles des réponses à leurs besoins. Il met en exergue des axes permettant de construire des solutions d'accompagnement et d'accueil en établissements et services de toutes personnes en situation de handicap et entérine le « *devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et leurs proches* ».

B) La mission «Une réponse accompagnée pour tous»

«Zéro sans solution», utilisé jusqu'alors, devait sans doute sembler un peu trop négatif, c'est donc sous la nouvelle appellation de «réponse accompagnée pour tous» que Segolène Neuville met en œuvre le futur dispositif destiné à éviter qu'un enfant ou un adulte handicapé se retrouve sans solution d'accueil à un moment de son parcours. Alors

que le problème du manque de places en établissement demeure source d'inquiétude et de difficulté au quotidien pour les personnes et en situation complexe et leur famille, le département se donne le devoir de mettre en œuvre tout ce qui est en son pouvoir pour répondre autant que possible à leurs besoins. En concertation avec les autres acteurs du handicap (MDPH, CNSA...), il construira avec chaque personne handicapée concernée, un plan d'accompagnement global (PAG) individualisé.

#### C) Le relevé de conclusion de la CNH de décembre 2014

Depuis le vote de la loi du 11 février 2005, le gouvernement a mis en place une CNH, organisée tous les trois ans afin de débattre des orientations et des moyens de la politique concernant les personnes en situation de handicap.

Trois objectifs principaux qui ont été retenus lors de cette conférence de décembre 2014 :

- ✓ Construire une société plus ouverte aux personnes en situation de handicap,
- ✓ Concevoir des réponses et des prises en charge adaptées à la situation de chacun,
- ✓ Simplifier leur vie quotidienne.

Chacun de ces objectifs correspond à des engagements précis des pouvoirs publics, de court terme et sur la durée, rappelés dans le relevé de conclusions. Pour le second objectif, une partie est consacrée à la mise en œuvre du rapport Piveteau : *« Plus personne « sans solution » : la mise en œuvre du rapport Piveteau »*<sup>13</sup>.

#### D) La feuille de route de Marie Sophie Desaulle

Marie Sophie Desaulle a présenté sa feuille de route à la CNH 2014. Elle comporte 4 axes de travail :

- ✓ Axe 1 : Mise en place d'un dispositif d'orientation permanent
- ✓ Axe 2 : Déploiement d'une réponse territorialisée accompagnée pour tous
- ✓ Axe 3 : Soutien par les pairs
- ✓ Axe 4 : Accompagnement au changement des pratiques

Une structure projet resserrée s'appuiera sur les lieux de concertation existants, sur des réformes clés engagées, et sur des liaisons régulières avec les administrations concernées, avec les associations représentatives des personnes handicapées et les fédérations gestionnaires des établissements.

L'enjeu est une évolution profonde des pratiques professionnelles de tous les acteurs (MDPH, ARS, rectorats, CD, gestionnaires d'établissements) pour que la coordination entre eux soit plus étroite, que l'information soit mieux partagée, que les décisions

---

<sup>13</sup> Relevé de conclusion de la CNH 2014, II Des parcours et des soins adaptés, Plus personne « sans solution » : la mise en œuvre du rapport Piveteau, page 4.

d'orientation soient mieux suivies et régulièrement réévaluées, et que, dans les situations complexes, diverses solutions puissent être tentées.

Pour ancrer ces évolutions, une contractualisation entre les acteurs, l'adaptation des systèmes d'information et un important programme de formation sont nécessaires. C'est à ces conditions que l'orientation des personnes handicapées répondra mieux à l'évolution de leurs besoins et que l'offre de services pourra elle aussi se transformer en conséquence.

Le déploiement des différentes mesures nécessaires ont commencé en 2015 avec les territoires volontaires, en vue d'une généralisation en 2017-2018. Des procédures de suivi précises au niveau national et au niveau local sont prévues. La situation des enfants et des jeunes entrant dans l'âge adulte font l'objet d'une attention prioritaire.

E) La Journée de lancement «Une réponse accompagnée pour tous»

Mardi 10 novembre 2015, Ségolène NEUVILLE a réuni lors de la journée de lancement «Une réponse accompagnée pour tous», les 23 départements pionniers qui se sont engagés pour déployer le projet. Le département de l'Yonne en fait partie.

Cette journée a permis aux pilotes des quatre axes de travail, retenus par Mme Desaulle, de présenter leur méthode autour de tables rondes. La CNSA qui a contribué à l'organisation de cette journée est chargée d'une fonction d'appui et de capitalisation auprès des sites pionniers. L'axe 1 est piloté par la CNSA, l'axe 2 par le Secrétariat Général des Ministères Chargés des Affaires Sociales (SGMCAS), l'axe 3 par le Secrétariat Général du Comité Interministériel du Handicap (SG CIH) et l'axe 4 par la DGCS.

La feuille de route «Une réponse accompagnée pour tous» semble être un programme de réforme de grande ampleur des pratiques professionnelles, du fonctionnement de nos institutions, de plaider pour que la coopération et la confiance soient plus importantes sur le cloisonnement ou le conflit.

Pour moi, il s'agit en effet d'une nécessité car nous avons en tant qu'ESMS, le devoir collectif de garantir l'inclusion, la participation sociale et les droits des personnes en situation de handicap. Le GCSMS, l'EPNAK et l'IME que je dirige s'y engagent de par leur statut d'établissement public, leurs missions, leurs valeurs, la vision de la gouvernance...

### **3.4.2 Au niveau de la région Bourgogne – Franche Comté et du département de l'Yonne**

Suite aux recommandations émises par Denis Piveteau, Marisol Touraine, Ségolène Neuville et le président de l'association des départements de France, Dominique Bussereau, ont lancé un appel à candidatures conjoint afin de développer de nouvelles organisations et mettre en place la démarche de «réponse accompagnée pour tous» sur les territoires volontaires. 23 départements ont répondu favorablement dont la Côte-d'Or,

la Saône-et-Loire et l'Yonne. Le projet «une réponse accompagnée pour tous» va être déployé dans 23 territoires dits «pionniers».

L'ARS BFC a établi une feuille de route qui précise les 6 actions majeures :

- ✓ Pour pouvoir mettre en place les premières mesures concernant une meilleure connaissance de l'offre et des besoins afin d'adapter le système de prise en charge, 2 actions : un diagnostic de l'accès aux soins des personnes handicapées et la création d'un système d'information partagé régional voir interrégional (VIA TRAJECTOIRE médico-social)
- ✓ L'ARS, avec l'accord des 4 MDPH, impulse une démarche régionale afin de fluidifier le parcours des personnes handicapées en mettant en œuvre l'orientation vers des dispositifs.
- ✓ L'ARS mène également une démarche de généralisation de contractualisation, permettant d'améliorer la qualité de prise en charge des personnes handicapées accueillies et souhaite développer la formation professionnelle et l'analyse des pratiques.
- ✓ Enfin deux grandes actions sont menées et déclinées par territoire, en lien avec les professionnels des structures, les services académiques, les conseils départementaux et MDPH, les professionnels du secteur sanitaire sur la déclinaison des réponses territoriales : l'accueil non programmé et l'appui inter-institutions (élaborer des procédures de coordination).

L'idée est de pouvoir mettre en place au sein de chaque département bourguignon, des groupes de travail «Zéro sans solution» coanimés par l'ARS/CD/Services Académiques, chargés de faire des propositions et d'élaborer un plan d'actions local, partagé et coordonné tenant compte des spécificités et des besoins de chaque territoire de santé.

Suite à mes candidatures auprès de l'ARS BFC et de la MDPH de l'Yonne, la directrice de l'autonomie à l'ARS BFC m'a sollicité pour participer aux commissions régionales, cf ANNEXE 11.

### **3.5 Une problématique partagée et soutenue**

Les discontinuités de parcours des jeunes relevant de plusieurs secteurs, peuvent parfois aller jusqu'à une rupture totale d'accompagnement, qualifiée par M. Barreyre, sociologue, de désaffiliation «*dans la nature ou sans domicile fixe*»<sup>14</sup>. La terminologie, apparue au 20<sup>ème</sup> siècle, de jeunes qualifiés encore ces dernières années par les professionnels «d'incassables» a évolué. Suite à trois études, portées par l'ONED en 2006, on parle dorénavant de «jeunes en situation complexe», ou «jeunes en difficultés multiples». Les

---

<sup>14</sup> Intervention du 12/10/2012, journée «Incassable, Inclassable, Incassable ?», Artigues (Gironde).

situations de ces jeunes sont au centre des politiques publiques qui rappellent le devoir de notre société d'assurer un parcours sans rupture à l'égard des personnes en situation de handicap.

A ce jour, les réponses proposées par les ESMS restent ancrées dans des logiques organisationnelles, financières, administratives trop imperméables et cloisonnées. La mission Vachey et Jeannet<sup>15</sup> jugeait utile de mettre en œuvre, au niveau régional, un plan d'adaptation de l'offre qui prévoit une articulation des réponses sanitaire, sociale et médico-sociale. Les chercheurs des différentes équipes, ayant répondu à l'appel d'offre de l'ONED, soulignent des réponses institutionnelles inadaptées et la spécialisation des services qui les amène à se déclarer rapidement incompetents. Les difficultés du jeune précisément multiples, semblent ne pouvoir se résumer à l'espace d'intervention d'un seul service ou établissement, d'un seul secteur. Chaque secteur (social, médico-social, sanitaire ...) est organisé, structuré au sein de champs d'intervention qui permet de proposer des prestations de qualité et adaptées aux besoins aux personnes relevant d'un de ces secteurs. Or, ces trois secteurs restent très perméables et il n'est pas rare qu'à l'IME que je dirige, j'admette des jeunes «à la frontière» des trois.

Ces personnes en situation complexe ont autant besoin d'un accompagnement médico-social (prestations éducatives qui visent à développer leur personnalité, leur communication, leur socialisation, leur autonomie..., d'une scolarisation adaptée pour l'acquisition des connaissances et l'accès à un niveau culturel optimal, de prises en charge paramédicales, psychologiques, de rééducation...), que d'une prise en charge sanitaire (soin, suivi psychiatrique, hospitalisation...) et peuvent parfois avoir besoin de protection, d'un accueil et d'un hébergement..., assurés par les services de l'ASE. Ils ont également besoin d'accompagnements collectifs, mais aussi de temps en individuel pour favoriser leur bien-être, leur intégration dans les différents domaines de la vie, de la formation générale et professionnelle.

Or aucun service, établissement seul, n'est en mesure de répondre à l'ensemble de ces besoins et de mener de front la totalité des prestations qui lui sont nécessaires. Les moyens attribués aux établissements et services concernés sont en adéquation avec leur mission mais ne suffisent pas pour accompagner ces personnes avec des difficultés hétérogènes et des besoins multiples.

Des accompagnements multi-structures sont recherchés et engagés pour ne pas laisser la personne sans solution, mais nous constatons néanmoins que dans certains cas les ruptures ponctuent encore leur parcours de vie ; ruptures qui vont à l'encontre de leurs

---

<sup>15</sup> VACHEY Laurent, JEANNET Agnès, VARNIER Frédéric, AUBURTIN Anne, Etablissements et services pour les personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement, IGAS, octobre 2012.

besoins de stabilité et de protection, rappelés dans la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant et qui semblent faire écho à de nombreuses ruptures familiales que la majorité de ces jeunes ont déjà supportées. Ces ruptures sont générées par la juxtaposition des secteurs, leurs approches «compartimentées» et leur manque de coordination. Les différents rapports (Piveteau, Défenseur des Droits) le rappellent et ce depuis plus de 15 ans et cela malgré la loi HPST promulguée en 2009 qui devait favoriser le décloisonnement, et la loi 2002-2 qui encourage les coopérations...

Je cite pour exemple le rapport Naves – Cathala , élaboré en 2000 et qui précisait page 30 : *«... au sein même de ces différentes institutions (psychiatrie, PJJ, Inspection académique, ASE, ...) les articulation sont parfois défailantes, la coordination entre elles est souvent insuffisante.»* et de poursuivre page 31, en expliquant que *«l'absence de cadre clair, au contenu partagé par tous, portant sur les rôles respectifs de chacun, est de nature à fonder un état d'esprit qui facilite le développement de malentendus, de ressentiments et, ce qui est plus grave, est génératrice d'inefficacité.»*. Plus généralement, les rapporteurs mettent en avant la tendance des différents services ou établissements à se renvoyer la responsabilité des dysfonctionnements, du manque de coordination et des ruptures alors que la loi 2005-102, crée un programme spécifique préconisant la continuité dans la prise en charge, l'extension des soins ambulatoires, la mise en place de maisons relais, d'équipes mobiles.

Le travail en collaboration entre les différents acteurs reste, à ce jour, très limité et ce, malgré les différentes préconisations. Ces personnes au parcours chaotique se voient alors victimes de succession de placements, de suivis, d'orientations... qui conduisent à des ruptures multiples.

L'accueil des jeunes à situation complexe concerne donc directement les jeunes et les professionnels de l'IME, de l'EPNAK, du GCSMS. Cela est également du ressort du secteur de la protection de l'enfance, du sanitaire, du département de l'Yonne, de la région et plus largement du territoire national. L'évolution des personnes en situation complexe s'accompagne, entre autre, d'une augmentation du niveau de coordination de leur projet.

L'agrément de l'IME concerne les jeunes déficients intellectuels légers ou moyens, avec ou sans troubles associés. Les jeunes en situation complexe entre dans notre agrément, néanmoins l'organisation actuelle et les dispositifs proposés, en lien avec le plateau technique disponible (crédits accordés par l'ARS), nous permettent de proposer des accompagnements personnalisés dans des groupes de 8 à 10 jeunes. Ceci présuppose que les jeunes orientés et admis à l'IME puissent le supporter.

Ne pas prendre en compte ces évolutions, c'est limiter le type de population que nous pouvons accueillir à l'IME, risquer de ne pas répondre aux besoins des personnes du

territoire et ne pas répondre à la vision de la gouvernance et aux missions confiées à l'établissement (EPN).

Au sein de l'IME c'est aussi prendre un risque pour les jeunes accueillis, d'un accompagnement mal adapté qui serait source potentielle de maltraitance. Pour les salariés, les risques psychosociaux liés au sentiment d'impuissance et d'épuisement professionnel seraient exacerbés.

Mon engagement est donc de proposer de nouveaux dispositifs adaptés aux jeunes orientés à l'IME d'Auxerre, dans les établissements du GCSMS, tout en garantissant la sécurité et la qualité du service rendu. Il s'agit d'initier un dispositif innovant pour l'accueil et l'accompagnement des personnes à situation complexe en s'appuyant sur les atouts de l'IME, le partenariat, le GCSMS et les directives nationales et départementales.

Cela me pousse à me demander :

**Dans un contexte de tension budgétaire et de concurrence, comment en tant que directeur d'un IME, inscrit dans un GCSMS, je peux proposer de nouveaux dispositifs qui permettent d'envisager des « passerelles » entre le secteur médico-social, sanitaire et social pour impulser un travail de coopération visant à apporter des réponses coordonnées aux « jeunes en situation complexe » pour prévenir les ruptures, mieux coordonner les actions de chacun, promouvoir une prise en compte globale et mieux répondre à leurs besoins spécifiques tout en garantissant la sécurité et la qualité du service rendu.**

### **3.6 Conclusion partielle**

Comme je pense l'avoir démontré, la conjoncture autour de cette problématique est dynamique, les différents rapports et journées d'étude le prouvent. Les usagers et leur famille en ont besoin pour soulager leur quotidien et dans leur développement, leur parcours de vie... La commande institutionnelle la préconise comme en témoigne la feuille de route de Mme Dessaulle. Les usagers, leur famille, les professionnels de l'IME et du GCSMS, les partenaires, la sollicitent et semblent vouloir l'investir. Les autorités y réfléchissent : l'accueil spécifique et l'accompagnement diversifié pour les usagers en situation complexe sont attendus aussi parce qu'ils sont indispensables pour éviter les ruptures multiples et compléter le service rendu aux usagers accueillis sur le département de l'Yonne et plus largement sur le territoire français. Le bon niveau d'équipement du département de l'Yonne ne suffit pas pour répondre aux besoins des personnes en situation complexe. Les constats de dispositifs juxtaposés et cloisonnés des différents secteurs sont évidents. La vision pluridisciplinaire mono établissement doit alors évoluer vers un accompagnement global, coordonné et multisectoriel.

D'un point de vue général et juridique, nous sentons bien que l'accompagnement à proposer s'entend avec des solutions d'accueil spécifique et d'accompagnements

diversifiés et un travail plus coordonné entre les différents secteurs. La commande institutionnelle, que ce soit les textes juridiques, les différents rapports, le schéma régional, le schéma départemental..., le rappelle.

Laetitia Chartier préconise<sup>16</sup> pour l'accompagnement de ces usagers en institution, la nécessité de lieux qui seraient à la fois «contenant, soignant et non répressif», sans négliger la souffrance des professionnels qui les accueillent et les accompagnent. Ces personnes à la frontière des différents secteurs ne doivent pas être perçues comme dans un entre-deux, ne relevant ni du médico-social, ni de la psychiatrie, ni de l'ASE, mais doivent être accueillies par les institutions éducatives qui, avec l'aide de l'institution psychiatrique, doivent devenir «institution soignante» en offrant à ces jeunes un cadre souple mais solide à ces jeunes. Selon Paul Claude Racamier<sup>17</sup>, les équipes peuvent offrir ce cadre soignant que si elles sont elles-mêmes encadrées et soutenues. En ce sens, Denis Piveteau et le Défenseur des droits préconisent la création d'équipe mobile.

Des réponses doivent être apportées à court terme et un projet proposé à court, moyen et long terme. C'est dans cette dynamique que je propose le plan d'action décliné en 4<sup>ème</sup> partie et le projet d'équipe mobile mixte ASE/MS.

---

<sup>16</sup> Laetitia Chartier, « Les effets iatrogènes des institutions sont-ils incontournables ? », Les incasables : alibi ou défi ?, Edition le journal des psychologues, 1989, p. 42.

<sup>17</sup> Paul-Claude Racamier, L'esprit des soins, Éditions du Collège de psychanalyse Groupale et Familiale, Paris, 2001.

## **4 Impulser un décloisonnement pour garantir la cohérence et la continuité des parcours des jeunes en situation complexe relevant de l'ASE et du médico-social.**

Afin de répondre de la manière la plus adaptée aux besoins identifiés et de proposer une réponse en adéquation, j'ai dressé un diagnostic qui s'appuie sur les observations faites de la situation, il me permet de dégager l'analyse Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces (FFOM) qui suit.

### **4.1 Diagnostic de la situation**

J'ai élaboré un diagnostic externe qui reprend les menaces et les opportunités, puis un interne qui met en exergue les faiblesses et les forces.

#### **4.1.1 Diagnostic externe**

##### **A) Les menaces**

L'absence de financements pérennes de l'ARS fragilise et met en tension les dispositifs existants et ne me permet pas de m'engager sereinement dans la mise en œuvre de nouveaux dispositifs innovants à moyens constants.

Les associations nationales très présentes, tant au niveau régional que départemental, cherchent à se développer et mènent une politique assez agressive. Ce sont des concurrents potentiels lors des appels à projets.

##### **B) Les opportunités**

L'engagement du gouvernement dans des réformes de fond de notre système médico-social telles que la réforme de la tarification, la généralisation des CPOM, le financement des ESAT dans l'ONDAM médico-social, les mesures de simplification, les systèmes d'information des MDPH, l'accessibilité... sont autant d'opportunités que je dois saisir pour la mise en œuvre du projet que je souhaite développer. En effet, il ne s'agit de réformes simplement administratives et financières, elles se complètent, et sont au service des personnes accompagnées.

##### **a) *La réforme de la tarification***

La réforme de la tarification avec le projet SERFIN-PH, répond à un manque historique dans notre pays. En effet, les prestations délivrées par les ESMS ne sont pas forcément en lien avec les besoins spécifiques des personnes accompagnées ce qui a un impact sur la répartition des financements. Elle devrait permettre de les répartir de façon plus équitable en fonction du public accompagné et des territoires. Elle s'inscrit donc au service d'une meilleure réponse aux besoins des personnes et va de concert avec

l'évolution des systèmes d'information notamment du côté des MDPH. **Elle devrait permettre d'obtenir des crédits pour développer le projet d'équipe mobile mixte.**

b) *Les CPOM*

La généralisation des CPOM et le passage en dotation globale pour l'ensemble des ESMS devraient apporter de la souplesse dans l'accueil et l'accompagnement quotidien des usagers. Ils doivent nous permettre d'innover et de proposer des plateformes de services qui contribuent à une plus grande inclusion des personnes. Ici, nous devrions donc mieux répondre et accompagner les personnes en situation complexe et les coopérations territoriales devraient s'en trouver valorisées. **L'accompagnement multi institutionnel devrait s'en trouver facilité.**

c) *Les articles 89 et 91 de la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*

Il s'agit d'une évolution importante et d'un réel levier. Ils consacrent l'une des mesures importantes du rapport «Zéro sans solution» : le dispositif d'orientation permanent. Il instaure le principe du tour de table, de la concertation autour de la MDPH positionnée comme «rassembleur» des solutions de proximité. La participation à cette concertation de la personne en situation de handicap ou de son représentant légal est exigée et non négociable, de plus son accord exprès est requis pour que toute proposition puisse être transmise à la CDPAH. L'article 89 propose le plan d'accompagnement global (PAG), l'article 90 permet de proposer des réponses « sur mesure » nécessitant des dérogations administratives ou financières prises par les autorités compétentes (ARS, Conseils départementaux, assurance maladie...). Ici les plates-formes de services, les équipes mobiles s'appuyant sur des ESMS devraient permettre de proposer des solutions d'accompagnement adaptées aux personnes en situation complexe. Elle pose également l'obligation pour les ESMS de motiver tout refus d'admission et de transmettre des informations sur leur fonctionnement et leur activité aux MDPH. Cette loi signifie clairement l'engagement dans une « politique de la solution partagée » et coconstruite avec les personnes. Pour cela, les MDPH sont les pivots de l'action.

**Les réponses apportées aux personnes en situation complexe devraient être plus adaptées, mieux coordonnées et les ESMS moins isolés et la création d'équipes mobiles est envisagée.**

d) *Le discours de clôture de Ségolène Neuville lors de la journée de lancement «une réponse accompagnée pour tous»*

**Il laisse à penser que des crédits nouveaux devraient être déployés pour financer des projets innovants répondant à l'accompagnement des personnes en situation complexe et éviter les départs des personnes en situation complexe vers la**

**Belgique, le projet d'équipe mobile mixte me semble être innovant et répond aux différents critères énoncés.**

e) *Le rapport « Handicap et Protection de l'Enfance : des droits pour des enfants invisibles »*

Dans son rapport, publié en 2015, le Défenseur des droits recommande, entre autre :

- ✓ *«D'inciter à la création de structures ou dispositifs expérimentaux croisant les interventions médico-sociales, sociales et sanitaires, en permettant la fongibilité des enveloppes au plan local pour éviter le morcèlement et les ruptures de parcours.*
- ✓ *D'accompagner la création de places en établissements spécialisés.*
- ✓ *De développer des équipes mobiles, sanitaires et médico-sociales, en appui des structures et des familles d'accueil de l'ASE.*
- ✓ *De mettre en cohérence les évolutions de l'offre de service relevant tant des Départements que des ARS afin d'éviter des ruptures préjudiciables à l'intérêt des enfants.*
- ✓ *Conformément à sa décision MDE-2015-103 du 24 avril 2015, portant recommandations générales concernant le projet pour l'enfant, de généraliser le PPE dans l'ensemble des départements en tant qu'outil de référence pour l'ensemble des professionnels qui devrait permettre d'unifier et clarifier les prises en charge multiples (notamment lorsque sont établis les PPS et les contrats d'accueil en établissement).*
- ✓ *D'impulser l'animation de réseaux de formations et de stages croisés entre les différents acteurs (ASE, MS, Justice...).*»

**Le projet d'équipe mobile mixte vient en appui des familles, des familles d'accueil, des ESMS, propose une structuration et coordination des projets des personnes en situation complexe, doit impulser l'animation du réseau et le travail en partenariat. Je propose également des formations croisées (ASE/MS) dans le cadre du GCSMS. Le projet proposé s'inscrit donc dans les préconisations retenues.**

Des opportunités sont donc à attendre de la réforme de la tarification, de la mise en œuvre du rapport Piveteau et de l'engagement de l'ARS BFC, du département de l'Yonne avec le soutien de la MDPH, dans l'expérimentation de ce rapport dès 2016. Les besoins locaux de renforcement de l'offre pour les personnes en situation complexe, la mise en œuvre de dispositifs innovants pour éviter les ruptures de parcours, attendus dans les schémas départementaux (Protection de l'Enfance et Handicap) confirment les tendances nationales, auxquels s'ajoutent les listes d'attente conséquentes des ESMS du département qui pourraient favoriser un appel à projet spécifique. Les bonnes relations

avec l'ARS, le CD, la MDPH ainsi que l'inscription de l'EPNAK, de l'IME dans des groupements nationaux, régionaux (GEPISO) et départementaux (GCSM) devraient être étayantes et porteuses. Enfin la convergence tarifaire et la négociation des prochains CPOM peuvent être pour les ESMS du GCSMS, de l'EPNAK Yonne et pour l'IME, un levier, car même si ils se situent dans un secteur en tension budgétaire, leur coût à la place est très inférieur à la moyenne départementale, régionale et nationale. Ceci est indiqué dans le rapport d'évaluation externe de l'IME par exemple.

#### **4.1.2 Diagnostic interne**

##### **A) Les faiblesses**

L'IME, les établissements du GCSMS reçoivent de plus en plus de jeunes en situation complexes. Les personnels sont en difficulté avec ces jeunes. L'absence de Psychiatre ne facilite pas leur prise en compte globale et le travail avec les services de la psychiatrie. Ils se situent dans un secteur en tension budgétaire, le coût à la place est très inférieur à la moyenne départementale, régionale et nationale. Il n'existe pas de site web pour le GCSM et ceux de l'EPNAK et de l'IME ne sont plus actualisés, la communication sur ce qui s'y fait ne s'en trouve pas facilitée.

Les ESMS associatifs rencontrent les mêmes difficultés, mais disposent d'internat éducatif et/ou de médecin psychiatre.

##### **B) Les forces :**

Le GCSMS, l'EPNAK et l'IME bénéficient d'une bonne image, d'une bonne notoriété au niveau départemental. Le climat social est bon. Le travail en équipe pluridisciplinaires est reconnu par les autorités et partenaires. Les professionnels sont expérimentés, qualifiés et motivés. La mobilité au sein de l'EPNAK est possible et organisée, celle au sein du GCSMS doit se mettre en œuvre. Il y a très peu d'absentéisme et d'accidents du travail. Leur fonctionnement est structuré, les organigrammes sont en adéquation avec les besoins des jeunes accueillis, les fiches de poste sont bien définies et les EAE sont réalisés. Cela se complète par une dynamique de professionnalisation et de développement de compétences importantes. La politique de formation des salariés, la mise en vie des outils de la loi 2002-2, le rapport positif d'évaluation externe, l'existence de procédures ... sont autant d'exemples concrets de la volonté des équipes et des directions de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue.

La vision portée par la gouvernance de l'EPNAK (CA et comité de direction DG) et du GCSM (assemblée générale), l'appartenance à des établissements publics décidés à innover et progresser, étayées des partenariats et réseaux existants ainsi que d'une communication structurée, devraient permettre la mutualisation, la coordination des

compétences afin de mieux répondre à l'évolution des jeunes accueillis et de maintenir un service toujours plus adapté aux nouveaux besoins.

Au regard du diagnostic de la situation, il m'apparaît essentiel et urgent de recruter un médecin psychiatre, de former les professionnels à l'accompagnement des jeunes à problématique complexe, de structurer la communication externe, de travailler avec les équipes à l'accompagnement des jeunes à problématique complexe, de faire converger le coût à la place de l'IME à celui de la région. J'ai utilisé la méthode QQQCP afin de préparer mon plan d'action. **Le tableau en ANNEXE 16**, synthétise le plan d'action globale, il présente chaque action et précise les personnes concernées, l'échéancier, les moyens, les objectifs et quelques indicateurs d'évaluation. Je ne développerai ici que le dernier objectif, cf partie 4.3.

L'objectif général du projet qui est de « prévenir les ruptures dans le parcours des jeunes relevant du handicap et de la protection de l'enfance », est une des missions des ESMS du GCSMS, de l'IME que je dirige. Il intègre totalement la vision portée par le GCSMS et l'EPNAK, répond aux attentes des personnes et des familles concernées, anime et intéresse les partenaires et les professionnels de l'IME, préoccupe les autorités (ARS et CD), entre parfaitement dans la commande des politiques publiques actuelles tant au niveau national que régional et du département de l'Yonne.

Les partenaires et acteurs du projet sont les personnes handicapées en situation complexe qui relèvent du MS et de l'ASE, leur famille ; la direction générale, le CA, les professionnels de l'EPNAK et de l'IME ; l'administrateur, l'assemblée générale, les directeurs et les professionnels du GCSM ; les autorités de tarification (ARS / CD) ; la MDPH ; les professionnels des structures sanitaires, sociales et médico-sociales du département de l'Yonne ..., et moi-même dans le but d'une meilleure prise en compte des personnes en situation complexe sur le département de l'Yonne.

## **4.2 Une meilleure prise en compte des jeunes en situation complexe**

### **4.2.1 Objectifs généraux**

Pour impulser une meilleure prise en compte de ces personnes, je dois pour :

- ✓ **Les usagers** : apporter des solutions d'accueil et d'accompagnement adaptées à leurs besoins (scolarité, continuité, stabilité, accompagnement éducatif / thérapeutique / professionnel en groupe et en individuel, hébergement de répit, soin ...) et m'assurer de la coordination des prestations proposées afin de garantir une prise en compte globale de leur situation et d'éviter les ruptures dans leur parcours de vie, tout en garantissant la sécurité des autres usagers accueillis.
- ✓ **Les familles** : apporter un soutien, du répit, prévenir l'isolement et les accompagner pour que leur proche ne soit pas sans solution, apporter du répit.

- ✓ **Les professionnels** : prévenir des risques psychosociaux, contribuer à l'adaptation de leur pratique professionnelle, garantir leur sécurité.
- ✓ **Les partenaires** : affirmer le travail en collaboration et la nécessité de sa coordination, contribuer au décloisonnement des secteurs, participer à la construction d'une culture partagée et proposer du répit.
- ✓ **L'IME** : affirmer la volonté d'adapter l'offre et du travail coordonné avec les partenaires pour pérenniser l'accueil des personnes en situation complexe et garantir la sécurité des autres jeunes accueillis et des professionnels.
- ✓ **Le GCSMS** : initier la prise en compte de la problématique, mobiliser et être force de proposition afin de présenter aux autorités de tarification un dispositif innovant, contribuer à sa communication.

#### **4.2.2 Objectifs opérationnels**

J'ai élaboré les objectifs suite à l'analyse des résultats obtenus lors du recueil biographique, des rencontres auprès des directeurs et chefs de services du GCSMS, des professionnels de l'IME, du directeur de l'autonomie de l'ARS BFC, d'un adjoint au directeur enfance et famille du CD de l'Yonne, du directeur de la MDPH de l'Yonne et à l'étude des pratiques existantes en la matière.

En tout état de cause, les objectifs opérationnels viseront à :

- ✓ Apporter des réponses mais aussi à réguler le nombre de jeunes à problématique complexe pour garantir la sécurité au sein de l'IME
- ✓ Faire monter en compétences les salariés de l'IME
- ✓ Recruter un médecin psychiatre.
- ✓ Décloisonner les secteurs
- ✓ Participer activement à la mise en œuvre expérimentale du rapport Piveteau
- ✓ Proposer la création d'une équipe mobile.

### **4.3 Créer une équipe mobile mixte pour répondre aux besoins spécifiques des personnes en situation complexes relevant de l'ASE et du MS**

Obtenir le financement conjoint ARS/CD pour créer une «équipe mobile mixte ASE/MS» concernant l'accompagnement des personnes en situation complexe peut paraître ambitieuse au vu de la conjoncture actuelle et des restrictions budgétaires. Néanmoins, l'équipe mobile est une des modalités proposée par Mme Desaulle dans sa feuille de route et une des préconisations du défenseur des droits. Pour cela je propose le plan d'action suivant :

**Action 1** : Mobiliser et élaborer une fiche action «Equipe mobile mixte» avec l'appui du GCSMS et du GEPSO.

**Action 2** : Présenter et faire valider la fiche action élaborée par les 2 groupes de travail, par l'assemblée générale du GCSMS et le CA du GEPSO.

**Action 3** : Communiquer : présenter la fiche action à l'ARS, au CD, au CODIR de l'EPNAK, lors de colloque ...

**Action 4** : La mise en œuvre du projet « équipe mobile mixte »

#### **4.3.1 Action 1 : Mobiliser et élaborer une fiche action «équipe mobile mixte»**

Suite au diagnostic et à l'analyse établis pour la réalisation de mon mémoire, il m'a semblé intéressant de proposer une réponse adaptée afin de prévenir les ruptures de parcours des personnes en situation complexe relevant de l'ASE et du médico-social. Forcé de constater que les réponses actuelles proposées sur le département ne semblaient pas convenir à cette population à la frontière des différents secteurs et en m'appuyant sur mes lectures, l'équipe mobile mixte m'a semblé être une solution adaptée pour répondre à cette problématique.

##### A) Confirmation et validation de l'EPNAK et du GCSMS

Dans le cadre d'un rendez-vous avec le DG de l'EPNAK et le DGA du pôle enfance Yonne, où je leur ai présenté la problématique rencontrée, le diagnostic posé, l'analyse que j'en ai faite et la création d'une équipe mobile mixte pour y répondre, je leur ai proposé de mettre en place 2 groupes de travail (un au sein du GCSMS et un au sein du GEPSO) afin de construire une fiche action spécifique. Il me semblait important d'associer le GCSMS et le GEPSO pour plusieurs raisons, dont entre autre :

- ✓ Les ESMS du GCSMS ont contribué à mon diagnostic et se sont saisis de la problématique.
- ✓ Le GEPSO a un rayonnement national, il est en lien direct avec Mme Desaulle dans le cadre de sa mission, les membres composant les commissions enfance handicap, dont je fais partie, sont concernés par cette problématique.
- ✓ Ils réunissent des établissements et services de différents secteurs enfance, adulte, handicap, ASE, ce qui devrait permettre de dépasser le cloisonnement constaté et de favoriser la mutualisation des savoirs, l'innovation, impulser une meilleure coordination... comme le décrivent les auteurs de «Travailler en réseau», page 39 : *«le travail en commun effectué ... .. pour développer et mettre en œuvre leur projet va favoriser, non seulement la mutualisation des savoirs des différents professionnels qui composent le groupe, mais aussi les échanges d'idées, le développement des ressources ... .. Ce développement de ressources ... .. va permettre, par combinaison des savoirs, d'exercer cette compétence de coordination, au cours du déroulement de la prise en compte, dans l'intervention quotidienne, de situation problèmes à chaque fois complexe et unique, en y apportant des solutions par une mise en œuvre d'actions pertinentes».*

Le DG a validé ma proposition et m'a missionné pour la mettre en œuvre.

Je l'ai ensuite présenté à l'assemblée générale du GCSMS et à la secrétaire générale du GEPSO qui a pris le relais au niveau du GEPSO. Ma proposition a été reçue favorablement par les deux groupements, le GEPSO précisant que la fiche action devait être réalisée par un groupe transversal réunissant les membres des commissions enfance handicap et ASE qui sont eux aussi concernés.

Je suis allé présenter le projet d'élaboration de fiche action lors des réunions institutionnelles des ESMS du GCSMS et un appel à candidature a été lancé. La composition du groupe de travail du GEPSO était définie puisqu'il comprend des membres des deux commissions nationales citées ci-dessus.

#### B) Mise en place des groupes de travail

Le groupe de travail du GEPSO réunit des directeurs, directeurs adjoints et des chefs de services de FDE, MECS, IME, ESAT publics sur une journée au siège du GEPSO à Paris. En lien avec les directeurs des établissements du GCSMS, nous avons arrêté la liste des membres (4 membres par établissements) soit 24 personnes, en favorisant la pluridisciplinarité. Il réunissait 1 médecin psychiatre, 2 éducateurs spécialisés, 1 éducateur technique spécialisé, 1 moniteur éducateur, 1 assistant de service social, 1 conseiller en économie sociale et familiale, 2 psychologues, 3 directeurs, 3 directeurs adjoints, 6 chefs de service, 1 infirmier, 1 chauffeur, 1 aide médico psychologique, pendant 4 heures au sein des différents ESMS membres. Les groupes de travail se sont déroulés entre janvier 2016 et mars 2016 à raison d'une rencontre par mois pour les membres du GCSM et une en janvier et en mars pour le GEPSO. J'ai donc planifié 3 rencontres pour le GCSMS, 2 pour le GEPSO. Je les ai organisées, animées et je les ai articulées pour une présentation de la fiche action au cours de la semaine 15. Pour plus de commodité et limiter les transports, je l'ai faite en 2 temps (à Paris pour le GEPSO et au FDE d'Auxerre pour le groupe du GCSMS).

#### a) Avant chaque groupe de travail :

J'ai préparé un plan de la réunion (organisation, calendrier minutage, outils utilisés), les convocations. Je les communiquais avec les comptes rendus à la secrétaire de l'IME et la secrétaire générale du GEPSO, à qui j'ai délégué toute la partie logistique (réservation de la salle, du café d'accueil et du repas du midi, envoi des convocations et compte rendus, fiche de présences...).

En arrivant, avec les membres du groupe nous organisons la salle de réunion en fonction du déroulé prévu.

b) *Pour chaque groupe de travail, j'ai pris soin de :*

- ✓ Proposer un tour de table pour que chaque participant se présente brièvement
- ✓ Lancer le groupe de travail : J'ai rappelé le cadre et thème, l'objet et les objectifs de la séance qui avaient été définis lors de la séance précédente, ainsi que la contribution attendue des participants, c'est-à-dire une participation la plus active possible et nous précisions le secrétaire de séance.
- ✓ D'énoncer les modes d'intervention, les différents temps de la réunion et la durée qui leurs était impartie.
- ✓ De fixer avec le groupe les objectifs de la prochaine séance
- ✓ De conclure la réunion

Pour élaborer la fiche action, j'ai proposé aux groupes un outil que nous utilisons dans le cadre de l'élaboration du CPOM de l'EPNAK et que j'ai également utilisé lors des groupes de travail menés pour l'écriture du projet de l'IME, outil qui m'est donc familier.

c) *Mon rôle pendant les groupes de travail : insuffler la dynamique au groupe.*

J'ai accueilli les participants, ouvert les séances, fait l'introduction. J'ai dû faciliter la communication entre les participants, réguler, être parfois «chef d'orchestre», «médiateur» ou «passeur d'idées» et faire le relais entre les 2 groupes. Je m'appliquais à bien faire circuler la parole et à solliciter tous les membres. J'ai pu aussi participer et donner mes idées. J'ai dû obtenir le consensus du groupe et à chaque idée retenue, je me suis appliqué à ce que le groupe la reformule et je la consignais sur un tableau papier. J'ai également dû être parfois garant du temps pour que les objectifs fixés puissent être atteints.

d) *Analyse des groupes de travail*

Le groupe de travail du GCSMS était composé de 24 personnes. Il s'agit d'un grand groupe pour un groupe de travail, les échanges s'en sont parfois trouvés plus compliqués et le temps de parole consacré à chacun plus limité. Le grand groupe nécessite la mise en place d'une articulation différente. Ainsi, j'ai dû à certains moments, être plus directif pour que ce temps reste constructif et intéressant pour tous les acteurs. J'ai également pris en compte ce facteur dans l'organisation de mes séances en proposant certains temps de travail en sous-groupes et d'autres, en plus grands groupes.

Avec le groupe de travail du GEPSO, nous avons fait le choix de reprendre le travail élaboré par le GCSMS et de faire des propositions pour le compléter. Je présentais le travail, régulais les échanges et notais les propositions faites. J'ai conduit les groupes de travail en favorisant la participation de chacun, je pense ainsi avoir évité, les luttes d'influences, les conflits, les procès d'intention, les prises de pouvoir, la dispersion, les

retraits, les apartés... Nous avons réalisé la fiche action dans les délais prévus, elle est présentée en **ANNEXE 17**.

#### **4.3.2 Action 2 : Présenter et faire valider la fiche action**

A) Par les deux groupes de travail

J'ai présenté la fiche action définitive le 13 Avril au groupe du GCSMS et le 15 Avril au groupe du GEPSO. Elle a été validée par les deux groupes. Les groupes de travail ont favorisé les échanges entre les professionnels des différents secteurs et leur rapprochement. Ils ont fait naître l'envie de proposer une journée d'étude nationale portée par le GEPSO qui est prévue le vendredi 2 décembre 2016 à Paris, cf **ANNEXE 18**.

B) Par l'assemblée générale du GCSMS et le CA du GEPSO.

Je l'ai ensuite présentée à l'assemblée générale du GCSMS. La secrétaire générale et un administrateur du GEPSO, qui faisaient partie du groupe de travail, l'ont présentée au CA du GEPSO. Ils l'ont validée et ont souligné la qualité du travail réalisé.

#### **4.3.3 Action 3 : Communiquer**

Cette action consiste à présenter la fiche action à l'ARS, au Conseil Départemental, au CODIR de l'EPNAK, lors de colloques...

A ce jour, je l'ai présentée, accompagné, du DGA du pôle enfance, à la directrice de l'autonomie de l'ARS BFC qui semble s'intéresser à la proposition et me propose d'intégrer la commission régionale, seul au CODIR de l'EPNAK lors du séminaire des directeurs du 4 juillet. La DGA de l'Essonne l'a proposée au CD de l'Essonne, qui semble vouloir s'en emparer. La fiche action fait également l'objet d'une présentation lors de la journée technique nationale «Enfants en situation de handicap et protection de l'enfance» organisée par le GEPSO en décembre 2016. Je l'ai également présenté, début septembre, à la Directrice Enfance et Famille et au directeur de l'autonomie du CD de l'Yonne qui m'ont fait part de leur intérêt pour la problématique et le projet d'équipe mobile mixte. Le projet fera l'objet d'un point spécifique à l'ordre du jour de la prochaine réunion entre le CD et l'ARS BFC.

Le Directeur de la MDPH et de l'autonomie m'a sollicité pour participer à la table ronde «Mise en œuvre Départementale de l'expérimentation «une réponse accompagnée pour tous» » qui réunit Mme Desaulle, la Directrice de l'ARS, le Directeur de la MDPH, un représentant des familles et usagers, lors des journées départementales «du «Zéro sans solution» à la situation de handicap au Québec», pour représenter les ESMS du département de l'Yonne, cf **ANNEXE 19**.

Elle a été portée à la connaissance de l'ensemble des salariés du GCSMS lors des réunions institutionnelles au mois de septembre. Cette présentation a été assurée par les personnes des établissements concernés qui ont participé au groupe de travail.

#### **4.3.4 Action 4 : La mise en œuvre de l'équipe mobile mixte**

##### **A) Rappel de sa mission principale**

L'équipe mobile interviendra pour assurer la continuité de l'accompagnement, dans les lieux de vie et de «scolarité» (famille, famille d'accueil, MECS, FDE, ESMS, écoles...) des enfants, adolescents, jeunes adultes en situation complexe relevant du médico-social et de l'ASE pour prévenir ou pallier aux ruptures de parcours.

L'intervention sera adaptée au public concerné et devra favoriser l'analyse et l'aide à la compréhension de la situation, l'identification des dispositifs ressources et leur mise en réseau, le transfert de compétences (expertise, formation, mise à disposition de moyens humains supplémentaires). Elle aura une mission de coordination au sens retenu par Henry Mintzberg : *«les structures de coordination sont ..... à savoir des organisations qui mobilisent, dans un environnement instable et complexe, des compétences pluridisciplinaires, spécialisées et transversales, pour mener à bien des missions précises (résolution de problèmes, recherche d'efficacité en matière de gestion, innovation et développement ...<sup>18</sup>»*. Elle n'intervient pas dans les moments de «crises aiguës» qui restent à la charge des services des urgences, par contre elle pourra intervenir auprès du jeune pendant son hospitalisation et des liens avec l'équipe médicale devront être faits.

##### **B) Ses objectifs :**

- ✓ Répertorier les partenariats territoriaux des différents champs
- ✓ Construction de partenariat et animation de réseaux
- ✓ Recueillir les demandes
- ✓ Traiter la demande dans les 24h
- ✓ Poser un premier diagnostic
- ✓ Cibler et mobiliser les personnes ressources
- ✓ Coconstruire un plan d'accompagnement global (PAG), le suivre et l'évaluer
- ✓ Faciliter le traitement en transversalité des situations ciblées.
- ✓ Instaurer une obligation de suivi et soutenir l'engagement des actions
- ✓ Evaluer et prévenir les situations dites complexes
- ✓ Proposer du relais, du répit

---

<sup>18</sup> Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut, *Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Dunod, Paris 2014, page 157.

- ✓ Prévenir les situations de ruptures liées aux phénomènes de multi placements institutionnels et/ou familiaux.

C) Le public ciblé et l'agrément

L'équipe mobile accompagnera des personnes mineurs et ou jeunes majeurs, de 3 à 20 ans, relevant de la protection de l'enfance et du champ du handicap (notification MDPH ou reconnaissance en cours), domiciliés sur le Sud du département de l'Yonne.

D) Le porteur du projet, les autorités de tarification :

Le GCSMS semble être un porteur de projet intéressant car il offre déjà, à lui seul, une palette de réponses médico-sociales et sociales assez diversifiées qui seront un atout en terme d'appui expertise pour les salariés de l'équipe mobile, de réponses possibles pour les usagers mais aussi de statut du personnel de l'équipe mobile.

En effet, la réglementation prévoit deux possibilités : soit les personnels sont mis à disposition par les membres du groupement, ces derniers étant soumis, selon les cas, aux conventions ou accords collectifs qui leur sont applicables ou à leur statut, soit les personnels deviennent salariés du groupement. Ainsi tous les salariés du GCSMS pourront prétendre à la mobilité vers l'équipe mobile, sachant que les ESMS du GCSMS emploient des salariés relevant de la fonction publique hospitalière et des salariés de droit privé relevant de la convention collective 66. A la vue du public accompagné par l'équipe mobile, les autorités de tarification seront l'ARS BFC et le CD de l'Yonne. Les tarifs seront facturés et perçus en dotation globale par le groupement. Il s'agira d'un service médico-social et social donc relevant entre autre des lois 2002-2 du 2 janvier 2002, 2005-102 du 11 février 2005, 2007-293 du 5 mars 2007, 2016-297 du 14 mars 2016...

E) Ma démarche dans sa mise en œuvre

Je compte engager une «démarche de projet» qui permettra de «faire alliance» et de mutualiser les compétences de différents acteurs afin de promouvoir l'équipe mobile mixte : *«L'intérêt de la démarche de projet n'est plus à démontrer : mobilisant les différents acteurs, les amenant à analyser les forces et les faiblesses de leur action, elle les conduit à définir les objectifs d'amélioration de la qualité ...<sup>19</sup>»*. Le bon déroulement du projet va dépendre en grande partie de la méthode employée pour le construire et le préparer. Je devrai donc proposer la constitution d'un comité de pilotage et de groupes de travail. Cela devrait me permettre de gagner du temps, lors de sa mise en œuvre, mais aussi d'améliorer l'efficacité de l'action.

---

<sup>19</sup> Ministère de l'Education nationale. Circulaire n° 98-263 du 29 décembre 1998 relative aux enseignements élémentaire et secondaire, Rentrée 1999. Bulletin officiel de l'Éducation nationale n° 1 du 7 janvier 1999.

a) *Le Comité de pilotage :*

Le comité de pilotage est une structure décisionnelle, un relais politique. Il sera chargé de veiller au bon fonctionnement du projet. Il devra impulser la dynamique à l'ensemble des acteurs. Il va assurer, tout au long du projet, les choix stratégiques : la communication autour du projet, le lien avec les institutionnels, la validation des choix et les étapes essentielles, la surveillance du bon déroulement du projet, le travail préparatoire ... Il aura pour objectif principal de rédiger le protocole de fonctionnement de l'équipe mobile mixte qui devra reprendre : les objectifs généraux de l'équipe mobile, le public ciblé, les moyens attribués, les modalités d'intervention (périmètre d'intervention, procédure de saisine, modalités d'astreinte...), composition du comité de pilotage et modalités des réunions, les modalités d'exercice et la responsabilité des personnels de l'équipe mobile et les signataires (ARS / CD / GCSMS / PJJ ...).

Pour améliorer le suivi du projet et valider les choix stratégiques, je propose la mise en place d'un comité de pilotage composé par un représentant de la Direction Enfance et Famille, un de la MDPH, un de la PJJ, un de l'ARS, un des établissements de l'ASE, un des établissements du médico-social, un du sanitaire, un juge des enfants. Ici, il me semble important que l'administrateur du GCSMS soit retenu comme représentant du médico-social d'où l'importance de communiquer en amont sur le travail effectué par le GCSMS autour de cette problématique. C'est ce que j'ai fait lors des rendez-vous que j'ai eu avec l'ARS, le CD, la MDPH et que je compte poursuivre lors des journées départementales.

b) *Les groupes de travail*

Comme le préconisent les auteures de «Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social», page 171 afin de faciliter la reconnaissance mutuelle, l'intervention des professionnels de l'équipe mobile au sein des ESMS du département et l'ajustement des différents ESMS, il me paraît judicieux de proposer une démarche concertée dans sa création par la mise en œuvre de groupes de travail. Je les animerai afin d'élaborer une convention cadre, une fiche liaison / intervention, une grille d'évaluation découlant sur le PAG. Ils devraient également permettre de sensibiliser et coopter les partenaires des secteurs publics et associatifs (médico-sociaux et protection de l'enfance), justice..., définir les territoires d'action et les modalités d'intervention.

F) *Les outils de l'équipe mobile*

En tant que chef de projet, j'organiserai et participerai à la présentation de l'ensemble des outils réalisés dans le cadre des groupes au comité de pilotage pour avis et validation.

a) *La convention cadre :*

La convention cadre a pour objectifs de fixer pour une durée déterminée, les engagements respectifs des différents partenaires autour du projet. Elle devra reprendre : les signataires, l'objet de la convention, la durée de la mise à disposition des personnels de l'équipe mobile, le temps de travail et la période, la gestion du personnel mis à disposition, la responsabilité, l'assurance, une partie contentieux en cas de litige pouvant résulter de l'application de la convention qui n'a pas pu être réglé à l'amiable.

Cela permettra d'encadrer la présence des professionnels de l'équipe mobile, au sein des lieux d'intervention (ESMS, familles d'accueil, familles, écoles ...), les modalités d'intervention... Par exemple, une réunion pluri professionnelle pourrait être exigée avant, pendant et après toute intervention pour s'assurer d'un espace commun d'échange pour les professionnels de l'équipe mobile et de l'équipe demandeuse de l'intervention afin d'analyser ensemble la situation clinique de la personne et élaborer des propositions d'actions à mettre en œuvre. Il s'agira ici de situer les interventions dans une dynamique transprofessionnelle telle que le décrivent à plusieurs reprises, Philippe Dumoulin, Régis Dumont, Nicole Bross et Georges Masclet dans leur ouvrage «Travailler en réseau». Je citerai pour exemple page 24 : *«... expérimenter et privilégier in situ, par ajustements mutuels, les actions qui, tout en permettant les différences et le respect des cadres d'intervention respectifs, vont favoriser la coordination. En fait, reconnaître les différences mais apprendre à travailler avec elles en développant une sorte de « compétence transversale », compétence à la coordination...».*

b) *La fiche liaison / intervention :*

Elle permettra la transmission d'informations essentielles lorsque l'équipe mobile est saisie, ainsi que les suites données, le plan d'accompagnement global (PAG) mis en œuvre, le suivi de la situation et la date de sortie du dispositif. Elle reprendra : le nom de la personne concernée, sa date et son lieu de naissance, les coordonnées de l'ESMS demandeur, le cadre et les professionnels référents de la situation, la date de la demande, les données administratives (identités des parents, adresse, autorité parentale...), les données sociales (composition du foyer, lieu de résidence de la personne, mesures ASE ...), un historique du parcours (niveau ASE, MS, sanitaire, scolarité, PJJ ...), la situation actuelle, les éléments qui amène à la saisine, la type d'intervention souhaité, les suites données par équipes mobile, les dates des réunions pluri professionnelles et le PAG (les actions à mettre en œuvre par équipe mobile, par l'ESMS, conjointement, les partenaires..., l'évaluation des actions, la date de fin de mise à disposition), les dates de réunions de suivi de la situation (pendant, puis à 1 mois, 3 mois, 6 mois, 1 ans) et la date de sortie de la file active de l'équipe mobile.

c) *La grille d'évaluation et le PAG*

Dans ce cadre, l'évaluation est la démarche qui conduit à identifier les besoins de la personne, en vue de prévoir des réponses adaptées. Elle nécessite un recueil d'informations, l'analyse et la mise en perspective de ces informations. Sur la base de cette évaluation et en considérant les besoins et aspirations de la personne, exprimés dans son projet de vie, les réunions pluri professionnelles doivent permettre de proposer un PAG. Pour cela, l'évaluation doit être globale et aura pour objectifs d'être le support commun aux différents membres (demandeur, équipe mobile, ASE, MDPH...) pour le recueil et l'analyse des informations issues de l'évaluation ; de permettre une approche adaptée à la situation de chaque personne en explorant l'ensemble des dimensions de ses activités et de sa participation à la vie en société ; de favoriser l'harmonisation des pratiques ; de recueillir des informations permettant une meilleure connaissance des personnes.

Le guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées (GEVA) pourrait être l'outil d'évaluation retenu, car il est conçu, en application de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF), afin de décrire diverses caractéristiques des personnes et du contexte dans lequel elles se trouvent (volets 1 à 5), et d'examiner à la lumière de ces caractéristiques le résultat sur les activités et la participation, des interactions entre la personne et les environnements envisagés comme obstacles ou facilitateurs (volet 6). Le volet 7 est étroitement articulé au volet 6, les actions déjà mises en œuvre pour compenser les limitations d'activités étant détaillées comme facilitateurs dans le volet 6 domaine par domaine, voire activité par activité dans certains cas, le volet 7 reprenant de façon globale les coordonnées des acteurs impliqués dans ces aides.

Le volet 8 permet la synthèse des informations les plus pertinentes pour présenter les résultats de l'évaluation. De plus, cela permettrait de limiter la multiplication des outils que les professionnels trouvent déjà trop nombreux.

G) *Les modalités d'intervention :*

L'équipe mobile interviendra dans les 24h après sa saisine, du lundi au samedi matin quel que soit le demandeur ou le lieu de vie pour établir un pré-diagnostic, en lien avec les différents acteurs. Une astreinte téléphonique 24h/24h devra être mise en place dont les modalités restent à définir. Une fiche d'intervention cadrera les interventions des différents professionnels qui se feront dans les dispositifs existants, sans s'y substituer. Les actions seront de type ambulatoire sur le lieu de vie de l'enfant, de l'adolescent, du jeune adulte concerné (familial, scolaire, institutionnel). Elle devra, par exemple, être en capacité de proposer un temps d'accompagnement individuel sur le lieu où la situation est complexe ; de renforcer ponctuellement une équipe, de proposer du répit, de contribuer à la supervision d'une équipe ; de réaliser un diagnostic social et médico-social afin d'identifier

les points d'accroches, les relais et d'assurer une plus grande réactivité des acteurs institutionnels (MDPH/ASE). Les accompagnements seront fondés sur une clinique de la non demande de la personne en souffrance. L'écoute active, l'observation, une posture bienveillante, la disponibilité, l'engagement de service, une coordination avec les partenaires pour travailler l'adhésion de la personne au projet seront attendus. Une évaluation à distance sur 12 mois (1 mois – 3mois – 6mois – 12 mois) est proposée.

L'usager qui, pour un temps donné, sera pris en charge par les professionnels de l'équipe mobile continuera de relever de l'établissement ou du service demandeur. La durée et l'intensité de l'accompagnement par l'équipe mobile seront limitées dans le temps et feront l'objet d'une convention et d'un PAG annexés au(x) projet(s) de la personne et établis avant l'admission. L'équipe mobile doit permettre une grande réactivité et flexibilité dans les réponses apportées aux usagers, ce qui me semble être particulièrement adapté aux personnes en situation complexe car comme nous l'avons vu leurs besoins sont évolutifs et multiples et ne peuvent être couverts par un ESMS unique.

#### H) Accompagnements qu'elle peut proposer

Le dispositif équipe mobile devra être réactif, respecter le cadre d'intervention préalablement défini par le comité de pilotage, prendre en compte les situations complexes ASE / MS et les cordonner. Elle contribuera à renforcer le repérage et prévenir des situations à risques et à la prévention des situations complexes (rupture scolaire et sociale, trouble du comportement, conduite à risque, passage à l'acte).

**Pour les usagers : permettre la poursuite des accompagnements et retrouver un mieux-être.**

- ✓ Identification et analyse des besoins spécifiques : évaluer avec l'équipe demandeuse, l'usager, sa famille, la situation et coréaliser un PAG.
- ✓ Accompagnement et soutien de la personne dans la réalisation de son parcours :
  - Aide au maintien des acquis pouvant passer par des accompagnements au sein de différents ESMS, par la recherche d'intervenant sur le lieu de vie, par la recherche d'autres partenaires ou tout autre moyen d'accompagnement
  - Préparation et accompagnement des prestations mises en œuvre
  - Accompagnements en individuel sur des temps définis
  - Accompagnement dans l'accès aux soins
  - Accompagnement dans le projet de scolarisation et / ou de formation professionnelle, d'accès à l'autonomie
  - Proposer du répit

**Pour les familles : éviter l'isolement, l'essoufflement et les ruptures dans les parcours de leur enfant.**

L'équipe aura à accompagner pour préparer la séparation, à proposer du répit; optimiser l'orientation, les recherches de solutions, de lieux d'accueil ; faire de la médiation entre les différents protagonistes et de la coordination.

**Auprès des services et établissements : venir en appui.**

Cela passera par l'accompagnement des équipes et la sensibilisation aux problématiques complexes rencontrées ; le développement des pratiques et d'outils ; la mise en place de travail coopératif interdisciplinaire ; la préparation de l'accueil d'une personne en situation complexe ; le soutien dans l'accueil et la prise en charge : la coordination, articulation des prestations (ASE, PJJ, MS, Sanitaire, Scolaire...), l'organisation du répit, le relais d'information et sollicitation d'avis spécialisés ; la prise de relais ponctuelle, l'appui aux professionnels ; la position ressource dans la recherche de solutions et les ESMS pouvant concourir à l'accompagnement, meilleur maillage territorial.

I) Logistique :

**Les Locaux** : La vocation de l'équipe mobile est d'intervenir sur les lieux du parcours des usagers (Foyers, MECS, famille, famille d'accueil, lieux de scolarité, ESMS ...), les besoins en terme d'espace sont donc limités. Il s'agit ici, de proposer un local qui contribuera à l'identification du dispositif et à la communication. 2 espaces bureau et une salle de réunion me semblent nécessaires à l'heure actuelle. Sa localisation sur le bassin Auxerrois semble le plus approprié (localisation centrale), de plus, des espaces sont disponibles dans les locaux des ESMS du GCSMS ce qui limitera les coûts. Je dois néanmoins envisager l'assurance des locaux (compte 616) et leur entretien (compte 615).

**Les véhicules** : 2 véhicules légers (24K€ en investissements) me semblent utiles pour le bon fonctionnement du service. J'ai fait le choix de les amortir sur 5 années (durée maximum d'un projet expérimental) et je dois prévoir des frais de carburant (compte 60621), d'assurance (616) et d'entretien des véhicules (615).

**Informatique et téléphonie** : L'équipement d'un téléphone fixe, de plusieurs téléphones mobiles (nombre à définir) et d'outils informatique paraissent indispensable (2,5K€ sont prévus en investissement), l'amortissement se fera également sur 5 ans et je dois prévoir des dépenses afférentes à l'exploitation courante (compte 626).

**Mobilier / Aménagements** : J'ai également prévu 5K€ pour d'éventuels aménagements et achat d'immobilier que j'ai prévu d'amortir sur 5 ans. Les besoins en mobilier seront limités (2 bureaux, 1 tables de réunion, des chaises, 2 fauteuils de bureau).

J) Pilotage et ressources humaines

**Un travail pluridisciplinaire** : L'accompagnement global proposé par l'équipe mobile doit présenter une grande cohérence. Il s'adresse à l'utilisateur dans ses différents espaces de vie et dans l'ensemble de ses besoins à l'égard des apprentissages cognitifs et de vie sociale, de sa dynamique personnelle (attentes, motivations, goûts, refus) et de sa

relation aux autres. Il requiert l'intervention de professionnels de différents corps de métiers dont il importe qu'ils gardent leurs compétences propres. En effet, chaque professionnel intervient selon sa spécificité avec une visée correspondant à son domaine, dans un objectif unique partagé. Leurs rôles seront bien distincts et définis dans chaque fiche de poste, mais complémentaires les uns des autres. Les interventions des professionnels doivent préserver le caractère d'ensemble et la cohérence de l'action.

**Un pilotage global et une nécessité de coordination** : Le directeur est garant du projet équipe mobile. Il doit être en lien avec l'inspecteur IEN ASH, le directeur de la MDPH, les directeurs des ESMS (du GCSMS et du territoire)... L'ensemble des professionnels de l'équipe mobile interviennent sous son autorité hiérarchique. Afin d'assurer la prise en compte globale des personnes accompagnées et de proposer un accompagnement de qualité, il me paraît important de définir des temps de coordination des professionnels entre eux, et avec les équipes dans les ESMS où ils interviennent. Outre un temps de débriefing de fin de journée ou de transmissions, nécessairement courts, il semble plus qu'opportun de dégager un moment plus long de réunion d'équipe pour faire un point concret et formalisé de la prise en charge de chaque personne. Il en découle une adaptation des modalités de travail, d'accompagnement de l'utilisateur, de sa famille, de sollicitations de partenaires extérieurs. L'organisation du temps de travail doit identifier des plages de concertation, de coordination interne et externe, d'élaboration du PAG et d'analyse des pratiques professionnelles (APP). Les temps de préparation, de réunions de coordination, de rédaction, d'évaluation et d'APP sont inhérents au travail auprès des personnes en situation complexe (préparation des outils adaptés, écrits des PAG, bilans des activités...). Ils seront intégrés dans les plannings. Ces réunions constituent l'un des outils de traçabilité et de veille important dans le domaine de l'organisation de la prise en charge des personnes et du fonctionnement de l'équipe mobile. Un cahier de réunion (Relevé d'informations et de décisions) centralise l'ensemble des éléments de réflexion, d'orientation et formalise les informations plus généralistes, les échéances... Il permet d'assurer la traçabilité du fonctionnement et constitue donc un «outil de la qualité».

**La réunion PAG**, permet aux différents professionnels d'appréhender chaque situation, chaque personne, à la fois dans sa globalité et sa singularité. C'est l'instance, au sein de laquelle sont définies les orientations, les actions à prioriser et leur évaluation. C'est elle qui va garantir la cohérence des accompagnements multiples, définis pour le jeune. Elles se tiendront plusieurs fois dans l'année et seront à l'initiative de l'équipe mobile en lien avec le demandeur du suivi et les partenaires intervenant dans l'accompagnement de la personne qui devront tous y être présents.

**Les réunions d'APP** sont un espace de réflexion sur la pratique, un accompagnement de l'équipe, une aide permettant de lever les freins inhérents à la prise en charge des bénéficiaires. A la vue des problématiques des personnes accompagnées, l'équipe de professionnels, aura besoin de prendre du recul par rapport à leurs pratiques. Chaque membre du personnel pourra ainsi aborder une situation professionnelle problématique pour prendre du recul vis-à-vis d'elle, réajuster sa position et trouver des solutions professionnelles. Une réunion mensuelle sera organisée, sans la présence de la direction, par un psychanalyste externe.

J'ai estimé ces temps à 6 heures en moyenne par semaine.

La coordination et la communication avec les usagers, les parents et les différents partenaires seront permanentes.

a) *Les ressources humaines envisagées*

L'hétérogénéité des besoins du public nécessite une équipe pluri professionnelle ayant des compétences dans les différents secteurs. Elle devra être particulièrement adaptable et réactive. Le tableau ci-dessous présente les ressources mutualisées et les recrutements à réaliser. Pour les recrutements, une commission de recrutement sera organisée et des profils spécifiques détaillés **en ANNEXE 19** seront recherchés. L'appartenance au groupement permet de pouvoir mutualiser les fonctions supports et certaines formations. La mobilité intra organisationnelle sera priorisée, le recrutement du médecin psychiatre mutualisé EPNAK / EPMS / GCSMS afin d'être plus attractif sera confié à un cabinet de recrutement spécialisé.

Fonctions	Recrutement		Existant mutualisé GCSMS	
	ETP	Effectif	ETP	Effectif
Médecin psychiatre *	0.2	1		
Infirmier (IDE)	1	1		
Psychologue(s)	1	1 ou 2		
Educateurs	2	2		
Secrétariat			0.2	1
ASI			0.2	1
Directeur	0.2	1		

K) **Budget prévisionnel**

Le budget prévisionnel est présenté **en ANNEXE 20**. Les investissements sont envisagés en autofinancement par les établissements du GCSMS. Le budget prévisionnel en année pleine s'élève à 300 000€ dont 43 850€ de dépenses afférentes à l'exploitation courante, 234 150€ de dépenses de personnel et 22 000€ de dépenses afférentes à la structure. Le projet serait développé dans un premier temps à titre expérimental. Il est joint entre

l'ARS et le CD, le financement pourrait s'effectuer par dotation globale entre les 2 institutions de manière égale soit 150 000 € chacune.

#### L) Démarche d'évaluation

L'évaluation doit permettre de dégager les écarts entre les objectifs retenus et leur réalisation, les effets attendus et ceux constatés. Comme le précise l'ANESM : «l'évaluation des activités a pour objectif d'améliorer la qualité des prestations pour les usagers. Elle aidera à adapter le fonctionnement du service et les pratiques des professionnels aux caractéristiques, ... .. aux besoins des usagers dans le cadre des missions et contraintes, en particulier budgétaires, qui lui sont imposées ». <sup>20</sup> Depuis la loi 2002-2, l'évaluation est une obligation pour les ESMS exerçant dans le cadre d'une autorisation. Pour cela je dois évaluer la phase de conception de la fiche action, celle lors de la mise en œuvre du projet «équipe mobile mixte» et celle après l'ouverture de l'équipe mobile mixte.

##### a) *L'évaluation des différentes phases*

**Evaluation de la phase conception de la fiche action :** La cohérence avec les orientations stratégiques de l'EPNAK, du GCSMS et des politiques publiques, l'attractivité et la pertinence du projet présenté m'ont été confirmés par l'intérêt et l'engagement des différents acteurs (CD / ARS / DG / CA...) lors des différentes rencontres qui ont permis la réalisation et la présentation de fiche action équipe mobile mixte. La participation active des membres des groupes de travail GCSMS et GEPSO m'a permis d'évaluer son attractivité auprès des partenaires. La validation de la fiche action par le CA de l'EPNAK, le CA du GEPSO et par le GCSMS et les diverses sollicitations pour qu'elle soit présentée lors de journée nationale et départementale sont également pour moi un indicateur de pertinence et d'attractivité. Concernant la faisabilité, elle est conditionnée par le financement, l'autorisation et le conventionnement avec les tarificateurs (ARS / CD) qui semblent très intéressés par le projet.

**Evaluation de la mise en œuvre :** La participation et l'engagement des différents acteurs lors des réunions du comité de pilotage et des groupes de travail autour de l'élaboration des outils de l'équipe mobile mixte me permettront également d'évaluer sa pertinence et son attractivité.

**Evaluation lorsque l'équipe mobile sera financée :** Il me faut ici également mesurer son efficience, pour cela je compte suivre les indicateurs présentés **en ANNEXE 21**. De plus, le comité de pilotage constituera le comité de suivi et / ou d'évaluation, il s'assurera

---

<sup>20</sup> L'évaluation interne : repère pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes, ANESM, avril 2012.

de l'adéquation des actions menées par l'équipe avec le projet retenu initialement. Il aura pour mission d'analyser les tableaux de bord, les indicateurs et de comparer les résultats obtenus avec les objectifs fixés. Il pourra proposer des actions correctives nécessaires au respect du projet.

*b) L'évaluation au service de l'amélioration continue du service rendu aux usagers*

Je veillerai à impulser la culture de l'évaluation dans une logique d'amélioration continue afin d'engager l'équipe dans la démarche qualité, au sens retenu par Miramon<sup>21</sup>, qui implique la mise en œuvre d'un processus d'évaluation permanent et qui doit s'inscrire dans le travail régulier du personnel. Pour cela, je porterai une attention particulière à l'auto-évaluation afin de veiller à ce que les projets menés, répondent aux besoins des usagers, des familles, des partenaires (questionnaires de satisfaction) et s'inscrivent dans le projet de service. S'ils s'en éloignent, des explications seront recherchées. Systématiquement, une retranscription sera élaborée soit dans une note spécifique, soit dans les comptes rendus de réunions et dans le rapport d'activité annuel de l'équipe mobile. Le suivi des indicateurs fera l'objet d'une attention particulière pour que l'équipe s'en saisisse. Avant chaque période de vacances scolaires, j'organiserai une réunion d'auto-évaluation pour faire un point collectif sur la mise en place du projet. Ces réunions favoriseront aussi une amélioration continue du service rendu aux usagers, tout au long de l'année et permettront de préparer l'évaluation interne et externe.

---

<sup>21</sup> Jean-Marie MIRAMON, Denis COUET, Jean Bernard PATURET, Le métier de directeur techniques et fictions, 5<sup>ème</sup> édition, Presses de l'EHESP, 2012.

## Conclusion

Le secteur médico-social est en profonde mutation depuis plusieurs années. Les difficultés présentées par la population en situation de handicap font évoluer l'offre et les pratiques professionnelles. Les personnes en situation complexe présentent des carences affectives, intellectuelles, sociales et éducatives et des troubles psychiques, voire psychiatriques exacerbés pour certains. Ils se situent donc à la frontière des différents champs. L'accueil et l'accompagnement des jeunes en situation complexe sont exigeants si l'on veut y contribuer efficacement. Les remaniements à opérer sont conséquents et restent à être engagés, tant au niveau des pratiques des différents secteurs, des institutions que des professionnels qui y contribuent.

Tous les acteurs du secteur de la protection de l'enfance, du médico-social, de la PJJ, du sanitaire, s'accordent sur la nécessité de développer de nouvelles modalités de soutien et d'accompagnement et de la nécessité de coordonner les actions de chacun autour du projet d'accompagnement global de la personne. Or, aujourd'hui, peu de dispositifs existent et le permettent.

Les personnes en situation complexe et leur famille doivent demeurer au cœur de ces dispositifs et les ESMS doivent proposer des prestations adaptées à leurs besoins spécifiques mais certains sont encore, à ce jour, sans solution.

Aborder la complexité des situations de ces personnes doit impérativement passer par un accompagnement interdisciplinaire, interinstitutionnel et la mise en place de réseaux favorisant les logiques de parcours de vie et la continuité. Cette dynamique est rappelée dans les différents rapports, cités dans mon mémoire, et appuyée par les autorités publiques. En tant que directeur, je me suis inscrit dans cette dynamique.

Le projet que j'ai proposé, doit d'impulser un travail de coopération, pour apporter une réponse coordonnée, aux jeunes en situation complexe qui relèvent de l'ASE et du médico-social et à leur famille, mais pourrait être étendu aux adultes.

L'efficacité d'une telle coopération est sous tendue par l'évolution des pratiques des professionnels, de la culture des différents acteurs, du projet d'établissement, de l'offre de service..., dont la conduite relève du directeur d'établissement.

Dans ce contexte, au vu des enjeux et des objectifs, un directeur d'établissement doit s'engager et accompagner la conduite du changement. Cela suppose, plus que jamais, «la nécessité d'une rigueur, d'une éthique et d'une déontologie afin d'inventer des pratiques respectueuses des personnes»<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Pierre VERDIER, Michel EYMENIER M., La réforme de la protection de l'enfance, Paris, Berger-Levrault, 2009, p.115

---

## Bibliographie

---

### **Les ouvrages :**

- BERGER Maurice, L'échec de la protection de l'enfance, Dunod, Paris, 2004.
- BLOCH Marie-Aline, HENAUT Léonie, Coordination et parcours : La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Dunod, Paris, 2014.
- DEPAULIS Alain, Travailler ensemble un défi pour le médicosocial : Complexité et altérité, Empan, Erès, 2013.
- DUMOULIN Philippe, DUMONT Régis, BROSS Nicole, MASCLET Georges, Travailler en réseau : Méthodes et pratiques en intervention sociale, Dunod, Paris, 2006.
- JAEGER Marcel, Guide du secteur social et médico-social, 8<sup>ème</sup> édition, Dunod, Paris, 2011.
- LEFEBVRE Patrick, Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale, 3<sup>ème</sup> édition, Dunod, Paris, 2011.
- MIRAMON Jean-Marie, COUET Denis, PATURET Jean-Bernard, Le métier de directeur techniques et fictions, 5<sup>ème</sup> édition, Presses de l'EHESP, 2012.
- RACAMIER Paul-Claude, L'esprit des soins, Éditions du Collège de psychanalyse Groupale et Familiale, Paris, 2001.
- TORDJMAN Sylvain, GARCIN Vincent, Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté, Masson, Paris, 2010.
- VERDIER Pierre, EYMENIER Michel, La réforme de la protection de l'enfance, Paris, Berger-Levrault, 2009.

### **Les rapports et études :**

- BARREYRE Jean Yves, synthèse du rapport : Une souffrance maltraitée : Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables », 2008.
- BOURGUIGNON Brigitte, Reconnaître et valoriser le travail social, 2015.
- GUIGUE Michèle, synthèse du rapport : Des jeunes de 14 à 16 ans « Incasables » ? Itinéraire d'élèves aux marges du collège, 2008.
- LIBEAU MOUSSET Laurence, synthèse du rapport : Les mineurs dits «incasables» : Une analyse des facteurs de risques de vulnérabilité des adolescents, à travers leurs parcours de vie et les prises en charges institutionnelles, 2008.
- PIVETEAU Denis, ACEF Saïd, DEBRABANT François Xavier, JAFFRE Didier, PERRIN Antoine, « Zéro sans solution » Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, 2014.

VACHEY Laurent, JEANNET Agnès, VARNIER Frédéric, AUBURTIN Anne, Etablissements et services pour les personnes handicapées : offres et besoins, modalités de financement, IGAS, octobre 2012.

VERSINI Dominique, La défenseure du droit des enfants, Adolescents en souffrance plaidoyer pour une véritable prise en charge, 2007.

### **Les articles et revues :**

BOURQUIN Jacques, Pages d'histoire la protection judiciaire des mineurs, XIXème-XXème siècles, Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière » le temps de l'histoire, hors-série, 2007.

CHARTIER Laetitia, « Les effets iatrogènes des institutions sont-ils incontournables ? », Les incasables : alibi ou défi ?, Edition le journal des psychologues, 1989, page 42

DESQUESNES Gillonne, PROIA-LELOUEY Nadine, Le sujet «incasable», entre psychopathologie et limite institutionnelle, Sociétés et Jeunesses en Difficulté, 2012.

GARENNE Roland, Analyse des dispositions nouvelles de la loi de rénovation de l'Action Sociale, Les Cahiers de l'actif, novembre/décembre 2003, n°330/331, pages 27 à 46.

HELPER Caroline, Des équipes mobilisées pour aller au-devant des adolescents en souffrance, ASH, février 2008, n°2544, pages 35 à 38.

JAEGER Marcel, L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs, Vie sociale, mai 2010, n°1/2010, pages 15 à 24.

### **Les plans et schémas :**

Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015

Le Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) Bourgogne 2012-2016. Le Schéma Départemental conjoint de Protection de l'Enfance de l'Yonne 2013-2018.

Le Schéma Départemental en faveur des personnes handicapées 2012-2017 de l'Yonne.

### **Les recommandations et notes :**

ANESM :

La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre (juillet 2008).

Les conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses (juillet 2008).

Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées (juillet 2008).

Les attentes de la personne et le projet personnalisé (décembre 2008).

Ouverture de l'établissement à et sur son environnement (décembre 2008).

Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance (décembre 2008).

Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile (septembre 2009).

Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement (novembre 2009).

Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service (mars 2010).

Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux (octobre 2010).

Le partage d'informations à caractère secret en protection de l'enfance (juin 2011).

L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les Sessad (juin 2011).

L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure dans le champ de la protection de l'enfance (mai 2013).

L'évaluation interne : repère pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes, ANESM (avril 2012).

L'accompagnement à la santé de la personne handicapée (Juillet 2013).

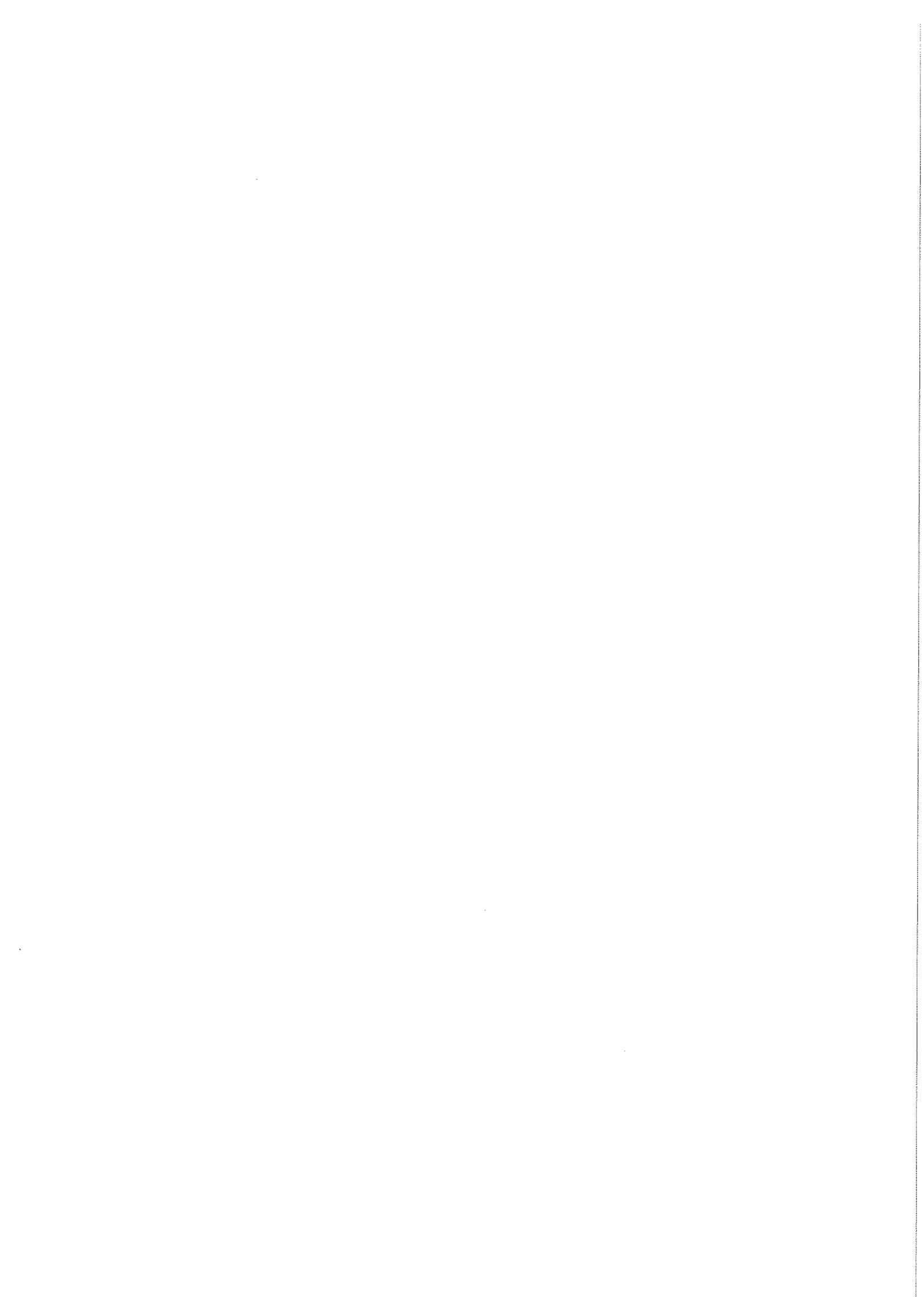
L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance (décembre 2014).

Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile (Janvier 2015).

HAS :

Note d'orientation HAS du 9 octobre 2013 : Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale.

Note méthodologique et de synthèse documentaire de Septembre 2014 : «Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? ».



---

## Liste des annexes

---

- ANNEXE 1 : Déclinaison des outils de la loi 2002-2 à l'IME d'Auxerre.
- ANNEXE 2 : Données comparatives concernant les personnes en situation de handicap.
- ANNEXE 3 : Présentation de l'offre départementale des établissements ASE.
- ANNEXE 4 : Présentation de l'offre départementale du pôle pédopsychiatrique.
- ANNEXE 5 : Présentation des pôles de l'EPNAK.
- ANNEXE 6 : Cartographie des IME accueillant des jeunes de 12 à 20 ans DIL ou DIM avec ou sans troubles associés (carte n°1) et rayon de recrutement de l'IME d'Auxerre (carte n°2).
- ANNEXE 7 : Logigramme de l'élaboration du PPA à l'IME d'Auxerre.
- ANNEXE 8 : Organigramme de l'IME d'Auxerre.
- ANNEXE 9 : Espaces de réflexion de l'IME d'Auxerre.
- ANNEXE 10 : Les commissions du GCSMS Public.
- ANNEXE 11 : Courier de la Directrice de l'Autonomie à l'ARS BFC.
- ANNEXE 12 : Caractéristiques de la population accueillie à l'IME d'Auxerre.
- ANNEXE 13 : Volet 1 de la grille de recueil biographique.
- ANNEXE 14 : Eléments caractéristiques des échantillons étudiés.
- ANNEXE 15 : Volet 2 de la grille de recueil biographique.
- ANNEXE 16 : Plan d'action général.
- ANNEXE 17 : Fiche action de l'équipe mobile mixte.
- ANNEXE 18 : Programme de la journée technique nationale GEPSO du 5 décembre 2016.
- ANNEXE 19 : Invitation et programme des journées départementales
- ANNEXE 20 : Profils des professionnels recherchés pour constituer l'équipe mobile mixte et leurs missions.
- ANNEXE 21 : Budget Prévisionnel de l'équipe mobile.
- ANNEXE 22 : Indicateurs de suivi et d'évaluation de l'équipe mobile.

## **ANNEXE 1 : Déclinaison des outils de la loi 2002-2 à l'IME d'Auxerre**

### **Le livret d'accueil (art. L311-4) :**

Actualisé chaque année, il est remis à chaque jeune et à son représentant légal aux fins de garantir l'exercice effectif des droits et devoirs de chacun et notamment de prévenir tout risque de maltraitance. Toutes les informations susceptibles de concerner le jeune et sa famille y sont intégrées. Dans le livret d'accueil de l'IME on y retrouve, la présentation générale de l'unité énonçant entre autres les conditions d'admission et de sortie, le règlement de fonctionnement, l'organisation, les personnes responsables et à qui s'adresser ainsi que les services offerts, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, la liste des personnes qualifiées du département de l'Yonne, les formes de participation possibles pour les jeunes et leur famille.

**Un livret d'accueil adapté par les jeunes sous forme de film** est accessible, il sert de support aux éducateurs et chef de service le jour de la rentrée. Il est aussi présenté aux familles lors des rencontres jeune/famille/professionnels.

### **La Charte des droits et libertés de la personne accueillie :**

Elle énonce les principes généraux et rappelle les droits des personnes (intégrité, vie privée, intimité, sécurité, ...). La mise en œuvre concrète de ces principes se trouve dans le règlement de fonctionnement. Elle est affichée à l'accueil de l'unité.

**Une charte adaptée a été réalisée par un groupe de jeunes**, elle a obtenu un avis favorable du CVS, imprimée et affichée, il reste à la présenter au CA.

### **Le règlement de fonctionnement :**

Il définit les droits, obligations et devoirs des jeunes et des familles au respect des règles de la vie collective au sein de l'IME afin de garantir à chaque jeune et professionnel une atmosphère bienveillante. Il a été établi après consultation du Conseil de la Vie Sociale. Il est revu chaque année avant la rentrée scolaire.

**Il a été adapté par un groupe de jeunes sous forme de BD** et sert de document de base aux équipes pour présenter le règlement de fonctionnement. Un exemplaire est à disposition dans chaque salle de l'IME et dans la salle du personnel.

### **Le Contrat de séjour et/ou document individuel de prise en charge et leurs avenants :**

Ils fixent les grands objectifs et la nature des accompagnements proposés aux jeunes. Ils sont élaborés par le Directeur lors de l'accueil puis à la suite de chaque PPA . Ils sont signés par le jeune, son représentant légal s'il est mineur et le directeur de l'IME. Ils sont

revisités au moins 1 fois par an sur la période d'accompagnement afin d'évaluer les résultats obtenus et redéfinir les nouveaux objectifs.

#### **Le Conciliateur ou personne qualifiée :**

Les personnes qualifiées n'ont pas de pouvoir de contrainte, elles essaieront par le dialogue de trouver une solution à la difficulté qui sera soulevée par la personne accueillie ou par son représentant légal. La liste est mise à jour par la Préfecture ; l'Assistant de Service Social la demande tous les ans. Elle est communiquée via le livret d'accueil.

#### **Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) et autres instances de consultation :**

La RBPP « Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale » vise à aider, à organiser au mieux l'expression et la participation des usagers, elle en définit 4 formes :

- ✓ La démocratie représentative, notamment à travers le CVS ;
- ✓ La participation collective, à travers des groupes d'expression ouverts à tous les jeunes ;
- ✓ Le pouvoir d'initiative, à travers des groupes projets qui organisent les activités internes ou externes ;
- ✓ La participation et l'expression individuelle, notamment à travers les enquêtes de satisfaction.

**Il existe à l'IME, un CVS, une commission menu, des groupes de régulation, une coopérative et des enquêtes de satisfaction.**

#### **Le CVS :**

Conformément au décret n°2004-287 du 25 mars 2004 et à l'article L.311-6 cité, est organisé 3 fois par an. Le président du CVS est élu parmi les jeunes et le vice-président parmi les membres représentants des familles ou des représentants légaux. Il aborde tous les sujets relatifs à la vie de l'Unité. Véritable exercice de démocratie participative, il offre aux jeunes accueillis et aux familles un temps d'interpellation de la structure. Un conseiller de la ville d'Auxerre, un administrateur délégué, 3 représentants des familles et 3 représentants des professionnels y siègent également. **Un compte rendu complet et un flash info CVS sont élaborés par le président des familles et les jeunes en collaboration avec la secrétaire de direction si besoin. Le flash info est transmis à tous jeunes et leurs familles, le compte rendu complet à chaque membre du CVS.**

#### **La commission menu :**

Elle est composée de 7 jeunes élus par pôle, d'un chef de service, de l'infirmière, du chef de cuisine, d'un cuisinier, de l'ASI rattachée à la cuisine et de représentants des professionnels. Elle se réunit tous les trois mois pour parler de la restauration de l'IME.

Elle permet de s'assurer de l'équilibre diététique des repas de la période précédente et à venir, de la qualité des produits en général, de leur composition, de leur quantité...

Objectifs :

- ✓ Etudier les menus proposés et apporter éventuellement des changements sous condition de leur recevabilité tant d'un point de vue diététique que technique.
- ✓ Recevoir et transmettre les avis et appréciations sur les menus servis au cours du dernier trimestre,
- ✓ Obtenir les explications et justifications de l'équilibre diététique des menus de la période précédente et à venir, de la qualité des produits en général, leurs compositions et de la quantité des produits.
- ✓ Obtenir les avis et appréciations sur la qualité, les prestations et l'organisation des services fournis.
- ✓ Etudier, donner un avis, proposer des journées à thème, des menus «découverte», des plats nouveaux...

**Un compte rendu complet est élaboré par l'infirmière. Il est transmis aux jeunes et aux familles.**

Les comptes rendus des CVS et de la commission menu sont à disposition des familles et des professionnels qui le souhaitent dans le classeur prévu à cet effet dans le bureau des professionnels, dans la salle famille et seront consultables sur le site internet de l'IME.

La Coopérative :

Son bureau est composé de 7 jeunes élus et 2 adultes minimum dont au moins un enseignant. La coopérative a pour objectif de financer des projets proposés et construits par les jeunes eux-mêmes. Pour ce faire, elle doit être force de propositions pour récolter des fonds. C'est un outil pédagogique qui permet de travailler sur des notions de projet en lien direct avec le financement, l'organisation, la démarche démocratique et participative, la responsabilité de chacun au sein d'un groupe.

Les groupes de régulation :

La Régulation est un moment privilégié où la parole de chacun est entendue par tous les membres composants le groupe. Il s'agit de la parole des jeunes comme des éducateurs. Tous les sujets qui concernent la vie du groupe peuvent être abordés. C'est un espace de parole et non de décision ou d'organisation ce qui évite les luttes d'arguments.

**Le Projet d'unité :**

La RBPP « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » définit que : Le projet d'établissement ou de service a pour finalités principales de clarifier le positionnement institutionnel de la structure (établissement ou service), d'indiquer les évolutions en termes de public et de missions, de donner des repères aux professionnels et de conduire l'évolution des pratiques et de la structure dans son ensemble. Le projet

d'établissement ou de service est un outil dynamique qui garantit les droits des usagers dans la mesure où il définit les objectifs en matière de qualité des prestations et qu'il rend lisible les modes d'organisation et de fonctionnement de la structure. Inscrit dans une démarche participative, le projet d'établissement ou de service est le principal document à visée intégratrice, tant sur le plan du sens de l'activité que de l'organisation du travail.

Le projet de l'unité a été validé par le conseil d'administration (CA) de l'EPNAK début 2016 et avait recueilli un avis favorable du CVS de l'IME fin 2015. Il est établi pour une période de 5 ans et fixe notamment les objectifs de coordination et de coopération, les objectifs d'évaluation des activités et de la qualité des accompagnements et prestations de service, ainsi que les modalités d'organisation et de fonctionnement. Il a fait l'objet d'un travail institutionnel en groupe de travail. Depuis Mai 2015, la trame d'élaboration est commune à l'ensemble des unités de l'EPNAK.

## ANNEXE 2 : Données comparatives concernant les personnes en situation de handicap

**Tableau n°1** : Indicateurs de santé

	Données nationales	Données département Yonne
Espérance de vie Homme	78.5	<b>77</b>
Espérance de vie Femme	84.8	<b>83.5</b>
Indice de vieillissement	71.4	<b>88.9</b>
Taux brut de natalité	12.3	<b>11.1</b>
Taux brut de mortalité	8.6	<b>11.3</b>
Taux de mortalité	3.5	3.2

**Tableau n°2** : Pourcentage de la population par type de prestation attribuée par la MDPH

	% de la population nationale	% de la population icaunaise
Bénéficiaires pension invalidité	0.97	<b>1.41</b>
Bénéficiaires AAH	1.52	<b>2.13</b>
Bénéficiaires AEH	0.32	0.34
Bénéficiaires ACTP	0.13	0.17
Bénéficiaires PCH	0.29	0.31

**Tableau n°3** : Taux d'équipement national et du département de l'Yonne pour l'accueil des personnes en situation de handicap

	Données nationales	Données départementales
MAS	0.8	<b>0.5</b>
Foyers d'accueil médicalisé (FAM)	0.7	1.3
Foyers de Vie	2.6	5.2
Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)	3.4	4
Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)	1.3	2.1
Etablissements Médico-Sociaux (EMS) enfants	6.2	8.1
SESSAD	2.8	<b>2</b>

**Tableau n°4** : Offre départementale des établissements du secteur adultes handicapés et le pourcentage de cette offre proposée par le GCSMS et l'EPNAK.

	Total des places installées	% des places du GCSMS	% des places de l'EPNAK
MAS	84 dont 4 en accueil de jour	47% et 100% des places en accueil de jour	47% et 100% des places en accueil de jour
FAM	212 dont 2 en accueil temporaire	27.4% et 100% en accueil temporaire	0%
Foyers de Vie	658 dont 22 en accueil temporaire et 90 en accueil de jour	17.8% et 4.5% en accueil temporaire	0%
CRP	100	0%	0%
ESAT	656	27.6%	26.1%
EA	72	0%	0%
SSIAD	39	0%	0%
SAVS – SAMSAH	345	0%	0%

**Tableau n°5** : Offre départementale des établissements pour enfants handicapés et le pourcentage de cette offre proposée par le GCSMS et l'EPNAK

	Total des places installées	% des places du GCSMS	% des places de l'EPNAK
IME	524 dont 172 en internat	59.2% et 38,8% des places en internat	44.9% et 8.7% des places en internat
CME	39 places dont 13 en internat	61.5% et 30.8 % des places d'internat	61.5% et 30.8 % des places d'internat
ITEP	70 dont 37 en internat	0%	0%
Etablissement pour déficients sensoriel	13	0%	0%
SESSAD	157	42.2%	32.5%
CAMSP	165	0%	0%
CMPP	550	0%	0%

## **ANNEXE 3 : Présentation de l'offre départementale des établissements ASE**

### **9 Lieux de Vie :**

Autorisé pour 10 places maximum, le lieu de vie se caractérise par la présence de personnes domiciliées au sein du lieu de vie. Accueil semi-collectif, ce type d'accompagnement conserve un aspect « familial ».

### **8 MECS :**

Autorisée pour 11 places minimum, la MECS propose un accueil collectif.

### **1 Centre Maternel de la Croix-Rouge Française :**

Il est réservé aux femmes enceintes, accompagnées d'un ou plusieurs enfants à naître ou âgés de moins de 3 ans dont l'un au moins présente une problématique éducative.

### **5 Services de Suite :**

Accueil individuel en intermittence, destiné aux jeunes de 17 ans ou plus, dont la vocation est de favoriser l'accès et l'acquisition de l'autonomie.

### **1 Foyer Départemental de l'Enfance (FDE) :**

Rattaché à la Sous-Direction Enfance et Famille, le FDE a pour vocation première l'accueil d'urgence en collectif. Après une phase d'observation, le FDE propose une orientation au regard de la problématique du jeune. Il peut aussi, via son Service d'Accueil Familial d'Urgence (SAFU), assurer l'accueil d'urgence de mineurs chez des Assistants Familiaux. Le FDE propose par ailleurs depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2011, un Service d'Accompagnement Familial (SAF). Ce dernier accompagne des mineurs à problématiques multiples et complexes accueillis chez des assistants familiaux.

## **ANNEXE 4 : Présentation de l'offre départementale du pôle pédopsychiatrique**

**1 Accueil Familial Thérapeutique (AFT)** : c'est une alternative à l'hospitalisation à temps complet. L'AFT s'adresse à des enfants dont le maintien ou le retour à domicile n'est pas envisageable. L'enfant est alors confié à une famille d'accueil qui travaille en étroite collaboration avec une équipe spécialisée.

**2 Centres d'Accueil et de Soins des Adolescents (CASA)** : situés à Sens et Auxerre, ils proposent des soins spécialisés aux adolescents de 12 à 18 ans, ainsi qu'un accueil personnalisé à leur famille.

**7 antennes des Centres Médico-Psychologique (CMP)** : unités de coordination et d'accueil situées en dehors de l'hôpital (Toucy, Tonnerre, Sens, Saint Florentin, Joigny, Avallon et Auxerre), les CMP organisent du lundi au vendredi, des actions de prévention, de diagnostics, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile ou en institutions. Il constitue ainsi le pivot du dispositif de soins du secteur à partir duquel s'élaborent les projets de structures alternatives permettant d'éviter l'hospitalisation ou de réduire sa durée, et de réinsérer l'enfant.

**7 antennes des Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)** : ils sont situés dans les mêmes villes que les CMP. Ils proposent une prise en charge sur prescription médicale aux enfants autour d'ateliers thérapeutiques.

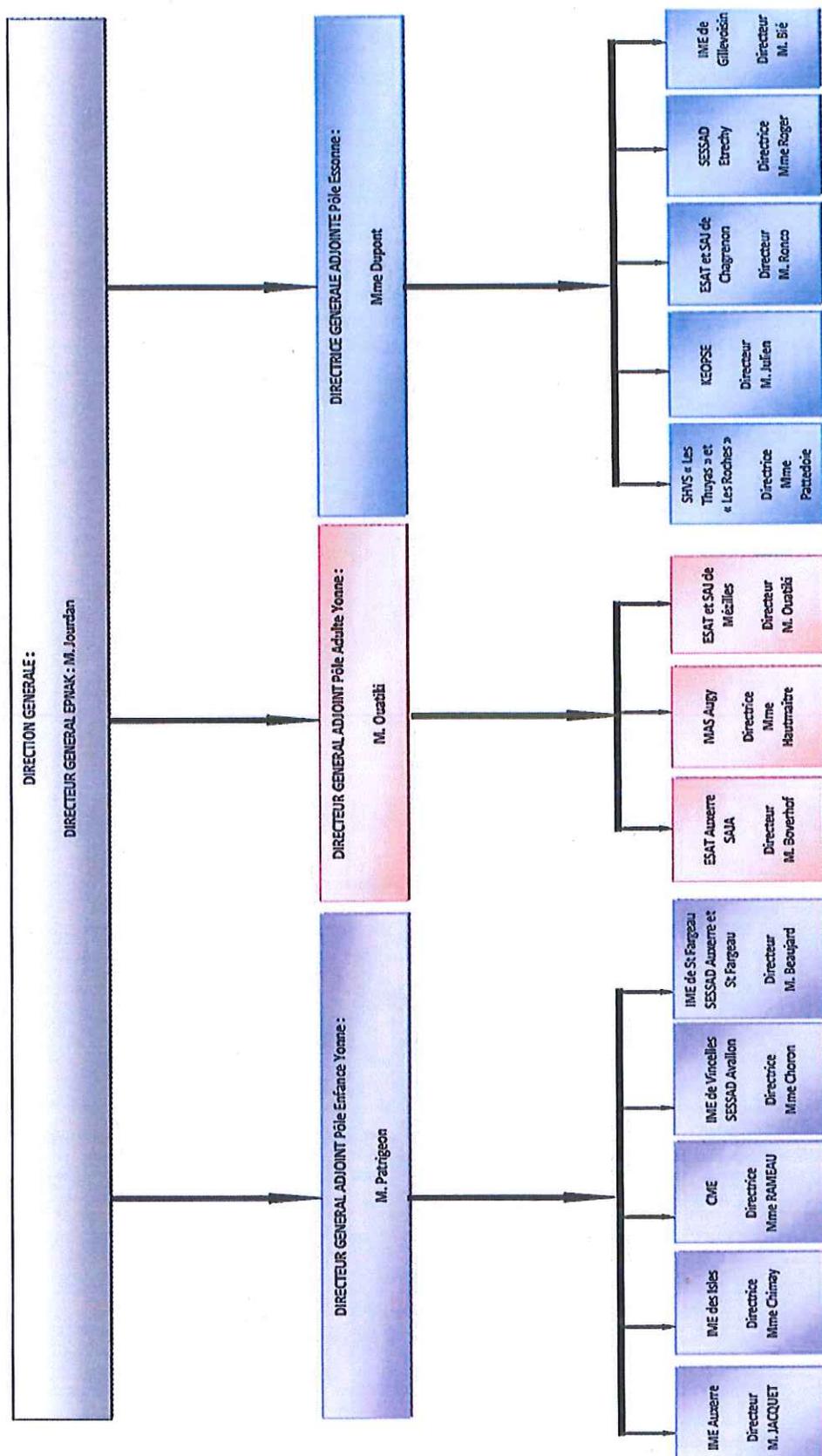
**2 Hôpitaux de Jour (HJ) enfants (Sens et Auxerre)** : ce sont des structures intra hospitalières de soins intensifs mais de courte durée. Ils accueillent des enfants du lundi au vendredi, à la journée. Par le biais d'un projet individualisé, ils proposent des activités d'évaluation, de diagnostic et de traitement.

**1 Hôpital de Jour (HJ) adolescents de 15 places** : structure intra hospitalière de soins intensifs mais de courte durée, l'hôpital de jour accueille à la journée des adolescents (13-18 ans) du lundi au vendredi. A partir d'un projet individualisé il propose des activités d'évaluation, de diagnostic et de traitement.

**1 Hôpital à Temps Plein (HTP) de 10 places** : il propose aux adolescents de 12 à 16 ans, une prise en charge à temps complet en Psychiatrie Infanto Juvénile. L'HTC nécessite une consultation préalable à l'admission qui se fait uniquement pour des raisons médicales. Un projet thérapeutique, est élaboré, par l'ensemble de l'équipe, pour et avec l'adolescent hospitalisé et sa famille.

**2 Maisons des Adolescents (MDA)** : situées à Sens et Auxerre : structure d'accueil et d'orientation pour les adolescents et leur famille, la MDA travaille en partenariat avec l'ensemble des acteurs s'occupant d'adolescents sur tout le département. Ils peuvent y trouver une écoute, des informations, ou un accompagnement en fonction de leur demande, du lundi au vendredi.

## ANNEXE 5 : Présentation des pôles de l'EPNAK



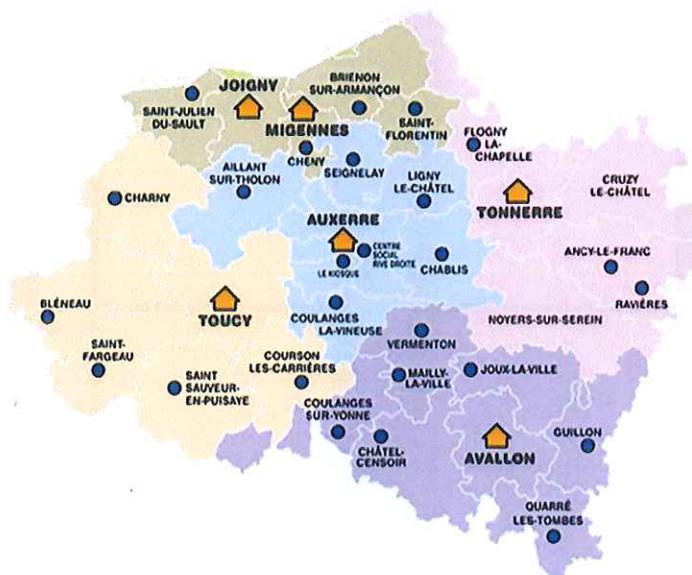
**ANNEXE 6 : Cartographie des IME accueillants des jeunes de 12 à 20 ans DIL et DIM avec ou sans troubles associés (carte n°1) et rayon de recrutement de l'IME d'Auxerre (carte n°2)**

**Carte n°1 :**

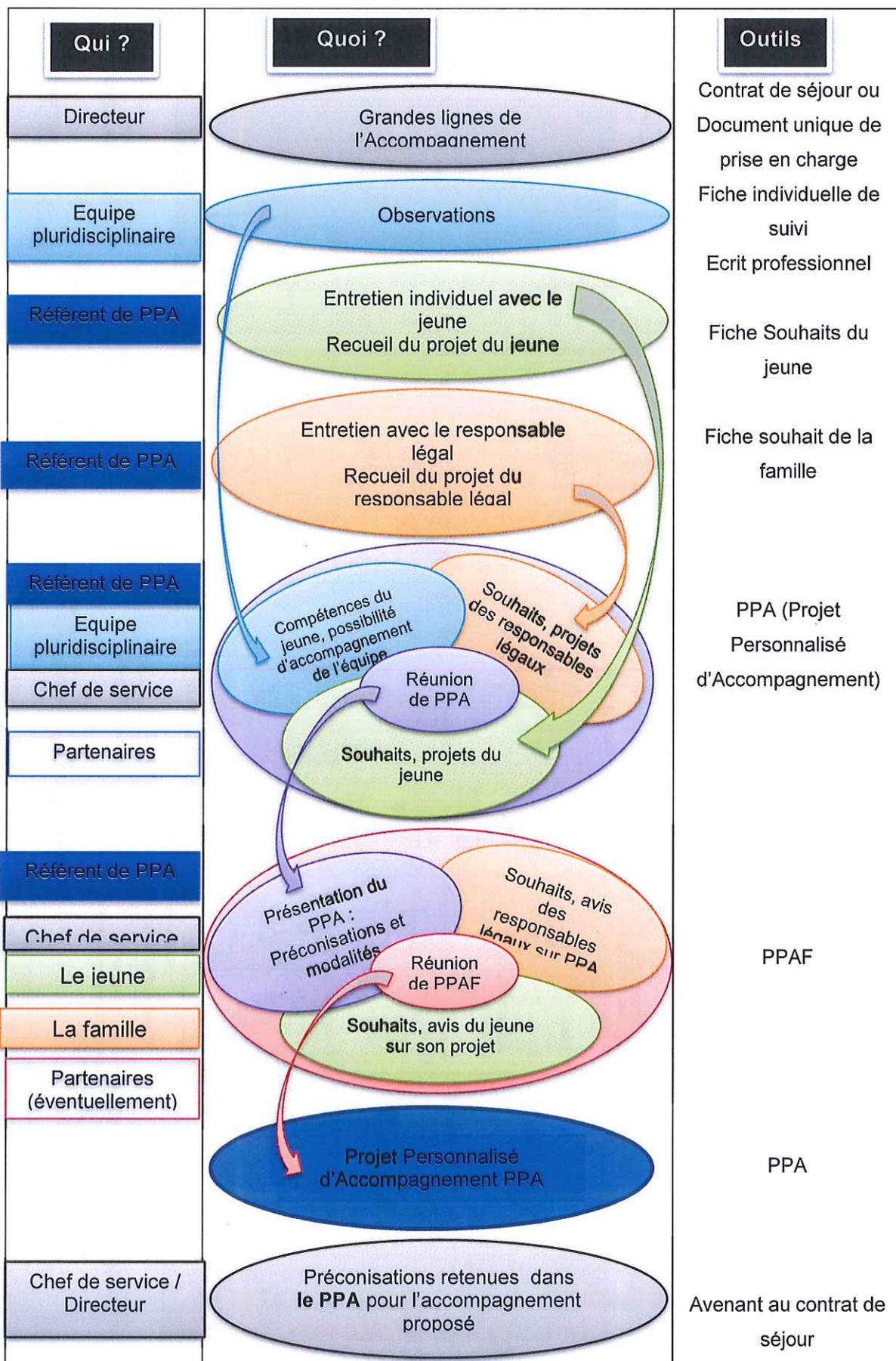


**Carte n°2 :**

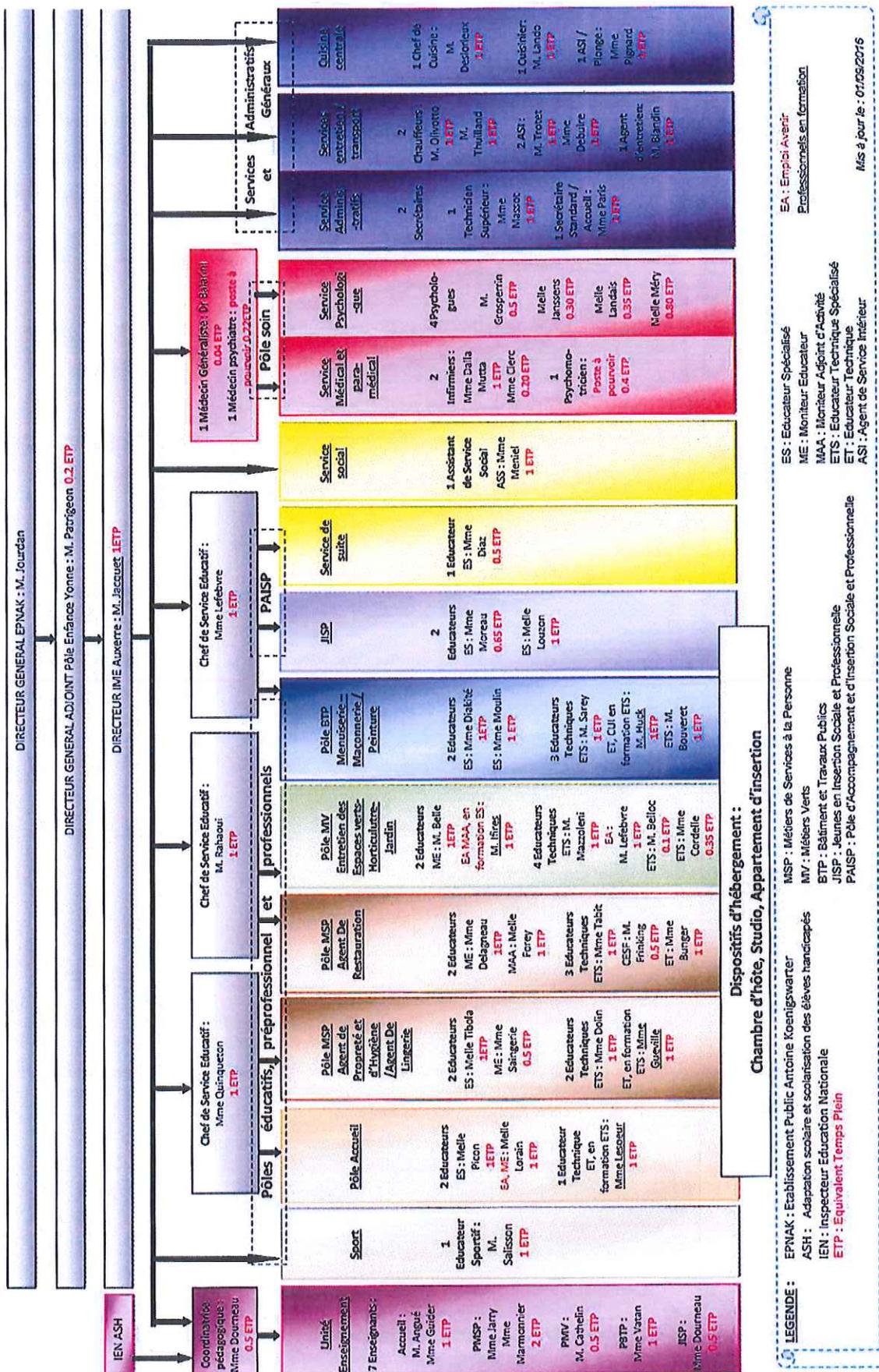
**Zone de recrutement IME Auxerre**



## ANNEXE 7 : Logigramme de l'élaboration du PPA à l'IME d'Auxerre



# ANNEXE 8 : Organigramme de l'IME d'Auxerre



## ANNEXE 9 : Espaces de réflexion de l'IME d'Auxerre

Type de réunion	Objets	Fréquence	Préparation et Animation	Participants	Elaboration du Compte Rendu
Réunion Institutionnelle	Information relative à la politique de l'établissement en cohérence avec les décisions de la Direction Générale	5 par an (2h)	Equipe encadrement	Ensemble des professionnels	Secrétaire / Equipe Encadrement
	Information sur l'évolution de notre secteur d'activités				
	Informations relatives aux évolutions législatives et techniques concernant les jeunes et notre activité				
	Informations relatives à la vie de l'établissement et aux diverses instances de travail				
	Suivi des PPA				
	Démarches familles, partenaires en lien avec PPA				
Réunion Encadrement	Evolution des effectifs jeunes	1 par semaine (2h)	Directeur	Directeur / Chefs de services éducatifs / Coordinatrice Pédagogique / ASS	Encadrement
	Situations éducatives particulières (incidents, nécessité de rencontre avec familles et/ou partenaires...), ou ont préalable mandat l'objet d'une évaluation par l'équipe				
	Reporting par les chefs de service de leur mission et activité dans leur champ de délégation, point sur les besoins en matière de GbV et de remplacements : GDD				
	Reprise des questions et/ou problèmes de fonctionnement, de gestion des équipes et des projets (expression et réflexion autour des difficultés rencontrées par les cadres de direction dans le management des équipes et des projets)				
	Informations relatives au fonctionnement et à l'organisation du pôle				
Réunion de pôle	Informations institutionnelles	1 par semaine (1h)	Chef de service éducatif	Equipe pluridisciplinaire du pôle	Chef de service / Secrétaire de séance
	Coordination	1 par semaine (1h)		Equipe pluridisciplinaire du pôle / Partenaires	Référent
Réunion thérapeutique	Reflexion, concertation sur des points d'accompagnement de jeune	3 par mois (1h30)	Médecin Psychiatre	Psychologues, IDE, Psychomotricien	Secrétaire de séance
	Echange, réflexion et coordination concernant les prises en charge thérapeutiques				
Réunion thérapeutique élargie	Points d'organisation, coordination	1 par mois (1h30)	Directeur ou son représentant	Directeur, Chefs de Service, Psychologues, IDE, Psychomotricien	Secrétaire de séance
	Point sur les prises en charge thérapeutique				
Conseil des maîtres	Informations institutionnelles	1 par mois (2h)	Coordinatrice Pédagogique	Equipe Enseignants	Coordinatrice pédagogique
	Coordination				
Réunion des services généraux	Mise en place et coordination Modules Scolaires et temps d'enseignements spécifiques	1 par mois (2h)	Directeur ou son représentant	Cuisiniers rattachés à l'IME ASI Secrétaires Chauffeurs / Homme entretien	Secrétaire
	Echange, réflexion et coordination concernant les pratiques pédagogiques				
Réunion pool social	Mise en place et coordination projets scolaires spécifiques	8 par an	Une ASS	ASS IME des Isties, IME Vincelles, SSSAD Auxerre, CME IME Auxerre, Educateur Service de suite	Secrétaire de séance
	Point de suivi sur les projets des jeunes				
Groupe de travail	Transmettre informations relatives au fonctionnement, à l'organisation de l'IME de l'ITA	1 par mois (1h30)	Chefs de service	Equipe pluridisciplinaire	Secrétaire de séance / Chef de service
	Renseigner les enquêtes sur la scolarité à la demande du Directeur				
Analyse des Pratiques Professionnelles	Coordination	1 par mois 1h30	Intervenants extérieurs	Personnels SG (Nb) Chefs de services (3) Equipes éducatives - médicale et psychologique	
	Organisation				

## ANNEXE 10 : Commissions du GCSMS Public

**L'axe formation professionnelle et partage de compétences** : plusieurs sessions de formation ont été organisées depuis deux ans. Les évaluations sont positives et contribue à la mise en lien des professionnels de terrain et font naître, entre autre, des partenariats de projets entre les établissements.

**L'axe accompagnement des usagers** : travail sur la mise en œuvre des conventions, plaquettes et fiches inter-établissements, un projet de référentiel des compétences pour le parcours des personnes accueillies constituent des outils en cours d'élaboration.

**L'axe politique publique** : un annuaire décrivant identité et projet de chaque structure des établissements du GCSMS est dorénavant à disposition dans les unités et services. Il sera prochainement accessible via le nouveau site WEB de l'EPNAK mais également sur celui du GCSMS en cours de construction.

**L'axe démarche qualité** : la construction d'un cahier des charges mutualisé et partagé a permis de retenir en opportunité l'organisme qui a réalisé l'évaluation externe. Le comité travaille actuellement sur la question de l'appel d'offre, la mutualisation des moyens et ressources...

## ANNEXE 11 : Courrier de la Directrice de l'autonomie à l'ARS BFC



Dijon, le 04/08/2016

### Direction de l'Autonomie

Affaire suivie par : Anne-Laure MOSER  
Courriel : anne-laure.moser@ars.sante.fr  
Téléphone : 03 80 41 98 54

Monsieur,

Nos échanges lors du RDV en juin dernier à l'ARS Bourgogne-Franche-Comté ont montré tout l'intérêt de la réflexion et de l'analyse que vous avez pu mener dans votre mémoire.

Votre travail me semble remarquable et tout à fait en adéquation avec les besoins actuels de notre société et, en lien avec les problématiques remontées du terrain dans notre région.

La région Bourgogne-Franche-Comté ne dispose pas de statistique concernant les jeunes en situation de handicap relevant à la fois du champ médico-social et du champ de l'aide sociale à l'enfance.

Les huit départements ont fait remonter une quinzaine de cas complexes en 2015, un travail partenarial étant engagé sur les territoires, ce qui permet des réponses coordonnées localement.

L'ARS a retenu comme définition de la notion « cas complexe » : la complexité d'une prise en charge (qui renvoie à la notion de technicité des soins, d'interventions très spécifiques, concertés et coordonnés) qui génèrent des retours à domicile, des exclusions d'établissements et des refus d'admission ; également la mise en cause de l'intégrité et de la sécurité de la personne.

Enfin, vous n'êtes pas sans savoir que l'ARS a mis l'accent sur le handicap et en a fait une des neuf priorités régionales pour les 5 années à venir : « Projet handicap – une réponse accompagnée pour tous ».

A ce titre, je souhaiterais vous solliciter pour que vous puissiez intégrer le comité régional stratégique, au regard des travaux que vous avez pu mener.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

La Directrice de l'Autonomie,

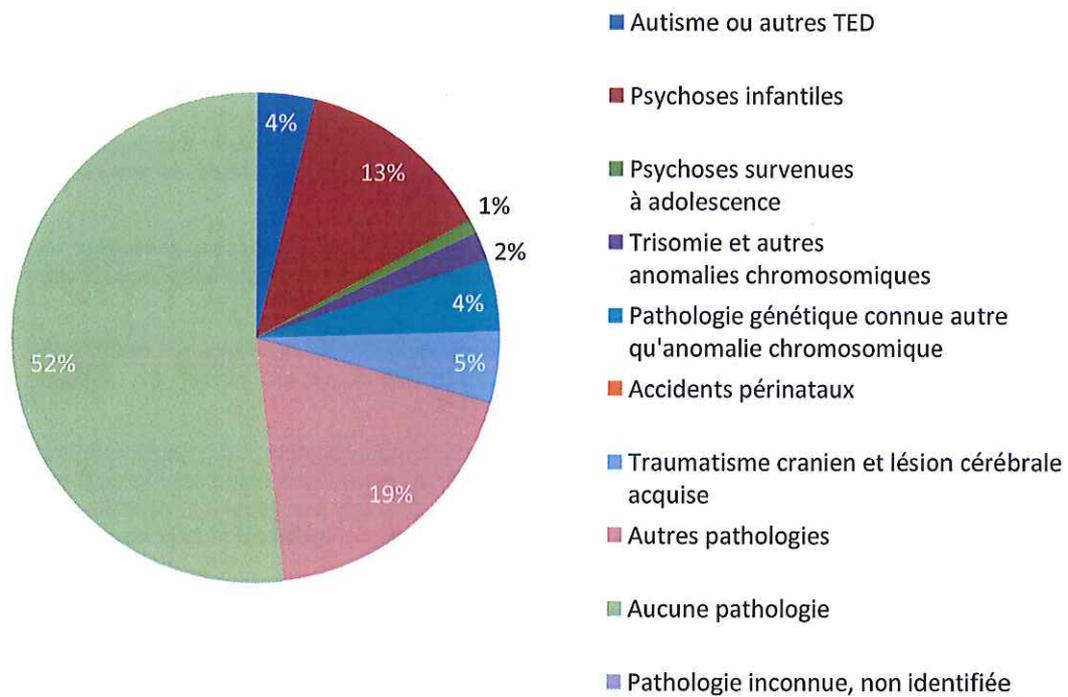
Anne-Laure MOSER MOULAA

Monsieur JACQUET Sébastien  
IME d'Auxerre  
38 avenue de Grattery  
89000 AUXERRE

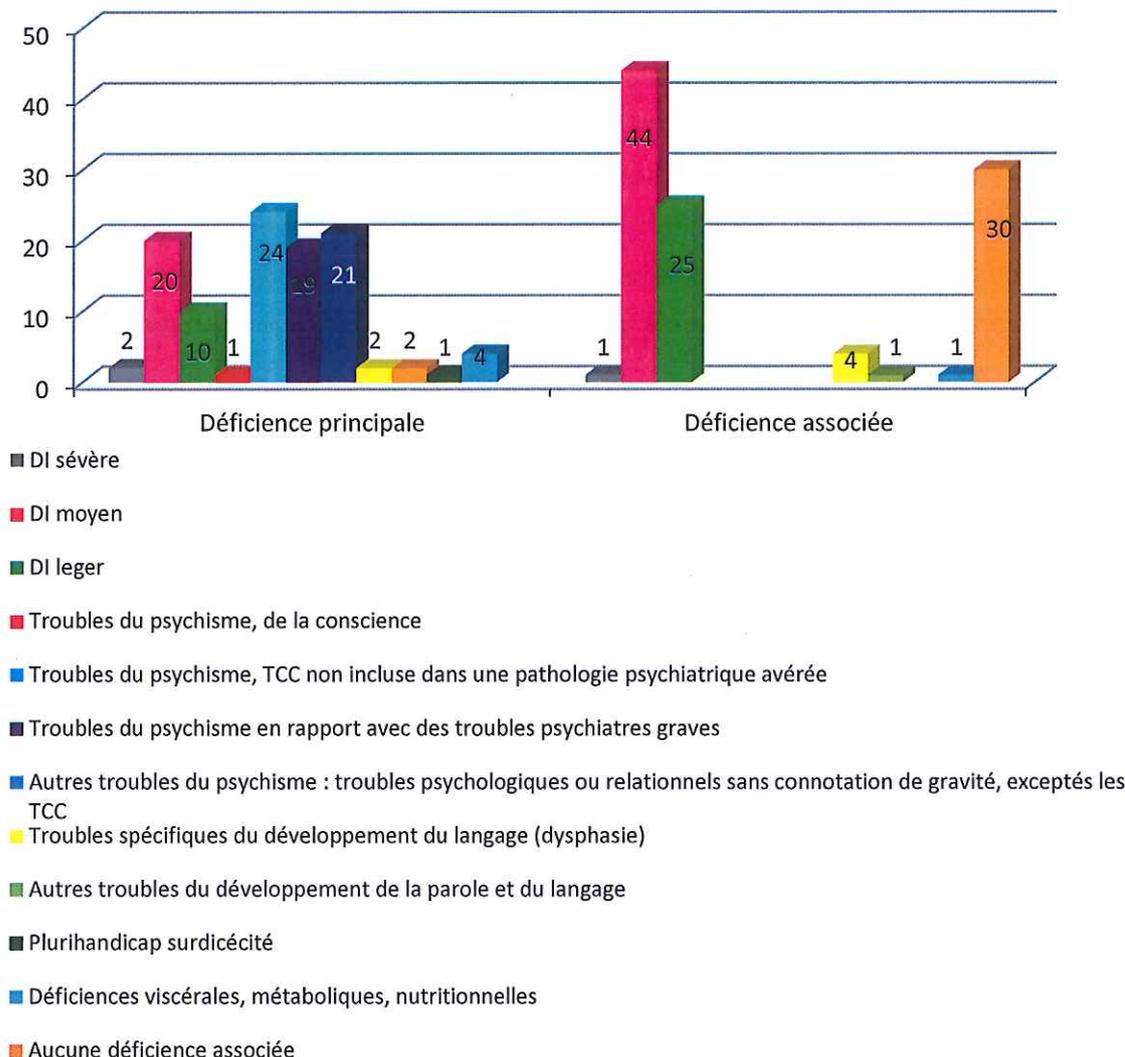
Bourgogne-Franche-Comté  
Les Savoirs, CS 73535, 21035 Dijon cedex  
Tél : 0808 807 107 - Site : [www.ars.bourgogne-franche-comte.sante.fr](http://www.ars.bourgogne-franche-comte.sante.fr)

## ANNEXE 12 : Caractéristiques de la population accueillie à l'IME d'Auxerre

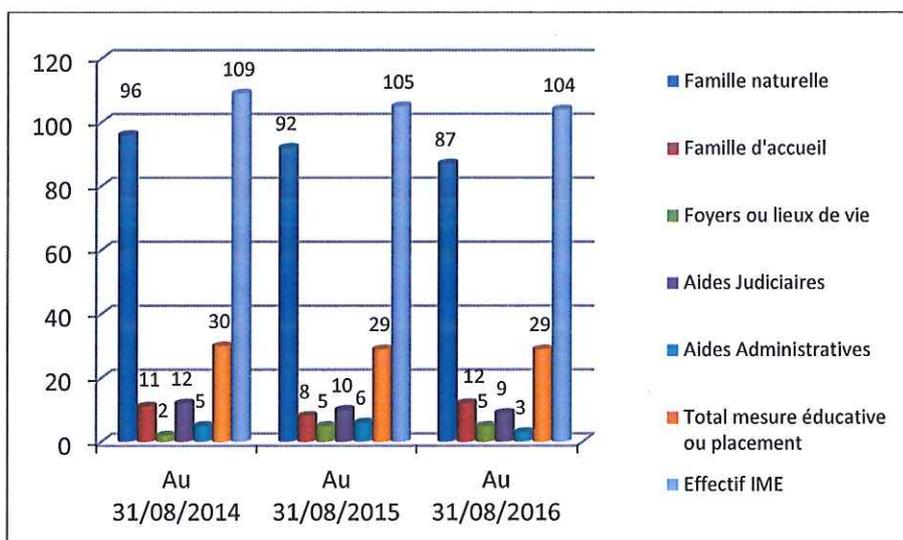
**Graphique n°1** : Répartition des jeunes accueillis à l'IME d'Auxerre au 31/12/2015 en fonction de leurs pathologies (Enquête ES 2015).



**Graphique n°2** : Répartition des jeunes accueillis à l'IME au 31/12/2015 en fonction de la déficience principale et associée (Enquête ES 2015) :



**Graphique n°3** : Répartition des jeunes accueillis au 31/08 sur les trois dernières années en fonction de leur lieu d'hébergement et des mesures éducatives.



## **ANNEXE 13 : Volet 1 de la grille de recueil biographique**

### **✓ Le mode d'hébergement :**

Nous avons ainsi précisé où le jeune a été hébergé depuis sa naissance, par exemple dans sa famille avec ses deux parents, présence de membres de la fratrie, placement en foyer de l'enfance, en lieu de vie, en famille d'accueil, hors foyer, si il a bénéficié d'accueil séquentiel dans la famille, si il a connu des périodes d'errance, de fugue, etc... Cela nous a permis d'identifier si des accueils se sont fait hors structures Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Nous avons repris aussi lorsque cela était possible le département de résidence afin d'observer la mobilité géographique et tout événement qui marque le parcours comme le changement de lieu de résidence (mobilité géographique) par exemple.

### **✓ La famille et l'entourage proche (composition, changements) :**

Cette rubrique nous a permis de retracer la composition de l'environnement familial, et des personnes qui ont fait partie ou font partie de l'entourage proche du jeune à chaque période de son parcours (parents, beaux-parents, fratrie, famille élargie, enfants du jeune, amis, professionnels, etc...) et de préciser tout événement ou changement marquant le parcours comme la naissance d'un frère ou d'une sœur, enfant du jeune, séparation des parents, décès d'un proche ou parent, ordonnance de placement, décision judiciaire, changement de lieu de résidence (mobilité géographique), etc...

### **✓ La scolarisation et/ou l'activité de jour :**

Ainsi nous avons pu retracer les différentes structures fréquentées, tout au long des parcours des jeunes en indiquant la dernière classe fréquentée, le niveau scolaire effectif. Cela nous a également permis de voir si le jeune a été accompagné en ESMS, a été en hôpital de jour... Nous avons aussi tenté de dater tout événement qui a marqué le parcours de scolarisation comme par exemple les interruptions scolaires, les périodes de déscolarisation, les formations professionnelles engagées ou professions si le jeune travaille, bilan scolaire, etc...

### **✓ L'état de santé et les soins (psychiatrique, somatique, etc.) :**

Nous avons ici repéré les périodes où le jeune a rencontré des problèmes de santé, physique et/ou mentale (hospitalisation, troubles de santé, maladie, handicap, accident, ou encore réalisation d'un bilan ou expertise médicale, suivi médical, suivi psychologique,...).

✓ **Les interventions sociales et judiciaires (investigations, décisions judiciaires, actions éducatives, etc.) :**

Nous avons dû ici dater la 1<sup>ère</sup> mesure ASE, en précisant le type de mesure, puis celles qui ont suivies ainsi que toute autre mesure et décisions judiciaires, ce en précisant le type :

- Mesures investigations : enquête sociale, Investigation et Orientation Éducative (IOE), Recueil de Renseignements Socio-Educatifs (RRSE), ...
- Placements : famille d'accueil, placement judiciaire en foyer de l'enfance, placement en lieu de vie, placement en Maison d'Enfant à Caractère Social (MECS), placement judiciaire hors foyer,...
- Suivi en milieu ouvert : Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO) en précisant si elle est administrative ou judiciaire, Suivi avec Mise à l'Épreuve (SME), suivi socio judiciaire, contrôle judiciaire, suivi jeune majeur...
- Décisions judiciaires : Ordonnance de Placement Provisoire (OPP), Placement Judiciaire (PJ), Ordonnance de Recherche et de Conduite, Ordonnance de Renvoi devant le Tribunal pour Enfants, Mise en examen, Amende, peine avec sursis, détention provisoire...

Nous avons également tenté de repérer tout événement lié au suivi ou l'ayant provoqué par exemple infraction, victimisation, ...

✓ **Les autres informations à signaler**

## ANNEXE 14 : Eléments caractéristiques des échantillons

**Tableau n°1** : Eléments caractéristiques de l'échantillon de l'IME :

Jeunes	Hébergement	Sexe	Age	Accompa- -gnement MS	Accompa- -gnement ASE	Accompa- -gnement PJJ	Accompagnement Sanitaire (Psychiatrie)
1	Famille	F	21	Non	Non	Non	Oui
2	Famille	G	16.1	Oui	Non	Non	Oui
3	Famille	G	17.3	Oui	Oui	Non	Oui
4	FA	G	14	Oui	Oui	Non	Oui
5	FA	F	18.2	Oui	Oui	Non	Oui
6	FA	G	15.5	Oui	Oui	Non	Non
7	FA	G	14.6	Oui	Oui	Non	Oui
8	MECS	F	14.8	Oui	Oui	Non	Oui
9	MECS	G	16.7	Oui	Oui	Non	Non
10	MECS	G	16.5	Oui	Oui	Oui	Oui
11	FDE	F	16.1	Oui	Oui	Non	Oui
12	FDE	G	15.9	Oui	Oui	Non	Non
13	FJT	G	16	Oui	Oui	Oui	Oui
14	Foyer PJJ	G	17.2	Oui	Non	Oui	Oui
15	Centre Maternel	F	17.1	Oui	Oui	Non	Oui

**Tableau n°2** : Eléments caractéristiques de l'échantillon du GCSMS :

Type d'établissement	*Avec ou sans troubles associés	Echantillon				
	Agrément	Nombre de retour	Sexe	Age	Accompagnement Médico-social	Accompagnement ASE
IME 1 avec dispositifs hébergement	12-20 ans DIL – DIM* 100 places	2	1 G 1 F	15 ans 16 ans	Oui Oui	Oui Oui
IME 2 avec internat	6 – 14 ans DIL – DIM * 45 places	2	1 G 1 F	13 ans 11 ans	Oui Oui	Oui Oui
IME 3	3–20 ans 35 places DIM –DIS * 25 places TED 5 places « expertise, évaluation, diagnostic	2	2 G	21 ans 14 ans	Non Oui	Non Oui
IME 4	6 – 14 ans DIL – DIM * 20 places	2	1 G 1 F	6 ans 13 ans	Oui Oui	Oui Oui
IME 5 avec internat	5- 20 ans DIM – DIS 75 places dont 10 TED	2	1 G 1 F	15 ans 13 ans	Oui Oui	Oui Oui
SESSAD 1	32 – 20 ans DIL – DIM	2	1 G 1 F	16 ans 15 ans	Oui Oui	Oui Oui
SESSAD 2	0 – 25 ans Multi handicaps 37 places dont 3 polyhandicaps et 9 TCC	2	2 G	12 ans 15 ans	Oui Oui	Oui Oui
CME avec répit	3 – 20 ans Polyhandicaps 24 places dont 4 en accueil de répit	2	1 G 1 F	6 ans 21 ans	Oui Oui	Oui Non
MAS	A partir de 20 ans Polyhandicaps 36 places dont 5 en accueil de jour	0	X	X	X	X
Foyer de Vie	18 – 60 ans Handicap mental et psychique 110 places	2	1 G 1 F	19 ans 25 ans	Oui Oui	Non Non
FAM	18 – 60 ans TED 14 places	2	1 G 1 F	24 ans 19 ans	Oui Oui	Non Non
ESAT	18 – 60 ans DI 181 places	2	1 G 1 F	20 ans 19 ans	Oui Oui	Non Oui
FDE	7 jours – 18 ans Hébergement d'urgence ASE 63 places	2	1 G 1 F	16 ans 6 ans	Oui Non	Oui Oui
MECS	6 -18 ans + MIE Hébergement ASE 37 places dont 10 en studios	2	2 G	16 ans 14 ans	Non Oui	Oui Oui

## ANNEXE 15 : Volet 2 de la grille de recueil biographique

<b>Informations complémentaires concernant : le mode d'hébergement du jeune</b>
Motif et contexte du premier placement à l'ASE ?
Motifs principaux des changements de type d'hébergement ? (établissement, retour en famille, famille d'accueil, lieu de vie, structure hospitalière, accueil d'urgence, situation d'errance...)
L'hébergement actuel est-il, selon vous, satisfaisant, adapté à la situation du jeune ?
Selon vous, quel type d'hébergement serait le plus adapté à la situation de ce jeune ? Quelles conditions réunir pour un hébergement adapté ?
<b>Informations complémentaires concernant : la famille et l'entourage proche du jeune</b>
L'histoire familiale du jeune présente-t-elle des caractéristiques particulières ? (il s'agit de la configuration familiale)
Quels événements familiaux ont eu les retentissements (positifs ou négatifs) les plus significatifs sur l'ensemble du parcours du jeune (scolarité, hébergement etc.) ? (événements marquants tels que hospitalisation, incarcération, décès d'un parent ou encore les cas d'abandon ou de maltraitance.)
Comment caractériser l'implication de la famille ou des proches dans le parcours du jeune ?
Quelle est l'attitude du jeune vis-à-vis de son environnement familial et ses proches ?
Quel accompagnement a été proposé, effectué ou envisagé avec la famille ? Quels ont été les facilitateurs et les obstacles ?
<b>Informations complémentaires concernant : la scolarisation et / ou l'activité de jour</b>
Quels ont été les motifs des ruptures dans le parcours scolaire (déscolarisation, interruption, changement d'établissement...)
Quels rapports le jeune entretient-il avec les situations d'apprentissage ? Quels rapports le jeune entretient-il avec le cadre scolaire ? (règlement, relations avec les professeurs, avec les autres élèves etc.)
Existe-t-il un décalage entre le niveau scolaire réel et la dernière classe fréquentée ? Expliciter.
Y'a-t-il des perspectives de formation et ou d'insertion professionnelle pour le jeune ? (qu'il souhaite ou exprime, que l'entourage a envisagé)
Des formes de scolarité adaptée ont-elles été envisagées ou mises en place ? A quel moment de la trajectoire scolaire, dans quel contexte et pour répondre à quels besoins ? Ont-elles été mises en oeuvre et quel bilan en faites vous ?
<b>Informations complémentaires concernant : l'état de santé et les soins</b>
Quel est l'état de santé général et son évolution depuis sa naissance ?
Une évaluation médicale (bilan, diagnostic ou prescription de soins) a-t-elle été posée dans le parcours ? A quel moment, par qui ? Avec quels résultats et conséquences
Quels problèmes de santé ou périodes de soins ont eu les retentissements les plus importants sur l'ensemble du parcours ? (préciser l'ensemble des problèmes psychiatrique et autres problèmes)
Si des soins psychiatriques ont été envisagés ou mis en place : à quel moment du parcours ? Dans quel contexte ? pour répondre à quels besoins ? Ont-ils été mis en oeuvre ? Si non, pourquoi ? Quel bilan des soins psy ? Quels sont les motifs de rupture dans la trajectoire de soins ?
Quelles raisons ont motivé le dépôt d'un dossier à la MDPH ? Qui en a été l'instigateur ? A quel moment du parcours du jeune (décrire le contexte) ? Quelles étaient les attentes ?
Quelle suite en a été donnée ? (allocation, orientation effective, aucune suite, etc.)
Actuellement, le jeune a-t-il une reconnaissance d'un handicap ? Laquelle ? Quelles en sont les répercussions sur le parcours du jeune ?
<b>Informations complémentaires concernant : les interventions sociales et judiciaires</b>
A quel moment remontent les premiers signes des difficultés de l'enfant ? (suspicion, dénonciation, premier repérage)
Quelle a été la première forme d'intervention connue pour répondre à la situation du jeune ? (PMI, action éducative, etc.) Dans quel contexte ? Quels en ont été les effets ?
Quelle a été la première décision de justice concernant le jeune (en tant que victime ou auteur) ? Dans quel contexte ? Quels en ont été les effets ?
Y a-t-il eu des obstacles ou des problèmes dans le déroulement du processus judiciaire (au moment de la détection, de la vérification des faits, du signalement, de la mise en oeuvre de la décision), et / ou des erreurs d'appréciation de sa situation ?
Comment la situation du jeune a-t-elle évolué en matière de victimisation ou d'infraction ?
Y'a-t-il eu des moments clés ou des événements marquants dans le parcours judiciaire ?
<b>Informations complémentaires concernant : des questions transversales</b>
Globalement, le parcours de vie du jeune se caractérise-t-il par une ou plusieurs périodes significatives ?
Quelle est l'attitude du jeune à l'égard des différents projets le concernant (hébergement, scolarité, soin ...)
Y'a-t-il ou y'a-t-il eu des liens privilégiés entre le jeune et un adulte ayant eu un rôle déterminant de son parcours de vie ?
La situation de ce jeune a-t-elle fait l'objet d'une évaluation ?
Si oui. A quel moment du parcours ? Qui l'a sollicitée ? Qui l'a faite ? Quels en ont été les effets sur la situation du jeune ?

## ANNEXE 16 : Plan d'action général

QUOI ?	QUI ?	OU ?	QUAND ?	COMMENT ?	POURQUOI ?	INDICATEURS EVALUATION
Réguler le nombre de jeunes à problèmes complexes	Directeur IME (mci)	Commission admission	Dès Aout 2015	Etude des dossiers en équipe pluridisciplinaire Assurer la maîtrise des profils des jeunes admis à l'IME, ce qui risque d'être en tension avec les besoins du territoire.	S'assurer de l'adéquation avec les moyens alloués. Garantir la sécurité des jeunes et des salariés. Garantir la bienveillance.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le nombre :</li> <li>de jeunes à situation complexe admis</li> <li>de jeunes à situation complexe sur liste d'attente</li> <li>d'événement indésirable les concernant</li> </ul>
Faire monter en compétences les salariés de l'IME	Directeur IME DRH	Centre de formation ou IME	Dès Janvier 2016	EAE Plan de formation Mise en œuvre de formations pour faire face aux situations difficiles.	Former les éducateurs pour qu'ils développent des supports d'activité à visée thérapeutique Permettre aux salariés d'appréhender plus sereinement les passages à l'acte violents des jeunes, de créer un protocole de contenance physique doux, éthique et bienveillant Permettre aux cadres d'accompagner et de soutenir les équipes dans les situations de violence.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le nombre :</li> <li>de salariés formés</li> <li>de salariés satisfaits (EAE)</li> <li>de formations organisées en lien avec les jeunes à problématique complexe.</li> </ul>
Recruter un médecin psychiatre.	Directeurs GCSMS DRH Cabinet de recrutement	France / Europe	Dès que possible	Rendre plus attractive notre annonce et intensifier notre recherche. Les autres établissements du GCSMS sont également confrontés à l'absence de psychiatre. Un recrutement mutualisé d'un psychiatre coordonnateur permettrait de proposer un poste à temps plein. Faire appel à un cabinet de recrutement.	Faciliter la mise en place de partenariat avec la psychiatrie, d'éclairer les équipes et de les aiguiller dans leur pratique, de les soutenir ce afin de proposer une meilleure prise en compte des jeunes accompagnés. Communiquer sur les limites actuelles de l'IME dans cet accompagnement spécifique et d'identifier les conditions qui permettraient de les dépasser. Se positionner dans l'expérimentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le nombre de :</li> <li>candidats proposés par le cabinet de recrutement.</li> <li>Rencontre avec le service psychiatrique</li> <li>Le recrutement ou non du psychiatre.</li> </ul>
S'inscrire dans la dynamique territoriale	Directeur, Chef de service de l'IME	Groupe de travail MDPH/ ARS	Dès 2016 -	Participer activement à la mise en œuvre expérimentale du rapport Piveteau : présence pérenne de l'IME	Faire émerger une culture commune Répéter ensemble ce qui nous pousse à faire (valeur perçue) et ce qui nous empêche de faire (effort demandé). Proposer une fiche action équipe mobile dans le cadre du GCSMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le nombre de :</li> <li>réunion organisée par MDPH</li> <li>La présence ou non de l'IME</li> </ul>
Mettre en œuvre une « Equipe Mobile »	GCSMS	Salles de réunion du GCSMS	Dès Janvier 2016	Formations collectives Comité de pilotage Comité de direction Groupe de travail	Mieux répondre aux besoins du territoire et aux besoins des jeunes à situation complexe. Ces 2 scénarios nous permettraient de financer de manière pérenne les différents dispositifs expérimentaux et de pouvoir en déployer de nouveaux à moyens constants.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le nombre :</li> <li>de salariés satisfaits (EAE)</li> <li>de formations organisées</li> <li>Réunions (comité de pilotage, CODIR, Groupe de travail), le présentisme.</li> </ul>
	GCSMS	ARS	Négociation annuelle CPOIM, 2016 Négociation CPOIM 2017-2022	Faire converger le coût à la place des IME du pôle enfance par augmentation des moyens ou réduction de la capacité d'accueil soit un gain potentiel non négligeable 1 490 000€ ou réduction de 36 places DI qui ne serait pas sans mettre en grandes tensions le département et en difficulté les jeunes et les familles à la vue des listes d'attente.	Obtenir un financement conjoint CD/ARS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le financement ou non</li> <li>Le nombre de :</li> <li>situations complexes accompagnées.</li> <li>Jeunes, familles, partenaires satisfaits (questionnaires de satisfaction)</li> </ul>

## AXE → Equipe mobile transversale ASE/Médico- sociale

Intervenir pour assurer la continuité de l'accompagnement, dans les lieux de vie et de « scolarité » (famille, famille d'accueil, établissements ...) des enfants, adolescents, jeunes adultes relevant du médico-social et/ou de l'ASE pour prévenir ou pallier aux ruptures de parcours.

L'intervention sera adaptée au public concerné et devra favoriser :

- l'analyse et l'aide à la compréhension de la situation,
- l'identification des dispositifs ressources et leur mise en réseau,
- le transfert de compétences (expertise, formation, mise à disposition de moyens humains supplémentaires).

### I. PROJET

#### ❖ Enjeux :

- ✓ Assurer la continuité des parcours
- ✓ Permettre l'optimisation financière pour faciliter la mise en œuvre des politiques publiques nationales.
- ✓ Obtenir des crédits pérennes pour développer un dispositif transversal ASE/MS.
- ✓ Aboutir au déploiement des financements conjoints CD/ARS.
- ✓ Créer des instances opérationnelles dans les départements afin de prendre en compte les situations dites complexes sur des diagnostics partagés ASE/MS.
- ✓ Garantir la continuité et la coordination des parcours

#### ❖ Projet : Créer une équipe pluridisciplinaire mobile, modulable et mixte (sociale et médicosociale), dans le cadre d'un GCSMS.

#### ❖ Public concerné : Mineurs et ou jeunes majeurs relevant de la Protection de l'enfance et du champ du handicap (notification MDPH ou reconnaissance en cours).

#### ❖ Co-acteurs du projet :

- ✓ Conseil Départemental : sous direction enfance et famille,
- ✓ ARS
- ✓ MDPH
- ✓ Secteur et inter secteur de psychiatrie et de pédopsychiatrie (CHS).
- ✓ Partenaires associatifs et institutionnels du champ de la protection de l'enfance.
- ✓ Les enfants, adolescents, jeunes adultes concernés, les familles et les aidants familiaux
- ✓ Juges des enfants, parquet.
- ✓ Etablissements médico-sociaux, CMPP, CAMS...

#### ❖ Opérateur du projet : GCSMS

## 2. ELEMENTS DE DIAGNOSTIC DU PROJET

### ❖ Diagnostics – Constats – Identification des besoins :

- ✓ Rapport Piveteau (Chiffres- 10 juin 2014) Repères
- ✓ Feuille de route de la protection de l'enfance 2015-2017 de Marisol Touraine et Laurence Rossignol : « *conforter et soutenir l'évolution des pratiques professionnelles, définir une vision partagée, agir sur les leviers* ».
- ✓ *Le rapport de la Défenseure du droit des enfants*

L'option proposée est de constituer une équipe mobile qui prend en compte les besoins de l'enfant, adolescent, jeune adulte en situation de handicap pour garantir la cohérence et la continuité de son parcours.

### ❖ Offre existante :

- ✓ Les partenaires institutionnels du département oeuvrent déjà à une régulation de ces problématiques comme le préconisent les politiques publiques et des schémas départementaux mais rencontrent de nombreux freins.
- ✓ Plusieurs expérimentations au niveau national sont menées autour d'équipes mobiles « dédiées », citons en particulier le travail mené sur l'Etablissement Public de Santé Mentale Lille métropole par l'équipe du Dr Garcin (CHS), l'équipe mobile du Cantal (ASE), l'équipe mobile de l'IME La Bonne Fontaine en Moselle.

## 3. PRESENTATION DU PROJET

### ❖ Action nouvelle ou prolongement d'une action existante :

- ✓ Action nouvelle en appui des dispositifs existants et en référence au rapport Piveteau, à la feuille de route de la Protection de l'Enfance 2015-2017, ...

### ❖ Objectifs attendus :

- ✓ Répertorier les partenariats territoriaux des différents champs
- ✓ Recueillir les demandes
- ✓ Traiter la demande dans les 24h
- ✓ Poser un premier diagnostic
- ✓ Cibler et mobiliser les personnes ressources
- ✓ Coconstruire un dispositif adapté
- ✓ Faciliter le traitement en transversalité des situations ciblées.
- ✓ Instaurer une obligation de suivi et soutenir l'engagement des actions
- ✓ Evaluer et prévenir les situations dites complexes
- ✓ Prévenir les situations de ruptures liées aux phénomènes de multi placements institutionnels et/ou familiaux.

### ❖ Articulation avec d'autres actions existantes :

Commissions départementales enfance (CDE), CDAPH, RSM, CASA, Maison des adolescents, CMPP...

## 4. CADRE DU PROJET –

**Porteur de projet :** GCSMS mixte ASE-MS

**Financeurs :** ARS/CD

**Un comité de pilotage transversal :** 1 représentant de la Directions Enfance et Famille, de la MDPH, de l'ARS, des établissements de l'ASE, du médico-social, du sanitaire.

### Une démarche concertée dans la création de l'équipe mobile pour :

1. **Sensibiliser et coopter** les partenaires secteurs publics et associatifs (médico-sociaux et protection de l'enfance), justice...
2. **Etablir un diagnostic partagé** sur le public cible, les moyens et stratégies à déployer,
3. **Définir les territoires d'action et les modalités d'intervention**,
4. **Elaborer un plan d'actions** à engager,
5. **Définir un budget** considérant en termes de transversalité les moyens à déployer, les mesures nouvelles à financer.
6. **Etablir une convention cadre et fiche intervention**

### 5. FONCTIONNEMENT TYPE D'UNE EQUIPE MOBILE MS-ASE –

#### ❖ Missions :

- ✓ **Etre réactif**
- ✓ **Respecter le cadre d'intervention préalablement défini par le comité de pilotage**
- ✓ **Prendre en compte les situations complexes ASE/MS,**
- ✓ **Intervenir dans l'environnement de l'enfant, de l'adolescent, du jeune adulte relevant du MS/ASE,**
- ✓ **Renforcer le repérage et prévenir des situations à risques,**
- ✓ **Adapter les modes d'intervention, orienter**
- ✓ **Répondre aux besoins d'enfants, d'adolescents et jeunes adultes, mais hors une situation de danger vital, quel que soit le demandeur ou le lieu de vie.**
- ✓ **Soutenir les enfants, adolescents et jeunes adultes dans l'accès à leur autonomie**
- ✓ **Soutenir et appuyer les familles, les aidants et les professionnels dans l'accompagnement,**
- ✓ **Intervenir sur le lieu de vie de l'enfant, de l'adolescent, du jeune adulte en souffrance (familial, scolaire, institutionnel).**
- ✓ **Contribuer à la prévention des situations complexes** (rupture scolaire et sociale, trouble du comportement, conduite à risque, passage à l'acte), toute manifestation relevant de la santé.
- ✓ **Organiser et favoriser l'accès aux soins** en collaboration avec les différents partenaires,
- ✓ **Assurer un étayage** auprès des différents services,
- ✓ **Transmettre les données aux différents observatoires**

#### ❖ Modalités d'accompagnement :

- ✓ Equipe(s) mobile(s) départementale(s).
- ✓ Astreinte téléphonique 24h/24h (modalités à définir)
- ✓ **Intervention dans les 24h** du lundi au vendredi, et samedi matin quel que soit le demandeur ou le lieu de vie pour établir un pré-diagnostic, en lien avec les acteurs hospitaliers (dispositif intégré)
- ✓ **Fiche d'intervention des différents professionnels**
  - ✓ Actions de type ambulatoire **sur le lieu de vie** de l'enfant, de l'adolescent, du jeune adulte concerné, par exemple :
    - Être en capacité de proposer un temps d'accompagnement individuel sur le lieu où la situation est complexe.
    - Être en capacité de réaliser un diagnostic social et medico social afin d'identifier les points d'accroches, les relais et assurer une plus grande réactivité des acteurs institutionnels (MDPH/ASE).
- ✓ Accompagnements fondés sur une clinique de la non demande de la personne en souffrance.

- ✓ Une écoute active, observation et posture bienveillante, une disponibilité, un engagement du service, une coordination avec les partenaires, pour travailler l'adhésion de la personne au projet
- ✓ Une évaluation à distance sur 12 mois (1 mois - 3mois – 6mois – 12 mois).

❖ **Organisation – RH – Localisation – Logistique :**

- ✓ **Les expérimentations en cours sur le territoire s'appuient sur un plateau technique composée de : médecin(s) psychiatre(s), psychologue(s), infirmier(s), assistante(s) sociale(s), éducateurs spécialisés, secrétaire(s) coordonnés par un chef de service.**
- ✓ **Local aménagé, véhicule(s), équipements informatiques et téléphoniques, petits équipements, frais de fonctionnement ...**
- ✓ **Les professionnels des équipes mobiles pourront s'appuyer sur les référentiels formations proposés par le GEPSO**

❖ **Budget prévisionnel :**

Le budget sera établi et précisé en fonction des besoins repérés. La constitution d'une unité opérationnelle devra être abordée en termes de transversalité des moyens à déployer et de mesures nouvelles à financer.

Les fonctions supports seraient adossées à une ou plusieurs structures existantes et partenaires.

En référence aux équipes mobiles rattachées au secteur sanitaire, **la masse salariale** en fonction d'un plateau technique qualifié varie selon l'échelle suivante : **250K€ à 300K€ pour une file active de 15 interventions.**

## 6. EVALUATION DU PROJET :

❖ **Indicateurs quantitatifs – Outils :**

- Nombre de partenaires participants aux réunions préparatoire
- Nombre d'appel reçu
- Nombre de déplacement
- Nombre de situation traitée
- Nombre d'heures par catégorie socio-professionnelle

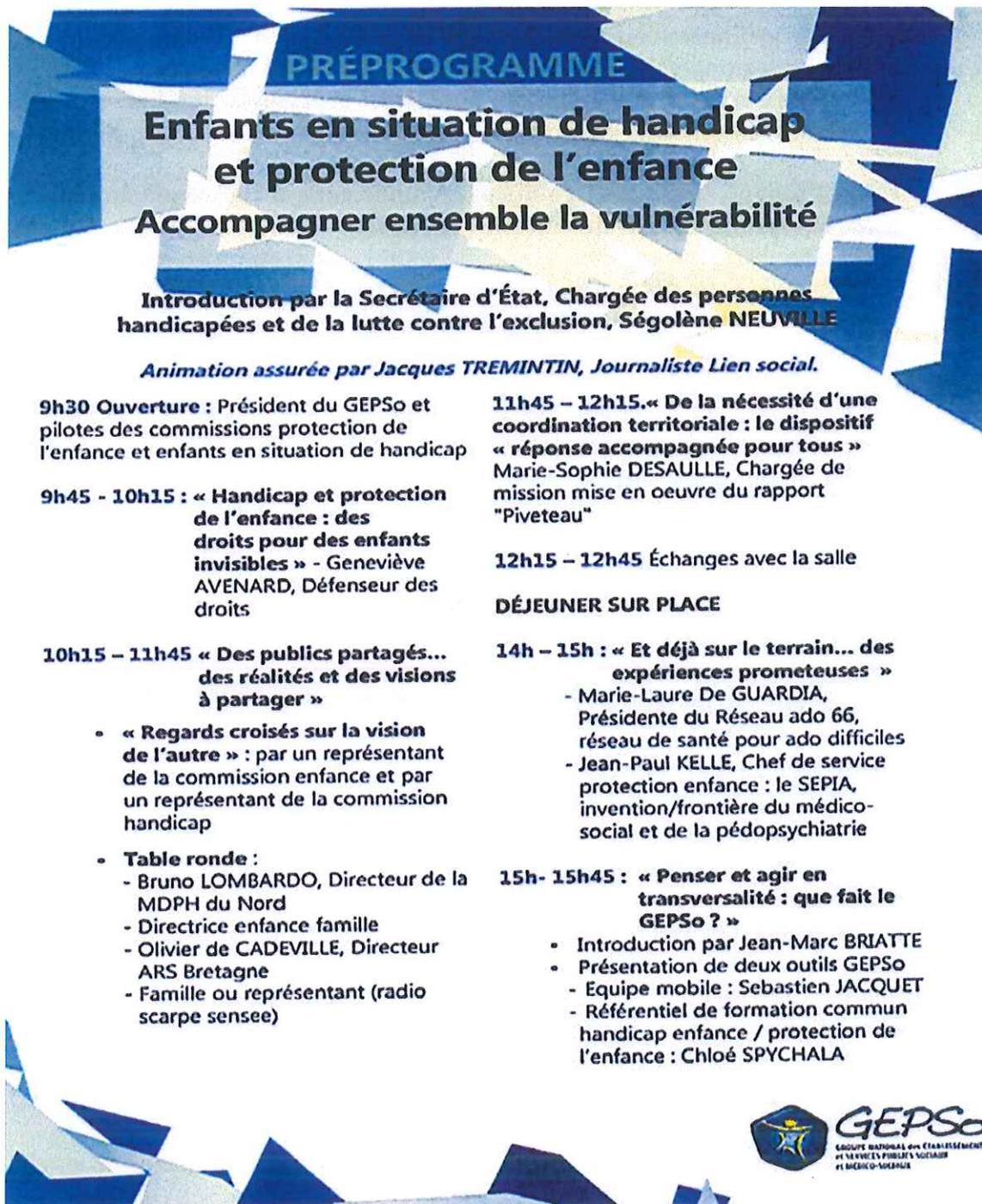
❖ **Indicateurs qualitatifs :**

- Mise en place du conventionnement autour du groupe de pilotage
- Présence au groupe de pilotage
- Présence aux réunions départementales
- Partages données
- Adéquation entre les modalités de saisie du dispositif et la réalité de terrain
- Facilitation du travail en inter-secteurs (ASE/Médico-social-sanitaire) : Diminution du nombre de jeunes en situation de rupture (repérable au sein des UTS), nombre de suivi en terme de prévention...

❖ **Indicateurs de temps :**

- Rapport d'activité
- Questionnaires de satisfaction (usager, familles, partenaire ...)

ANNEXE 18 : Programme de la journée technique nationale GEPSO  
du 2 décembre 2016



**PRÉPROGRAMME**

## Enfants en situation de handicap et protection de l'enfance

### Accompagner ensemble la vulnérabilité

**Introduction par la Secrétaire d'État, Chargée des personnes  
handicapées et de la lutte contre l'exclusion, Ségolène NEUVILLE**

*Animation assurée par Jacques TREMINTIN, Journaliste Lien social.*

**9h30 Ouverture :** Président du GEPSO et pilotes des commissions protection de l'enfance et enfants en situation de handicap

**9h45 - 10h15 :** « Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles » - Geneviève AVENARD, Défenseur des droits

**10h15 – 11h45 « Des publics partagés... des réalités et des visions à partager »**

- « **Regards croisés sur la vision de l'autre** » : par un représentant de la commission enfance et par un représentant de la commission handicap
- **Table ronde :**
  - Bruno LOMBARDO, Directeur de la MDPH du Nord
  - Directrice enfance famille
  - Olivier de CADEVILLE, Directeur ARS Bretagne
  - Famille ou représentant (radio scarpe sensee)

**11h45 – 12h15. « De la nécessité d'une coordination territoriale : le dispositif « réponse accompagnée pour tous »**  
Marie-Sophie DESAULLE, Chargée de mission mise en oeuvre du rapport "Piveteau"

**12h15 – 12h45 Échanges avec la salle**

**DÉJEUNER SUR PLACE**

**14h – 15h : « Et déjà sur le terrain... des expériences prometteuses »**

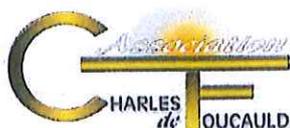
- Marie-Laure De GUARDIA, Présidente du Réseau ado 66, réseau de santé pour ado difficiles
- Jean-Paul KELLE, Chef de service protection enfance : le SEPIA, invention/frontière du médico-social et de la pédopsychiatrie

**15h- 15h45 : « Penser et agir en transversalité : que fait le GEPSO ? »**

- Introduction par Jean-Marc BRIATTE
- Présentation de deux outils GEPSO
  - Equipe mobile : Sebastien JACQUET
  - Référentiel de formation commun handicap enfance / protection de l'enfance : Chloé SPYCHALA



## ANNEXE 19 : Invitation et programme des journées départementales



Association Charles de Foucauld  
33, rue Rouget de l'Isle  
89000 Auxerre  
Tel : 03 86 34 91 25  
philgerbault@orange.fr

Auxerre, le 12 Septembre 2016

Madame, Monsieur,

Pour ses 25 ans d'existence, l'Association Charles de Foucauld a décidé que « le plaisir d'apprendre » serait sa marque d'émancipation. Elle souhaite pouvoir partager cette philosophie, avec l'ensemble de ses partenaires sociaux et médico-sociaux.

En partenariat avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées, le Conseil Départemental de l'Yonne, l'Agence Régionale de la Santé de Bourgogne-Franche-Comté et le Réseau International sur le Processus de Production du Handicap, l'Association organise deux journées d'Information et de réflexion.

Ces journées auront lieu les **11 et 12 octobre** à l'amphithéâtre du 89, **boulevard de la Marne à Auxerre** (entrée d'Auxerre en provenance de Paris) et auront pour thème : **Du « Zéro sans solution » à la situation de handicap au Québec.**

Madame Desaulle chargée de piloter la mission nationale « une réponse accompagnée pour tous » fixera les contours des nouvelles orientations nationales.

Les représentants de la MDPH et l'ARS, des familles des personnes en situation de handicap débattront des réalisations et des possibilités sur notre territoire.

Pour mieux comprendre le contexte dans lequel évolue le système sanitaire et médico-social en France, Monsieur Pierre Bodineau interviendra sur l'histoire du handicap et des politiques sociales avec un regard plus particulier sur la participation effective des personnes en situation de handicap.

Monsieur Korpés, traitera de la participation sociale des personnes en situation de handicap selon le modèle conceptuel québécois « le processus de production du handicap ».

Les participants auront la chance d'entendre Monsieur Fougeyrolas depuis le Québec en visioconférence et pourront lui poser leurs questions.

Pour conclure ces deux journées de réflexion, les personnes en situation de handicap présenteront leur engagement au quotidien.

Les organisateurs et moi-même avons le plaisir de vous inviter, ainsi que vos collaborateurs, à ces deux journées dont le programme se décline comme suit :

Stationnement sur le Parking de l'autre côté du 89 et dont l'entrée est en face du Restaurant Buffalo.

**Mardi 11 octobre de 14h à 17h :**

**13h 30 à 14h – Accueil des participants**

**14h à 14h20 - Ouverture des travaux par le Président du Conseil Départemental de l'Yonne et le Directeur Général de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté.**

**14h20 à 15h20 - Le rapport Piveteau ; « réponse accompagnée pour tous » le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches par Madame Marie-Sophie Desaulle, responsable du projet.**

**15h20 à 15h40 - Pause**

**15h40 à 17h - Mise en œuvre Départementale de l'expérimentation « une réponse accompagnée pour tous » : table ronde en présence de Madame Desaulle, du Directeur de la MDPH, d'un représentant de l'ARS, d'un représentant des familles et du directeur de l'IME d'Auxerre représentant des ESMS de l'Yonne.**

**Mercredi 12 octobre 9h à 17h (repas prévu entre 12h 30 et 14h)**

**8h30 à 9h – Accueil des participants**

**9h à 10h - Histoire du handicap : la participation sociale des handicapés et les politiques sociales par Monsieur Pierre Bodineau, historien du droit et Président du CREAL Bourgogne durant 23 ans.**

**10h à 11h30 - Le modèle de développement Humain-processus de production du handicap,**

**11h30 à 12h30 - Les mesures des habitudes de vie, de la qualité de l'environnement,**

**14h à 15h15 - Le plan d'intervention individualisé, par Monsieur Jean Louis Korpés, Professeur à la Haute Ecole de travail social de Fribourg.**

**15h15 à 15h30 - Pause**

**15h30 à 16h30 - Echange avec la salle en visioconférence avec Monsieur Patrick Fougeyrollas, Président du Réseau International sur le Processus de Production du Handicap, anthropologue à l'Université Laval (Québec) et Chercheur au Centre Interdisciplinaire de Recherche et de Réadaptation et Intégration Sociale (CIRIS).**

**16h30 à 17h - Court métrage : l'opinion des personnes en situation de handicap.**

Je me tiens à votre entière disposition et j'espère vous rencontrer lors de ces journées. Je vous saurai gré de bien vouloir me retourner le coupon de participation ci-dessous.

Je vous prie d'agréer, Madame Monsieur, l'expression de mes cordiales salutations.

Philippe Gerbault

Directeur

Nom :

Prénom :

Structure :

Participera aux journées de réflexion du 11 et 12 octobre 2016 à l'amphithéâtre du 89 à Auxerre

Au déjeuner du 12 octobre

Ne participera pas

Collaborateurs participants : Noms :

Prénoms :

-  
-  
-  
-

Coupon à retourner avant le 26 septembre 2016, par mail ou à l'adresse ci-dessus.

Stationnement sur le Parking de l'autre côté du 89 et dont l'entrée est en face du Restaurant Buffalo.

**ANNEXE 20 : Profils des professionnels recherchés pour constituer l'équipe mobile mixte et leurs missions.**

Personnel	Missions
<p><b>Personnel éducatif Formé et expérimenté :</b>  <b>1 expérience MS,</b>  <b>1 expérience ASE</b></p> <p><b>2 ETP Educateur spécialisé</b>  <b>Référents de PAG</b></p>	<p>Participe à l'accueil et évaluation téléphonique des demandes (Astreinte)  Rôle de soutien et d'encadrement pour les apprentissages et rééducations.  Contribuer ou mettre en place les préconisations retenues dans le PAG  Coordonne les actions menées par les différents ESMS  Prendre note et traiter les données quotidiennes  Accompagner les différents temps de prise en charge  Proposer des temps d'accompagnement en individuel  Prendre le relais au sein des familles, familles d'accueil, ESMS  Participer aux réunions de concertation  Guidance et soutien à domicile  Contribuer au développement du partenariat et réseau  Animer et faire vivre le réseau  Contribuer au diagnostic  Bilan et accompagnement social des familles</p>
<p><b>1 ETP de psychologue</b></p>	<p>Participe à l'accueil et évaluation téléphonique des demandes (Astreintes)  Evaluer le profil psychoéducatif des usagers  Réaliser les bilans psychologiques  Contribuer à la formation des professionnels  Participer au PAG  Participer aux réunions de concertation  Guidance et soutien à domicile  Contribuer au développement du partenariat et réseau l'anime et le fait vivre  Contribuer au diagnostic  Contribuer ou mettre en place les préconisations retenues dans le PAG  Evaluer les protocoles d'analyse et d'actions de gestion des comportements problèmes.  Aides aux aidants et aux équipes</p>
<p><b>1 ETP IDE</b>  <b>Expérience en pédopsychiatrie attendue</b>  <b>Référent de PAG</b></p>	<p>Participe à l'accueil et évaluation téléphonique des demandes (Astreintes)  Contribuer ou mettre en place les préconisations retenues dans le PAG  Coordonne les actions menées par les différents ESMS  Prendre note et traiter les données quotidiennes  Accompagner les différents temps de prise en charge  Proposer des temps d'accompagnement en individuel  Prendre le relais au sein des familles, familles d'accueil, ESMS  Participer aux réunions de concertation  Guidance et soutien à domicile  Contribuer au développement du partenariat et réseau  Animer et faire vivre le réseau  Contribuer au diagnostic  Référent du PAG  Suivi des prises en charge  Aide aux aidants (éclairage sur les pathologies et prise en charge psychiatriques, aide à la réflexion).</p>
<p><b>0.20 ETP</b>  <b>Pédopsychiatre</b></p>	<p>Garantie le projet de soin  Assure la dimension somatique et des pathologies associées à la déficience  Réalise les protocoles d'interventions  Créé, anime le partenariat avec le secteur sanitaire  Liens avec les médecins de famille  Coordonne les actions médicales  Aide aux aidants et équipes (éclairage sur les pathologies et prise en charge psychiatriques, aide à la réflexion).</p>
<p><b>0.2 ETP</b>  <b>Directeur</b></p>	<p>Garant du projet de service de l'équipe mobile et des PAG  Garant de la déclinaison des pratiques professionnelles dans le cadre des RBPP  Gestion de l'activité et suivi des professionnels  Préparation des actions de formation  Négociation et suivi des partenariats - Signe les conventions  Suivi financier  Liens avec les autres directeurs (ESMS, MDPH ...)  Liens avec IENASH</p>

## ANNEXE 21 : Budget Prévisionnel de l'équipe mobile

CHARGES				PRODUITS			
<b>GI : Charges afférentes à l'exploitation courante</b>	606	Achat non stocké	35 000	<b>GI : Produits de la tarification &amp; assimilés</b>	73	Produits de tarification	300 000
	611	Prestations	5 000				
	625	Déplacements, missions et réceptions	650				
	626	Frais postaux et télécommunications	1200				
	628	Divers	2000				
	<b>Total GI</b>		<b>43 850</b>				
<b>GII : Charges afférentes au personnel</b>	631	Impôts, taxes, versements (ITV) assimilés sur rémunérations	15 610	<b>GII : Autres produits relatifs à l'exploitation</b>			0
	633	Autres ITV	1 561				
	641	Rémunération personnel non médical	111 240				
	642	Rémunération personnel médical	44 860				
	645	Charges SS et prévoyance	59 318				
	647	Autres charges sociales	1 561				
	<b>Total GII</b>		<b>234 150</b>				
<b>GIII : Charges afférentes à la structure</b>	615	Entretien et réparation	1000	<b>GIII : Produits financiers et encaissables</b>			0
	616	Primes Assurances	2000				
	618	Divers	12 000				
	658	Charges diverses de gestion courante	700				
	6811	Dotation aux amortissements (2 VL, matériel informatique, mobilier)	6 300				
	<b>Total GIII</b>		<b>22 000</b>				
<b>TOTAL CHARGES</b>			<b>300 000</b>	<b>TOTAL PRODUITS</b>			<b>300 000</b>

## **ANNEXE 22 : Indicateurs de suivi et d'évaluation de l'équipe mobile**

### **Indicateurs quantitatifs :**

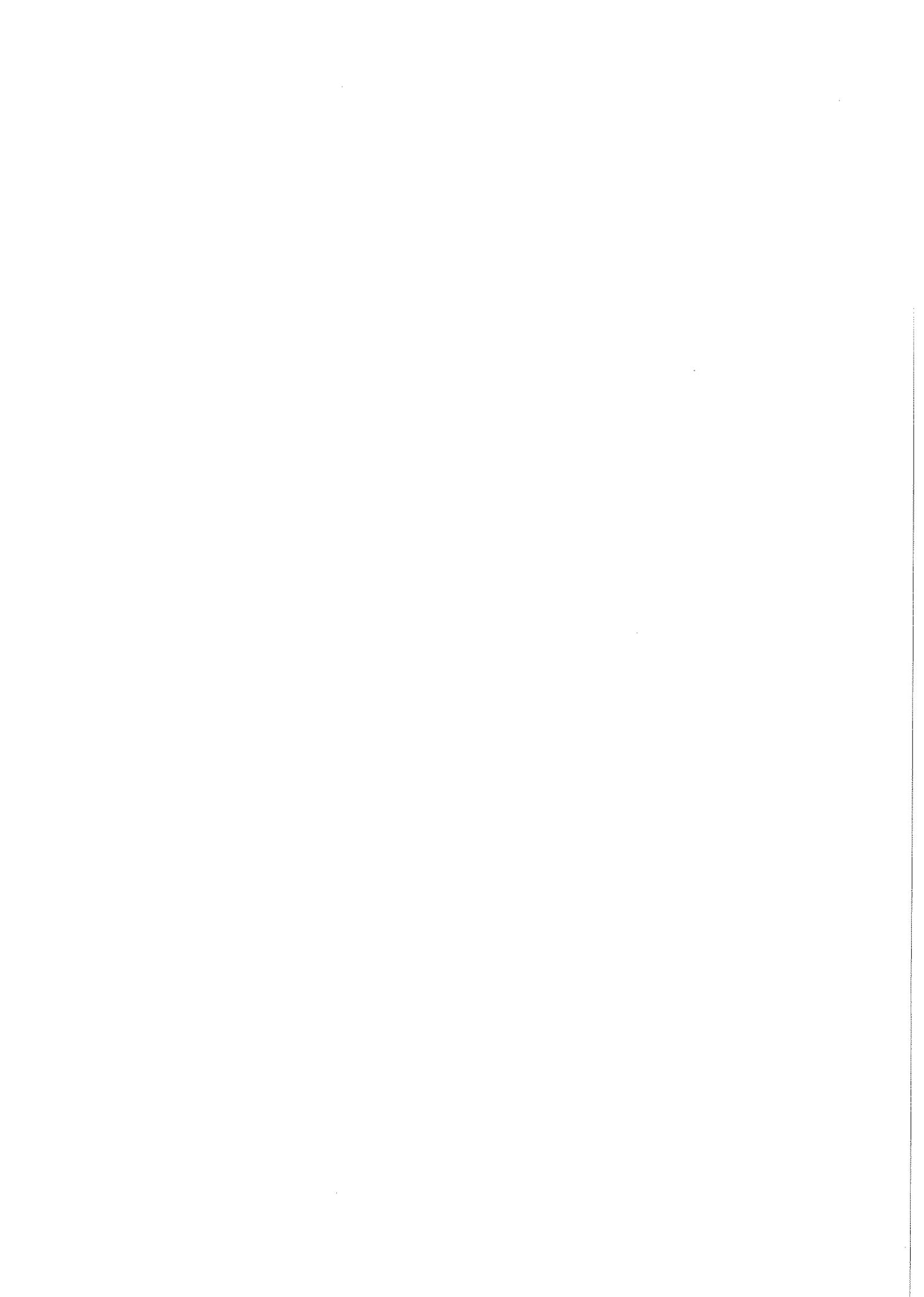
- ✓ Nombre de partenaires participants aux réunions préparatoire
- ✓ Nombre d'appel reçu / de saisine / de fiches de liaison / intervention reçues
- ✓ Nombre de déplacement
- ✓ Nombre de situation traitée / de PAG réalisé / Nombre de jeunes accompagnés par l'équipe mobile
- ✓ Nombre de ruptures constatées (scolaires, sociales, familiale, ...) / Nombre de rescolarisation en milieu spécialisés et dans les dispositifs adaptés de l'éducation nationale
- ✓ Nombre de recours aux services des urgences pour crise aigüe / hospitalisation
- ✓ Nombre de journées de fugue, d'errance
- ✓ Nombre passages à l'acte violent (sur lui-même, sur autrui, ...)

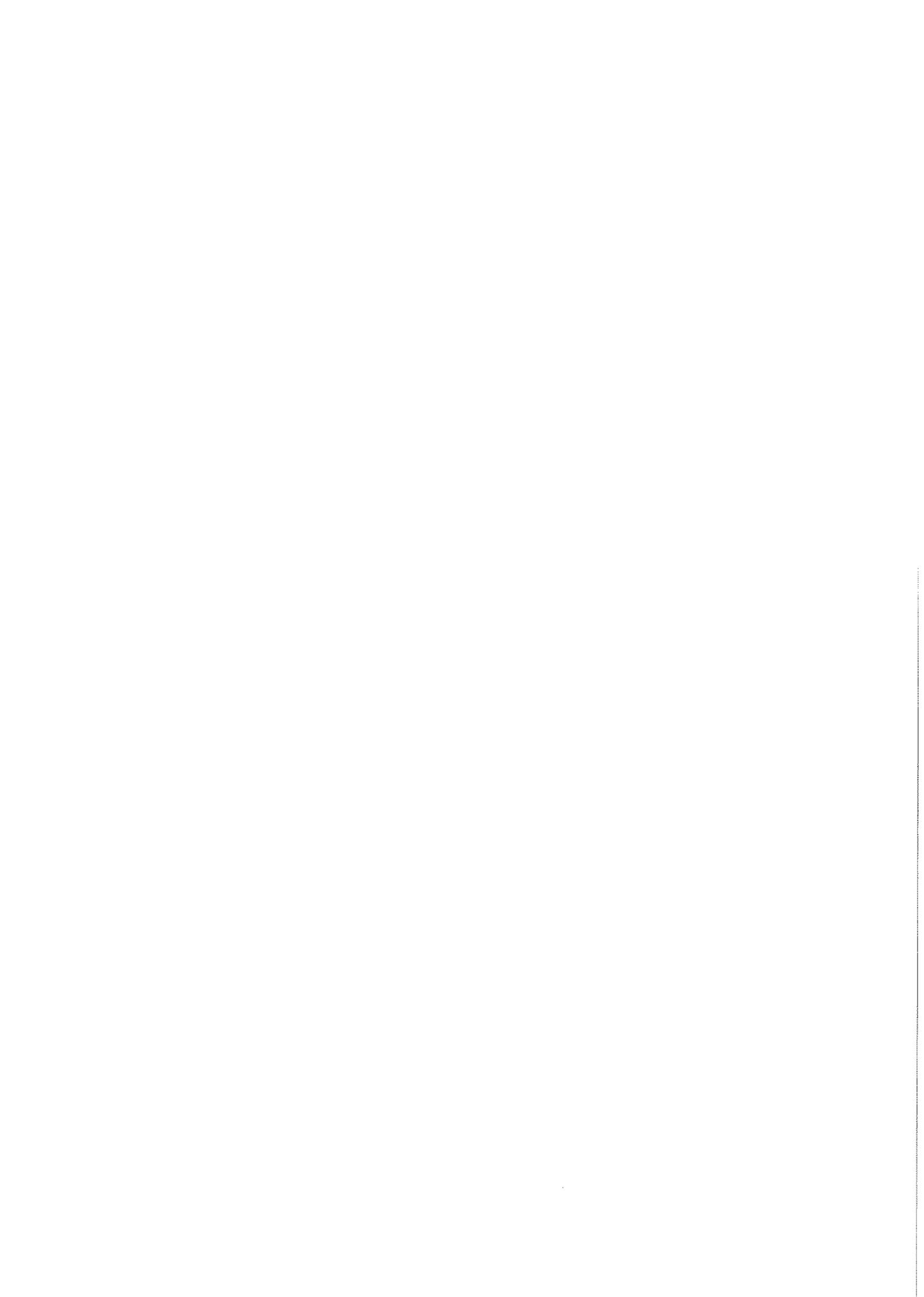
### **Indicateurs qualitatifs :**

- ✓ Nombre d'action mise en œuvre par PAG et par jeune / Nombre d'action n'ayant pu se mettre en œuvre par PAG et par jeune
- ✓ Partages données – Efficience du dispositif de coopération – La coordination effective des interventions dans le cadre du partenariat – Nombre de partenariats établis
- ✓ Adéquation entre les modalités de saisie du dispositif et la réalité de terrain
- ✓ Facilitation du travail en inter-secteurs (ASE/Médico-social-sanitaire) : Diminution du nombre de jeunes en situation de rupture (repérable au sein des UTS), nombre de suivi en terme de prévention...
- ✓ Satisfaction des personnes accompagnées, des familles, des partenaires concernant les prestations délivrées par l'équipe mobile (questionnaires)
- ✓ Satisfaction des salariés de l'équipe mobile (EAE)

### **Indicateurs de temps :**

- ✓ Rapport d'activité
- ✓ Questionnaires de satisfaction (usager, familles, partenaire ...)
- ✓ Evaluation interne et externe





JACQUET

Sébastien

Novembre 2016

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement  
ou de service d'intervention sociale**

**ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Paris Ile-de-France**

**PREVENIR LES RUPTURES DE PARCOURS DES JEUNES RELEVANT DU  
HANDICAP ET DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE A PARTIR D'UN IME  
INSCRIT DANS UN GCSMS**

**Résumé :**

Les secteurs médico-social et de la protection de l'enfance ont observé ces dernières années de profondes mutations.

En effet, les différentes lois (2002-2, 2005-102, 2009-879, 2007-293, 2016-297) ont marqué l'entrée de nouveaux paradigmes.

Les jeunes à la « frontière » des différents secteurs, désignés comme « incasables », « cas lourds », « en situation complexe », « en situation critique »..., mettent à mal nos organisations.

A ce jour, aucun établissement ou service social et médico-social, n'est en mesure de délivrer seul, les prestations qui répondent à leurs besoins spécifiques et d'offrir une prise en compte globale de leur situation.

L'accompagnement actuel, proposé par les différents secteurs (Aide Sociale à l'Enfance, médico-social, Sanitaire), reste cloisonné et conduit à des ruptures multiples dans le parcours de vie de ces personnes.

L'IME d'Auxerre, unité de l'Etablissement Public National Antoine Koëniqswarter, inscrit dans le Groupement de Coopération Social et Médico-Social public, dispose d'une palette assez large concernant l'offre de service du secteur médico-social et de la protection de l'enfance, pour autant il n'y échappe pas.

Le dispositif « une réponse accompagnée pour tous » est destiné à mettre en œuvre des solutions d'accompagnement d'un enfant ou d'un adulte handicapé, afin d'éviter toute rupture dans son parcours. Il s'appuie sur le rapport Piveteau et sur la mission confiée à Madame Desaulle.

Véritable enjeu institutionnel, territorial et national, la mise en place d'une équipe mobile mixte ASE/MS tente de répondre à cette problématique.

**Mots clés :**

Médico-social – IME – GCSMS – ASE – Protection de l'enfance – Handicap - « Personne en situation complexe » - « Personne en situation critique » - « Incasables » - Equipe mobile – Prise en compte globale – Parcours – Ruptures multiples.

*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.*