

**STRUCTURER UNE ÉQUIPE MOBILE DE LIAISON  
INTERINSTITUTIONNELLE**

**VERS UNE COOPÉRATION RENOUVELÉE EN FAVEUR DES JEUNES DITS  
« INCASABLES » SUR UN TERRITOIRE**

***Jérôme HAURY***

**2018**



---

# Remerciements

---

Une pensée particulière va à mon épouse et à mes enfants pour leur soutien et leur patience.

Au-delà de la rédaction de ce mémoire, je tiens à remercier « toutes les belles rencontres » qui accompagnent mon parcours professionnel.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>1 L'ITEP-SESSAD ASMH et son Dispositif.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Les orientations institutionnelles .....</b>	<b>4</b>
1.1.1 L'Association Saint Michel le Haut (ASMH).....	4
1.1.2 Une dynamique de soin .....	5
1.1.3 Un environnement réglementaire pour une prise en charge spécifique .....	7
1.1.4 De l'ITEP-SESSAD vers un Dispositif Intégré Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (DITEP).....	9
1.1.5 Les modalités de fonctionnement en Dispositif ITEP ASMH .....	12
<b>1.2 La spécificité des jeunes accueillis .....</b>	<b>14</b>
1.2.1 Les Troubles du Caractère et du Comportement.....	14
1.2.2 Une approche clinique au service des jeunes et de leur famille .....	16
<b>1.3 Des jeunes à la porte des institutions .....</b>	<b>17</b>
1.3.1 Des estimations au niveau national.....	17
1.3.2 Au niveau local .....	19
1.3.3 Les vignettes cliniques.....	21
<b>2 Les jeunes dits « incasables » .....</b>	<b>24</b>
<b>2.1 Un « public frontière » .....</b>	<b>24</b>
2.1.1 Une approche socio-historique des « incasables » .....	25
2.1.2 Une impulsion réglementaire.....	28
2.1.3 Au sujet des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) .....	29
<b>2.2 Déconstruire la question des « incasables » .....</b>	<b>31</b>
2.2.1 Quelques constats .....	31
2.2.2 Mes engagements sur le sujet .....	34
2.2.3 La problématisation.....	35
<b>2.3 Un panorama des dispositifs existants .....</b>	<b>36</b>
2.3.1 En Franche-Comté, une Unité Médico-Educative pour Adolescents (UEMA) .....	36
2.3.2 En France, des « Équipes Mobiles ».....	37
2.3.3 Au niveau international.....	38
<b>2.4 Penser ensemble les réponses adaptées.....</b>	<b>39</b>
2.4.1 De l'interdisciplinarité à l'interinstitutionnalité .....	39

2.4.2	Pour une logique de coopération renouvelée .....	40
<b>3</b>	<b>L'Équipe Mobile de Liaison Interinstitutionnelle.....</b>	<b>43</b>
<b>3.1</b>	<b>Son inscription territoriale.....</b>	<b>43</b>
<b>3.2</b>	<b>Ses caractéristiques .....</b>	<b>44</b>
3.2.1	Une commande des pouvoirs publics.....	44
3.2.2	Ses instances de pilotage.....	46
3.2.3	Sa finalité .....	47
3.2.4	Son statut juridique.....	48
3.2.5	Ses objectifs stratégiques.....	48
3.2.6	Ses missions .....	49
3.2.7	Sa déclinaison opérationnelle.....	49
<b>3.3</b>	<b>Ses modalités d'intervention et d'organisation .....</b>	<b>51</b>
3.3.1	Son périmètre d'intervention.....	51
3.3.2	Les situations visées .....	52
3.3.3	Son fonctionnement .....	52
3.3.4	Sa démarche qualité .....	55
3.3.5	Sa communication.....	56
<b>3.4</b>	<b>La Gestion des Ressources Humaines.....</b>	<b>58</b>
3.4.1	La ventilation des postes.....	58
3.4.2	Les recrutements et annualisations .....	59
3.4.3	Les fiches de poste .....	61
3.4.4	La Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels (GEPP).....	63
<b>3.5</b>	<b>La Gestion Financière.....</b>	<b>64</b>
<b>3.6</b>	<b>La programmation du projet.....</b>	<b>66</b>
<b>3.7</b>	<b>Son évaluation.....</b>	<b>68</b>
	<b>Conclusion.....</b>	<b>70</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>74</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>



---

## Liste des sigles utilisés

---

### **A :**

AEMO : Accompagnement Éducatif en Milieu Ordinaire

AIRe : Association des ITEP et de leurs Réseaux

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

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

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASEAJ : Association de Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte du Jura

ASMH : Association Saint Michel le Haut

### **B :**

BFC : Bourgogne - Franche-Comté

BP : Budget Prévisionnel

### **C :**

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CD39 : Conseil Départemental 39

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

COFIL : Comité de Pilotage

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

### **D :**

DITEP : Dispositif Intégré Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique

### **E :**

EMLI : Équipe Mobile de Liaison Interinstitutionnelle

EN : Éducation Nationale

ESMS : Établissement et Service Médico-Social

ESSMS : Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

ETP : Équivalent Temps Plein

### **G :**

GOS : Groupe Opérationnel de Synthèse

GPO : Groupe Projet Opérationnel

**H :**

HAS : Haute Autorité de Santé

**I :**

IME : Institut Médico-Éducatif

ITEP : Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique

**M :**

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social

**O :**

ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'Enfance

OPP : Ordonnance Provisoire de Placement

**P :**

PAG : Plan d'Accompagnement Global

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PCPSM : Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

**R :**

RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous

RBPP : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

**S :**

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

**T :**

TCC : Troubles du Caractère et du Comportement

**U :**

UMEA : Unité Médico-Éducative pour Adolescents

## Introduction

En 2016, le Conseil Départemental du Jura a effectué un recensement montrant que 19 enfants – adolescents relevaient de « problématique multiples ». On peut estimer un chiffre constant de 15 à 20 jeunes en sachant que certaines de ces situations peuvent aussi faire l'objet d'un Groupe Opérationnel de Synthèse (GOS)<sup>1</sup> dans le cadre de la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT)<sup>2</sup>.

Cette donnée objective s'inscrit pleinement dans la perspective du rapport PIVETEAU :  
« *N'avoir plus aucune solution d'accompagnement pour une personne dont le comportement est trop violemment instable ou dont le handicap est trop lourd, et dont en conséquence personne « ne veut plus », est inadmissible. Et cela se produit* »<sup>3</sup>.

De ma place de Directeur de l'Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (ITEP) – du Service d'Éducation Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD) de l'Association Saint Michel le Haut (ASMH) que je dirige depuis 7 ans, j'observe que les orientations prononcées dans l'établissement ne sont pas toujours couronnées de succès. Il arrive en effet qu'après plusieurs années de prise en charge, certains jeunes atteignent la limite d'âge sans que les difficultés qui avaient motivé leur admission soient complètement résolues. De même, des prises en charge peuvent s'écourter rapidement face à la recrudescence des symptômes, dépassant notre capacité d'intervention et de réponses à ces manifestations. Dans ces deux cas de figure, les jeunes sont « lâchés dans la nature » sans disposer de la maturité, de l'autonomie, des compétences et des capacités nécessaires pour s'intégrer positivement dans les interactions sociales et professionnelles. Même si ces échecs sont relatifs et peu nombreux, ils n'en constituent pas moins pour l'ensemble de l'équipe, et d'abord pour moi-même, un motif primordial de préoccupation et de questionnement :

---

<sup>1</sup> Dans le cadre de la Réponse Accompagnée Pour Tous, sur décision de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), il existe la possibilité de mettre en place un Groupe Opérationnel de Synthèse (GOS) rassemblant une équipe pluri-professionnelle (notamment des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux), et chargé de mettre en œuvre la réponse à la situation de la personne handicapée sur la base d'un Plan d'Accompagnement Global (PAG) défini et améliorer régulièrement à partir des besoins de la personne handicapée et des ressources mobilisables.

<sup>2</sup> Après un lancement progressif depuis 2015 sur 23 puis 90 départements, la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », issue du rapport Denis PIVETEAU « Zéro sans solutions », est généralisée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

<sup>3</sup> Rapport Denis PIVETEAU, « 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, 10 juin 2014, introduction, p. 5.

Qu'avons-nous raté ? Comment penser une organisation, un fonctionnement pour accompagner ces jeunes ? Pouvons-nous seul répondre à ces difficultés ?

Egalement, j'ai pu constater que nombre d'établissements médico-sociaux peuvent ne pas répondre à certaines demandes d'accueils, se référant à leur mission, leur moyen, ... ou tout simplement par le biais de dispositions pourtant interdites par leur agrément : par exemple limiter l'âge d'admission, fixer une durée maximale de séjour ou encore constituer une importante liste d'attente pour procéder à « une sélection » des usagers, s'évitant ainsi les cas les plus lourds et les plus difficiles. Ces pratiques contribuent pour une bonne part à mettre durablement « sur la touche » des enfants et des adolescents qui restent sans solution ou avec des aides incomplètes ou inappropriées à leurs besoins. Pour certains ces difficultés ne cesseront de s'intensifier au fil des années jusqu'à émarger aux registres de l'inadaptation sociale, de la déficience psychologique ou intellectuelle et de la délinquance. Ils fréquenteront par défaut et de façon récurrente les institutions sociales, psychiatriques ou judiciaires sans que celles-ci puissent leur apporter une réponse adéquate. Ils seront devenus des « incasables ».

Ainsi, mon expérience m'amène à avoir connaissance de ce type de jeune dont les difficultés sont tellement complexes qu'aucun établissement, qu'il soit sanitaire, médico-social ou de la protection de l'enfance, ne peut à lui-seul répondre à leurs besoins. Alors que ces jeunes se retrouvent à l'interface de tous ces dispositifs, les acteurs concernés se renvoient trop souvent la responsabilité de leur accompagnement plutôt que de chercher à le penser ensemble.

Le constat est là : on ne peut penser une réponse unique et unilatérale à une problématique multiple.

Mobilisé de longue date par la problématique des enfants orientés en ITEP, je suis particulièrement sensible à la situation de ces jeunes extrêmement fragiles et en très grande souffrance. Elle relève à mon sens d'une préoccupation qui devrait être prioritaire : je considère comme un défi professionnel et personnel de premier plan l'organisation d'un accompagnement partagé, ajusté à ces jeunes pour l'instant relégués à la marge des institutions.

Dans cette démarche, je sais que je m'inscris dans la philosophie générale promue par l'Association qui privilégie l'aide aux plus défavorisés et à la prise en compte de leur souffrance psychique. Sa déclinaison dans le projet d'établissement encourage à un processus d'amélioration continue *« de l'offre médico-sociale en prenant en compte l'évolution des caractéristiques du public, notamment en ce qui concerne l'intensification*

*des symptômes, la complexité croissante des problématiques et leur croisement avec des handicaps sociaux »<sup>4</sup>.*

De même, le Schéma Départemental de l'Enfance et de la Famille du CD 39 aborde cette question dans son axe n°3 pour « *innover en matière d'accueil pour les enfants et les jeunes à besoins spécifiques* »<sup>5</sup>. Cette volonté est aussi soulignée dans le cadre du Schéma Régional de Santé 2018–2022. L'Agence Régionale de Santé (ARS) Bourgogne – Franche – Comté (BFC) fixe comme l'un de ses 8 objectifs généraux de « *participer à la résolution des situations complexes ...* »<sup>6</sup> en favorisant « *les articulations et les liens entre les dispositifs de prise en charge sanitaire, médico-sociale, sociale, scolaire, judiciaire ...* »<sup>7</sup>.

C'est pourquoi j'ai décidé de centrer l'objet de mon mémoire sur la question de la construction d'une coopération interinstitutionnelle qui permettrait de garantir une offre de parcours sans rupture pour les jeunes en très grandes difficultés psychologiques.

Dans cette optique, je structure mon mémoire en trois parties :

Tout d'abord, j'aborde la reconnaissance de ces problématiques psychiques tant du côté de l'Association Saint Michel le Haut, de l'établissement et du service que je dirige que du contexte historique et des politiques publiques en réponse aux situations « complexes ».

Je m'attache ensuite à présenter ce jeune public dit « incasable » et les enjeux d'identification, de compréhension et d'ajustement des pratiques pour éviter les ruptures dans les parcours institutionnels.

A l'issue d'un tour d'horizon au niveau national et international, je développe dans une dernière partie, la structuration d'une Équipe Mobile dans le Jura, promouvant des liaisons Interinstitutionnelles par le biais de coopérations renouvelées, en faveur des jeunes en situation d'« incasabilité ».

---

<sup>4</sup> Projet d'Établissement de l'ITEP ASMH de Revigny, p. 2.

<sup>5</sup> Schéma Départemental de l'Enfance et de la famille, p. 147.

<sup>6</sup> Comité Stratégique du parcours handicap en lien au Projet Régional de Santé (PRS), p. 18.

<sup>7</sup> Schéma Régional de Santé 2018 – 2022, p. 121.

# **1 L'ITEP-SESSAD ASMH et son Dispositif**

Dans ce chapitre, je propose de partir des référentiels ITEP-SESSAD comme point d'appui afin de comprendre la spécificité de ces jeunes accueillis et les limites de nos organisations tant à l'échelle nationale qu'au niveau local.

## **1.1 Les orientations institutionnelles**

Dans cette première partie, je présente les dynamiques de l'ITEP-SESSAD que je dirige, vers une prise en charge différenciée et modulable en fonction des besoins des jeunes accueillis.

### **1.1.1 L'Association Saint Michel le Haut (ASMH)**

Fondée à l'initiative d'une congrégation religieuse, en 1967, à côté de Salins-les-Bains (Jura) dans un hameau portant le nom de Saint Michel le Haut, l'établissement de l'époque recevait des enfants qui ne savaient ni lire ni écrire, malgré une intelligence normale voire supérieure à la moyenne. Les personnels durent s'interroger sur ce qui faisait entrave au développement et aux processus d'apprentissages de ces jeunes. Ce mode de réflexion fit culture dans l'institution. C'est ainsi qu'en toute logique, Saint Michel le Haut s'est intéressé au fil des ans à diverses catégories de population en situation de rupture sociale ou « accidentée de la vie ». Progressivement, l'Association a su enrichir et affiner des méthodologies d'interventions appropriées pour soulager les personnes accueillies avec le développement d'une expertise sur le handicap psychique.

Ainsi, au cours de son développement, l'Association Saint Michel le Haut (ASMH) a su répondre aux sollicitations de l'État, de la Région, du Département et des collectivités, sur des besoins d'action sociale et médico-sociale repérés localement. L'ensemble de l'Association accueille ainsi chaque année environ 2000 bénéficiaires sur le département du Jura et les territoires limitrophes dans une quinzaine d'établissements et de services. Elle déploie ses activités dans quatre champs d'interventions : l'enfance et l'adolescence (ITEP, SESSAD, Ludothèque), le handicap psychique et moteur (MAS,

ESAT, GEM, Foyer d'Hébergement / SAVS)<sup>8</sup>, la précarité et la réinsertion (CHRS, Chantiers d'Insertion, CADA, CAO)<sup>9</sup>.

Le développement des structures associatives répond rigoureusement à des valeurs qui « se fondent sur des principes d'humanisme, de laïcité et de neutralité idéologique »<sup>10</sup>.

« Dans un contexte actuel économique, social et médico-social évolutif, l'ASMH reste attachée à défendre la cause associative dans un esprit non lucratif »<sup>11</sup> dont les moyens et projets sont exclusivement tournés en direction des publics accueillis.

### 1.1.2 Une dynamique de soin

L'ITEP est, dans sa configuration actuelle, le résultat de l'évolution des dispositifs de prise en charge d'enfants et d'adolescents qui ont été gérés par l'Association Saint Michel le Haut depuis sa création.

Il est ainsi passé d'Institut Médico-Pédagogique avec une orientation « Centre de Pédagogie Curative » et « Centre Pédagogique et Professionnel », à Institut de Rééducation (IR) en 1993 avec pour intitulé « Institut de Soins et d'Éducation » et « SESSAD ».

L'institution est donc passée d'une logique de rééducation à la prise en compte des difficultés psychologiques.

« L'accompagnement vers l'autonomie, qui définit la perspective de travail, se démarque de la notion de rééducation préconisée dans la précédente réglementation relative aux instituts de rééducation »<sup>12</sup>.

Le décret 2005-11 du 6 janvier 2005 a transformé l'IR en Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique (ITEP) en lui rattachant le SESSAD comme modalité d'accompagnement.

---

<sup>8</sup> Maison d'Accueil Spécialisé (MAS), Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT), Groupement d'Entraide Mutuel (GEM), Service d'Accompagnement à la vie Sociale (SAVS).

<sup>9</sup> Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile, (CADA), Centre d'Accueil et d'Orientation (CAO).

<sup>10</sup> Projet Associatif, p. 2.

<sup>11</sup> Ibid., p. 2.

<sup>12</sup> Circulaire interministérielle du 14 mai 2007 relative aux Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques et à la prise en charge des enfants accueillis.

Ainsi, face aux enfants et adolescents que leurs comportements troublés (voire troublants) ont rendu « insupportables », l'intervention de l'ITEP-SESSAD ASMH se démarque d'une approche (ne reconnaissant pas la singularité du sujet ni ses interactions avec son environnement), pour préférer une prise en compte de l'aspect évolutif des troubles psychiques dans le cadre du handicap (« processus handicapant »).

*« La mission centrale des ITEP est d'amener l'enfant ou le jeune concerné à un travail d'élaboration psychique, en accompagnant son développement singulier au moyen d'une intervention interdisciplinaire, qui prenne en compte la nature des troubles psychologiques et leur dynamique évolutive »<sup>13</sup>.*

Quantitativement, cette dynamique de soin institutionnel se traduit par des durées de séjour variant entre 2 ans ½ et 3 ans sur ces 5 dernières années avec une réelle possibilité de gestion en file active des effectifs ce qui donne un turn-over d'environ 1/3 des jeunes chaque année.

Comme le souligne Roger MISES, Professeur Emérite de l'Enfant et de l'Adolescent, lors d'une journée d'étude organisée par l'Association des ITEP et de leurs Réseaux (AIRe) :

*« ...il n'y a pas d'un côté, un personnel chargé d'organiser la vie quotidienne du sujet et d'aider à ses apprentissages tandis que, d'un autre côté, des psychiatres, des psychologues, des rééducateurs qui réaliseraient des approches spécialisées qui, seules, auraient une fonction de soin : au contraire, toutes les personnes œuvrant dans l'institution se trouvent nécessairement impliquées, à part entière, dans le développement des actions curatives »*

L'ITEP est un lieu chaleureux et accueille les jeunes dans toute leur détresse. Ce qui signifie qu'il doit y avoir une reconnaissance de leur agitation dont ils sont les premiers à souffrir. Le fait d'être compris facilite l'adhésion à une prise en charge et à son efficacité. De plus, la thérapie institutionnelle exige de tous les acteurs « *d'être cliniciens en même temps que tenants de leur discipline professionnelle* »<sup>14</sup>. Il ne s'agit pas de faire seulement intervenir un thérapeute mais de mettre à contribution le système institutionnel dans son ensemble. Pour cela, il est indispensable de pouvoir compter sur un cadre de travail institutionnel permettant la communication entre les différents intervenants, un accompagnement et un soutien.

---

<sup>13</sup> Circulaire interministérielle du 14 mai 2007, op.cit., p. 3.

<sup>14</sup> Projet d'établissement de l'ITEP ASMH de Revigny, p. 26.

Aujourd'hui, l'ITEP-SESSAD ASMH accueille et accompagne 64 enfants et adolescents encadrés par une équipe pluridisciplinaire de 48 salariés, pour 42,2 équivalents temps plein<sup>15</sup> dont 2 Chefs de Service et 4 psychologues pour l'équipe de direction. Il est situé à Revigny, dans le Jura, et intervient sur plusieurs sites de la partie sud du département, dont trois sur le bassin de Lons-le-Saunier et une antenne à Saint-Claude pour le SESSAD.

### 1.1.3 Un environnement réglementaire pour une prise en charge spécifique

En 2006, « les ITEP avec 362 structures offraient 14 962 places soit 14 % de l'ensemble du secteur. »<sup>16</sup>. Les chiffres actualisés énoncés lors des différentes rencontres AIRe font état d'environ 22 000 jeunes accueillis en ITEP avec 446<sup>17</sup> structures et un « taux d'équipement dans les départements [qui] n'est pas homogène »<sup>18</sup>. Les implantations correspondent à la couverture nationale par département mais il serait intéressant de vérifier si l'offre en nombre de places est équivalente d'un département à un autre en fonction du bassin de population et quel est son impact quant aux réponses apportées sur un territoire.

L'ITEP et son SESSAD sont donc une structure médico-sociale qui se distingue de celles dédiées à la pédopsychiatrie, à la protection de l'enfance, à l'Éducation Nationale (EN), bien qu'il puisse y avoir des coopérations avec les unes et les autres. Cette structure est placée dans le champ de compétence de l'État et financée par l'assurance maladie. Les orientations sont notifiées par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH). Ce qui laisse entendre que les jeunes accueillis relèvent du champ du handicap<sup>19</sup>. Plus précisément, les difficultés dont ils sont sujets sont en lien à un handicap comme nous le disions précédemment.

Ils n'interviennent pas en première intention : « Une orientation vers les ITEP est le plus souvent envisagée, lorsque les interventions des professionnels et services au contact de l'enfant : Protections Maternelles et Infantiles (PMI), Centres d'Action Médico-

---

<sup>15</sup> Annexe 1 : Organigramme.

<sup>16</sup> DUPONT Hugo, « *Ni fou, ni gogol* », PUG, mars 2016, p. 50.

<sup>17</sup> Annuaire Institut thérapeutique éducatif et pédagogique  
<https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/jeunes-handicapes/institut-therapeutique-educatif-et-pedagogique--i-t-e-p---186.html>

<sup>18</sup> DUPONT Hugo, « *Ni fou, ni gogol* », op.cit., p. 50.

<sup>19</sup> Art. L. 114 de 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 « *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* ».

Sociale Précoce (CAMSP), réseaux d'aides, Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP), services de psychiatrie infanto juvénile, pédiatres, pédopsychiatres, n'ont pas antérieurement permis la résolution de ces difficultés psychologiques »<sup>20</sup>.

De même, ils ne visent pas à répondre seuls aux situations complexes. Leur approche est à la fois institutionnelle et partenariale, diversifiée et modulable, évolutive et adaptable.

L'organisation de l'ITEP et du SESSAD est normalisée par plusieurs textes législatifs de référence.

- La loi du 2 janvier 2002<sup>21</sup> rénovant l'action sociale et médico-sociale rappelle que les réponses à apporter doivent nécessairement être adaptées aux besoins et considère les droits des usagers, la réaffirmation de la place des familles et la reconnaissance de la diversification des modes d'accompagnement.
- Avec la loi du 11 février 2005<sup>22</sup>, ce sont l'accès aux droits et l'égalité de traitement qui sont posés en principe absolu. Elle fait référence à l'inclusion dans la société, à la construction d'un projet personnalisé et à la notion de réponse aux besoins.
- Le décret ITEP du 6 janvier 2005 définit quant à lui « *des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives* »<sup>23</sup> à travers entre autres, la notion d'interdisciplinarité et la coordination au niveau de la cohérence avec les partenaires externes.
- Dans sa lignée, la circulaire du 14 mai 2007<sup>24</sup> fait apparaître l'émergence de l'idée de parcours de vie sur la base de l'adaptabilité et de la personnalisation des accompagnements. Cette circulaire fait ainsi référence à la reconnaissance du handicap psychique et à la recherche d'un projet à visée soignante, à l'accompagnement multimodal, à une plus grande souplesse conférée pour les situations délicates, à la recherche de l'innovation, à la créativité des professionnels et au rôle ressource des ITEP au plan local.

Les ITEP-SESSAD sont agréés pour accompagner, accueillir, héberger des enfants souffrants de troubles du comportement. Il s'agit de « *jeunes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du*

---

<sup>20</sup> Circulaire interministérielle du 14 mai 2007, op.cit., p. 3.

<sup>21</sup> Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<sup>22</sup> Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

<sup>23</sup> Décret n°2005-11 du – janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques, p. 1.

<sup>24</sup> Circulaire interministérielle n° DGAS/DGS/3D3C/3D6C/2007/194 du 14 mai 2007 relative aux Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques et à la prise en charge des enfants accueillis.

*comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants et adolescents se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé »<sup>25</sup>.*

La mission de l'établissement et de son service est de « *mettre en place un accompagnement personnalisé, amenant l'enfant à un travail d'élaboration psychique, conduisant à une meilleure inscription sociale. Cette mission s'effectue au moyen d'une intervention interdisciplinaire, prenant en compte la nature des troubles et leur dynamique évolutive* »<sup>26</sup>. Nous engageons une prise en compte personnalisée de chaque jeune sur les diverses dimensions de son parcours (thérapeutiques, pédagogiques, éducatives, sociales) en lien direct avec son environnement familial et partenarial.

Ainsi, au delà du travail à engager auprès des jeunes et de leur famille, il faut aussi souvent composer avec les partenaires et les multiples prises en charge : ASE, ASEAJ, PJJ, CMP, CMPP, ....<sup>27</sup> tout en conciliant avec l'obligation de scolarité.

Les professionnels se trouvent régulièrement confrontés à l'ensemble de ces singularités, parfois paradoxales et sont conscients de l'obligation de ne pas lâcher sous peine de rejouer les ruptures déjà vécues et destructrices.

En résumé, l'ITEP-SESSAD est un établissement et service, « *pouvant apporter des réponses diversifiées, avec une organisation d'une complexité croissante, pour des publics eux-mêmes très variés* »<sup>28</sup>. Le travail n'y est donc pas simple. Les temps de réunion interdisciplinaire, d'analyse des pratiques, partenariale ... permettent d'élaborer une prise en charge individualisée à chaque jeune à travers la mise en place du Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA) en coopération avec d'autres institutions et intervenants auxquels nous n'avons pas à nous substituer.

#### **1.1.4 De l'ITEP-SESSAD vers un Dispositif Intégré Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (DITEP)**

Dans une volonté de faire évoluer leur décret de 2005 et sa circulaire de 2007, les ITEP ont tenté de se donner les moyens d'assurer la meilleure continuité et la meilleure adaptation possible à leurs prises en charge pour éviter les discontinuités et « les mises

---

<sup>25</sup> Article D.312-59-1 du Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005, p. 3.

<sup>26</sup> Projet d'Établissement de l'ITEP ASMH, p. 12.

<sup>27</sup> Aide Sociale à l'Enfance (ASE), Association de Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte du Jura (ASEAJ), Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), Centre Médico-Psychologique (CMP).

<sup>28</sup> JAEGGER Marcel, « *L'articulation du sanitaire et du social* », DUNOD, 3<sup>ème</sup> édition, 2012, p. 66.

sur la touche » de leurs usagers. Depuis mai 2013, une expérimentation a été conduite par l'Association des ITEP et de leurs Réseaux (AIRe) en collaboration avec la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), pour organiser les ITEP-SESSAD en « Dispositif » et répondre aux ruptures de parcours. Ce mode d'organisation innovant vise à faciliter une meilleure fluidité des parcours des jeunes accompagnés au sein du Dispositif et ainsi, une meilleure adaptation de la prise en charge aux besoins identifiés.

« ... passer du cloisonnement à la coopération, de l'établissement au service et de la contention sociale à la compréhension de l'unicité de la personne »<sup>29</sup>.

La volonté a été de regrouper de façon unifiée tout le panel des modalités d'accompagnement des ITEP-SESSAD en une seule entité – DITEP - afin de pouvoir proposer plus de cohérence et de souplesse dans la dynamique des prises en charge tout en évitant les ruptures de parcours.

Dans le cadre de l'expérimentation, cette réactivité aux besoins d'ajustement de chaque PPA s'est traduite par :

- Des notifications MDPH orientant vers le DITEP stipulant une modalité d'intervention à titre indicatif, ce qui permet à l'établissement de mobiliser le mode d'accueil le plus adapté aux besoins du jeune au moment de l'admission et de ses possibilités.
- Une diversité d'interventions soutenue par 3 modes d'accompagnement possibles (accueil de nuit, accueil de jour ou ambulatoire), à temps complet ou à temps partiel, mobilisés en fonction de l'évolution des besoins et du projet de chaque jeune. Par exemple, d'une semaine à l'autre, un jeune peut bénéficier d'une soirée en hébergement complet et de 4 jours en ambulatoire puis revenir davantage en internat s'il en a besoin, tout cela sans passer par la MDPH.
- Une organisation territoriale cherchant à dépasser la logique des établissements et services au profit d'une logique de parcours personnalisés ajustés au plus près des besoins des jeunes accompagnés.
- Un cadre tarifaire sécurisant les DITEP avec une mise en œuvre validée dans le cadre des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)<sup>30</sup>. Tout

---

<sup>29</sup> La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, « Les Dispositifs ITEP en devenir – Présentation du dossier », n° 67, 3<sup>ième</sup> trimestre 2014, p. 6.

simplement, le système de tarification doit faciliter ces réponses aux besoins évolutifs des jeunes sans que cela vienne compromettre la viabilité financière des établissements. Le passage à l'agrément unique permet de mieux rendre compte de l'activité réelle journalière en s'assurant d'une prise en compte financière des prestations délivrées selon l'une des trois modalités de prise en charge.

En janvier 2016, sur la base de ces travaux, l'article 91 de la loi de modernisation du système de santé est venu poser le principe du fonctionnement en Dispositif Intégré pour les ITEP.

Le décret du 26 avril 2017 offre une légitimité réglementaire au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré. Il fixe les conditions et les modalités d'organisation d'un tel dispositif, qui sont, par ailleurs, précisées dans un cahier des charges annexé au texte par l'instruction du 2 juin 2017. Cette avancée à destination des ITEP est aussi une belle perspective pour le déploiement du fonctionnement en Dispositif<sup>31</sup> à destination d'autres publics dans d'autres Établissements et Services Médico-Sociaux (ESMS).

Au-delà de la région Bourgogne- Franche-Comté, même si nous n'avons pas été retenus pour nous adosser à l'expérimentation qui s'est déroulée initialement sur 6 régions<sup>32</sup> de France, la rédaction d'une Convention Cadre DITEP Bourgogne – Franche-Comté a été rendue possible suite à la promulgation de ce décret et de ses textes d'application.

Cette rédaction à laquelle je participe en tant qu'administrateur AIRe, est actuellement en cours de finalisation avec pour signataires l'Agence Régionale de Santé (ARS), l'Éducation Nationale (EN), les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), les Caisses d'Allocations Familiales (CAF) & les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et les Organismes Gestionnaires (OG). Cette convention reste ouverte aux partenaires qui souhaiteraient la rejoindre ultérieurement par voie d'avenant (Conseils Départementaux, Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), ...). Cette convention, qui comprend entre autre, l'agrément unique (fusion- absorption du

---

<sup>30</sup> Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec les établissements de santé ou médico-sociaux, constituent un outil majeur de régulation de l'offre de soins avec une projection sur 5 ans.

<sup>31</sup> A ce jour, une enquête de l'IGAS et de l'Éducation Nationale sur le Dispositif est en cours afin de l'étendre à d'autres publics.

<sup>32</sup> Basse-Normandie, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Ile-de France (5 départements (Paris, Yvelines, Essonne, Val de Marne et Val d'Oise) sur 8), Provence-Alpes-Côte-D'azur et Pays de la Loire.

SESSAD), va venir conforter le fonctionnement des ITEP-SESSAD en Dispositif Intégré Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique.

### **1.1.5 Les modalités de fonctionnement en Dispositif ITEP ASMH**

Dans un premier temps, nous avons sollicité nos partenaires pour participer à différentes réunions de réflexion sur les possibilités de restructuration en Dispositif afin de nous assurer que les orientations pouvant être prises, se conciliaient à la fois avec leurs missions ainsi que leurs attentes.

A partir de cette base, un travail institutionnel en lien avec le Conseil d'Administration a été engagé sur plusieurs mois à travers la mise en place de groupes de réflexion soulevant des questions organisationnelles, de fonctions socio-éducatives, d'interdisciplinarité et interinstitutionnalité, d'élaboration et de suivi des projets personnalisés, des liens avec les familles, etc. .... Il s'avère que ces mobilisations internes ont permis d'appréhender les premières perspectives de cette nouvelle modalité de fonctionnement même si nous ne sommes qu'aux prémices des possibles.

Dans ces conditions et sous ce couvert, la réorganisation de l'ensemble de l'activité de l'ITEP et de son SESSAD préalablement inscrit dans le cadre de notre Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) a été possible à la rentrée de septembre 2017.

Concrètement, nous sommes sortis d'une logique d'ESMS - ITEP & SESSAD, pour nous projeter sur une logique territoriale adaptée à un fonctionnement en Dispositif par secteur géographique (« Jura Plaine » & « Haut Jura ») proposant chacun, la mobilisation de 3 modalités d'accompagnement modulables et évolutives : internat, accueil de jour, SESSAD.

Cette organisation a proposé un rééquilibrage de l'offre avec un passage de 28 internes, 4 demi-pensionnaires et 32 SESSAD à 16 internes, 16 demi-pensionnaires et 32 SESSAD. Cet ajustement a permis de s'adapter aux besoins actuels et à une meilleure couverture du territoire notamment pour le "Haut Jura" avec un accueil de proximité en DITEP à l'extrême sud du département dans le cadre d'une intervention préventive.

Ainsi, notre antenne à Saint Claude jusqu'alors fléchée SESSAD, propose également dorénavant un accueil de jour concomitamment à l'ouverture d'une Classe Externalisée (CLEX) dans une école primaire.

De même, le redéploiement en Dispositif nous a conduits à revoir le passage de notre activité « résidentielle et accueil de jour » à 204 jours par an tout comme celle du SESSAD.

Parallèlement, les agréments ont été modifiés avec une baisse de l'âge d'accueil du SESSAD (à partir de 0 an) mais aussi de l'internat et du semi-internat (à partir 6 ans).

Toute cette r-évolution s'inscrit dans la réforme<sup>33</sup> relative à la nouvelle nomenclature des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS) qui est venue modifier l'appellation Finess<sup>34</sup> actuel du public accueilli en passant de « Troubles du Caractère et du Comportement » à « Difficultés psychologiques avec troubles du comportement ». De même, les modes d'accueil et d'accompagnement pour les nouvelles autorisations vont « subir un toilettage » avec des niveaux intitulés pour les 3 modalités d'accueil :

- Hébergement Complet Internat,
- et/ou Accueil de Jour (AJ),
- et/ou Accueil de jour et Accompagnement dans le milieu ordinaire (AJAMO).

Dans tous les cas et en ce qui nous concerne, notre restructuration a été l'occasion d'une communication le 27 septembre 2017 à l'attention de nos principaux partenaires (EN, Inter-secteur de pédopsychiatrie, CMPP, ASE, MDPH, ESMS, ASEAJ<sup>35</sup>, MECS<sup>36</sup>, CAMSP, PMI, ...) afin de nous assurer d'une bonne compréhension de notre organisation – fonctionnement en Dispositif mais aussi de l'intérêt de renouveler – développer nos coopérations au service du parcours des jeunes<sup>37</sup>.

---

<sup>33</sup> Réforme engagée par le décret n° 2017-932 du 9 mai 2017 relative à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques. <http://handicap.gouv.fr>

<sup>34</sup> Le Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) est un répertoire national géré par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Ce fichier constitue la référence en matière d'inventaire des structures et équipements des domaines sanitaire, médico-social, social et de formation aux professions de ces secteurs.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/repertoire-finess/article/le-fichier-national-des-etablissements-sanitaires-et-sociaux-finess>

<sup>35</sup> Association de Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte du Jura (ASEAJ).

<sup>36</sup> Maison d'Enfants à Caractère Sociale (MECS).

<sup>37</sup> Annexe 2 : Plaquette de présentation du Dispositif ITEP-SESSAD ASMH.

## 1.2 La spécificité des jeunes accueillis

Les DITEP accueillent des enfants et adolescents ayant des troubles psychologiques. Ces troubles nécessitent une approche à la fois thérapeutique, éducative et pédagogique (et sociale) concomitamment à une forte collaboration entre les différents partenaires.

### 1.2.1 Les Troubles du Caractère et du Comportement

Dans leur « Rapport sur les Instituts de Rééducation », Michel GAGNEUX et Pierre SOUTOU consacrent une longue première partie à ce qu'ils intitulent « *la définition introuvable des troubles du comportement* »<sup>38</sup>.

Comment comprendre les Troubles du Caractère et du Comportement (TCC) ?

« *Le caractère extrêmement complexe et divers de la notion de troubles du comportement rend délicate toute définition précise et univoque tant au plan médical qu'administratif.* »<sup>39</sup>.

En effet, dans les multiples manifestations que présentent ces enfants – adolescents et jeunes adultes, on peut s'apercevoir d'une réelle ambiguïté de la notion de « Troubles du Comportement », puisqu'on trouve plus de 15 sortes de troubles différents, pouvant correspondre aux TCC dans les différentes classifications diagnostiques internationales<sup>40</sup>.

Face à cet embarras de compréhension, je vais tenter une approche en partant du décret et de sa circulaire relatifs au fonctionnement des ITEP, pour essayer de rendre compte de l'origine du « processus handicapant ».

Même si ce public spécifique « *fait l'objet d'une définition renouvelée* »<sup>41</sup>, ces textes parlent de « *difficultés psychologiques des enfants, adolescents ou jeunes adultes, qui constituent le premier élément d'indication vers l'ITEP. Leur intensité et leur caractère durable en constituent un des éléments essentiels. Les manifestations perturbant la scolarisation et la socialisation, qu'elles s'expriment sur un mode d'extériorisation ou de*

---

<sup>38</sup> GAGNEUX Michel., SOUTOU Pierre, 1999, « *Rapport sur les instituts de rééducation* », IGAS, Ministère de l'emploi et de la solidarité, B.O. n° 99/3 bis, p. 1.

<sup>39</sup> WACJMAN Claude, juin 2009, « *Adolescence et troubles du comportement en institution* », 2<sup>ème</sup> édition, DUNOD, p. 67 – 68.

<sup>40</sup> DSM-IV : Diagnostiques et Statistiques des Troubles Mentaux, classification américaine des troubles mentaux et du comportement.

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies.

CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent, classification raisonnant plus que les autres en termes de structure de personnalité et non en termes de comportement.

<sup>41</sup> Circulaire interministérielle du 14 mai 2007.

*retrait, ne sont pas d'ordre passager, circonstanciel ou réactionnel. Il s'agit de symptômes liés à des difficultés psychologiques importantes qui perdurent ».*

En complément, il paraît nécessaire d'évoquer 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 pour en définir le principe : *« 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. »*

Par ailleurs, l'expérience acquise dans l'établissement tend à identifier l'origine de ces « altérations » dans une détérioration ancienne des liens filio-parentaux. Ces enfants souffrent dès leur plus jeune âge de carences éducatives et affectives. Ces « états carenciels » empêchent les enfants d'accéder à un sentiment suffisant de sécurité interne. Ils se développent sur un mode d'insécurité interne. Quelques exemples : *« ... des situations de laisser-tomber ressenties chez le nourrisson, des situations de carences affectives dans la petite enfance, une absence de la fonction paternelle dans l'adolescence et même avant, un déséquilibre familial centré sur le vide de pensée autour des lois narcissiques, les conflits intrafamiliaux, l'impossibilité de limiter la vie pulsionnelle par des fonctions pare-excitation, le télescopage générationnel, la place assignée dans la famille ou le flou qui la caractérise ... »<sup>42</sup>.*

Chez ces enfants, le milieu familial n'est pas propice à les sécuriser suffisamment et à les aider à trouver un équilibre psycho-affectif. Leur insécurité interne associée à ces carences les empêche de recourir à des manières adéquates pour exprimer leur mal-être (parole, jeu, ...). Ils passent par « l'agir » pour mettre en scène les liens familiaux en souffrance (agressivité, destructivité, ...). En d'autres termes, ils projettent sur l'extérieur, sur les autres, cette insécurité insupportable dont ils sont porteurs. Ces manifestations culminent régulièrement dans des crises qui peuvent être extrêmement violentes à travers des passages à l'acte, des transgressions et débordements.

Cette conception « psychologique » des troubles du comportement prend alors en compte la souffrance psychique (difficultés psychologiques<sup>43</sup>) de l'enfant manifestée par des conduites agressives, d'opposition, de replis (...) et par de nombreux troubles (relationnels, moteurs, cognitifs...). Les causes s'avèrent donc être multifactorielles :

---

<sup>42</sup> WACJMAN Claude, juin 2009, « *Adolescence et troubles du comportement en institution* », 2<sup>ème</sup> édition DUNOD, p. 227.

<sup>43</sup> En référence au décret et sa circulaire relatifs aux ITEP.

- Des carences affectives ou éducatives, des carences spécifiques de l'autorité paternelle (absence réelle ou symbolique du père), des traumatismes dans la petite enfance (séparation, placement, maltraitance morale et/ou physique...).
- Au niveau social et familial : contexte familial carencé, conflit intra-familial ou séparation des parents, maladie des parents (physique ou psychique), pauvreté culturelle, milieu social défavorisé, entourage "néfaste".

Et comme il faut aussi le souligner pour éviter toute stigmatisation, les jeunes orientés en ITEP-SESSAD peuvent appartenir à toutes les catégories socio-professionnelles.

### **1.2.2 Une approche clinique au service des jeunes et de leur famille**

Comme nous avons pu le voir, l'ITEP ASMH et son SESSAD sont organisés en fonction des missions qui leur sont dévolues et qui sont elles-mêmes centrées sur le handicap présenté : troubles du comportement, considérés juridiquement comme des difficultés psychologiques.

Pour s'engager dans ce travail, l'équipe pluridisciplinaire a pris le parti de se référer à une double question :

- Quelle est le service à rendre ?
- Comment le rendre ?

Cette démarche clinique s'étaye des postulats que les troubles du comportement sont réversibles (« processus handicapant ») et que nous devons aider les jeunes à s'en délivrer. Cependant, ces troubles sont en même temps ce qu'il faut traiter et le principal obstacle au traitement.

Le principe qui fonde les prises en charge est donc triple:

- L'édification d'un cadre solide et permanent pour résister aux attaques et éviter les ruptures dont les enfants ont trop fait les frais.
- L'engagement dans un processus de soin institutionnel, c'est-à-dire un travail interdisciplinaire et interinstitutionnel très soutenu auprès des enfants, proposant un cadre organisationnel et fonctionnel spécifique.
- Un mode particulier d'intervention auprès des parents pour les associer, les soutenir et les inviter à réaménager leurs positions parentales.

Cette approche tri-dimensionnelle s'articule sur une méthodologie simple :

- Comprendre le sens et les origines de la problématique de l'enfant.
- En articulation avec le travail engagé par nos partenaires, construire avec les jeunes et leur famille, un Projet Personnalisé d'Accompagnement (PPA) en lien au Projet Personnalisé de Scolarité (PPS), définissant des axes (objectifs-moyens) Thérapeutiques, Educatifs, Pédagogiques, Sociaux, Entretiens Familiaux, Partenaires.
- Evaluer son efficacité par des points trimestriels, des synthèses de contrôle (1 fois/an), des rencontres régulières avec les familles et les partenaires.

Les expériences acquises dans l'établissement et le service, montrent que dès qu'il est possible d'accéder à la problématique de fond, les symptômes comportementaux s'estompent et les apprentissages scolaires redeviennent possibles. C'est là tout l'enjeu et la complexité de l'engagement clinique dans l'établissement.

### 1.3 Des jeunes à la porte des institutions

Pour les professionnels de terrain, il est parfois difficile de réaliser avec certains jeunes un travail de fond. Ainsi, il existe un public frontière, difficile à cerner, bénéficiant d'une mesure de placement et pour certains, orientés vers un DITEP, un IME<sup>44</sup> (Institut Médico-Educatif) et/ ou vers les dispositifs de psychiatrie infanto juvénile.

#### 1.3.1 Des estimations au niveau national

Dans le champ de la protection de l'enfance, un rapport sénatorial fait état d'une « *connaissance encore très parcellaire des enfants protégés* »<sup>45</sup> et d'une incapacité d'établir un état des lieux de ce public frontière qui pourtant existe bien.

Ce constat est repris par le Défenseur des droits des Enfants qui confirme que ces situations se compliquent lorsque l'on s'intéresse aux enfants confiés à la protection de l'enfance et relevant des ESMS. Dans un rapport de 2015, ces jeunes non quantifiés apparaissent comme « *des enfants invisibles* »<sup>46</sup> par une insuffisante prise en

---

<sup>44</sup> Les Instituts Médico-Educatifs (IME) ont pour mission d'accueillir des enfants et adolescents handicapés atteints de déficience intellectuelle quel que soit le degré de leur déficience.

<sup>45</sup> Mmes DINI Muguette et MEUNIER Michelle, Sénat, « *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la protection de l'enfance* », n° 655, Paris : Sénat 2014, p. 21. <http://www.senat.fr/rap/r13-655/r13-6551.pdf>

<sup>46</sup> Le Défenseur des Droits, « *Handicap et protection de l'enfance: des droits pour des enfants invisibles* », Paris: Le Défenseur des droits, 2015, p. 23.

considération des réalités auxquelles ils sont confrontés et des difficultés rencontrées par leur entourage (parents, famille, professionnels) pour apporter des réponses et des soutiens adaptés à leurs besoins.

Dans le champ du handicap, dans son rapport « Zéro sans solution », Denis PIVETEAU fait aussi le même constat face au manque de données statistiques: « ... il serait extrêmement hasardeux de donner le moindre chiffre sur le nombre de situations de « rupture de parcours », ou de risque d'une telle rupture »<sup>47</sup>), préférant une approche plus qualitative en « identifiant les traits de caractéristiques »<sup>48</sup> et apporter un véritable diagnostic.

Pour ce qui est du sanitaire, Michel LAFORCADE reconnaît dans son « Rapport relatif à la santé mentale », « une augmentation de troubles mentaux graves dans les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) comme dans les maisons d'enfants à caractère social (MECS), qui compliquent les accompagnements dans ces établissements, faute de prise en charge adaptée par la psychiatrie infanto-juvénile »<sup>49</sup>. Pour autant, « ce type de handicap reste difficile à évaluer en pratique et donne lieu à des réponses perfectibles, notamment en terme de repérage et d'évaluation »<sup>50</sup>.

Malgré ce défaut de données chiffrées, on sait que les services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) sont davantage confrontés qu'auparavant à des enfants « à grosses difficultés » (troubles psychiques ou psychiatriques) dont la prise en charge s'avère plus complexe.

Une étude menée par Jean-Yves BARREYRE et l'Observatoire Nationale de l'Enfance en Danger (ONED) identifie en 2008 en Ile de France:

- « pour le département du Val-d'Oise, 42 jeunes sur 1 839 jeunes soit 2,3 % de jeunes suivis en protection de l'enfance.
- Dans le Val-de-Marne, 38 jeunes pour 1 800 jeunes suivis par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), soit 2,1 % des jeunes suivis [...].

---

[https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae\\_2015\\_accessible.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae_2015_accessible.pdf)

<sup>47</sup> PIVETEAU Denis et al. « 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 ». Paris: Ministère des Affaires sociales et de la santé, 2014, p. 14.

[http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2014/Rapport\\_Zero\\_sans\\_solution\\_.pdf](http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2014/Rapport_Zero_sans_solution_.pdf)

<sup>48</sup> Ibid., p 14

<sup>49</sup> LAFORCADE Michel, « Rapport relatif à la santé mentale », Paris : Ministère des Affaires sociales et de la santé, 2016, p. 52.

[http://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_rapport\\_laforcade\\_mission\\_sante\\_mentale\\_011016.pdf](http://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf)

<sup>50</sup> Ibid., p. 43.

- 4 jeunes [...] sur 10 sont des filles.
- Le plus jeune a 9 ans, le plus âgé a 20 ans.
- Pour les 2 sexes, 16 et 17 ans sont les âges modaux.
- Environ 3 jeunes sur 10 ont moins de 15 ans [...] et 6 jeunes sur 10 [...] ont entre 15 et 17 ans »<sup>51</sup>.

Ces pourcentages peuvent paraître « négligeables » comparés au nombre de jeunes suivis à l'ASE sur ces territoires mais on devine qu'ils ont à la fois un caractère représentatif des chiffres sur tous les départements nationaux et qu'ils sont porteurs de situations de grande souffrance, mobilisant des énergies et des moyens institutionnels considérables pour tenter de répondre à leurs besoins.

### 1.3.2 Au niveau local

Pour la région « Franche-Comté », aucune étude n'a été réalisée mais dans le cadre d'une Action Prioritaire Nationale, une formation intitulée « *Adolescents en difficulté : quel accompagnement sur les territoires ?* »<sup>52</sup> a favorisé un travail collectif d'acteurs (Service d'Aide Éducatif en Milieu Ordinaire (SAEMO), MECS, Famille d'Accueil Spécialisée (FAS), Centre Éducatif Renforcé (CER), Centre Éducatif Fermé (CEF), ITEP, SESSAD, IME, ...) intervenant dans des champs professionnels et des institutions différentes. Elle a permis d'avoir une vision plus globale de la prise en charge, de « mettre du sens » sur le travail à construire avec les partenaires, pour que les jeunes soient bien au centre des solutions à construire.

A l'échelle départementale, les services sollicités (MDPH, CD39, Pôle Infanto-Juvenile de Pédopsychiatrie, ...) ne disposent d'aucune statistique chiffrée. Je pensais pouvoir m'appuyer sur la commission<sup>53</sup> en charge de la procédure de mise en œuvre du

---

<sup>51</sup> BARREYRE Jean-Yves, Étude « Une souffrance maltraitée. Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables », Paris : ONED, CEDIAS, 2008, p. 21.

[https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/barreyre\\_oned\\_rapport\\_final\\_10\\_10.pdf](https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/barreyre_oned_rapport_final_10_10.pdf)

<sup>52</sup> UNIFAF- CREAL, Action Prioritaire Nationale, « Adolescents en difficulté : Quel accompagnement sur les territoires ? », Franche-Comté session 2, Doubs – Jura, Mars 2013 / Mars 2014.

<sup>53</sup> 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, en raison de la complexité de leur situation, se trouvent en rupture de parcours et pour lesquelles aucune solution d'accompagnement adaptée n'est trouvée dans le cadre des compétences de droit commun des MDPH ».

<http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=37704>

dispositif d'alerte concernant les situations critiques mais celle-ci n'a pas réellement fonctionné et est depuis, remplacée par la RAPT mise en place très récemment dans le Jura.

Sur le terrain, c'est aussi un constat que nous réalisons avec les collègues directeurs des ITEP et IME du Jura. Sans pour autant arriver à objectiver ce nombre de jeunes et l'intensité de la manifestation de leurs comportements, nous évaluons à 30 - 35 % le nombre de jeunes de nos établissements, confiés à l'ASE. Précisons que toutes ces situations ne sont pas potentiellement « explosives ».

A titre indicatif, en me référant au rapport d'activité 2017 de l'ITEP, je peux argumenter ce pourcentage à partir des situations socio-judiciaires sur l'année :

- 6 jeunes ont bénéficié d'une mesure AEMO (Action Éducative en Milieu Ouvert).
- 6 jeunes de Placements en Assistance Éducative (PAE).
- 4 jeunes ont relevé d'un PEAD (Placement Éducatif A Domicile).
- 1 jeune quant à lui a cumulé un PEAD et une mesure PJJ de type PJMD (Protection Judiciaire des Mineurs Délinquants).
- 1 jeune a cumulé un PAE et une mesure PJJ.
- 1 dernier jeune a bénéficié d'une mesure AEMO avec une MJIE (Mesure Judiciaire d'Investigation Éducative).

Pour tous ces jeunes, uniquement 3 relevaient de ce « public frontière » :

- 1 fille et 2 garçons.
- Âgés de 14, 15 et 17 ans.
- Suivis pédopsychiatriques intensifs avec de nombreuses périodes d'hospitalisation et un traitement psychotrope conséquent.

J'ai souhaité profiter de mon stage dans le cadre de la formation CAFDES, à l'ASE – au Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) – et dans 2 MECS du Jura, pour questionner les cadres et approfondir ma connaissance sur ces effectifs « d'adolescents très difficiles ».

Ainsi les chiffres énoncés en introduction qui ne sont à la base qu'un simple recensement fait lors d'une réunion ARS – CD39, se confirment même si une enquête et une analyse plus détaillées seraient utiles. En effet, le principal obstacle rencontré reste le manque de consensus sur la définition et l'identification de ces jeunes dits « incasables » d'autant que

ces derniers représentent des enjeux interinstitutionnels de prise en charge comme nous allons le voir.

### 1.3.3 Les vignettes cliniques

Comme le rappelle Philippe JEAMMET, « *on ne le dira jamais assez, ces troubles ne concernent qu'une minorité des adolescents, la majorité se porte bien. Les problèmes psychiatriques sévères, schizophrénie ou troubles de l'humeur, ne semblent pas plus fréquents qu'avant. L'inquiétude porte essentiellement sur l'augmentation des troubles du comportement et de la personnalité, c'est-à-dire les difficultés pour lesquelles la frontière entre le normal et le pathologique est floue et l'évolution très variable, c'est-à-dire des difficultés où le rôle de l'environnement est important et souvent essentiel* »<sup>54</sup>.

C'est bien cette « minorité » qui nous intéresse et que je propose de découvrir à partir de trois vignettes cliniques comme exemples, pour mieux appréhender les trajectoires saisissantes.

Angélique ou « la recherche d'une hospitalisation désespérément »

Jeune fille de 17 ans, abandonnée par son père qui fait subir des violences à la mère pendant la grossesse, Angélique est adoptée par un beau-père dont elle porte le nom. Sa scolarisation est compliquée dès sa plus jeune enfance avec troubles des apprentissages importants.

Entrée à 13 ans dans le champ de la protection de l'enfance, de la psychiatrie (hospitalisations régulières et récurrentes sur plusieurs mois consécutifs) et du médico-social (ITEP) suite à l'abandon par sa mère et son beau-père en raison d'un climat très conflictuel avec des mises en danger, des fugues, des violences verbales et physiques ...

Impossibilité pour Angélique de se fixer dans un endroit. Son refuge est l'hôpital et elle « met à mal » toutes les MECS du Département ainsi que 4 Familles d'Accueil.

A ce jour, père, mère, beau-père refusent tout lien avec « leur fille ». Mise en place du Dispositif RAPT avec un Groupe Opérationnel de Synthèse (GOS) et un Plan d'Accompagnement Global (PAG) par une prise en charge partagée entre l'ITEP, 2 MECS et une Famille d'Accueil. Quelle sera sa place et son avenir à sa majorité ?

---

<sup>54</sup> JEAMMET Philippe, « *Pour nos ados, soyons adultes* », Odile Jacob, 2010, p. 8.

Stéphane ou « l'entrée dans la maladie psychique »

Jeune garçon de 16 ans qui a grandi dans un contexte familial très fragile avec déjà des prises en soin en psychiatrie : La mère est toxicomane y compris pendant la grossesse et le Père se suicide alors que Stéphane est âgé de 5 ans.

Mesure AEMO avant le décès du père et placement après en MECS où il développe des troubles du comportement déjà très importants qui nécessitent une hospitalisation à ses 8 ans et pendant 2 années. A la suite, intégration progressive en ITEP depuis l'hôpital jusqu'à la recrudescence des mises en danger qui finiront par nécessiter une Ordonnance Provisoire de Placement (OPP) au Centre Hospitalier Spécialisé de la part de la Juge.

Lien aliénant à la mère qui divise le corps médical sur les modalités de prise en soin thérapeutique, Stéphane bénéficie d'un traitement psychotrope très conséquent. Il est sorti de l'ITEP suite à une agression physique sur un professionnel et de nombreuses fugues avec des mises en danger. A ce jour, il est accueilli en lieu de vie ponctué par des hospitalisations.

Louis ou « la quête d'une enveloppe contenante »

Jeune de 19 ans accueilli à l'ITEP à ses 16 ans et identifié par le secteur de pédopsychiatrie comme psychopathe, il est le 3<sup>ième</sup> d'une fratrie de 5 enfants. Le père abandonne sa famille à la naissance du dernier.

Mère en difficulté sociale très importante avec des répercussions sur le mode d'éducation. Très rapidement, Louis est très peu scolarisé, développe des troubles du comportement et bascule du côté de la délinquance avec une forte identification aux « Sans Domiciles Fixes ». Pendant cette période, beaucoup d'interventions des travailleurs sociaux au domicile maternel sans mesure de placement. Nombreuses mises en examen de Louis et suivi PJJ pour des faits de délinquance et de violence.

Accueil à l'ITEP trop tardivement, il vit hors réalité. Régulièrement, nous organisons une fouille matinale pour récupérer les différentes armes blanches qu'il apporte. Le médecin de l'établissement l'oriente vers un pédopsychiatre avec mise en place d'un traitement qui échoue. Par le biais d'une OPP, un traitement est mis en place par voie injectable.

Malgré un fort investissement avec les professionnels de l'ITEP, le système judiciaire finit par le rattraper avec un placement en Centre Éducatif Renforcé où il est violent avec un éducateur. Louis trouvera l'apaisement en prison et cette contenance permettra même de fortement diminuer le traitement sur sa période d'incarcération.

Angélique, Stéphane et Louis sont des illustrations d'un public qui met véritablement à l'épreuve le paysage institutionnel existant, les organisations et bien évidemment les professionnels qui se situent en « première ligne ».

Ces vignettes cliniques donnent ainsi la mesure des difficultés provoquées par certains jeunes, de la souffrance qui les habite, des ruptures de parcours et de l'inadaptation d'une réponse classique.

## 2 Les jeunes dits « incasables »

Nous allons nous intéresser aux jeunes qui ont une forte capacité à renvoyer les établissements spécialisés, les professionnels même les plus expérimentés, à leurs limites pour ensuite renverser la perspective et interroger notre capacité à nous mettre en position d'offrir des réponses co-construites. L'enjeu sera donc de proposer les conditions les plus favorables à la prise en compte éducative et soignante de ces jeunes.

C'est sous cet angle que nous allons aborder cette seconde partie.

### 2.1 Un « public frontière »

Sans prétendre à des considérations nosographiques, il est permis de remarquer que ces jeunes présentent des profils identiques à ceux qui peuvent être accueillis en ITEP ou IME mais avec des souffrances encore plus intenses qui les font basculer sur des « pathologies limites ». Leur situation compliquée et douloureuse dès l'origine, s'engage dans des processus complexes multifactoriels qui s'accompagnent d'une désinsertion familiale, scolaire et sociale.

A cet égard, la circulaire du 3 mai 2002<sup>55</sup> relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté apporte un éclairage :

*« Les jeunes identifiés en grande difficulté, outre la souffrance psychique parfois intolérable dont leur comportement ou leur passage à l'acte témoigne, laissent les institutions démunies et nécessitent des prises en charge extrêmement complexes dont les résultats restent aléatoires.*

*En effet les parcours de vie de ces jeunes sont faits de ruptures successives que traduisent les échecs répétés des prises en charge (échec scolaire, exclusion des institutions, renvoi de la famille). L'adolescent difficile ne trouve pas de réponse adéquate dans le cadre de son environnement qu'il met en tension ou en échec, induisant de ce fait des attitudes de rupture et de rejet et le renvoi sur d'autres filières de prise en charge ».*

Il n'en reste pas moins que :

---

<sup>55</sup> <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-21/a0212069.htm>

- toutes ces situations touchent un très large champ d'intervention pouvant aller de mineurs justiciables avec des suivis PJJ dans le cadre de mesures pénales avec ou sans mesure confiée à l'ASE avec ou sans orientation MDPH avec ou sans suivi sanitaire ;
- tous les professionnels de ces champs d'intervention se trouvent confrontés précisément à la difficulté énoncée dans cette définition.

La question est de savoir quel mode d'intervention inédit est à mettre en place pour répondre à de telles difficultés.

### 2.1.1 Une approche socio-historique des « incasables »

Le terme apparaît à la fin du XXème siècle avec des qualificatifs nombreux pour désigner ces jeunes mais sans définition précise:

- au XIXème siècle, on parlait « *d'inamendable* » (« *qui ne peut s'amender, ou rendre meilleur, corrigé* »<sup>56</sup>) pour ces jeunes en maison de correction.
- Dans les années 50, les éducateurs dans les centres de l'éducation surveillée les désignaient « *d'irréductibles* ».
- Puis dans les années 80, le terme « incasable » apparaît, introduit par Jean-Pierre CHARTIER<sup>57</sup>. Il témoigne des échecs successifs qui amènent les professionnels de la protection de l'enfance ou de la pédopsychiatrie à catégoriser ces jeunes comme « *incasables* », c'est-à-dire « *non intégrables* ».
- C'est dans les années 90 que l'on voit apparaître l'expression « *patate chaude* » pour décrire ce phénomène de jeunes que tout le monde « *se refile* », allant de structure en structure, et que personne ne souhaite accueillir.

De nos jours, le terme « *incasable* » est un terme à connotation très péjorative qui laisse entendre que la question se réduit à «caser» des usagers. Or l'enjeu est tout autre. Ce terme est remplacé par celui de « *jeunes à problématiques multiples* », « *à besoins spécifiques* ». Mais derrière cette réserve, nous retrouvons également d'autres

---

<sup>56</sup> <http://www.cnrtl.fr/definition/inamendable>

<sup>57</sup> Docteur d'État en psychologie clinique et psychanalyste.

appellations : « cas lourds », « pathologies limites » ou « borderline »<sup>58</sup>, « situations complexes », « publics frontières », ...

Mais de qui parle-t-on réellement ?

Au-delà de la terminologie utilisée qui varie selon le secteur d'intervention, selon les institutions, selon les professionnels et qui évolue dans le temps, on parle de jeunes :

- qui cumulent plusieurs problématiques : sociale, familiale, scolaire, psychiatrique, judiciaire...,
- qui mettent à mal les cadres d'intervention « classiques » et ne rentrent pas dans les « cases »,
- qui, de ce fait, nécessitent une articulation entre différents acteurs : Aide Sociale à l'Enfance, Pédopsychiatrie, Établissements Sociaux et Médico-Sociaux, Éducation Nationale, Protection Judiciaire de la Jeunesse, ...
- qui demandent des ajustements permanents de la part de ces différents partenaires.

Quoi qu'il en soit, ce terme est employé pour désigner des situations d'enfants, d'adolescents qui mettent en difficulté les institutions et qui, le plus souvent, ont mis à l'épreuve, voire en échec, des équipes professionnelles successives. ... Ces jeunes s'attaquent au processus de lien et d'attachement sur un mode violent suscitant de l'incompréhension, du rejet, de l'abandon, parfois du désespoir, de la peur voire de la haine. Ils mettent tout en échec, semblant ne rien accepter et passant de structure en structure tels « *un paquet de pointes* »<sup>59</sup>. Ils cultivent l'art de s'attaquer au cadre qui leur est proposé par des « agir destructeurs »<sup>60</sup> parce qu'ils sont l'objet d'incompréhension et par voie de conséquence, de mesures inappropriées. Ils manifestent un comportement particulier, notamment « *leurs positions par rapport à la loi, au temps, à la relation à l'autre, à la frustration et à la mort ...* »<sup>61</sup>. Ces jeunes font d'autant plus vivre un sentiment de déception à leur entourage qu'on les reconnaît intelligents, fins, attachants.

---

<sup>58</sup> Termes psychiatriques qui désignent des pathologies classées entre névrose et psychose : trouble de la personnalité caractérisé par une impulsivité majeure et une instabilité marquée des émotions, des relations interpersonnelles et de l'image de soi.

<sup>59</sup> Lien social n° 1141, Protection de l'Enfance, « *Du sur-mesure pour les incasables* », du 15 au 28 mai 2014, p. 30.

<sup>60</sup> CHARTIER Jean-Pierre, « *Les adolescents difficiles. Psychanalyse et éducation spécialisée* », Dunod, Paris, 2004, p. 17.

<sup>61</sup> Ibid., p 17.

Daniel CALIN, agrégé de philosophie, les nomme « *les enfants du chaos* », dont l'effet destructeur est redoutable car ils déposent en nous leur chaos, leur désordre interne.

Le sociologue Jean-Yves BARREYRE parle de « *population à la limite des institutions dont les caractéristiques et les besoins spécifiques relèvent, en général, de plusieurs modes de prises en charge (sanitaire, sociale, médico-sociale et judiciaire)* »<sup>62</sup>.

Son confrère Zygmunt BAUMAN s'accorde à dire que ces jeunes connaissent seulement « *des relations liquides* » et n'acceptent pas « *les structure solides* ».

Pour Jean-Pierre CHARTIER que nous avons déjà cité, la vie de ces jeunes « *s'organise autour d'un tryptique existentiel ... appelé les 3D : Dénî, Défi, Délit* »<sup>63</sup>.

... J'ai pu ainsi remarquer que la littérature est florissante pour évoquer ces situations de jeunes avec des approches différenciées selon les auteurs et leurs champs de compétences<sup>64</sup>.

Cependant, parler de jeunes dits « *incasables* », c'est déjà sous entendre qu'il existe des « *cases* ».

En effet, l'emploi de cette terminologie conduit à focaliser l'attention uniquement sur les jeunes eux-mêmes, ce qui est discutable si on se réfère au droit et à l'éthique. Il pourrait être intéressant de centrer autrement le sujet afin de remettre en question, eux aussi, les institutions et les professionnels censés les accueillir. A travers cette approche, il s'agit d'examiner comment les institutions tiennent compte des besoins du jeune, de la place de sa famille dans sa problématique, comment elles évaluent leur propre mode de fonctionnement, leur degré de tolérance, leur approche clinique, etc. Ce qu'une étude de l'ONED<sup>65</sup> (devenue l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance) de 2008, fait apparaître comme « *les contextes institutionnels des réponses sanitaires et médico-sociales* ». Car le moins que l'on puisse dire, c'est que les établissements se trouvent en difficulté à ajuster leur action pour répondre à la complexité des situations aux carrefours

---

<sup>62</sup> DESQUESNES Gillone, PROIA-LELOUEY Nadine, « *Le sujet «incasable», entre psychopathologie et limite institutionnelle* », Revue Société et jeunesse en difficulté, 2011, n°12.

<sup>63</sup> CHARTIER Jean-Pierre, « *Les adolescents difficiles. Psychanalyse et éducation spécialisée* », Dunod, 2004, p. 64.

<sup>64</sup> Annexe 3 : « *Élément de modélisation des approches des « adolescents en (grande) difficulté* » ».

Action Prioritaire Nationale, « *Adolescents en difficulté : quel accompagnement sur les territoires ?* », Compte rendu de la formation action Franche-Comté, Session 2, Mars 2013 / Mars 2014, Diapositive n° 39.

<sup>65</sup> BARREYRE Jean-Yves, Étude « *Une souffrance maltraitée. Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables* » », Paris : ONED, CEDIAS, 2008.

[https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/barreyre\\_oned\\_rapport\\_final\\_10\\_10.pdf](https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/barreyre_oned_rapport_final_10_10.pdf)

de la protection de l'enfance, du soin, de l'éducation, de la justice de même que pour satisfaire aux exigences de leurs missions fixées par le cadre juridique.

### 2.1.2 Une impulsion réglementaire

En complément des textes de loi abordés dans la 1<sup>ère</sup> partie, une autre publication doit nous permettre de mieux recentrer le contexte administratif et législatif relatif aux politiques sociales, médico-sociales, sanitaires.

Lancée fin 2015, la démarche une « Réponse Accompagnée Pour Tous » (RAPT)<sup>66</sup> est destinée à répondre aux situations de personnes handicapées présentant des troubles lourds – notamment comportementaux, et qui se retrouvent sans solution d'accompagnement. Cette approche repose sur le rapport de Denis PIVETEAU<sup>67</sup> de juin 2014 : « Zéro sans solution ». Il énonce les carences flagrantes dans l'accompagnement :

- Le « défaut de précocité dans les diagnostics et dans la mise en place d'un accompagnement, même minimal »,
- l'insuffisance qualitative et quantitative de l'offre proposée « ...lorsqu'une solution est trouvée, il est fréquent qu'un établissement ou service adapté au départ, se révèle peu à peu débordé par l'évolution naturelle du handicap et continue à porter, sans aide et sans compétence véritable, un « cas » qui cristallise les tensions et finit par le dépasser »,
- l'impuissance, la solitude et les inévitables renvois de responsabilités qui s'ensuivent « ...professionnels et équipes confrontées, comme en vase clos, à des situations qu'ils ne sont pas du tout outillées pour gérer. En conséquence de quoi, par peur d'avoir à gérer seuls les situations difficiles ou à la suite de telles expériences, de nombreux établissements adoptent des politiques d'admission excessivement prudentes ».

Par ce principe de « zéro sans solution », je constate que le rapport préconise de garantir que toutes situations doivent avoir une « réponse accompagnée » avec une solution de

---

<sup>66</sup> Circulaire n°DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016.

<sup>67</sup> PIVETEAU Denis avec ACEF Saïd, DEBRABANT François-Xavier, JAFFRE Didier et 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 », Rapport, Tome I, 10 juin 2014.

suite et un projet pour l'améliorer continuellement. Ce qui pour moi renvoie de fait, à l'engagement de tous les partenaires sans exception, à faire évoluer leurs méthodes de travail.

### 2.1.3 Au sujet des Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP)<sup>68</sup>

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2018, la Haute Autorité de Santé (HAS) a repris les missions et travaux de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM)<sup>69</sup>, dont notamment ce qui concerne les RBPP.

Celles-ci s'inscrivent dans un contexte d'évolution de l'offre médico-sociale et en particulier par un décloisonnement des secteurs sanitaire – médico-social – social sur les territoires en promulguant des interventions complémentaires et spécifiques.

Ainsi, un ensemble de recommandations très intéressantes peuvent venir alimenter notre thématique en termes de bientraitance<sup>70</sup>, de questionnement éthique<sup>71</sup>, de prévention des conduites violentes<sup>72</sup>, d'ouverture des établissements sur leur environnement<sup>73</sup>, de gestion des « comportements-problèmes »<sup>74</sup> ... mais pour ne pas

---

<sup>68</sup> Les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles sont par définition « ... des repères, des orientations, des pistes pour l'action destinées à permettre aux professionnels de faire évoluer leurs pratiques et ainsi améliorer la qualité des prestations rendues aux usagers et mettre en œuvre la démarche d'évaluation interne ».

[https://www.entreprises.gouv.fr/.../Recommandations\\_bonnes\\_pratiques\\_pro.pdf](https://www.entreprises.gouv.fr/.../Recommandations_bonnes_pratiques_pro.pdf)

<sup>69</sup> Créée en 2007, l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) « a pour mission principale de développer une culture de la "bientraitance" dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Pour cela, l'agence valide, actualise ou, le cas échéant, élabore des références, des procédures et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. [...] Ces documents seront une base sur laquelle les établissements et services s'appuieront en vue de leur évaluation interne ... ».

<http://www.anfe.fr/anesm>

<sup>70</sup> Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, HAS, « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », juillet 2008,

[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2835126](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2835126)

<sup>71</sup> Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, HAS, « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux », octobre 2010.

[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2835126](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2835126)

<sup>72</sup> Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, HAS, « Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses », juillet 2008.

[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2835094](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2835094)

<sup>73</sup> Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, HAS, « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement », juillet 2008.

[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2835094](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2835094) [https://www.hassante.fr/portail/jcms/c\\_2835189](https://www.hassante.fr/portail/jcms/c_2835189)

<sup>74</sup> Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, HAS, « Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés : Prévention et Réponses », janvier 2017.

[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2834964/fr/les-comportements-problemes-au-sein-des-](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2834964/fr/les-comportements-problemes-au-sein-des-)

trop alourdir la réflexion, mon choix va se porter sur une recommandation qui me paraît centrale et modélise ces différentes approches : « *L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation* »<sup>75</sup>.

Elle s'adresse aux professionnels des structures de l'ASE, de la PJJ et du handicap qui accueillent des jeunes en grande souffrance psychique et favorise le développement d'une grammaire professionnelle partagée. Les objectifs sont « *d'identifier les pratiques qui permettent de mieux comprendre les difficultés psychologiques de l'enfant, et pour ces enfants « particulièrement en souffrance» de construire la priorisation des interventions et leurs coordinations afin de lutter contre les risques de morcellement dans l'accompagnement, de défaut de compréhension et d'adhésion que cela peut occasionner de la part de l'enfant et/ou de ses parents, et, enfin, d'éviter et d'anticiper les ruptures dans le parcours institutionnel mettant en danger le parcours de vie de ces enfants* »<sup>76</sup>.

Cette recommandation propose des pistes afin :

- De mobiliser les acteurs disponibles sur un territoire et d'assurer la cohérence des différentes interventions.
- De proposer des interventions interdisciplinaires et interinstitutionnelles à ces jeunes et à leur famille.
- D'assurer des interventions en intégrant les capacités et les ressources du jeune autant que ses difficultés.
- D'intégrer dans les procédures et pratiques, la gestion des situations de crise afin de mieux « préparer » les équipes tout en évitant les phénomènes d'épuisement, de désinvestissement des professionnels. Cela suppose que ces crises ont du sens et qu'il faut en comprendre la signification, en rechercher les causes pour être en position d'anticipation.

En résumé, cette RBPP renforce ma conviction que l'un des enjeux repose sur l'identification et la compréhension des difficultés psychologiques afin de prioriser les interventions, d'ajuster les pratiques et de coordonner les accompagnements pour éviter les ruptures dans les parcours institutionnels.

---

[établissements-et-services-accueillant-des-enfants-et-adultes-handicapes-prevention-et-reponses](#)

<sup>75</sup> Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, HAS, « *L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation* », octobre 2017.

[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2833677/fr/l-accompagnement-des-enfants-ayant-des-difficultes-psychologiques-perturbant-gravement-les-processus-de-socialisation](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2833677/fr/l-accompagnement-des-enfants-ayant-des-difficultes-psychologiques-perturbant-gravement-les-processus-de-socialisation)

<sup>76</sup> Ibid. p. 14.

## 2.2 Déconstruire la question des « incasables »

### 2.2.1 Quelques constats

A l'heure de la mise en place des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM)<sup>77</sup> et de la RAPT, la structuration de l'offre par le cadre légal et réglementaire se heurte à des cloisonnements et une grande complexité.

Parmi toutes celles que j'ai pu relever au sujet des jeunes en rupture de prise en charge, je retiendrai plus particulièrement les constatations suivantes :

Dans beaucoup d'établissements que j'ai pu visiter ou avec lesquels j'entretiens des liens (MECS, IME, ITEP), les professionnels se disent démunis non seulement pour comprendre les problématiques des jeunes en grande difficulté mais aussi pour faire face à leurs répercussions en termes de débordements comportementaux.

Dans le cadre de mon stage, un cadre intermédiaire d'une MECS me disait que :

*« Les deux heures de réunion hebdomadaire permettent tout juste de balayer les affaires courantes et les aménagements à venir [...] Et encore, quand toute l'équipe est présente. [...] Nous sommes dans l'action-réaction en permanence avec l'incapacité de penser, d'anticiper, de s'adapter [...].*

*Il faut également arriver à concilier la gestion d'un collectif (2 « éducateurs » pour 12 à 17 jeunes le week-end) avec des règles de vie préalablement établies et non adaptées aux besoins spécifiques pour ces jeunes sortants des schémas traditionnels. Surtout au moment de « crises » où tout s'envole en éclat, générant de l'insécurité et de la souffrance auprès des autres jeunes [...].*

*Même si les éducateurs bénéficient de temps d'Analyse des Pratiques (AP), rien n'est prévu pour les maîtresses de maison ou les surveillants de nuit [Analyse des Pratiques ou réunions] ».*

Certains professionnels tentent donc de développer des pratiques hors des « cadres prescrits ». Pour le dire autrement, ils tentent de composer avec un système rigide et peu

---

<sup>77</sup> Le décret relatif au PTSM évoqué à l'article 69 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé fixe les priorités du dispositif ainsi que les modalités de son élaboration et de sa mise en œuvre. Il s'agit de l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de « soins, accompagnements et services attendus sur les territoires de santé mentale ». <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale>

ou pas valorisant en référence « aux phénomènes d'aveuglement cognitif » qui marque l'écart entre « le travail réel » et « le travail réalisé » selon Michel FOU BRIAT<sup>78</sup>.

Un autre constat est celui de la pénurie de moyens en pédopsychiatrie qui impacte le secteur hospitalier dans le département du Jura. A titre d'exemple, 2,2 Équivalent Temps Plein (ETP) non pourvus sur 4 ETP pour l'inter-secteur Jura Nord. S'agissant de l'inter-secteur Jura Sud, 1,6 ETP non pourvus sur 4 ETP. De nombreuses institutions médico-sociales du département fonctionnent sans médecin psychiatre, ou avec un ratio dérisoire. De plus, la couverture du territoire est mal assurée avec une dotation en lits d'hospitalisation concentrée sur le seul secteur nord du Jura ce qui engendre des déplacements de 50 kms depuis Lons-le-Saunier ou 95 kms depuis Saint Claude.

Dans son rapport sur les inégalités territoriales, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dénonce que « *les moyens sont inégalement répartis et cela explique les difficultés dans lesquelles se trouvent certains services ou territoires* »<sup>79</sup>.

Ce phénomène est aussi marqué par un recentrage des missions du Centre Hospitalier Spécialisé dont celui de pédopsychiatrie dans le Jura : « Perséphone » avec 14,8 Équivalent Temps Plein pour 6 lits et l'« Unité Pour Adolescents » avec 9,80 ETP pour 5 lits. Lors d'une journée de stage dans le cadre de ma formation CAFDES, j'ai pu recueillir le témoignage de la Cadre de Santé qui dirige ces deux services en collaboration avec un pédopsychiatre : « *Le sanitaire s'est recentré sur les mesures hospitalières uniquement avec évaluation et mise en place d'un traitement* » ; « *L'hôpital n'a plus les moyens d'accompagner comme par exemple travailler les sorties, participer aux rencontres partenariales, maintenir un suivi pour réajuster les traitements* » ; « *L'hospitalisation apparaît comme une nécessité de rupture avec le milieu de vie* » ; « *Le défaut de moyens humains conduit les infirmières à ne plus faire des activités thérapeutiques à l'extérieur* ».

Dans ce témoignage, j'ai surtout été saisi par la position de cette cadre de la fonction publique hospitalière qui n'était pas dans la plainte, mais la frustration de ne plus pouvoir exercer son métier convenablement.

---

<sup>78</sup> Sociologue, enseignant à l'UFR Sciences de l'éducation de l'Université Paris Est Créteil sur la sociologie des organisations. Il est intervenu à l'IRTS de Franche-Comté dans le cadre de la formation CAFDES.

<sup>79</sup> Article ASH n° 3047 du 09 février 2018: L'IGAS dénonce dans un rapport sur les inégalités territoriales : « *l'organisation en secteurs est « loin d'être dépassée », mais il faut « lui donner un nouvel élan » en améliorant l'articulation entre la psychiatrie et ses partenaires, notamment ceux du social et du médico-social* ». <https://www.ash.tm.fr/hebdo/3047/actualites/ligas-denonce-les-inegalites-territoriales-455486.php>

D'autres difficultés émergent de façon récurrente entre les structures et leurs acteurs intervenant parallèlement auprès des jeunes à « problématiques multiples » et mériteraient d'être présentées de façon détaillée :

- La problématique de l'information en particulier du côté des professionnels du soin : comment la faire circuler largement et en temps utile ? Comment éviter la rétention de l'information ? Comment traiter la question du secret professionnel et du secret partagé ?
- Des ressources et des possibilités d'accueil inégalement présentes selon les territoires avec la pénurie des places dans les secteurs médico-sociaux et sanitaires alors que les professionnels sont censés garantir la continuité du parcours des jeunes.
- L'organisation concrète de la répartition des rôles en référence aux différences d'habilitation des partenaires, à la méconnaissance des missions respectives, aux différences de moyens (spécialistes) et donc de pratiques, et à la temporalité qui n'est pas la même pour tous.
- Le manque de ressources en interne (pédopsychiatre, psychologue, éducateur spécialisé,...) voire une déqualification lors des recrutements dans les établissements pour amortir les tensions budgétaires tout en maintenant un taux d'encadrement légal pour fonctionner.
- La non-réciprocité des engagements pris en commun et la tendance de certains acteurs à se désengager des situations les plus difficiles (et c'est encore plus significatif pour les jeunes manifestants des « Comportements Sexuels Problématiques »).

Je pose le constat global, conséquence des constats précédents, que chaque secteur, sous couvert d'innovation, procède à une sorte de rafistolage en inventant ses propres instances pour tenter de régler les problèmes constatés. Ces réponses, dont certaines présentent un intérêt, se chevauchent malheureusement sans concertation comme le PRIPE (Pôle Ressource pour les Intervenants de la Protection de l'Enfance) pour l'ASE du Jura, la RAPT au niveau de la MDPH, la PPSM (Plateforme Psychiatrie et Santé Mentale) pour le Sanitaire, le PRE (Programme de Réussite Éducative), l'OJEVIM (Observatoire Jurassien des Enfants Victimes de Maltraitance), etc...

## 2.2.2 Mes engagements sur le sujet

Depuis plusieurs années, je suis mobilisé sur cette thématique « des jeunes à problématiques multiples » :

- En 2012, comme animateur sur le Schéma Départemental Enfance Famille du Conseil Départemental du Jura.
- En 2014, dans le cadre d'une étude CREA<sup>80</sup> BFC réunissant un ensemble de professionnels tous secteurs confondus que j'ai déjà évoqué.
- En 2016, par l'ASE du Jura avec plusieurs démarches hors département afin d'aller s'imprégner de ce qui pouvait se faire ailleurs (exemple de l'Unité Médico-Educative pour Adolescents (UMEA) à Besançon sur laquelle nous reviendrons, ou d'un Service d'Accueil Familial Spécialisé au sein d'un ITEP, ...).
- En 2017, par l'ARS BFC et le CD39 sur 3 sessions avec l'ensemble des acteurs jurassiens des champs sociaux et médico-sociaux et une représentativité du sanitaire afin d'évoquer les difficultés dans les réponses apportées au niveau du département à ces jeunes « à problématiques multiples ».

Parallèlement, j'ai pu expérimenter dans le cadre de l'AIRe Franche-Comté, la mise à disposition d'un temps plein de pédopsychiatre (interne avec ½ temps Centre Hospitalier Universitaire à Besançon et ½ temps ITEP FC). Cette démarche s'est inscrite en partant du même questionnement soulevé dans cet écrit, à savoir quelles réponses pour ces jeunes à la limite de nos institutions ? Cette expérience qui a duré 2 ans, a été très riche car elle a permis de faire des ponts entre le sanitaire et le médico-social en apportant un regard et une écoute différents de ce qui avait été le cas jusqu'à présent. Sur le terrain, ceci s'est traduit par une meilleure compréhension des activités respectives, des tentatives d'adoption de langage commun, des facilités d'hospitalisation – sortie d'hospitalisation en réponse aux mouvements comportementaux.

En partant de l'ensemble de ces préalables, j'ai mis en place un questionnaire adressé à 12 représentants issus de l'ASE, des MECS, des ESMS et de l'inter-secteur de pédopsychiatrie au sujet des coopérations en lien aux jeunes « incasables »<sup>81</sup>. Conjointement, j'ai profité de la dernière session des rencontres ARS BFC et CD39 pour interroger les participants sur le même sujet mais en m'octroyant un peu plus d'ouverture du fait des échanges verbaux. Le résultat fait apparaître l'absence de convention entre ces différents acteurs (contrairement avec les spécialistes en libéral comme les

---

<sup>80</sup> Centre Régional d'Études d'Actions et d'Informations.

<sup>81</sup> Annexe 4.

orthophonistes, psychomotriciens, ...). Le partenariat s'appuie avant tout sur les « affinités dans les pratiques et les relations humaines ». La transmission de l'information est tributaire des fonctions occupées surtout en ce qui concerne le secret professionnel / secret partagé qui ne sont pas non plus très bien définis. Par ailleurs, certains déplorent le manque de représentativité dans des instances de concertation comme l'Equipe Pluridisciplinaire d'Évaluation de la Maison Départementale des Personnes Handicapées ou les Commissions d'Etudes Techniques, ...

A la question des modalités d'accueil des jeunes dits « en situation complexe », l'ASE demande à la fois l'ouverture à 365 jours des ESMS pour répondre aux besoins spécifiques mais évoque aussi le projet d'ouverture d'une structure dédiée dans le cas d'une possibilité de financement conjoint CD39 et ARS BFC. De son côté, l'ARS BFC souhaite faire évoluer les offres de service des ESMS au regard des besoins repérés dans le cadre de fonctionnements à moyens constants. Elle serait aussi intéressée par un projet innovant sur le territoire qui pourrait être dans un premier temps expérimental. Il pourrait être question d'équipe pluridisciplinaire en soutien aux équipes de professionnel accueillant ces jeunes.

### **2.2.3 La problématisation**

La première remarque en terme de diagnostic concerne la difficulté non seulement à identifier et à qualifier le public des « incasables » mais également à le quantifier comme nous avons pu le voir. On se contente d'évoquer d'une manière générique des jeunes présentant des psychopathologies pour lesquels devraient alterner ou combiner des accompagnements ASE – Sanitaire – Médico-social, mais qui se retrouvent finalement hors des circuits institutionnels sans que l'on connaisse précisément leur nombre.

On note ensuite, la difficulté pour chaque acteur de formuler ses propres protocoles et procédures pour le traitement des problématiques des « incasables ». Autrement dit, sa difficulté à se structurer, à faire évoluer ses pratiques et ses missions afin de mieux s'adapter aux besoins (pour le moins inhabituels) des jeunes en question.

Le troisième élément diagnostic (mais non des moindres) que je relève est la difficulté des institutions des secteurs social, psychiatrique et médico-social à s'entendre sur des coopérations claires, structurées et pérennes. Difficulté peut-être liée à leur tendance à considérer leurs différences de mission, de culture et de pratique comme autant de prés-carrés à défendre plutôt que comme une richesse à partager.

En résumé, au-delà d'un ensemble de méconnaissances, ces « situations d'incapacité » résultent bien d'une distorsion entre les cadres institutionnels, l'organisation du travail dans les structures et les besoins des jeunes.

Dès lors, la situation des jeunes laissés pour compte alors qu'ils sont les plus en besoin d'aide et d'accompagnement multidisciplinaire est liée pour une grande part, à un déficit de coopération interinstitutionnelle. Ce qui se traduit par des manques et des ruptures dans la prise en charge et la prise en soin de ces jeunes en très grandes difficultés psychologiques, sociales et scolaires. Il est donc nécessaire de comprendre d'où vient cette carence et comment y remédier.

Dans le cadre de politiques sociales inclusives, comment de ma place de directeur, impulser la mise en œuvre de partenariats innovants ? Et comment mobiliser chaque acteurs vers un renouvellement des pratiques afin d'accompagner des jeunes « à problématiques multiples » ?

La dénomination «incapable», couramment employée est explicite. S'il y a des incapables, c'est que les institutions se perçoivent comme une sorte de puzzle dans lesquelles il manquerait « la case » où pouvoir les accueillir. La recherche de cette case supplémentaire et providentielle s'étant avérée illusoire, je considère que le problème est mal posé. Pour y répondre, je propose l'hypothèse suivante :

C'est par une coopération construite permettant de « penser à plusieurs » les problématiques lourdes que nous parviendrons à diminuer significativement le nombre d'enfants et d'adolescents en situation de rupture de prise en charge dans le département.

## **2.3 Un panorama des dispositifs existants**

### **2.3.1 En Franche-Comté, une Unité Médico-Educative pour Adolescents (UMEA)**

Créée en 1999 à Besançon (Doubs) afin de répondre aux besoins d'adolescents requérant une prise en charge à la fois éducative et médicale, l'UMEA résulte d'un partenariat entre l'Association Départementale du Doubs de Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte (ADDSEA)<sup>82</sup> et le Centre Hospitalier Universitaire de Besançon. Portée tout à la fois par une équipe éducative et une équipe médicale, les accompagnements s'effectuent à partir d'une Unité de Vie (8 places) ou de Placement Éducatif A Domicile (4 places).

---

<sup>82</sup> <https://addsea.net/>

Sa mission est d'assurer la protection et l'éducation d'adolescents caractérisés par des troubles sévères du comportement afin de promouvoir leur insertion scolaire, professionnelle et sociale. Cette unité propose une prise en charge 24 heures sur 24, 365 jours par an.

Elle est composée d'une équipe d'encadrement (éducateurs, infirmiers et maitresses de maison) ainsi que d'une prise en charge complémentaire (médecin-psychiatre, psychologue).

L'admission s'établit à partir d'un conventionnement de 6 mois renouvelable 1 fois.

Si cette initiative est à saluer, ce dispositif semble trouver ses limites dans la durée de l'accueil proposé. Selon les retours qui m'ont été formulés par un cadre de l'ASE et un cadre d'une MECS : « *il y a un intérêt dans le cadre d'un séjour de rupture mais après ?* ».

### **2.3.2 En France, des « Équipes Mobiles »**

Des praticiens ont ainsi inventé des solutions nouvelles favorisant la rencontre en direction des adolescents qui ne formulent pas de demandes.

Inspirées par les anciennes pratiques de la visite à domicile et par les méthodes du Samu social (institution « hors les murs »), elles se déplacent dans différents lieux pour assurer des consultations, des permanences, du soutien. On parle d'« *Équipes Mobiles Pédopsychiatriques* »<sup>83</sup> et/ou d'« *Équipes Mobiles Mixtes ou Ressources Médico-Sociales* »<sup>84</sup>.

Cette évolution est rendue indispensable pour s'adapter à l'augmentation de la souffrance psychique d'enfants – d'adolescents qui ne sont pas en capacité d'exprimer clairement une demande de soins. Il s'agit également de répondre aux inquiétudes des parents, des enseignants ou des professionnels des secteurs de l'ASE, de l'EN, de la PJJ, des ESMS qui repèrent ces difficultés massives et sont vite « aspirés » dans la problématique psychique des jeunes.

---

<sup>83</sup> Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, HAS, « L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation », octobre 2017, p. 22.

[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2833677/fr/l-accompagnement-des-enfants-ayant-des-difficultes-psychologiques-perturbant-gravement-les-processus-de-socialisation](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2833677/fr/l-accompagnement-des-enfants-ayant-des-difficultes-psychologiques-perturbant-gravement-les-processus-de-socialisation)

<sup>84</sup> Ibid., p. 23.

### 2.3.3 Au niveau international

Au-delà de nos frontières, la question de la santé psychologique de la jeunesse fait partie intégrante des préoccupations des professionnels.

Pour autant, il est difficile de mettre en évidence une modélisation des interventions spécifiques en direction d'un public « d'ados difficiles » par les organisations sanitaires, sociales et judiciaires propres à ces pays. Je vais cependant faire référence à des interventions réalisées par des représentants de l'association Métis Europe<sup>85</sup>, lors des journées nationales de l'AIRe à Aix les Bains en décembre 2016 :

- Contribution Belge : « *L'inter-institutionnalité se tricote, elle ne se prescrit pas* »<sup>86</sup> (annexe 5).

Au même titre que la France<sup>87</sup>, la Belgique s'inscrit dans la recommandation du Conseil de l'Europe de 2010 sur la « *désinstitutionnalisation* » en adoptant et en mettant en application un texte à l'attention des États membres de ne plus placer les enfants handicapés en institution. Les effets de ce recentrage sur « *les administrations [...] respectivement en charge du « handicap » et de la protection de la jeunesse* » font émerger la notion « *de réseaux et de circuits de soins en santé mentale pour enfants et adolescents* » à travers des coopérations créant des « *équipes faitières* » appelées « *Jardins pour Tous* » et défendant des approches « *inter-disciplinaires et inter-institutionnelles* ».

- Contribution Suisse : « *Le réseau « Aire d'Ados » mis en place depuis 3 ans à Genève* »<sup>88</sup> (annexe 6).

Le réseau « *Aire d'Ados* » est un « *dispositif [qui] concourt à offrir un espace de formation et d'échanges de pratiques aux professionnels* » en les aidants dans le repérage, la coordination et le « *soutien au pilotage du partenariat* ».

- Contribution Italienne : « *La défense de la santé mentale des mineurs* »<sup>89</sup> (annexe 7).

---

<sup>85</sup> Association européenne regroupant les professionnels et toutes les personnes s'intéressant aux traitements des troubles psychologiques qui se manifestent par des troubles du comportement. <http://www.metis-europe.eu/>

<sup>86</sup> <http://www.metis-europe.eu/wp-content/uploads/2016/11/2016-12-09-Atelier-17-Europe-contribution-belge.pdf>

<sup>87</sup> Mme Catalina DEVANDAS-AGUILAR, la rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées, « *nourrit dans son rapport du 13 octobre 2017 suite à sa visite en France, une volonté farouche d'accorder aux personnes handicapées leur pleine citoyenneté au sein de la société* ».

<sup>88</sup> <http://www.metis-europe.eu/wp-content/uploads/2016/11/2016-12-09-Atelier-17-M%C3%A8TIS-Europe-contribution-suisse.pdf>

L'Italie, déjà très engagée dans la démarche de « désinstitutionnalisation », propose la « *construction d'un réseau multi-professionnel et interdisciplinaire* » en s'appuyant sur des « *projets individuels et personnalisés* ».

- Contribution Québécoise : « *Entre la pratique et la recherche : rechercher l'intervention* »<sup>90</sup> (annexe 8).

Nous sommes sur une approche scientifique « *entre chercheurs et cliniciens* » pour rendre encore plus efficace la logique de « *collaboration interinstitutionnelle* » par « *le transfert de connaissances* ».

Il se confirme au-delà de nos frontières que les questions relatives aux jeunes en grande souffrance psychique exigent de dépasser les cadres organisationnels ainsi que les cultures et les pratiques professionnelles.

## **2.4 Penser ensemble les réponses adaptées**

L'enjeu repose sur une identification et une compréhension commune des difficultés psychologiques rencontrées par les jeunes, nous permettant de conjuguer les modalités d'interventions, d'ajuster les pratiques et de coordonner les accompagnements pour éviter les ruptures dans les parcours institutionnels.

### **2.4.1 De l'interdisciplinarité à l'interinstitutionnalité**

Dans la perspective de poser les premiers jalons d'une coopération, la notion d'interdisciplinarité me semble tout à fait intéressante.

Le Professeur MISÈS que nous avons déjà citée dans la 1<sup>ère</sup> partie, introduit cette notion d'interdisciplinarité par :

« *Le recours à une équipe multidisciplinaire bien formée est nécessaire: ici plus qu'ailleurs, en raison des espacements des temps institutionnels et de la variabilité d'évolution des conduites de l'enfant selon les lieux de vie, la coopération impose une*

---

<sup>89</sup> <http://www.metis-europe.eu/wp-content/uploads/2016/11/2016-12-09-Atelier-17-M%C3%A8TIS-Europe-contribution-italienne.pdf>

<sup>90</sup> <http://www.metis-europe.eu/wp-content/uploads/2016/11/2016-12-09-Atelier-17-M%C3%A8TIS-Europe-contribution-qu%C3%A9bécoise.pdf>

*reconnaissance suffisante de la place spécifique tenue par chacun, la cure exclut les clivages, l'indifférenciation des rôles, les coupures entre les personnes »<sup>91</sup>.*

Cette approche prend en compte la problématique multifactorielle des jeunes, avec des réponses nécessitant la conjugaison des compétences disciplinaires. Ainsi plutôt qu'un travail pluridisciplinaire où les compétences et les grilles de lecture se juxtaposent, il préconise un travail interdisciplinaire pour que les expertises, les spécificités se croisent, s'alimentent afin de tendre à une perception de la situation la plus globale possible.

Il s'agit de sortir de « *la balkanisation des pouvoirs et des compétences* »<sup>92</sup> pour favoriser les articulations entre les savoirs et les professionnels.

Il existe une similitude entre les notions d'« interdisciplinaire » et d'« interinstitutionnel » : Si l'interdisciplinarité « *signifie l'échange et la confrontation des expériences, l'interprétation des idées et la coopération* »<sup>93</sup>, elle prend encore une autre dimension avec l'interinstitutionnalité.

Il s'agit de faire œuvrer ensemble des institutions, des établissements, des personnels différents avec des pratiques différentes et des missions différentes, mais toujours au service du projet des jeunes et de leurs familles.

L'interinstitutionnalité pousse à cette volonté de décloisonnement avec une mise en synergie des ressources du territoire, mobilisant les compétences de chaque institution destinées à la mise en œuvre des modalités de réflexion et d'intervention.

De ma place de directeur, seule la constitution d'un collectif, d'une équipe dédiée (sociale, médico-sociale, sanitaire) permet d'incarner et de faire vivre cette notion d'interinstitutionnalité.

#### **2.4.2 Pour une logique de coopération renouvelée**

Partenariat et réseau ont en commun de favoriser une volonté entre professionnels d'entretenir des relations privilégiées :

- Le partenariat s'est généralisé dans le champ social et médico-social à partir des lois de décentralisation.

---

<sup>91</sup> MISÈS Roger, « *Les pathologies limites de l'enfance* », Paris, Puf, 1990, p. 74.

<sup>92</sup> DUCALET Philippe, LAFORCADE Michel, « *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* », Seli Arslan, 2<sup>ième</sup> édition, 2004, p. 94.

<sup>93</sup> Ibid., p. 206.

Sa définition officielle donnée par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité évoque de la « *coopération entre des personnes ou des institutions généralement différentes par leur nature et leurs activités. L'apport de contributions mutuelles différentes permet de réaliser un projet commun* »<sup>94</sup>.

Sur le plan juridique, il est garanti par le recours à un conventionnement reconnaissant « *une complémentarité autour d'objectifs précis* »<sup>95</sup> et définissant le cadre d'action, les méthodes, les moyens, les responsabilités et les résultats attendus<sup>96</sup>.

- Le travail en réseaux repose quant à lui, essentiellement sur une dynamique de personnes qui se connaissent, ont pris des habitudes de travail, et trouvent donc facile de collaborer ensemble. « *Ce n'est pas faire changer l'autre par la contrainte, c'est reconnaître l'identité et la différence de l'autre, et voir ensemble comment s'articuler et travailler sur des complémentarités ...* »<sup>97</sup>. Il valorise la notion d'égalité et de place privilégiée.

Nous savons que « les partenaires » ne sont pas nécessairement « des équipiers » et que « *l'intérêt commun qui doit présider à une initiative collective n'est pas acquis* »<sup>98</sup>. Ainsi la logique « réseau – partenariat » qui opère assez bien en général, est beaucoup moins satisfaisante pour les jeunes « à problématiques multiples ».

Cette dernière, même conventionnée, nécessite de dépasser les enjeux des intérêts des différents acteurs institutionnels pour s'axer uniquement sur une logique de coopération<sup>99</sup>.

---

<sup>94</sup> Commission de terminologie et de néologie du domaine social, Bulletin Officiel, Solidarité-Santé, Vocabulaire du domaine social, Ministère de l'Emploi et de la solidarité, n° 2002/1 bis, Fascicule spécial.

[http://rnrsms.ac-creteil.fr/IMG/pdf/le\\_partenariat\\_dans\\_le\\_travail\\_social-final.pdf](http://rnrsms.ac-creteil.fr/IMG/pdf/le_partenariat_dans_le_travail_social-final.pdf)

<sup>95</sup> JAEGER Marcel, « *L'articulation du sanitaire et du social* », DUNOD, 3<sup>ème</sup> édition, 2012, p 88.

<sup>96</sup> Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, HAS, « *Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap* », janvier 2018, p. 51.

[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/web\\_rbpp\\_coordination.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_coordination.pdf)

<sup>97</sup> BOUYSSIÈRE-CATUSSE Eliane, RAYNAUD Jean-Philippe, « *Adolescents difficiles : penser et construire des partenariats* », Érès, 2012, p. 231.

<sup>98</sup> DEPAULIS Alain avec NAVARRO Jean et CERVERA Gilles, « *Travailler ensemble, un défi pour le médicosocial* », Érès, 2013, p. 14.

<sup>99</sup> Article L.312-7 du Code de l'action sociale et des familles : « *La coordination dans le domaine social et médico-social a pour finalité d'organiser la complémentarité et la continuité des prises en charge et des accompagnements* ».

« *S'inscrire dans une démarche de coopération, c'est renoncer à l'individualisme pour se placer dans une dynamique de co-responsabilité, de co-résolution, de co-organisation et de communication* »<sup>100</sup>, mais faut-il encore se mettre d'accord sur :

- La construction d'un diagnostic partagé à partir d'une présentation commune de la situation.
- La détermination d'objectifs de travail concertés et cohérents.
- Une adaptation des obligations et missions institutionnelles pour répondre à la situation en tenant des postures et positionnements concertés et en menant les actions validées et dévolues.
- Et un retour d'expérience qui peut permettre de nouveaux modèles d'interventions.

Ainsi, quelque chose semble donc à créer en s'appuyant sur les ressources du territoire pour prendre en compte la situation de ces jeunes. L'enjeu est la « *mise en place de réponses spécialisées ne dispense pas les structures plus « généralistes » d'un important effort d'adaptation [...] L'objectif doit être d'accroître la capacité de tous à porter dans la durée des situations plus lourdes, par une montée en compétences et savoir-faire internes* »<sup>101</sup>. Cette coopération non acquise et fragile, est à réinventer continuellement.

Nous l'avons vu, les jeunes dits « incasables » constituent un public frontière qui met véritablement à l'épreuve nos modèles organisationnels. Il s'agit donc de repenser notre approche dans une logique d'interdisciplinarité et de coopération renouvelée.

D'un point de vue opérationnel, je propose la constitution d'une Équipe Mobile de Liaison Interinstitutionnelle.

---

<sup>100</sup> DUCALET Philippe, LAFORCADE Michel, « *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* », Seli Arslan, 2<sup>ième</sup> édition, 2004, p. 223.

<sup>101</sup> PIVETEAU Denis avec ACEF Saïd, DEBRABANT François-Xavier, JAFFRE Didier et 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* », Rapport, Tome I, 10 juin 2014, p. 53.

### **3 L'Équipe Mobile de Liaison Interinstitutionnelle**

Comme nous avons pu le voir, je pars du principe que la création d'une nouvelle « case » avec des murs, des personnels dédiés ne ferait qu'ajouter une nouvelle couche à un « mille feuilles » déjà composé de multiples structures sociales, médico-sociales et sanitaires. Au contraire, je défends l'idée qu'il faut « faire le deuil » d'un établissement « idéal » pour établir un travail à « plusieurs » en construisant des « espaces partagés ».

#### **3.1 Son inscription territoriale**

Au regard du Schéma Régional de Santé et du Schéma Départemental de l'Enfance et de la Famille, mon positionnement prend en considération l'inscription de l'équipe mobile dans un maillage territorial en plein développement.

Tout d'abord, au niveau du Pôle Infanto-Juvenile Jura Sud du CHS avec une restructuration marquée par le regroupement de l'ensemble des activités dans le même bâtiment sur Lons-le-Saunier, une ancienne clinique. Ce lieu d'accueil facilitera les prises en soin dans des espaces propices aux différentes consultations. Il proposera aussi 3 lits d'hospitalisation dans le cadre de « transition temporaire » (« transition » pour éviter le mot « rupture ») pour les jeunes en grandes difficultés. Ce qui me paraît très pertinent pour des jeunes dans le cadre d'hospitalisations séquentielles évitant les ruptures.

De même, un pré-projet d'une « Cellule Cas Complexe Enfants - Ados » est en cours d'élaboration. Animée par la Responsable de service du Pôle Infanto Juvenile Jura Sud et de l'équipe de cadres de pédopsychiatrie, il s'agit de repérer et d'intervenir directement sur les situations qui n'entrent pas dans le champ habituel des dispositifs existants. Sollicité pour participer aux réunions du Conseil Local de Santé Mental (CLSM<sup>102</sup>) travaillant sur cette éventualité, mon avis est très favorable à ce pré-projet car complémentaire à ce que proposera l'équipe mobile aux professionnels institutionnels.

Par ailleurs, au niveau du CD39, une réflexion est menée pour l'ouverture d'une structure spécifique dans le Haut Jura, pour l'accueil de ces jeunes à « difficultés multiples ». Calquée sur le modèle de l'UMEA présentée précédemment, elle pourrait accueillir 2-3 jeunes sur des contrats de 6 mois renouvelables 1 fois.

Concernant le Dispositif ITEP-SESSAD ASMH, avec l'accord du Directeur Général et après validation du CA, j'ai souhaité inscrire un projet de Service d'Accueil Familial

---

<sup>102</sup> Le CLSM permet une approche locale et participative concernant la prévention et le parcours de soins.

Spécialisé pour 2019 dans une des fiches projets du CPOM. Cette modalité d'accueil, travaillée dans le cadre de l'équipe de direction du dispositif, répond aux besoins spécifiques des jeunes, qui outre leurs difficultés psychologiques, sont en grandes difficultés dans la prise en charge en collectivité (internat ITEP ou MECS). Ce service sera un appui possible pour l'ensemble des jeunes accueillis dont ceux en « situation complexe ». Il aura la particularité de bénéficier d'un double financement : ARS et CD39.

Le projet d'Équipe Mobile de Liaison Interinstitutionnelle doit s'inscrire en synergie avec les ambitions territoriales.

## **3.2 Ses caractéristiques**

A partir des difficultés rencontrées par chaque adolescent, il s'agit de penser un dispositif territorialisé de ressources sociales, médico-sociales et sanitaires, en mesure de dépasser les logiques d'établissements et de services, ainsi que les écueils de ruptures qu'elles induisent.

Les orientations prises dans le cadre de ce projet viseront à répondre aux besoins identifiés au sein du département et de proposer un projet novateur complémentaire aux structures existantes à ce jour (MECS, ITEP, IME, SESSAD, ...) et en lien avec les services de la pédopsychiatrie, le but étant de favoriser l'articulation entre les différents secteurs.

Cette équipe mobile n'a pas vocation à se substituer aux dispositifs existants. Autrement dit, « de faire à la place » des institutions ou des équipes en présence sur le territoire. Sa singularité réside dans le fait d'apporter un éclairage et une ressource, un soutien technique aux professionnels et une liaison entre les structures.

### **3.2.1 Une commande des pouvoirs publics**

Les constats posés à l'issue de notre démarche exploratoire sont partagés par l'ARS BFC et le CD39. En effet, les deux autorités de tarification proposent la création d'une Équipe Mobile à titre expérimental sur le secteur géographique Sud du Département du Jura avant la fin de l'année 2018.

Une première sollicitation par l'ARS et le CD39 a eu lieu le 08 mars 2018 à la Direction Départementale à Lons-le-Saunier en ma présence et celle du Président de l'association, afin d'évoquer cette perspective. Elle émanait d'une décision prise conjointement entre l'ARS et le CD39 sur une réponse possible aux situations de ces jeunes dits

« incasables » et faisait aussi suite à un accord de la part de la pédopsychiatrie de se joindre à l'expérimentation.

Il est demandé à l'ASMH son accord pour adosser ce projet à son Dispositif ITEP/SESSAD qui servira de support avec un avenant au CPOM dans le cadre des fiches actions. Le Président a émis un avis favorable dans l'attente d'une confirmation par le CA lors d'une réunion le 23 mars. Cette opportunité vient confirmer à la fois la volonté de l'association de répondre aux besoins repérés sur le Département tout en la conformant dans son intérêt en faveur des publics les plus défavorisés notamment en termes de troubles psychiques.

Lors de la réunion du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) qui s'est réuni le 29 mars<sup>103</sup>. et avec l'accord de l'ARS, nous avons présenté avec la Responsable de service du Pôle Infanto Juvénile Jura Sud, les orientations stratégiques de ce projet d'équipe mobile en direction des professionnels présents.

En tant que directeur mandaté par le Conseil d'Administration ASMH, l'ARS et le CD39, j'ai la responsabilité de décliner de manière opérationnelle ce projet en collaboration avec la responsable du Pôle des solidarités du CD39, d'un cadre supérieur de santé du CHS et de la responsable de la Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale (PCPSM). J'aurai par la suite, à manager cette équipe mobile avec des enjeux « humains et financiers » que nous étudierons par ailleurs en sachant que les enveloppes allouées par l'ARS et le CD39 sont respectivement de 55 000 € maximum par an, avec un prorata accordé en fonction de la date d'ouverture.

En amont à cette rencontre, avec mon Directeur Général et les cadres du Siègne Social, nous avons posé les premiers jalons d'un cahier des charges relatif à la création d'une équipe mobile que j'ai exposé lors de la rencontre du 16 avril à la Direction Départementale de l'ARS à Lons-le-Saunier en présence de l'ARS, le CD39, le CHS et l'ASMH. Sur cette base, j'ai pu apprécier les visions de chacun pour commencer à affiner ce document en terme de jours d'ouverture, de public concerné, de périmètre d'intervention, .....

La mission qui m'est confiée, m'a permis d'engager une rencontre le 07 mai au Pôle Infanto Juvénile à Lons-le-Saunier uniquement entre les représentants missionnés de différentes institutions. Nous avons commencé à ajuster un cahier des charges que nous avons terminé une semaine plus tard dans les locaux du Dispositif ITEP-SESSAD ASMH à Revigny. Avec le recul, le choix était très pertinent de conclure la rédaction de

---

<sup>103</sup> Annexe 9.

cet outil au sein de mon institution et m'a permis de me positionner comme Directeur d'un Dispositif « où tout reste à construire ». Il m'a aussi permis de me projeter sur la configuration d'instances de pilotage de l'équipe mobile.

A la suite, j'ai transmis à l'ARS, au CD39 et à l'ASMH, la proposition d'un cahier des charges pour consultation avant la validation lors de la réunion du 31 mai dans les locaux du Conseil Départemental. Un accord a aussi été trouvé sur l'appellation de ce dispositif : Équipe Mobile de Liaison Interinstitutionnelle (EMLI).

### 3.2.2 Ses instances de pilotage

Dans le contexte du lancement de ce projet expérimental et après concertation auprès de mon Directeur Général, j'ai proposé aux représentants des pouvoirs ARS - CD39 et au nom de l'ASMH, de mettre en place deux instances : le Comité de Pilotage (COFIL) Stratégique et le Groupe Projet Opérationnel.

Elles ont pour objectif le bon avancement du projet et une visibilité à tous les niveaux (budget, technique, fonctionnel,...) en partant du principe qu'« *un collectif peut-il faire l'économie d'un organe de régulation, qui porte la responsabilité de l'impulser, de le vectoriser et de le pérenniser, bref, de le faire vivre* <sup>104</sup> ».

Le COFIL Stratégique est composé des partenaires institutionnels ARS, CD39, CHS ainsi que l'ASMH.

Sous la co-animation ARS – CD39, son rôle est de mesurer l'évolution du dispositif et de proposer les modifications nécessaires au bon fonctionnement et à la qualité de la prestation. Au démarrage, j'ai formulé une proposition de maintenir une fréquence mensuelle des réunions jusqu'à l'échéance de la mise en route. Sur la période expérimentale, j'ai établi le calendrier de réunions tous les 6 mois.

Dès la mise en fonctionnement de l'équipe mobile, je proposerai au Comité Stratégique, la participation à cette instance de l'Éducation Nationale. Il est important de développer un partenariat avec les écoles, collèges et lycées pour détecter et prévenir des situations de jeunes en grandes difficultés. Ce travail en amont facilitera l'approche préventive. De même, pour les situations déjà bien ancrées, elle sera un acteur incontournable surtout face à l'obligation de scolarité (16 ans) mais aussi avec l'appui de son réseau professionnel. Par ailleurs, je défends l'idée qu'un temps de personnel détaché de l'EN

---

<sup>104</sup> DEPAULIS Alain avec NAVARRO Jean et CERVERA Gilles, « *Travailler ensemble, un défi pour le médicosocial* », Érès, 2013, p. 163.

pour rejoindre l'équipe, serait une plus-value dans la capacité à penser le jeune dans sa globalité et ses ressources.

La seconde instance de pilotage se présente sous la forme d'un Groupe Projet Opérationnel (GPO) relevant des aspects techniques.

Il est composé des directeurs des ITEP - IME – SESSAD, des représentants du Pôle Infanto-Juvénile de Pédopsychiatrie, du PTSM et de la PCPSM, de la MDPH et du RAPT.

Sous ma responsabilité, son rôle est d'évaluer le fonctionnement coopératif et de décider des réajustements nécessaires, notamment pour la problématique liée à la mise à disposition – au détachement de personnels. Afin de favoriser l'innovation, je souhaite impulser une démarche collective, source de nouvelles idées dans le respect des évolutions législatives et réglementaires. Le Groupe Projet Opérationnel sera en première ligne pour promouvoir le dispositif et elle aura aussi à valider les outils mis en place pour encadrer l'action de l'Équipe Mobile.

Je demanderai à ce que ce Groupe Projet Opérationnel se mette en place début juin (le temps de validation du cahier des charges par le COPIL stratégique) avec une fréquence mensuelle dans sa phase de mise en route (6 mois) puis des rencontres trimestrielles sur la durée de l'expérimentation.

### **3.2.3 Sa finalité**

Comme nous avons pu le voir, le problème des jeunes laissés pour compte alors qu'ils sont les plus en besoin d'aide et d'accompagnement multidisciplinaire, est lié pour une grande part à un déficit de coopération interinstitutionnelle permettant :

- De favoriser le repérage des situations par une approche conjointe sociale, médico-sociale et pédopsychiatrique.
- De maintenir la coordination et la cohérence des interventions dans le cadre d'un projet s'inscrivant dans la durée.

Dès lors, l'EMLI se doit d'apporter un soutien avec réactivité et souplesse aux équipes sociales, médico-sociales et sanitaires afin d'éviter les ruptures d'accompagnement des jeunes en situations « complexes ».

### 3.2.4 Son statut juridique

Plusieurs formes juridiques de coopération sont possibles. L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) des établissements de santé et médico-sociaux présente dans le volet 2 de son Guide méthodologique des coopérations territoriales, « dix-sept formes juridiques de coopérations différentes pour [vous] permettre de choisir le bon outil juridique en fonction de la thématique et/ou des acteurs de la coopération ... »<sup>105</sup>.

Dans notre cas de figure, l'EMLI ne répondant pas à une démarche d' « appel à projet », elle sera fondée sur une convention signée par l'association porteuse ASMH, l'ARS, le CD39, et le CHS.

Après avoir pris le temps d'échanger avec le Directeur des Ressources Humaines de l'association, il m'a orienté vers un cabinet juridique qui m'a confirmé que le Dispositif ITEP-SESSAD servira d'entité juridique propre mais que la nature de la convention est un point crucial devant prendre en considération les questions de participation par enveloppe financière et/ou en personnel, les formes de mise à disposition de personnels ou de personnels détachés, ....

Lors du premier COPIL Stratégique du 28 juin, j'ai proposé l'expertise d'un cabinet juridique pour l'accompagnement dans la rédaction de la convention.

### 3.2.5 Ses objectifs stratégiques

L'Équipe Mobile intervient à la demande des établissements pour des jeunes à « difficultés multiples » qui mettent en échec les interventions classiques. L'enjeu est donc de s'inscrire dans la visée du rapport de Denis PIVETEAU « Zéro sans solution » en leur laissant une place centrale afin que les organisations respectives s'adaptent et coopèrent pour :

- Faciliter le décloisonnement institutionnel et diffuser une culture commune.
- Sécuriser les parcours des jeunes, éviter les crises et les situations de blocage.
- Apporter un soutien et un accompagnement à l'ensemble des professionnels.

---

<sup>105</sup> ANAP, « Guide méthodologique des coopérations », Volume 2 : formes juridiques, Paris : ANAP, 2011, p. 3.  
[http://www.anap.fr/fileadmin/user\\_upload/outils\\_et\\_publications/Publications/Developper\\_une\\_approche\\_territoriale/Cooperation\\_des\\_etablissements/Anap\\_Guide\\_cooperations\\_Part2\\_V20110304.pdf](http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Developper_une_approche_territoriale/Cooperation_des_etablissements/Anap_Guide_cooperations_Part2_V20110304.pdf)

- Promouvoir et pérenniser les liens entre les différents intervenants.
- Aider à l'évaluation des troubles présentés et éviter les orientations inappropriées.

Cette coordination par l'EMLI doit permettre aux ESSMS d'être plus à même de proposer des alternatives à l'hospitalisation. Pour autant, en cas d'extrême nécessité, elle facilite ce recours en préparant les entrées et les sorties pour assurer une fluidité entre les différents secteurs d'interventions.

### **3.2.6 Ses missions**

L'Équipe Mobile de Liaison Interinstitutionnelle se positionne comme tiers, face aux relations complexes dans lesquelles les professionnels sont engagés. Elle permet de déployer un « espace de pensée », enjeu clinique majeur sur lequel repose ses missions :

- D'accompagner et soutenir les structures et leurs professionnels dans la gestion des situations.
- De leurs apporter une aide à l'évaluation, aux bilans des situations.
- D'intervenir en prévention et de mener des actions de sensibilisation, de formation.
- D'animer et de développer un réseau partenarial.
- D'être un acteur « ressource » départemental auprès des institutions.

### **3.2.7 Sa déclinaison opérationnelle**

L'Équipe Mobile, dans un intérêt d'expertises croisées, est composée d'une équipe interdisciplinaire et interinstitutionnelle lui conférant une légitimité d'intervention.

L'EMLI sensibilise les professionnels à repérer les signes cliniques des manifestations problématiques afin d'ajuster les postures et positionnements, évitant toute rupture de parcours :

- Elle intervient auprès des professionnels de premier rang en proposant un appui réflexif à la compréhension des manifestations et en favorisant l'adaptation de l'environnement institutionnel à la problématique. Elle remobilise les professionnels et sollicite le cas-échéant, des coopérations adéquates.
- Elle permet un « espace de pensées », source de distanciation et de créativité au profit du projet d'accompagnement et de son adaptation.

- Elle sécurise les parcours des jeunes pour prévenir les crises et les situations de blocage par sa position transversale.

L'EMLI répond aux sollicitations des professionnels des établissements et services confrontés à des « impasses » avec des jeunes. Sa position d'extériorité et son expertise clinique permet à l'ensemble des professionnels, d'affiner leur appréhension des situations. Ainsi, dans une dynamique interdisciplinaire et interinstitutionnelle, le croisement des regards portés sur les situations favorise, dans une démarche de co-construction<sup>106</sup>, l'émergence de nouvelles hypothèses de travail :

- Avec la définition d'une échelle de valeurs partagées sur l'intensité des problématiques, facilitant l'élaboration de stratégies de prise en charge.
- Avec l'appui des professionnels « de terrain » auxquels elle pourra apporter une formation et un soutien technique.
- Par ses liens privilégiés avec la coordinatrice de la Plateforme Psychiatrie et Santé Mentale du CHS « Saint-Yllie » Jura, elle pourra permettre d'envisager d'éventuelles actions type : Immersions, formations, articulation du réseau...

L'EMLI favorise le décloisonnement institutionnel. Cette ouverture repose sur sa connaissance du territoire et des dispositifs par sa représentativité afin de :

- Coordonner les interventions et favoriser des liens de confiance entre les différents intervenants.
- Envisager les orientations et les passages de relais les plus adaptés en créant de la fluidité, de l'échange et du partage.
- Participer à la construction d'une culture partagée (références et connaissances communes, procédures d'intervention ...).
- Développer des actions de communication dans une démarche préventive.
- Participer à des missions de sensibilisation et d'appui à la formation.

Cette déclinaison opérationnelle a été travaillée, co-construite dans le cadre du Groupe Projet Opérationnel. Elle correspond aux singularités d'interventions, aux objectifs des différents intervenants. Dans mon animation de ce GPO, j'ai pris le parti de fédérer et de rechercher les consensus dans une dynamique participative tout en veillant

---

<sup>106</sup> Lors de son intervention à l'IRTS, Michel FOUURIAT – sociologue – préfère parler de « concertation » avec une approche plus « égalitaire » entre les acteurs.

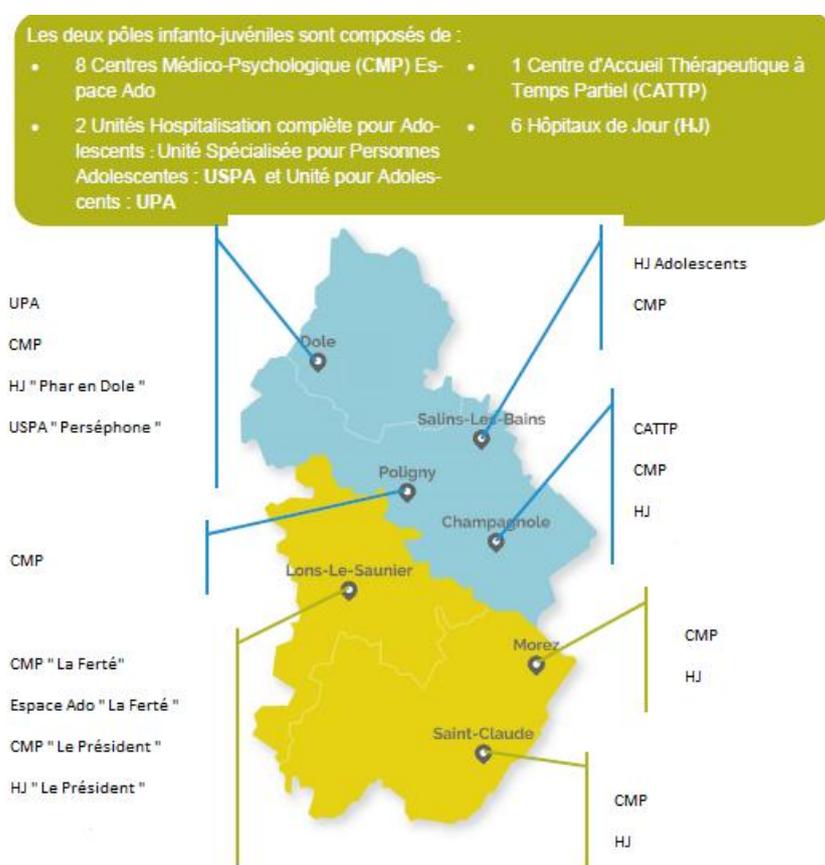
particulièrement à « l'ouverture à la complexité [qui] n'est possible que si chaque intervenant suspend temporairement sa logique pour se rendre disponible à la logique de ses interlocuteurs, qu'il laisse gagner un temps par ce qui lui est étranger, parce que cela lui apporte une autre connaissance sur l'utilisateur »<sup>107</sup>.

J'ai ensuite, soumis au COPIL Stratégique pour validation, ses objectifs opérationnels.

### 3.3 Ses modalités d'intervention et d'organisation

#### 3.3.1 Son périmètre d'intervention

Le périmètre d'intervention de l'Équipe Mobile, déterminé par l'ARS et le CD39, est celui du Pôle Infanto-Juvenile Jura Sud : Lons et ses environs, Morez et Saint Claude.



Les professionnels seront amenés à se déplacer sur ce secteur d'une superficie de 2680,88 km<sup>2</sup> avec des distances allant de 4,2 kms à 59 kms, la moyenne étant de 31 kms.

<sup>107</sup> DEPAULIS Alain avec NAVARRO Jean et CERVERA Gilles, « *Travailler ensemble, un défi pour le médicosocial* », Érès, 2013, p. 161 – 162.

### **3.3.2 Les situations visées**

Il est important de rappeler ici que l'équipe mobile a vocation à intervenir auprès des professionnels qui la sollicitent. Lors de la rencontre du mois de mai, il a été retenu que les situations traitées doivent être celles qui concernent :

- Les mineurs dans une tranche d'âge de 6 à 16 ans et
- au cas par cas pour les 16 à 18 ans.
- Les mineurs présentant des difficultés psychologiques massives et/ou un handicap psychique et
- ceux qui bénéficient d'une mesure de placement au titre de la protection de l'enfance et/ou d'un accompagnement par un service ou un établissement médico-social, social ou sanitaire.

De même, lors de cette rencontre, l'ARS et le CD39 ont confirmé que 6 à 8 interventions annuelles pourraient être dirigées vers des professionnels qui accompagnent ces jeunes: les assistants familiaux, les professionnels des établissements sociaux, médico-sociaux et sanitaires, les enseignants et personnels de l'Education Nationale. Ce nombre d'interventions est aussi conditionné aux moyens alloués.

### **3.3.3 Son fonctionnement**

Le préalable posé par le Directeur Général de l'ASMH et repris par le CHS, est d'être vigilant à ce que l'Équipe Mobile de Liaison Interinstitutionnelle ne soit pas identifiée comme une équipe de « sapeurs pompiers ». Cette condition a permis de rassurer, de sécuriser les parties prenantes. Pour ma part, dès le regroupement GPO, j'ai tout de suite senti l'intérêt de clarifier cet aspect. Si le jeune est en état de « crise », les professionnels doivent faire appel au 15 (le samu) ou au 18 (les pompiers).

En prenant appui sur cette vigilance, les modalités d'intervention ont été travaillées en GPO avant transmission pour validation au COPIL Stratégique.

- Tout d'abord, la saisine et recueil d'éléments sur la demande d'intervention :

Dans le fonctionnement, les professionnels de la structure demandeuse prennent contact par téléphone ou par mail avec l'EMLI via le secrétariat qui prend note des premières informations concernant la sollicitation. Il confirme qu'aucune réponse ne se fera dans l'urgence.

L'équipe procède alors à une première analyse de la demande et à son adéquation aux critères d'intervention. Cette première demande fait l'objet d'une saisine et d'un recueil d'éléments à l'aide d'une fiche dédiée.

Cette fiche doit obligatoirement être remplie puis signée par le directeur de la structure demandeuse avant d'être retournée au secrétariat de l'EMLI.

Elle a pour objectif de recueillir l'ensemble des informations indispensables à l'évaluation de la demande telle qu'elle se présente au moment de la saisine. Elle a aussi pour intention de commencer à mettre les demandeurs « en travail d'élaboration psychique » et d'amorcer une dynamique de recherche de compréhension, d'ajustement et de perspectives.

A la date de réception de la fiche « saisine » signée, l'EMLI a un délai de 10 jours maximum pour apporter une réponse.

- L'étude de la demande par l'Équipe Mobile de Liaison Interinstitutionnelle :

Lors de la réunion de coordination hebdomadaire regroupant l'ensemble des intervenants, la fiche sera étudiée.

L'EMLI a en main une première photographie de la situation avec le « motif de la demande ». Elle pourra alors faire une proposition sur la nomination et la mobilisation des professionnels les plus appropriés en interne pour intervenir dans un premier temps. Cette proposition comprenant les conditions requises aux modalités d'intervention, sera soumise à ma validation en tant que Directeur afin de mesurer le sens, la pertinence et d'en assurer la responsabilité.

- La première rencontre avec l'institution :

Cette première prise de contact avec les professionnels de terrain au sein de leur structure, prendra la forme d'une réunion de présentation. Il nous est apparu important dans le cadre du Groupe Projet Opérationnel de :

- ⇒ Clarifier avec les professionnels et leurs cadres, les modalités d'intervention de l'équipe mobile et le rôle de chacun dans la collaboration.
- ⇒ Préciser, affiner la demande avec les professionnels.
- ⇒ Recueillir un certain nombre d'informations complémentaires afin d'établir un profil de la situation le plus objectif possible.

- ⇒ Informer le jeune concerné et sa famille. Même s'il n'y aura pas de rencontre directe, ils doivent être avertis de la démarche engagée et par la suite, du contenu des différents temps de rencontres.

À l'issue de ces échanges, il sera important de s'assurer de l'adhésion de la structure et de ses professionnels afin de donner tout son sens à l'intervention de l'équipe mobile :

- ⇒ Soit il est jugé que cette intervention peut apporter une aide aux difficultés présentées et dans ce cas, l'EMLI et les cadres de la structure élaborent un contrat d'intervention, planifient les actions et les objectifs des prochaines visites.
- ⇒ Soit il est jugé que l'intervention ne peut pas apporter une aide aux difficultés présentées du fait des éléments recueillis, des attentes de chacun ... et dans ce cas, son intervention prend fin.

Au-delà de cette rencontre très formelle qui vise à poser le cadre de notre intervention, une visite du lieu d'accueil pourra permettre aux représentants de l'équipe mobile de se rendre compte de la réalité de l'environnement dans lequel évolue le jeune ainsi que du fonctionnement institutionnel et des moyens à disposition.

- Signature du contrat d'intervention :

Un contrat d'intervention est alors établi entre l'EMLI et la structure demandeuse. Il a pour but de formaliser les objectifs et les modalités d'intervention lors de cette première rencontre. Il fixe les responsabilités et engagements des parties signataires par l'engagement des deux directeurs. Il « *donne la garantie que l'élaboration collective ne sera pas détournée par l'un et par l'autre à son seul profit, mais au profit de l'utilisateur* »<sup>108</sup>.

- Autres rencontres avec l'institution :

L'équipe mobile prendra contact avec l'ensemble des professionnels et structures ayant « gravités » auprès du jeune, ce qui permettra d'élargir la lecture de la situation et d'éviter de répéter ce qui a été fait.

Dans le cadre de sa réunion hebdomadaire que j'animerai, l'équipe se concertera sur la base des informations recueillies afin de dégager des éléments d'hypothèses de compréhension de la problématique. Ceux-ci permettront d'exposer des stratégies

---

<sup>108</sup> DEPAULIS Alain avec NAVARRO Jean et CERVERA Gilles, « *Travailler ensemble, un défi pour le médicosocial* », Érès, 2013, p. 164.

cliniques de prise en charge et d'envisager la mise en place d'un Parcours d'Accompagnement Spécifique formalisé par une fiche PAS.

L'équipe mobile « *ne suit pas un adolescent. Le suivi est toujours du côté des équipes* »<sup>109</sup>. L'intérêt repose donc sur la dynamique de coopération entre les différents professionnels, que ce soit au sein d'une même structure ou de secteurs d'intervention différents.

Des points réguliers animés par l'EMLI avec l'ensemble des parties prenantes seront réalisés dans un souci de réactualisation, d'analyse de l'évolution des situations, de l'animation du réseau ...

- La clôture de l'intervention

Elle est prononcée après un temps de partage avec la structure demandeuse. Elle fera l'objet d'une fiche conclusive qui retracera toutes les démarches engagées et sera adressé à l'ensemble des partenaires engagés.

### **3.3.4 Sa démarche qualité**

Bien que le cadre de l'équipe mobile soit innovant et expérimental, il bénéficiera de procédures adaptées à ses besoins, relatives à la démarche qualité de l'Association.

*« La qualité est l'aptitude d'une organisation (association, établissement, service, diapositif, etc.) à répondre aux besoins exprimés, implicites et potentiels de l'usager, de sa famille et des acteurs avec lesquels elle entre en coopération, en vue de maintenir ou d'améliorer sa santé (au sens bio-psycho-social), son autonomie sociale et sa dignité d'être humain »*<sup>110</sup>.

En lien aux obligations de la loi du 02 janvier 2002 (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, ...), il est important de se doter d'outils en cohérence avec l'objet de l'équipe mobile.

---

<sup>109</sup> BOUYSSIÈRE-CATUSSE Éliane & RAYNAUD Jean-Philippe, « *Adolescents difficiles : penser et construire des partenariats* », Éirès, 2012, p. 230.

<sup>110</sup> DUCALET Philippe, LAFOURCADE Michel, « *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* », Seli Arslan, 2<sup>ième</sup> édition, p. 130.

- Tout d'abord, une charte d'engagements réciproques :

Dans cette phase expérimentale et afin d'apporter un peu de lisibilité aux prestations proposées par l'EMLI, j'envisage de mettre en place une charte d'engagements réciproques.

Celle-ci a pour vocation de présenter l'équipe mobile, sa fonction, son organisation, ses orientations prioritaires ainsi que sa déclinaison opérationnelle.

Cette charte est pour moi, le moyen d'inscrire la structure dans un projet et elle viendra se « greffer » au projet d'établissement du Dispositif ITEP ASMH, déclinaison du Projet Associatif. Je mobiliserai le GPO pour une rédaction avant validation par le Copil Stratégique.

- Ensuite, la mise en place d'une fiche de suivi des interventions et un tableau de bord de suivi de l'activité de l'EMLI :

Une fiche de suivi retraçant les contacts avec la structure demandeuse, les réunions en interne, les interventions sur place (réunions, observations, sensibilisations, accompagnements dans la mise en place des préconisations...), les différentes préparations (administrative, organisationnelle, ....), les transports, sera mise en place pour chaque intervention et renseignée par les professionnels de l'équipe mobile.

Cette fiche élaborée en GPO et validée par le COPIL Stratégique, permettra de remplir le tableau de bord annuel de suivi de l'activité afin d'apporter de la traçabilité, de la visibilité mais aussi d'évaluer et de valoriser les interventions.

- Pour finir, un questionnaire de satisfaction :

Un questionnaire de satisfaction sera rempli par la structure demandeuse à l'issue de chaque intervention afin de permettre aux professionnels de l'équipe mobile de réajuster leurs interventions au vu des retours qui leur seront faits. Il sera également rédigé par le GPO avant validation par le COPIL Stratégique.

### **3.3.5 Sa communication.**

La communication est un « challenge » très stimulant car tout est à construire. Je propose donc que sur les deux premiers mois de « sa mise en route », l'Équipe Mobile de Liaison Interinstitutionnelle s'attache surtout à se faire connaître. Il est primordial de présenter ce nouveau Dispositif et qu'il s'inscrive – soit repéré – dans le paysage social,

médico-social et sanitaire départemental. Pour rappel, ce sont les structures – les professionnels qui doivent faire une demande d'intervention.

Ainsi, l'équipe mobile va travailler sa communication en se déplaçant à des colloques, des réunions, en se faisant inviter dans les ESMS pour la présentation de son dispositif, en informant son réseau, en collaborant étroitement avec la MDPH et la RAPT. Elle s'appuiera sur la Plateforme de Coordination en Psychiatrie et Santé Mentale ainsi que le Projet Territorial de Santé Mentale, le Conseil Local en Santé Mentale ...

L'objectif est surtout de dépasser les appréhensions que peut susciter l'arrivée au sein d'une structure, de professionnels extérieurs.

Cette période sera aussi propice à travailler sur la cohésion de l'équipe qui pourra se faire entre autres, sur la réalisation des différents outils :

- Une fiche de saisine et recueil d'éléments lors du premier contact.
- Un contrat d'intervention.
- Une fiche Parcours d'Accompagnement Spécifique.
- Une fiche conclusive.
- ....

En m'appuyant sur la communication de notre offre de service, il s'agit de répondre aux questions « Qui sommes nous ? Que proposons-nous ? », Un formidable levier vers la construction d'une culture commune, d'une identité collective.

L'équipe pourra aussi s'appuyer sur les outils proposés<sup>111</sup> dans l'étude réalisée par J-Y BARREYRE, « *Une souffrance maltraitée. Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables* » et sur les RBPP que nous avons pu citer.

Ces documents seront par la suite, soumis à validation par le GPO au COPIL Stratégique.

Parallèlement, une communication en interne sera aussi à mener. En effet, même si je prends toujours le soin de mobiliser mes collaborateurs directs sur les projets que je conduis, une information générale et permanente sera à « distiller » auprès des personnels institutionnels ainsi que des Instances Représentatives du Personnel.

---

<sup>111</sup> Feuille de recensement, Grille de recueil biographique, Questionnaire pour l'évaluation de la situation

### **3.4 La Gestion des Ressources Humaines**

Comme je l'ai déjà écrit, l'EMLI par sa composition, doit favoriser une approche interdisciplinaire et interinstitutionnelle. Elle est composée de professionnels permanents disposant d'un temps dédié consacré à l'équipe mobile.

Intervenant auprès de professionnels de champs différents dans « des impasses », je serai vigilant à ce que l'EMLI soit représentée par des personnels :

- Qualifiés avec une expérience des difficultés psychologiques chez les enfants – adolescents avec ou sans déficience intellectuelle.
- Ayant une connaissance des champs de la protection de l'enfance et du médico-social.
- Issus des différentes structures membres de l'EMLI.
- Sensibilisés aux RBPP de l'HAS.
- Pédagogues pour pouvoir partager un savoir-faire, transmettre un éclairage aux équipes.

L'équipe mobile peut aussi s'appuyer sur un réseau de professionnels partenaires mobilisables sous forme d'interventions ponctuelles en fonction des besoins (par exemple, au sujet des comportements sexuels problématiques / CRIAVS<sup>112</sup>, ...). Le coût de ces interventions est estimé et pris en compte dans le budget prévisionnel que nous verrons plus loin.

#### **3.4.1 La ventilation des postes**

Après avoir mené une étude en m'appuyant sur les compétences techniques de mon Siège Social (auprès du Directeur des Ressources Humaines et du Directeur Administratif et Financier), je propose la répartition suivante qui servira de base dans le cadre d'un travail en GPO avant de faire l'objet d'une validation en COPIL Stratégique. Elle me permet néanmoins d'avoir une lecture globale des postes et de leurs coûts :

---

<sup>112</sup> Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIAVS)  
<http://www.criavs-ra.org/>

POSTES	Temps de travail « ETP »	Salaires annuels bruts	Total charges patronales
--------	--------------------------	------------------------	--------------------------

<b>Personnel CHS</b>			
PÉDOPSYCHIATRE	0.10	12 129 €	7 992 €
INFIRMIER PSY	0.50	13 144 €	7 978 €
<b>Total</b>	<b>0,60</b>	<b>25 273 €</b>	<b>15 970 €</b>

<b>Personnel IME</b>			
PSYCHOLOGUE	0.50	19 182 €	12 435 €
<b>Total</b>	<b>0,50</b>	<b>19 182 €</b>	<b>12 435 €</b>

<b>Personnel CD39 (ASE)</b>			
ÉDUCATEUR SPÉCIALISÉ	0.50	12 312 €	6 371 €
<b>Total</b>	<b>0,50</b>	<b>12 312 €</b>	<b>6 371 €</b>

<b>Personnel ITEP</b>			
DIRECTEUR	0,10	4 519 €	2 955 €
AGENT ADMINISTRATIF	0.25	6 450 €	3 560 €
ÉDUCATEUR SPÉCIALISÉ	0,50	12 312 €	6 371 €
<b>Total</b>	<b>0,85</b>	<b>23 281 €</b>	<b>12 886 €</b>

<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>2,45</b>	<b>80 048 €</b>	<b>47 662 €</b>
----------------------	-------------	-----------------	-----------------

A savoir que le coût salarial est à pondérer selon le type de convention : Convention Collective 1966, Convention Collective 1951, Statut de la fonction publique hospitalière, Convention Collective de la Sécurité Sociale. De même, j'ai pris en compte le chiffrage de l'ancienneté dans la rémunération des postes.

### 3.4.2 Les recrutements et annualisations

En ma qualité de directeur de l'EMLI, ma stratégie de recrutement se porte sur des professionnels à temps partiels. Mon choix est d'avoir un panel de compétences et d'expériences le plus large possible tout en m'assurant que ces professionnels continuent à exercer une activité dans leurs structures respectives afin de conserver l'expertise du terrain.

Néanmoins, une vigilance sera à porter sur les obligations relatives aux temps partiels notamment en ce qui concerne l'aménagement du temps de travail et les contraintes liées aux autres emplois.

Ce qui permet d'envisager à titre d'exemple et en continuant à me référer à la Convention Collective 1966, à une projection de l'annualisation des ETP accordés correspondant à :

- Nombre de journées de travail par an : 204 jours
- Temps de travail effectif annuel pour 1 ETP :
  - ⇒ 1456 heures avec 18 jours de Congés Trimestriels (Thérapeute, Assistante Service Social, Éducateurs, ...)
  - ⇒ 1519 heures avec 9 jours de Congés Trimestriels (Administratif, Services Généraux, Infirmière, ...)

Ainsi, ce calcul se base sur 365 jours – 104 Repos Hebdomadaires – 25 Congés Payés – 18 ou 9 Congés Trimestriels – 11 Jours Fériés + 1 Jour de Solidarité. Les Congés d'Ancienneté seront aussi à prendre en compte selon le droit applicable à chaque salarié.

Ce qui nous donne un volume horaire :

POSTES	ETP	Nb d'heures / an	Nb d'heures / mois	Nb d'heures / semaine
<b>Personnel CHS</b>				
INFIRMIER PSY	0,50	728,00	75,83	17,50
PÉDOPSYCHIATRE	0,10	145,60	15,16	03,50
<b>Total</b>	<b>0,60</b>	<b>873,60</b>	<b>90,99</b>	<b>21,00</b>
<b>Personnel IME</b>				
PSYCHOLOGUE	0,50	728,00	75,83	17,50
<b>Total</b>	<b>0,50</b>	<b>728,00</b>	<b>75,83</b>	<b>17,50</b>
<b>Personnel CD39 (ASE)</b>				
ÉDUCATEUR SPECIALISE	0,50	728,00	75,83	17,50
<b>Total</b>	<b>0,50</b>	<b>728,00</b>	<b>75,83</b>	<b>17,50</b>
<b>Personnel ITEP</b>				
DIRECTEUR	0,10	145,60	15,16	03,50
AGENT ADMINISTRATIF	0,25	379,75	37,91	08,75
ÉDUCATEUR SPECIALISE	0,50	728,00	75,83	17,50
<b>Total</b>	<b>0,85</b>	<b>1 253,35</b>	<b>128,90</b>	<b>29,75</b>
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>2,45</b>	<b>3 582,95</b>	<b>371,55</b>	<b>85,75</b>

A ce stade, il ne me semble pas opportun de proposer dès à présent, les jours voire les horaires d'ouverture sans préalablement prendre connaissance des organisations propres à chacun des acteurs. Cependant, si nous avons l'ambition de

répondre aux partenaires accompagnant les jeunes à « problématiques multiples », je serai très attentif à ce que l'EMLI se cale avant tout sur leurs besoins et sur leurs rythmes et non l'inverse.

Également, je tiens à préciser que dans la ventilation des postes, je reste attaché à budgéter un temps de pédopsychiatre en dépit de la situation dans le département. Selon moi, il y a deux angles de compréhension. Tout d'abord au niveau de la symbolique avec la culture clinique de mon établissement et service. Ensuite, c'est aussi une « caution médicale » qui ne peut se faire sans son expertise et sa prescription auprès des psychologues et des paramédicaux. De même, je mise également sur l'attrait d'un tel poste de clinicien conjugué à d'autres possibilités dans le département (dont dans le DITEP ASMH) pour lancer une campagne de recrutement. La restructuration de la pédopsychiatrie dans le Jura s'inscrit également dans une volonté d'attractivité des postes. Dans l'attente de démarches de recrutement au sein du Pôle Infanto-Juvenile du Jura, mes échanges avec la Responsable du service – m'ont permis de m'assurer de sa contribution sur la période nécessaire.

### **3.4.3 Les fiches de poste**

En terme de management, dans l'optique d'apporter de la clarté au sein de l'organisation et de la motivation, j'ai travaillé sur des fiches de poste que je soumettrai pour avis au Groupe Projet Opérationnel avant validation par le COPIL Stratégique :

- Le directeur et le pédopsychiatre sont responsables de la mise en œuvre des modalités de fonctionnement de l'équipe mobile.

Ils ont en charge d'animer, d'encadrer l'équipe pluridisciplinaire et de coordonner l'activité de l'unité.

Ils s'assurent que le projet de l'équipe mobile répond en tout point aux objectifs fixés et que le cadre des interventions des professionnels est respecté. Ils valident les décisions d'intervention de l'EMLI.

En matière de communication, ils assurent la communication autour de l'équipe mobile (présentation du dispositif dans son organisation et son fonctionnement, ses missions, ...).

- Le directeur est responsable de la bonne marche financière de l'EMLI. Il opère dans une logique budgétaire maîtrisée.

De même, il est garant de l'application du droit du travail, du respect d'une organisation et d'un fonctionnement prenant en compte les annualisations des personnels en lien avec leurs activités respectives dans leurs établissements et services de rattachement.

Il rend compte à échéances régulières, de l'effectivité du service notamment par le biais d'un rapport d'activité annuel et d'une présentation semestrielle au COPIL Stratégique.

L'activité financière de l'EMLI s'intégrant pleinement dans le fonctionnement du Dispositif ITEP-SESSAD ASMH, elle apparaîtra dans un paragraphe spécial sur l'utilisation des fonds liés au projet dans le rapport qui accompagne l'ERRD.

Il est fort probable que pendant la période d'expérimentation, l'ARS et le CD39 demandent des suivis budgétaires qui pourront être exposés dans le cadre du COPIL Stratégique.

- Le médecin psychiatre est sollicité par l'Equipe Mobile pour répondre à une problématique relative à son expertise médicale.

Il collabore avec les autres professions médicales et paramédicales et assure les liaisons avec les services hospitaliers.

- La psychologue constitue une personne ressource, experte sur le plan théorique et pratique. Elle sera l'initiatrice de l'évaluation de la situation et elle est garante de la clinique institutionnelle.
- L'équipe éducative composée de 2 éducateurs spécialisés à mi-temps issus du champ de la protection de l'enfance et du champ du médico-social. Ils participent à l'évaluation et l'analyse de la demande (évaluation de la complexité). Leurs interventions auprès des professionnels sont bâties sur des postures d'écoute et de déconstruction de la situation. Ils doivent aider les professionnels de terrain à mieux appréhender les conduites des jeunes en situation complexe ; à prendre toute la mesure des enjeux cliniques dans les accompagnements psycho-éducatifs ; avec ces éléments de compréhension et d'appropriation, d'adapter les postures et positionnement dans les accompagnements. Lors des réunions institutionnelles, ils présentent les éléments recueillis pour une analyse clinique interdisciplinaire et l'élaboration d'hypothèses de travail.

A la suite, ils participent à la construction et la coordination du parcours du jeune.

- L'infirmier en psychiatrie utilise ses connaissances des pathologies pour apporter un éclairage au sein de l'équipe et auprès des professionnels. Il aura aussi la spécificité de garantir une approche préventive et une bonne connaissance du réseau hospitalier. Il servira d'appui auprès du médecin pédopsychiatre.
- La secrétaire assure l'accueil téléphonique et reçoit les premières demandes avant transmission à l'équipe. Elle est une pièce maîtresse qui facilite le bon fonctionnement administratif du service.

A la suite, je serai vigilant à ce que ces fiches de poste soient reprises individuellement avec chacun des salariés et qu'elles s'inscrivent dans la Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels.

#### **3.4.4 La Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels (GEPP)**

De ma place de directeur, je reste toujours très vigilant à ce que la qualité exigée des services réponde à une professionnalisation accrue des intervenants. « *Les ruptures ne pourront être prévenues qu'en hissant le savoir-faire professionnel, par la formation et la recherche* »<sup>113</sup>, ce rappel de Denis PIVETEAU me conforte dans le travail de réflexion que j'ai à mener au sujet des formations pour les personnels de l'EMLI tout en prenant en considération leur statut de salariés « détachés ou mis à disposition »<sup>114</sup> et avec l'accord de leur structure d'origine.

- La ré-actualisation des pratiques :

L'objectif est d'augmenter les compétences techniques et pratiques des professionnels de l'équipe mobile. Tous les professionnels qui seront retenus, sont confrontés et expérimentés dans l'accompagnement des jeunes en grande difficultés. Pour autant, un budget formation est nécessaire pour leur permettre d'actualiser leurs connaissances afin qu'ils conservent l'expertise nécessaire à la pertinence et à la qualité de leurs interventions.

La formation peut-être individuelle ou collective, en interne ou à l'extérieur.

---

<sup>113</sup> PIVETEAU Denis et al. « *« 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* », Paris: Ministère des Affaires sociales et de la santé, 2014, p. 53.

<sup>114</sup> Le détachement est une position statutaire uniquement applicable aux agents titulaires qui exercent leur activité hors de leur administration d'origine mais continuent d'y avoir une carrière. La mise à disposition est possible pour un agent qui exerce son activité hors de son administration d'origine, à temps complet ou quelques heures par semaine, mais continu d'avoir sa rémunération et sa carrière honorées par son administration.

Les besoins en formations seront définis au regard des problématiques rencontrées suite aux sollicitations (parentalité, médiation, comportements sexuels problématiques, tests d'efficacité intellectuelle, ...)

- L'Analyse des Pratiques (AP):

Pour s'occuper des autres, il faut « aller pas trop mal soi-même ». L'AP doit ainsi permettre aux professionnels de l'équipe mobile de « faire un pas de côté » en prenant conscience de leurs actions, en les verbalisant et en confrontant aux regards croisés du groupe. Il s'agit, « à partir de l'exposé d'un participant, de prendre le temps de déplier une situation ou un événement, de se l'approprier au regard des préoccupations communes, de faire des liens, d'essayer d'en comprendre les incidences, de les replacer dans un contexte »<sup>115</sup>.

Elle doit permettre de donner du sens et de la cohérence aux interventions tout en intégrant la diversité des participants et les différences de points de vue.

Par la suite, je verrai dans quelle mesure des collaborations avec d'autres équipes mobiles des départements et régions limitrophes pourraient être une source d'enrichissement des compétences.

### 3.5 La Gestion Financière

Nous sommes sur un Budget Prévisionnel (BP) estimé à 148 680 €<sup>116</sup>. En accord avec le CHS qui s'est engagé à mettre à disposition du personnel (pédopsychiatre et infirmier en psychiatrie pour un coût de 41 243 € salaires chargés), une participation financière sera demandée à l'ARS et au CD39 pour tenir le budget inhérent au « bon fonctionnement ».

J'ai soumis la répartition suivante au COPIL Stratégique :

	Moyens financiers	Moyens Humains	Mutualisation	Total
<b>ARS</b>	60 091,00 €	/	/	53 718,50 €
<b>CD39</b>	35 035,50 €	18 683,00 €	/	53 718,50 €
<b>CHS</b>	/	41 243,00 €	/	41 243,00 €
<b>ASMH</b>	/	/	moyens	/

<sup>115</sup> LEBRUN Jean-Pierre et un groupe de directeurs, « Y a-t-il un directeur dans l'institution ? », Presses de l'EHESP, 2009, p. 14.

<sup>116</sup> Annexe 10.

Comme nous sommes dans une démarche expérimentale, je n'envisage pas d'investissement.

Dès lors, le BP peut se justifier par la déclinaison suivante :

Dépenses			Charge à l'année
Location bureau meublé + salle de réunion ...*		/	1 500 €
Location de véhicules de types « clio » business essence		(2x) 3000 €	6 000 €
	Assurances véhicules	(2x) 680 €	1 360 €
	Essence à 15 000 kms par an	(2x) 1 000 €	2 000 €
	Entretien compris dans la location	/	/
Location ordinateurs portables		(3x) 250 €	750 €
Téléphone portables		(3x) 35 € / mois	1 260 €
Fournitures administratives		/	1 000 €
Déplacements, missions et réception		/	500 €
Formation	Conférences - débats	/	3 000 €
	Analyse des Pratiques	(6x) 350 €	2 100 €
Masse salariale	Personnel non médical	/	107 589 €
	Personnel médical	/	20 121 €
Autres spécialistes extérieurs		/	1 000 €
Frais divers**		/	500 €
Autres ***		/	/

\* Un local mis à disposition par le Dispositif ITEP-SESSAD ASMH, sera aménagé avec des tables de réunion, 2 bureaux, des chaises, une armoire, .....

\*\* Frais divers comme une documentation (abonnement à des revues spécialisées, achat de certains ouvrages de référence avec une mutualisation avec les ressources documentaires de l'ITEP), ...

\*\*\* Les autres dépenses seront mutualisées avec celles du fonctionnement du Dispositif ITEP-SESSAD ASMH. Par contre, le coût de l'intervention du cabinet juridique n'apparaît pas dans les dépenses.

### **3.6 La programmation du projet**

Dans le cadre de ce projet, l'une des étapes essentielles est bien évidemment la planification. Le diagramme de Gantt, couramment utilisé en gestion de projet, est l'un des outils les plus efficaces pour représenter visuellement le déroulé de la démarche et sa dynamique.

Projet EMLI		Année 2018												2019				Où																														
		Mois												JANVIER																																		
		MARS	AVRIL	MAI	JUIN	JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE	1	2	3	4																																	
N° semaines		8	23	29	1	3	6	16	30	1	7	14	31	1	11	28	30	1	28	30	31	1	31	1	11	21	24	30	1	2	19	24	31	1	5	9	21	31	1	5	12	16	30	31	1	2	3	4
Activité	Qui																																															
<b>Directeur DITEP mandaté de décliner un projet opérationnel d'Équipe Mobile - Secteur Jura Sud - Enveloppe budgétaire définie</b>																																																
ASMH sollicitée / Équipe Mobile	ARS et CD39																																															
Validation projet Équipe Mobile	CA ASMH																																															
Présentation projet Équipe Mobile	PTSM																																															
Élaboration cahier des charges	DG et Siège Social ASMH																																															
Présentation proposition cahier des charges	ARS, CD39, CHS, ASMH																																															
Communication interne	Dispositif ITEP ASMH																																															
Complément cahier des charges	Groupe restreint																																															
Finalisation cahier des charges	Groupe restreint																																															
Validation cahier des charges	ARS, CD39, CHS, ASMH																																															
<b>Équipe Mobile de Liaison Interinstitutionnelle - Comité de Pilotage Stratégique et Groupe Projet Opérationnel - Périmètre d'intervention - Situations concernées</b>																																																
Communication interne	Dispositif ITEP ASMH																																															
Prise connaissance cahier des charges	Groupe Projet Opérationnel																																															
Rédaction des objectifs opérationnels	Groupe Projet Opérationnel																																															
Rédaction des modalités d'intervention	Groupe Projet Opérationnel																																															
Proposition intervention cabinet juridique / convention	COPIL Stratégique																																															
Validation des objectifs opérationnels de l'EMLI	COPIL Stratégique																																															
Validation des modalités d'intervention de l'EMLI	COPIL Stratégique																																															
Communication interne	Dispositif ITEP ASMH																																															
Ventilation des postes	Groupe Projet Opérationnel																																															
Définition des fiches de poste	Groupe Projet Opérationnel																																															
Définition des jours et heures d'ouverture	Groupe Projet Opérationnel																																															
Validation ventilation des postes	COPIL Stratégique																																															
Validation des fiches de poste	COPIL Stratégique																																															
Validation jours et heures d'ouverture	COPIL Stratégique																																															
Validation fiches de poste	COPIL Stratégique																																															
Présentation BP et validation	COPIL Stratégique																																															
Communication interne	Dispositif ITEP ASMH																																															
Rédaction charte d'engagements réciproques	Groupe Projet Opérationnel																																															
"Recrutement" du personnel	Groupe Projet Opérationnel																																															
Rédaction convention de coopération	COPIL Stratégique																																															
Validation charte d'engagements réciproques	COPIL Stratégique																																															
Validation "recrutements"	COPIL Stratégique																																															
Présentation EMLI à la DUP	ASMH																																															
Présentation EMLI au CA	ASMH																																															
Communication interne	Dispositif ITEP ASMH																																															
Validation contrat de coopération EMLI	CA ASMH																																															
Rédaction contrat d'intervention	Groupe Projet Opérationnel																																															
Élaboration fiches de suivi et tableaux de bord	Groupe Projet Opérationnel																																															
Validation contrat d'intervention	COPIL Stratégique																																															
Validation fiches de suivi et tableaux de bord	COPIL Stratégique																																															
Préparation courrier à l'ensemble des partenaires	COPIL Stratégique																																															
Présentation EMLI au CHSCT	ASMH																																															
Préparation des locaux pour une mise en fonctionnement	Dispositif ITEP ASMH																																															
Communication interne	Dispositif ITEP ASMH																																															
Création d'un "flyer"	Groupe Projet Opérationnel																																															
Prise de fonction des professionnels sur site	EMLI																																															
Transmission cahier des charges, objectifs opérationnels, ...	EMLI																																															
Rédaction des fiches (recueil, PAS, conclusive)	EMLI																																															
Avenant CPOM - Fiche action EMLI	ARS - ASMH																																															
<b>Ouverture administrative de l'EMLI</b>																																																
Rédaction des fiches (suite et fin)	EMLI																																															
Validation des fiches	Groupe Projet Opérationnel																																															
Rédaction questionnaire	Groupe Projet Opérationnel																																															
Envoi courrier d'information et "flyer" aux partenaires	COPIL Stratégique																																															
Validation fiches et questionnaire	COPIL Stratégique																																															
Rencontre professionnels EMLI et visite	COPIL Stratégique																																															
<b>Ouverture Équipe Mobile de Liaison Interinstitutionnelle - Passage en DITEP - Sollicitation participation Éducation Nationale</b>																																																

### 3.7 Son évaluation

En référence aux valeurs explicitées dans le Projet Associatif, l'évaluation vise à concourir aux coopérations interinstitutionnelles dans le cadre de l'amélioration de la qualité des prestations offertes aux jeunes dits « incasables ».

Si l'évaluation peut s'entendre comme une obligation de résultat, il serait prétentieux de penser pouvoir apporter une réponse à toutes les demandes, d'autant que les coopérations ne se commandent pas, elles se construisent ...

En partant de ces préalables, ma stratégie managériale prend le parti d'une dynamique collective et participative. Elle repose en effet sur la mobilisation et la participation de l'ensemble des acteurs du projet (COPIL stratégique et GPO).

La démarche d'évaluation se voulant opérationnelle, elle s'inscrit dans la méthodologie dite S.M.A.R.T. Les indicateurs de validation des objectifs seront donc Spécifiques, Mesurables quantitativement ou qualitativement, Acceptables par toutes les parties prenantes, Réalisables et Temporellement définis. L'indicateur est donc un instrument de mesure à échéance précise qui permet de vérifier l'atteinte de l'objectif correspondant, il est exprimé en nombre, en taux ou confirme la formalisation, l'existence d'un outil.

Les indicateurs retenus:

- Le nombre de demandes.
- Le nombre d'établissements demandeurs : sociaux, médico-sociaux, sanitaires.
- Le nombre de demandes correspondant aux critères d'interventions, le taux de refus.
- Origine des situations pour quantifier et qualifier.
- Le nombre d'appuis aux professionnels.
- Le nombre de professionnels ayant bénéficié de ces appuis.
- Fréquence et durée moyenne des interventions.
- Le taux de satisfaction des partenaires (enquête satisfaction).
- Situation du parcours à la clôture de l'intervention.
- Le nombre de sollicitations en prévention.
- Le nombre de sensibilisations et formations

- ...

Cette liste n'est pas exhaustive. La pratique permettra d'affiner ces critères avec la réalité de terrain.

Le premier stade de l'évaluation sera effectué au fur et à mesure de l'avancée du projet et des travaux par le COPIL Stratégique. C'est un acteur clé dans la conduite du projet qui s'assure du bon déroulé des opérations en fonction des objectifs généraux et il entretient une dynamique au sein des différents acteurs impliqués. Ainsi, comme indiqué sur le diagramme de Gantt proposé plus haut, il sera amené à se réunir tous les mois jusqu'à l'ouverture de l'EMLI.

Son rôle sera d'assurer les fonctions suivantes :

- Définir/suivre les grandes étapes et échéances associées
- S'assurer que le projet ne dérive pas, qu'il reste en phase avec les objectifs initiaux
- Décider si certains points nécessitent d'être arbitrés
- Valider les étapes clés en donnant son feu vert pour passer à la suivante.

Par la suite, l'enjeu sera de s'assurer que l'EMLI, une fois en place, assurera bien les missions qui lui sont confiées.

Cette démarche évaluative s'inscrit pleinement sur la méthode de gestion de la qualité dite PDCA (Planifier, Développer, Contrôler et Ajuster) ou « roue de DEMING » avec la déclinaison d'axes d'améliorations à mettre en œuvre qui pourront faire l'objet d'un travail au niveau du Groupe Projet Opérationnel.

Par ailleurs, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance a développé un « *outil Inter Diag Coopérations médico-sociales [qui] permet aux coopérations d'évaluer par une série de questions simples le degré de maturité d'un projet de coopération sur chacun des 6 axes et ainsi, de pouvoir objectiver dans l'absolu tant les points forts que les leviers d'amélioration possibles* »<sup>117</sup>. Au même titre que les Tableaux De Bord (TDB) de la performance<sup>118</sup>, ce référentiel d'évaluation sera pour moi un appui pour objectiver le recueil des données et les marges d'évolution, en complément aux bilans annuels effectués.

---

<sup>117</sup> ANAP, « *Évaluer un projet de coopération dans le secteur le secteur médico-social* », <http://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/evaluer-un-projet-de-cooperation-dans-le-secteur-medico-social/>

<sup>118</sup> <https://tdb-esms.atih.sante.fr>

## Conclusion

On imagine mal un système pénitentiaire qui récuserait un détenu au motif qu'il serait « trop délinquant » ou un établissement hospitalier qui refuserait d'accueillir un patient « trop malade ». Notre système éducatif lui-même est désormais tenu d'inclure tous les enfants handicapés, même ceux qui étaient autrefois réputés « inéducables ».

Ce changement de paradigme porté par le rapport « Zéro sans solution » de Denis PIVETEAU, constitue une véritable ambition. Si le contexte légal peut parfois être vécu comme une contrainte, il se révèle être ici une réelle opportunité. Promouvant la bienveillance, il vient à point nommé rappeler le caractère inacceptable de « ruptures » dans lesquelles les jeunes les plus en souffrance sont maintenus, du fait même de la gravité des difficultés qu'ils présentent. Ces jeunes se retrouvent hors des dispositifs traditionnels alors qu'ils sont les plus en besoin d'aide et d'accompagnement. C'est pour moi un signe d'inégalité de traitement en même temps qu'une réelle urgence sociale.

La nature des problèmes dont souffrent ces enfants, adolescents et jeunes adultes, les place à la croisée des champs de la protection de l'enfance, du judiciaire, de la psychiatrie et souvent aussi du handicap. L'école qui compromet la réussite de tous les suivis mis en place dans ces différents contextes, c'est, on l'aura compris, la mise à l'épreuve des cadres institutionnels existants. Ceux-ci ne peuvent pas à eux-seuls répondre aux problématiques des jeunes en situation complexe. D'où la question de savoir où est leur place, qui bien sûr ne peut être qu'ailleurs puisqu'on ne l'a encore trouvée nulle part...

Or l'idée commence à émerger que la problématique de ces jeunes n'est pas qu'ils n'aient pas de « case », mais plutôt qu'ils en aient trop : pour ma part, je pense avoir montré que c'est la multiplicité des champs dont ils relèvent qui fait que leur place ne va pas de soi. Des champs où les pratiques, l'éthique, les cultures, les fonctionnements et même les tutelles sont différents. Or à bien y regarder, ces différents acteurs institutionnels ne peuvent que porter en commun la mission de les soigner, de les éduquer et de les rassurer. Il est donc raisonnable de supposer qu'au delà des modalités traditionnelles de partenariats le plus souvent purement formels, la solution réside dans une coopération renouvelée de compétences jusque là sectorisées, de manière à les faire converger sur un projet unique, construit collégialement en réponse aux besoins spécifiques de chaque jeune.

En évitant ainsi l'édification d'une nouvelle strate dans le mille feuille territorial, l'ambition d'une Équipe Mobile de Liaison Interinstitutionnelle est de convaincre chacune des structures, à trouver et à entretenir la mise en synergie de leurs ressources respectives,

mais aussi à soutenir les professionnels dans l'épreuve de la rencontre avec « la détresse » de ces jeunes, à les éclairer dans la compréhension des problématiques.

Directeur d'un DITEP au sein d'une association qui a construit une véritable culture clinique et attachée à répondre aux spécificités des personnes les plus vulnérables, il m'est offert ici la possibilité de m'inscrire dans une dynamique de changement, d'innovation, un chantier particulièrement stimulant. Fort de cette expérience, je considère aujourd'hui qu'il est de ma responsabilité de laisser aux équipes, aux professionnels de terrain, les latitudes et les marges de manœuvre leur permettant à eux aussi d'innover et de redonner du sens au quotidien.

En attendant que ce projet voie le jour, je formule l'espoir que l'étude conduite dans ce mémoire contribue à lever un coin du voile sur la question si épineuse et si dramatique des jeunes qu'on prétend « incasables ».

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages :

- BOUYSSIÈRE-CATUSSE Éliane & RAYNAUD Jean-Philippe, « *Adolescents difficiles : penser et construire des partenariats* », Érès, 2012, 256 p.
- CHARTIER Jean-Pierre, « *Les adolescents difficiles. Psychanalyse et éducation spécialisée* », Dunod, Paris, 2004, 256 p.
- DEPAULIS Alain avec NAVARRO Jean et CERVERA Gilles, « *Travailler ensemble, un défi pour le médicosocial* », Érès, 2013, 201 p.
- DUCALET Philippe, LAFORCADE Michel, « *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales* », Seli Arslan, 2<sup>ième</sup> édition, 335 p.
- DUPONT Hugo, « *Ni fou, ni gogol* », PUG, mars 2016, 239 p.
- JAEGER Marcel, « *L'articulation du sanitaire et du social* », DUNOD, 3<sup>ème</sup> édition, 2012, 224 p.
- JEAMMET Philippe, « *Pour nos ados, soyons adultes* », Odile Jacob, 2010, 314 p.
- LEBRUN Jean-Pierre et un groupe de directeurs, « *Y a-t-il un directeur dans l'institution ?* », Presses de l'EHESP, 2009, 192 p.
- MISÈS Roger, « *Les pathologies limites de l'enfance* », Paris, Puf, 1990, 464 p.
- WACJMAN Claude, juin 2009, « *Adolescence et troubles du comportement en institution* », 2<sup>ème</sup> édition, DUNOD, 288 p.

### Articles, revus et dossiers

- La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, « *Les Dispositifs ITEP en devenir – Présentation du dossier* », n° 67, 3<sup>ième</sup> trimestre 2014.
- Lien social n° 1141, Protection de l'Enfance, « *Du sur-mesure pour les incasables* », du 15 au 28 mai 2014.
- DESQUESNES Gillone, PROIA-LELOUEY Nadine, « *Le sujet «incasable», entre psychopathologie et limite institutionnelle* », Revue Société et jeunesse en difficulté, 2011, n°12.
- ASH n° 3047 du 09 février 2018, rapport IGAS, disponible sur internet : <https://www.ash.tm.fr/hebdo/3047/actualites/ligas-denonce-les-inegalites-territoriales-455486.php>

## Rapports et recommandations

- GAGNEUX Michel., SOUTOU Pierre, 1999, « *Rapport sur les instituts de rééducation* », IGAS, Ministère de l'emploi et de la solidarité, B.O. n° 99/3 bis.
- PIVETEAU Denis avec ACEF Saïd, DEBRABANT François-Xavier, JAFFRE Didier et 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* », Rapport, Tome I, 10 juin 2014.
- Mmes DINI Muguette et MEUNIER Michelle, Sénat, « *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la protection de l'enfance* », n° 655, Paris : Sénat 2014, disponible sur internet : <http://www.senat.fr/rap/r13-655/r13-6551.pdf>
- Le Défenseur des Droits, « *Handicap et protection de l'enfance: des droits pour des enfants invisibles* », Paris: Le Défenseur des droits, 2015, disponible sur internet : [https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae\\_2015accessible.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae_2015accessible.pdf)
- LAFORCADE Michel, « *Rapport relatif à la santé mentale* », Paris : Ministère des Affaires sociales et de la santé, 2016, disponible sur internet : [http://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_rapport\\_laforcade\\_mission\\_sante\\_mentale\\_011016.pdf](http://solidaritessante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf)
- BARREYRE Jean-Yves, Étude « Une souffrance maltraitée. Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables » », Paris : ONED, CEDIAS, 2008, disponible sur internet : [https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/barreyre\\_oned\\_rapport\\_final\\_1010.pdf](https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/barreyre_oned_rapport_final_1010.pdf)
- UNIFAF- CREAL, Action Prioritaire Nationale, « *Adolescents en difficulté : Quel accompagnement sur les territoires ?* », Franche-Comté session 2, Doubs – Jura, Mars 2013 / Mars 2014.
- Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, HAS, « *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* », juillet 2008, disponible sur internet : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2835126](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2835126)
- Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, HAS, « *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux* », octobre 2010, disponible sur internet : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2835126](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2835126)
- Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, HAS, « *Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses* », juillet 2008, disponible sur internet : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2835094](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2835094)
- Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, HAS, « *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement* », juillet 2008, disponible sur internet : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2835094](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2835094)

- Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, HAS, « *Les « comportements-problèmes » au sein des établissements et services accueillant des enfants et adultes handicapés : Prévention et Réponses* », janvier 2017, disponible sur internet : [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2834964/fr/les-comportements-problemes-au-sein-des-etablissements-et-services-accueillant-des-enfants-et-adultes-handicapes-prevention-et-reponses](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2834964/fr/les-comportements-problemes-au-sein-des-etablissements-et-services-accueillant-des-enfants-et-adultes-handicapes-prevention-et-reponses)
- Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, HAS, « *L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation* », octobre 2017, disponible sur internet : [https://www.hassante.fr/portail/jcms/c\\_2833677/fr/l-accompagnement-des-enfants-ayant-des-difficultes-psychologiques-perturbant-gravement-les-processus-de-socialisation](https://www.hassante.fr/portail/jcms/c_2833677/fr/l-accompagnement-des-enfants-ayant-des-difficultes-psychologiques-perturbant-gravement-les-processus-de-socialisation)
- Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, HAS, « *Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap* », janvier 2018, disponible sur internet : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/web\\_rbpp\\_coordination.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_coordination.pdf)

### **Textes réglementaires**

- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.
- Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques.
- Décret n° 2017-932 du 9 mai 2017 relative à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques, disponible sur internet : <http://handicap.gouv.fr>
- Circulaire n°DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous ».
- Circulaire interministérielle du 14 mai 2007 relative aux Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques et à la prise en charge des enfants accueillis.

### **Schémas**

- Schéma Départemental de l'enfance et de la famille 2014 – 2018, Département du Jura.
- Schéma Régional de Santé 2018 – 2022, Région Bourgogne – Franche-Comté.

## Références électroniques

- <https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/jeunes-handicapes/institut-therapeutique-educatif-et-pedagogique--i-t-e-p---186.html>
- <http://handicap.gouv.fr>
- <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/repertoire-finess/article/le-fichier-national-des-etablissements-sanitaires-et-sociaux-finess>
- <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=37704>
- <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-21/a0212069.htm>
- <http://www.cnrtl.fr/definition/inamendable>
- [https://www.entreprises.gouv.fr/.../Recommandations\\_bonnes\\_pratiques\\_pro.pdf](https://www.entreprises.gouv.fr/.../Recommandations_bonnes_pratiques_pro.pdf)
- <http://www.anfe.fr/anesm>
- <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale>
- <https://addsea.net/>
- <http://www.metis-europe.eu/>
- <http://www.metis-europe.eu/wp-content/uploads/2016/11/2016-12-09-Atelier-17-Europe-contribution-belge.pdf>
- <https://informations.handicap.fr/art-onu-rapport-handicap-853-10261.php>
- <http://www.metis-europe.eu/wp-content/uploads/2016/11/2016-12-09-Atelier-17-M%C3%A8TIS-Europe-contribution-suisse.pdf>
- <http://www.metis-europe.eu/wp-content/uploads/2016/11/2016-12-09-Atelier-17-M%C3%A8TIS-Europe-contribution-italienne.pdf>
- <http://www.metis-europe.eu/wp-content/uploads/2016/11/2016-12-09-Atelier-17-M%C3%A8TIS-Europe-contribution-qu%C3%A9becois.pdf>
- [http://nrms.ac-creteil.fr/IMG/pdf/le\\_partenariat\\_dans\\_le\\_travail\\_social-final.pdf](http://nrms.ac-creteil.fr/IMG/pdf/le_partenariat_dans_le_travail_social-final.pdf)
- [http://www.anap.fr/fileadmin/user\\_upload/outils\\_et\\_publications/Publications/Developper\\_une\\_approche\\_territoriale/Cooperation\\_des\\_etablissements/Anap\\_Guide\\_cooperations\\_Part2\\_V20110304.pdf](http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Developper_une_approche_territoriale/Cooperation_des_etablissements/Anap_Guide_cooperations_Part2_V20110304.pdf)
- <http://www.criavs-ra.org/>
- <http://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/evaluer-un-projet-de-cooperation-dans-le-secteur-medico-social/>
- <https://tdb-esms.atih.sante.fr>



---

## Liste des annexes

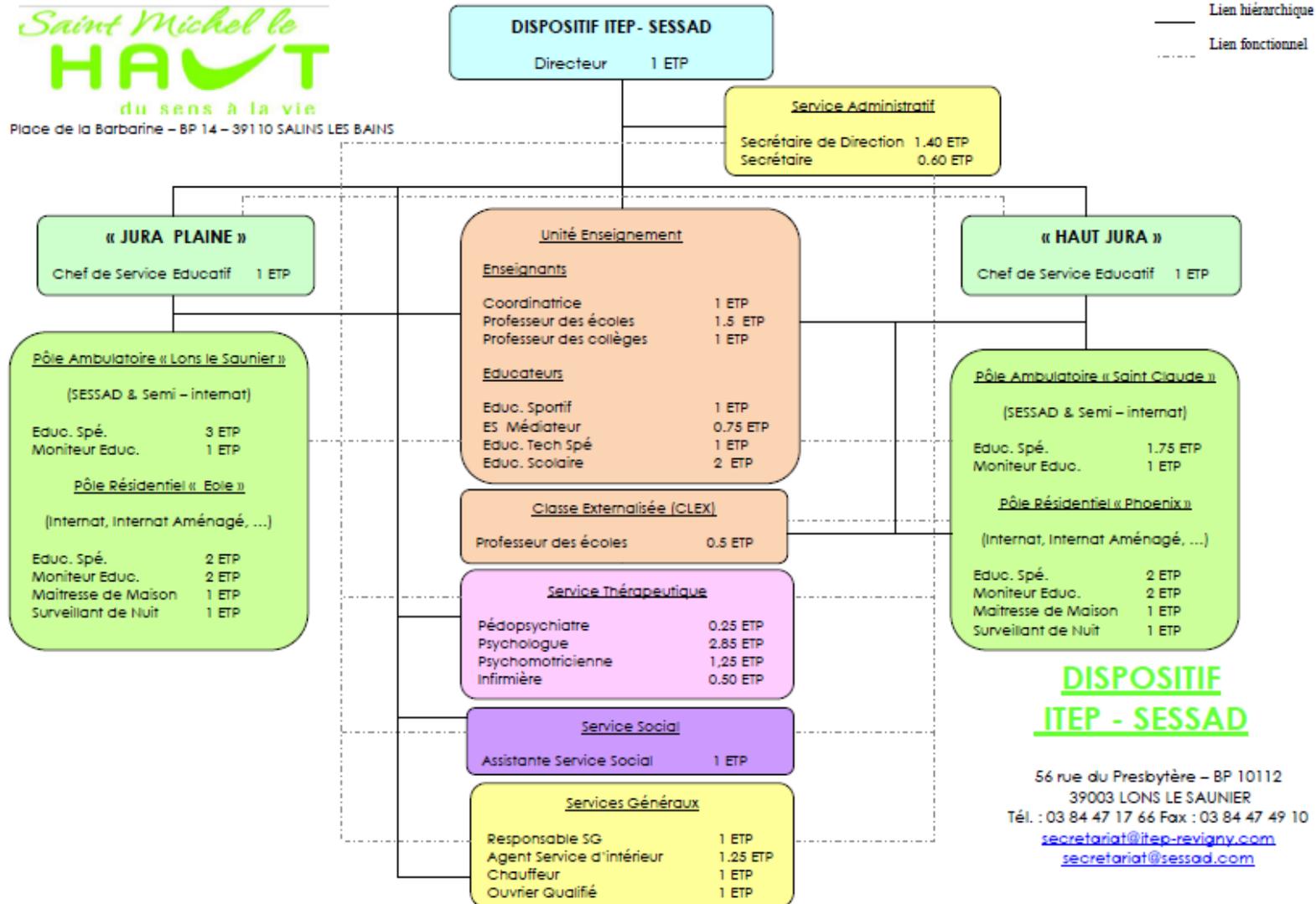
---

Annexe 1 : Organigramme .....	II
Annexe 2 : Plaquette de présentation du Dispositif ITEP-SESSAD ASMH .....	III
Annexe 3 : « <i>Élément de modélisation des approches des « adolescents en (grande) difficulté</i> » » .....	IV
Annexe 4 : Résultat du questionnaire sur les coopérations en lien aux jeunes « incasables » .....	IV
Annexe 5 : Contribution Belge : « <i>L'inter-institutionnalité se tricote, elle ne se prescrit pas</i> » .....	V
Annexe 6 : Contribution Suisse : « <i>La défense de la santé mentale des mineurs</i> » .....	VII
Annexe 7 : Contribution Italienne : « <i>La défense de la santé mentale des mineurs</i> » .. .....	VIII
Annexe 8 : Contribution Québécoise : « <i>Entre la pratique et la recherche : rechercher l'intervention</i> » .....	VIII
Annexe 9 : Compte rendu PTSM.....	IX
Annexe 10 : Budget Prévisionnel .....	XII

## Annexe 1 : Organigramme



Place de la Barbarine – BP 14 – 39110 SALINS LES BAINS



## Annexe 2 : Plaquette de présentation du Dispositif ITEP-SESSAD ASMH

### La Population Accueillie

L'ITEP et le SESSAD accueillent des « enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Ces enfants, adolescents et jeunes adultes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles et cognitives préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé. »  
*Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005*

L'orientation en SESSAD est « préconisée lorsque la manifestation des troubles de l'enfant n'entraîne pas de relations trop exacerbées au sein de la famille, mais surtout lorsque le maintien à l'école est possible dans les conditions courantes »  
*Circulaire n° 2007-194 du 14 mai 2007.*



### Les Missions

La mission centrale des ITEP est d'amener l'enfant ou le jeune concerné à un travail d'élaboration psychique, en accompagnant son développement singulier au moyen d'une intervention interdisciplinaire, qui prend en compte la nature des troubles psychologiques et leur dynamique évolutive...

Ce travail d'élaboration accompagné doit amener l'enfant ou le jeune à rechercher, expérimenter des façons singulières de s'accommoder de ses capacités et de ses difficultés.

L'ITEP doit permettre à l'enfant ou au jeune d'expérimenter le quotidien et les relations humaines, dans une perspective de maintien ou de retour dans les dispositifs habituels d'éducation, de scolarisation, de formation professionnelle, de socialisation.

### Les Moyens

Le dispositif ITEP/SESSAD offre un accompagnement personnalisé pour chaque enfant, au plus juste de ses besoins. Il propose et conjugue un accompagnement éducatif, pédagogique et thérapeutique en son sein et/ou en lien avec les partenaires extérieurs, dans une démarche d'intervention globale.

Son action s'oriente principalement sur :

- Le travail auprès de l'enfant et de sa famille afin de favoriser son développement psycho-affectif et son insertion sociale et professionnelle
- L'accompagnement de l'enfant dans sa scolarité et le soutien aux équipes enseignantes,



### Les Professionnels

Une équipe pluridisciplinaire comprenant 4 secteurs d'interventions :

- Secteur thérapeutique : Médecin (en cours de recrutement), Psychologues, Psychomotricien\*, Infirmier\*.
- Secteur Educatif : Educateurs Spécialisés\*, Moniteurs-Educateurs\*, Maîtres de Maison\*, Surveillants de nuit\*.
- Secteur Pédagogique : Professeurs des écoles et de collège\*, Educateur Sportif\*, Educateur Technique Spécialisé\*, Educateurs Scolaires\*.
- Secteur Social : Assistant de Service Social\*.

\* pour faciliter la lecture, toutes les professions sont indiquées au masculin

**PARTENAIRES :** ARS, MDPH, Education Nationale (Ecoles, collèges, Lycées, Lycées Pro...), CMPP, secteur sanitaire (CMP, Hôpital de jour, services d'hospitalisation...), services et établissements de Protection de l'Enfance (ASE, MECS, ASEAJ...), services de Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), Associations culturelles et sportives, AIRE (Association des ITEP et de leurs Réseaux)...



## Dispositif

### ITEP

Institut Thérapeutique  
Educatif et Pédagogique

### SESSAD

Service d'Education Spéciale et de  
Soins à Domicile

*Internat  
Internat aménagé  
Internat Séquentiel  
Semi Internat  
SESSAD*

**Mettre en œuvre un projet personnalisé  
d'accompagnement à visée soignante  
permettant l'accès à un travail d'élaboration  
psychique conduisant à l'inscription sociale des  
enfants et des jeunes**



### DISPOSITIF ITEP—SESSAD ASMH

64 Enfants (garçons et filles) âgés de 6 à 20 ans

Handicap : difficultés psychologiques entraînant des troubles du caractère et du comportement  
Notification d'orientation par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH),  
Financement : Assurance Maladie

#### ITEP—SESSAD : Modalités d'Accompagnement

##### TERRITOIRES « JURA-PLAINE » ET « HAUT-JURA »

##### INTERNAT / INTERNAT AMÉNAGÉ OU SEQUENTIEL

L'internat de semaine (4 nuits/semaine), aménagé (1 à 3 nuits/semaine), ou séquentiel (aménagé en fonction des besoins), est conçu pour les enfants pour lesquels une prise en charge importante est nécessaire.

Il peut être préconisé lorsqu'une séparation paraît judicieuse pour permettre un réaménagement des relations familiales.

2 Unités d'Hébergement accueillent les enfants en internat :

- 1 dédiée aux enfants du Secteur d'intervention Jura-Plaine située à LONS LE SAUNIER en face du Parc des Bains.
- 1 dédiée aux enfants du secteur du Haut-Jura sur le site de REVIGNY.

**L'accueil en Internat pour les enfants du Haut Jura s'effectue uniquement sur le site de REVIGNY**

##### AMBULATOIRE

##### SEMHI-INTERNAT

Certains enfants nécessitent une prise en charge soutenue et de proximité sans nécessiter un internat. Un accueil en journée sous différentes modalités est alors proposé.

##### SESSAD

Il s'agit d'un accompagnement pluridisciplinaire, les interventions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques s'effectuent sur les lieux de vies de l'enfant, en lien avec la famille, les enseignants, les partenaires dans une démarche d'intervention globale.

#### Secteur d'Intervention JURA SUD



##### Coordonnées

**Site Administratif Unique:**  
(tous les courriers sont à adresser à cette adresse)  
56 Rue du Presbytère, REVIGNY  
BP 10112  
39003 LONS LE SAUNIER Cedex  
03.84.47.17.66— 03.84.47.49.10  
secretariat@sessad.com  
secretariat@itep-revigny.com

Site Internet : [www.ditep-asmh39.fr](http://www.ditep-asmh39.fr)

##### Sites d'Interventions:

Site de REVIGNY :  
56 Rue du Presbytère, 39570 REVIGNY

Site de SAINT CLAUDE  
2 Rue du Pont Central 39200 ST CLAUDE



#### ITEP—SESSAD : Modalités d'Accompagnement

##### SCOLARITE « JURA PLAINE » ET « HAUT JURA »

Le maintien de la scolarité en milieu ordinaire à temps complet ou à temps partiel est privilégié chaque fois que possible.

Lorsque la scolarité ne peut se dérouler totalement en classe ordinaire, les enfants bénéficient de l'unité d'enseignement de l'ITEP. Celle-ci est encadrée par des enseignants de l'Education Nationale et permet l'ajustement de la scolarité aux besoins et aux capacités de l'enfant.

**L'unité d'enseignement est complétée par une classe externalisée (CLEX primaire) sur le territoire du Haut Jura.**

**Cette CLEX, ouverte à mi-temps, est située au sein de l'école primaire du Truchet à SAINT CLAUDE et est destinée à accueillir 6 enfants relevant de l'école primaire.**

##### Equipe de Direction :

##### Directeur ITEP SESSAD :

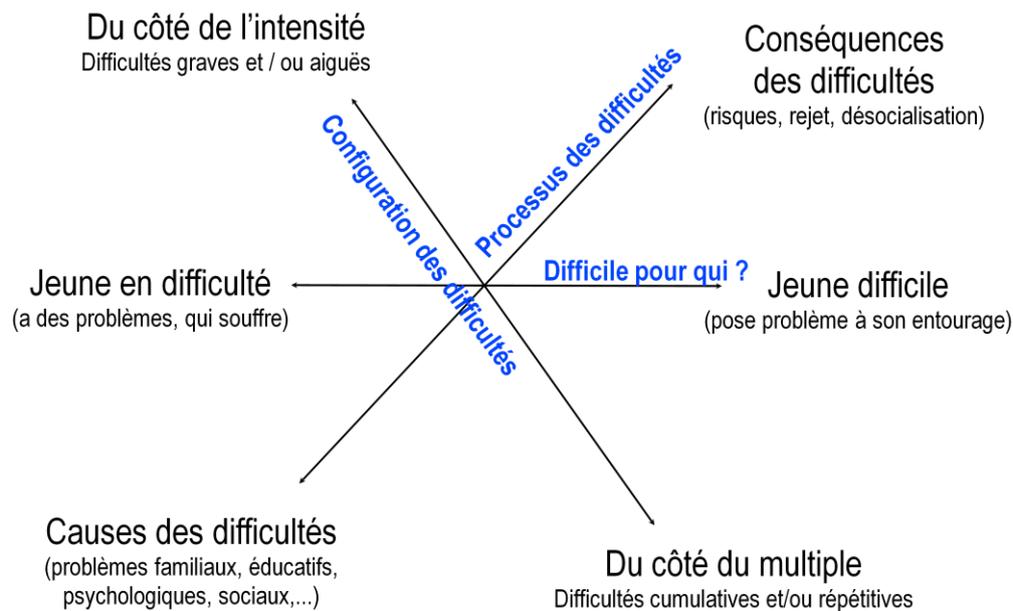
- Jérôme HAURY  
06.88.30.05.67—[directeur@itep-revigny.com](mailto:directeur@itep-revigny.com)

##### Chefs de Services:

- Isabelle DANIEL, Secteur « Haut-Jura »  
06.71.27.54.60—[chef.service@sessad.com](mailto:chef.service@sessad.com)
- François FOREST, Secteur « Jura-Plaine »  
06.03.29.69.93—[chef.service@itep-revigny.com](mailto:chef.service@itep-revigny.com)

### Annexe 3 « Élément de modélisation des approches des « adolescents en (grande) difficulté » »

Action Prioritaire Nationale, « Adolescents en difficulté : quel accompagnement sur les territoires ? », Compte rendu de la formation action Franche-Comté, Session 2, Mars 2013 / Mars 2014, Diapositive n° 39



### Annexe 4 : Résultat du questionnaire sur les coopérations en lien aux jeunes « incasables »

« Souvent, ce qui bloque pour la prise en charge par un établissement d'un jeune en grande difficulté, ce n'est pas le profil ou la situation du jeune en elle-même mais plutôt l'absence de partenaires solides », commentaire issu d'un des questionnaires.

- ✓ Existe-il des conventions signées entre les différents acteurs ?

Non à 90 %

- ✓ La communication et la coordination entre les différents partenaires vous semble-t-elles suffisantes ?

Non à 100 %

Si non, qu'est-ce qui fait défaut selon vous ?

- On ne sait pas toujours qui fait quoi ? Qui coordonne les actions ?

- Il existe une méconnaissance des missions, des pratiques et des cultures des différents acteurs
- ✓ Face aux besoins spécifiques de ces jeunes en grandes difficultés, que pouvez vous dire sur la couverture du territoire en termes de possibilités d'accueil :
  - Manque de places disponibles en psychiatrie pour les hospitalisations
  - Difficulté spécifique de trouver des places pour les adolescents, qui «font peur» (MECS, Familles d'Accueil, ESMS)
  - On n'associe pas suffisamment les acteurs des lieux de vie et des Familles d' Accueil.
- ✓ Rencontrez-vous des difficultés à mettre en place des prises en charge partagées ?

Oui à 75 %

Si oui, quelles sont ces difficultés ?

  - Tendance de certains partenaires à se désengager.
  - Tendance à attendre des ESMS de se substituer aux missions de la protection de l'enfance.
  - Question du pilotage : qui s'en occupe ?

**Annexe 5 : Contribution Belge : « L'inter--institutionnalité se tricote, elle ne se prescrit pas »**

<http://www.metis-europe.eu/wp-content/uploads/2016/11/2016-12-09-Atelier-17-Europe-contribution-belge.pdf>

*« Les mouvements de désinstitutionalisation soutenus par le Conseil de l'Europe et les politiques d'austérité engendrent des tentatives de contrôle des dépenses publiques par la réduction des accueils résidentiels. Les acteurs d'accompagnement de l'enfant en difficultés au sein de son environnement, sa famille et les interventions systémiques font le reste. La clinique du sujet fait un pas de côté et un regard circulaire s'impose dans les cercles qui élaborent une clinique éducative. Les concepts de troubles psycho--sociaux font leur entrée sur la scène des symptômes. Le curseur du soin se déplace du colloque singulier vers la cité (Dr Jean--Marie Lemaire, Clinique de la concertation) et le théâtre de l'intervention éducative spécialisée se met en scène autour et à l'invitation de la famille.*

*Ainsi donc les CMI naissent à la faveur de fermeture de «lits», les réseaux tentent de porter à plusieurs la charge de émotionnelle.*

*«En 2002, tous les Ministres compétents pour la Santé publique, la politique de la santé et les Affaires sociales signaient la Déclaration conjointe sur la politique future en matière de soins en santé mentale.*

*Cette Déclaration (et son amendement) précise que les soins en santé mentale tant aigus que chroniques seront à l'avenir organisés en circuits et réseaux de soins pour répondre le mieux possible aux besoins et demandes de soins des personnes présentant des problèmes psychiques. Des soins en santé mentale centrés sur la demande contribueront à éviter autant que possible les admissions en résidence. Toutefois, si l'admission est inévitable, des efforts seront entrepris afin d'écourter au maximum le séjour en milieu résidentiel» Guide N° 1 des politiques de circuits et réseaux de soins.*

[www.psy107.be](http://www.psy107.be)

*La désinstitutionnalisation, l'inclusion, la dé--catégorisation, l'intensification et la consolidation sont les mots clés de cette Réforme pour adultes. Ils seront repris pour les enfants.*

*L'importance de poursuivre le développement des soins en santé mentale pour enfants et adolescents au départ d'une vision claire et cohérente a été validée par la Conférence InterMinistérielle Santé publique du 10 décembre 2012 dans la «Déclaration conjointe pour la Réalisation de réseaux et de circuits de soins en santé mentale pour enfants et adolescents». Les principales raisons de la validation de cette déclaration sont les suivantes: l'offre insuffisante par rapport aux besoins, le fonctionnement non intégré des soins de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, les soins de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent ne tiennent pas suffisamment compte des déterminants de la santé ainsi que du contexte socio--économique.*

*Pendant ce temps, les administrations AWIPH (AVIQ) et AAJ, respectivement en charge du «handicap» et de la protection de la jeunesse, de la Wallonie et de la Communauté Française Wallonie Bruxelles, signent un accord de coopération qui générera les «Jardins Pour Tous» dans les provinces. Une équipe faitière du JPT fait interface entre ces groupes ressources locaux et le comité stratégique des ces accords de coopération.*

*Nous y défendons les axes suivants repris dans une charte proposée aux invités.*

*Elles se constituent sur le principe de l'auberge espagnole, elles sont inter--disciplinaires et inter-institutionnelles, soumises aux règles du secret partagé, elles ne sont pas décisionnelles.*

*Les familles évoquées ont donné un accord et recevront une restitution de ce que ce vaste groupe ressources produit comme suggestions.*

*Y participent: Médecins pédopsy, Magistrats de la Jeunesse, Travailleurs Sociaux des services de l'aide acceptée et de l'aide contrainte, des services de santé mentale ambulatoire, des services hospitaliers pour enfants et ados, des services résidentiels pour jeunes dits «caractériels», des écoles, des services d'aide à l'intégration... Outre une meilleure connaissance des complémentarités potentielles, des nouages se créent autour des situations évoquées. Les décisions seront prises dans un autre temps, autre lieu, dans les services mandatés à cet effet.*

*Nous étions 50 lors des dernières réunions. L'engagement, l'activité y sont grandissants alors que la mise en place des réseaux officiels évoqués plus haut tarde à se mettre en place. L'analyse que nous en faisons dans les JPT locaux et dans le faitier fait apparaitre que la liberté de participation et le caractère non-décisionnel, sont les conditions*

essentielles de la créativité viennent chercher les participants. L'émergence s'appuie sur une rencontre avec les besoins du personnel autant que sur les besoins de la gestion de la chose publique ».

## **Annexe 6 : Contribution Suisse : « Le réseau « Aire d'Ados » mis en place depuis 3 ans à Genève »**

<http://www.metis-europe.eu/wp-content/uploads/2016/11/2016-12-09-Atelier-17-M%C3%A8TIS-Europe-contribution-suisse.pdf>

### **« Aire d'Ados: Un réseau au service des adolescents et des jeunes adultes en période de grandes difficultés et de risque suicidaire (Genève)**

Genèse de la mise en place d'un large réseau santé-social dans un contexte urbain déjà très fourni en ressources au service des adolescents et des jeunes en grandes difficultés et à risques suicidaires, ainsi qu'à leur famille. Ce dispositif concourt à offrir un espace de formation et d'échanges de pratiques aux professionnels qui les encadrent visant deux buts, d'une part mieux répondre au niveau du Canton de Genève, au problème de santé publique que représente le mouvement suicidaire et les conduites à risque des jeunes et d'autre part, de décloisonner les modalités d'intervention des divers champs professionnels sur cette problématique.

L'objectif central d'aire d'ados est d'aider à aider en consolidant le filet de sécurité santé-sociale par la coordination des actions et interventions pour améliorer le repérage des jeunes en situation de risque, la réactivité et la mobilisation des professionnels et la continuité du suivi.

Ses objectifs opérationnels sont:

- L'appui à la coordination, durant une période minimale, des interventions éducatives, thérapeutiques et intégratives.
- Le soutien au pilotage partenarial.

Ce fonctionnement vise à développer:

- Un travail de réseau plus intensif qui va au delà de l'échanges d'informations. Par conséquent qui travaille à la compréhension des diverses logiques professionnelles en présence avec un grand respect de chacun et un partage des responsabilités et des risques.
- Une volonté accentuée chez chacun de travailler le passage pour le jeune d'une prestation à une autre, assurant un meilleur accompagnement de sorte à éviter à ce qu'il se retrouve dans un trou, soit une absence de prestations et de liens avec le soin.
- Le respect des apports de chacun et la reconnaissance de la complémentarité indispensable pour le suivi d'enfants, de familles en grande souffrance. Cela permet l'élaboration d'une lecture commune des enjeux contradictoires qui pèsent sur la situation.
- Donner de la place à la parole des usagers, enfants et familles dans la gestion de leur situation ».

## **Annexe 7 : Contribution Italienne : « La défense de la santé mentale des mineurs »**

<http://www.metis-europe.eu/wp-content/uploads/2016/11/2016-12-09-Atelier-17-M%C3%A8TIS-Europe-contribution-italienne.pdf>

- « La défense de la santé mentale des mineurs.
- La construction d'un réseau multi-professionnel et interdisciplinaire en intégrant les compétences médicales, psychologiques, sociales, pédagogiques et éducatives.
- Le rôle central des coopératives sociales, par l'intermédiaire d'un système de commande de la part des services publics.
- Le foyer pour mineurs vu comme un lieu de vie et un espace pour un échange continu et profitable avec la réalité et le contexte environnant et non pas comme un "monde parallèle".
- Des projets individuels et personnalisés comme alternative à l'institutionnalisation à mettre en œuvre dans tous les contextes de vie du mineur (de sa famille à ses loisirs, en passant par l'école) ».

## **Annexe 8 : Contribution Québécoise : « Entre la pratique et la recherche : rechercher l'intervention »**

<http://www.metis-europe.eu/wp-content/uploads/2016/11/2016-12-09-Atelier-17-M%C3%A8TIS-Europe-contribution-qu%C3%A9b%C3%A9coise.pdf>

*« La dimension de l'organisation de la recherche au sein des milieux de pratique suppose un travail en collaboration interinstitutionnelle. La question que nous posons est de savoir si la pratique et la recherche peuvent réellement cohabiter et selon quelles conditions? »*

*Cette intervention portera sur les principales conditions qui permettent de faciliter la collaboration entre chercheurs et cliniciens, ainsi que sur sa pertinence. Le propos sera axé sur la notion de production et de transfert de connaissances à travers une démarche interinstitutionnelle. Il est question des relations proximales entre les producteurs et les utilisateurs des connaissances issues de la recherche psychosociale, de soutenir la formalisation des savoirs et des modes d'intervention développés et en assurer la diffusion vers d'autres groupes pouvant en bénéficier. Ce type de travail interinstitutionnel permet à la fois de créer des outils d'intervention efficaces et en assurer l'utilisation optimale par l'ensemble des intervenants grâce à des activités de formation. Enfin, les retombées touchent également la formation par la diffusion des résultats de la recherche et la formation de la relève en offrant les terrains de pratique pour les étudiants ».*



NOTE DE SERVICE		
<b>Emetteur C M.</b> <b>Direction DCPT</b> <b>Département 39</b>	<b>Objet</b>  <b>Compte rendu de la rencontre PTSM</b> <b>Groupe enfants ados</b>	<b>Date</b>
<b>Destinataires</b> <b>Dr G.</b> Dr V. Mme F. Mme <b>G.</b> (PPSM)		<b>PJ :</b> <b>Feuille d'émargement</b> <b>CR réunion</b>

En préambule, le Dr V. reprend le compte rendu de sa rencontre qui avait pour objet de définir les axes de travail concernant les enfants et les adolescents. Lors de cette réunion, il a été fait un état des lieux des structures opérantes auprès des jeunes en dégagant les forces et les faiblesses.

La multiplicité des intervenants étant assimilée à une force. La principale faiblesse identifiée étant les cas complexes des mineurs qui mettent en difficultés successivement les professionnels du territoire.

4 propositions de pistes ont été évoquées :

- Constitution d'un groupe ressource/activation du PRIPE,
- Constitution d'une équipe mobile,
- Développement de groupes sur la parentalité,
- Développement de la thérapie familiale enfants/parents.

S'en suit un tour de table ;

Mr B. relate que les parents sont réticents lorsqu'ils sont en phase d'acceptation du handicap de leur enfant, il lui est difficile de proposer un RDV avant un délai de 4 à 5 mois lié à la démographie médicale.

Dr G. précise qu'il faut se concentrer sur les « gros cas » et faire de la Prévention en amont. Mais pour cela, il faut des moyens adéquats. Il y a des besoins pour les petits (tranche 3 à 6 ans). Faire des groupes homogènes

Mr HAURY ajoute que le SESSAD peut être une structure qui peut intervenir, elle est moins stigmatisante pour la famille.

Dr V. constate que certains jeunes enfants souffrant de TED sont déjà déscolarisés. Mme J. confirme qu'une dizaine d'enfants vont poser problème au sein de son IME.

**Mr S. s'interroge sur l'augmentation du nombre d'enfants problématiques. Usure des professionnels, usure des structures ?**

**Mme J. nous fait part de l'émergence du droit de retrait parmi ses personnels, phénomène nouveau.**

**A la différence des IME, les MECS n'ont pas de structures relais sur lesquelles s'appuyer.**

Mr HAURY s'interroge sur une ouverture vers l'extérieur en lien avec les soins. Un système de relais entre les structures pourrait être une solution pour pallier à cette usure professionnelle.

Dr G. fait le lien avec le panel de dispositifs existants tels que le PRIPE qui devrait pouvoir être activé mais actuellement aucun enfant n'est intégré dans ce dispositif. Le PRIPE pourrait pleinement jouer son rôle de groupe «ressource ». Il faudrait saisir 1 ou 2 cas pour l'activer, avoir un regard extérieur sur ces situations difficiles.

Mme J. s'interroge autour de toutes ces dénominations : PRIPE, RAPT, GOS...

Encore un millefeuille, il serait intéressant de communiquer sur les différents dispositifs existants.

Dr G. précise que la notion de handicap est un point d'entrée avec le RAPT et le GOS, portés par le CD 39. Profil spécifique mais qui peut être adapté à de nombreux cas. Le PPE est aussi un outil de coordination.

Mme J. soulève le problème de « file active ». Dans son IME, elle rentabilise au maximum les créneaux libérés pour accepter des nouveaux accueils. Pourquoi le secteur sanitaire ne pourrait-il pas faire la même chose ?

**La difficulté est soulevée sur la fluidité des contacts avec PERSEPHONE.**

Mme F. précise qu'il n'y a pas de place d'HJ à Perséphone et que l'accueil des jeunes doit se faire dans le cadre d'un projet de soins dont la temporalité sera différente selon les situations. Ce projet est défini par le médecin psychiatre et l'équipe de la structure, si possible en accord avec le mineur.

**Pour que cette fluidité soit active il faudrait que toutes structures collaborent. Le blocage semblerait venir du fait que la sortie du jeune est bloquée, pas suffisamment anticipée en amont. S'appuyer sur des acteurs de réseaux qui tournent et qui garantissent un circuit bien défini. Un parcours fluide avec dès le début d'une hospitalisation une sortie prévue.**

**Absence d'un chef d'orchestre identifié pour coordonner le parcours du jeune dans sa globalité.**

Dr G. affirme que les outils existent mais qu'il faut les faire vivre.

Mme J. insiste sur le fait que cet outil doit permettre de travailler le projet, les actions et les objectifs.

Mr B. précise que les solutions trouvées *doivent* être suivies d'effets car sinon pas motivant.

Dr G. reprend l'exemple du département 70 qui travaille avec l'Education Nationale ou du 90 pour les « petits mardis » pour proposer des pistes d'actions au groupe sans forcément tomber dans l'effet catalogue.

Intervention de Mme B. qui anime un groupe de prévention sur St CLAUDE et Mme C., responsable politique de la ville. Lien fait avec le CLSM évoqué lors des rencontres santé mentale et plateforme de psychiatrie. Bonne relation avec le CMP, PIJ. Problématique d'errements, consommation de produits illicites, problème de mobilité... lien à faire avec le CSAPA qui va s'installer.

L'EN avoue que sur de St Claude la situation est compliquée car pas de médecin scolaire sur le secteur.

Idem pas de médecin PMI. Mr HAURY rappelle qu'une classe externalisée est ouverte sur l'école primaire du TRUCHET 2 jours et ½ par semaine depuis la rentrée de septembre 2017. L'EN en ignorait l'existence.

**La présentation du projet équipe mobile est faite par Mr HAURY et le Dr V. en précisant qu'il est au stade de l'écriture du cahier des charges.**

Actuellement la volonté est de maintenir dans le milieu ordinaire ou au niveau familial mais il faut être vigilant sur le « tout inclusif » car quelques fois cela ne marche pas car les professionnels ne sont pas suffisamment présents. Le premier critère d'alerte devrait être l'exclusion scolaire selon le Dr G.

**Mme G. estime qu'il faut connaître les compétences de chacun, les critères d'interventions pour favoriser cette coordination.**

**Mr A. complète qu'il faut développer les stages d'immersion avec les plateformes et faire de la prévention avec cette future Équipe Mobile de Liaison Interinstitutionnelle.**

Pour conclure, ...

## **Annexe 10 : Budget Prévisionnel**

BUDGET DETAILLÉ ÉQUIPE MOBILE de LIAISON INTERINSTITUTIONNELLE	Budget
<b>GROUPE I : DEPENSES AFFERENTES A L'EXPLOITATION COURANTE</b>	
<b>ACHATS</b>	
601 - Achats stockés de matières premières et de fournitures	
602 - Achats stockés - autres approvisionnements	
603 - Variation des stocks	
606 - Achats non stockés de matières et fournitures	3 750,00
6062100000 CARBURANTS	2 000,00
6062400000 FOURNIT. ADMINISTRATIVES	1 000,00
6068550000 PETIT MAT. ET OUTILLAGE	750,00
607 - Achats de marchandises	
709 - Rabais, remises, ristournes accordés par l'établissement	
713 - Variations des stocks, en cours de production, produits (en dépenses)	
<b>SERVICES EXTERIEURS</b>	
<b>AUTRES SERVICES EXTERIEURS</b>	
6241 - Transports de biens	
6242 - Transports d'usagers	
6247 - Transports collectifs du personnel	
6248 - Transports divers	
625 - Déplacements, missions et réceptions	500,00
6251000000 Voyages et déplacements	500,00
626 - Frais postaux et frais de télécommunications	1 260,00
6262000000 FRAIS DE TELECOMMUNICAT.	1 260,00
6282 - Prestations d'alimentation à l'extérieur	
6287 - Remboursements de frais	
6288 - Autres prestations	2 100,00
<b>TOTAL GROUPE I</b>	<b>7 610,00</b>
<b>GROUPE II : DEPENSES AFFERENTES AU PERSONNEL</b>	
621 - Personnel extérieur à l'établissement	
622 - Rémunérations d'intermédiaires et honoraires	1 000,00
631 - Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts)	
633 - Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes)	
641 - Rémunération du personnel non médical	67919,00
642 - Rémunération du personnel médical	12 129,00
645 - Charges de sécurité sociale et de prévoyance	47 662,00
646 - Personnes handicapées	
647 - Autres charges sociales	
648 - Autres charges de personnel	
<b>TOTAL GROUPE II</b>	<b>128 710,00</b>
<b>GROUPE III: DEPENSES AFFERENTES A LA STRUCTURE</b>	
612 - Redevances de crédit bail	
6132 - Locations immobilières	1 500,00
6135 - Locations mobilières (matériel de transport)	6 000,00
614 - Charges locatives et de copropriété	
6152 - Entretien et réparations sur biens immobiliers	
6155 - Entretien et réparations sur biens mobiliers	
6156 - Maintenance	
616 - Primes d'assurances	1 360,00
617 - Etudes et recherches	
618 - Divers	3 500,00
6182000000 DOCUMENTATION GENERALE	500,00
6185000000 CONFERENCE ET DEBAT	3 000,00
<b>AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE</b>	
<b>CHARGES FINANCIERES</b>	
<b>CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>	
<b>DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS, AUX DEPRECIATIONS, AUX PROVISIONS ET ENGAGEMENTS</b>	
<b>TOTAL GROUPE III</b>	<b>12 360,00</b>
<b>TOTAL GENERAL (GROUPE I + GROUPE II + GROUPE III)</b>	<b>148 680,00</b>

HAURY	Jérôme	Octobre 2018
<p align="center"><b>Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</b></p> <p><b>ETABLISSEMENT DE FORMATION :</b> <b>IRTS de Franche-Comté – IRTESS de Bourgogne</b></p>		
<p align="center"><b>STRUCTURER UNE ÉQUIPE MOBILE DE LIAISON INTERINSTITUTIONNELLE Vers une coopération renouvelée en faveur des jeunes dits « incasables » sur un territoire</b></p>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>A la marge des nombreux organismes institués par des politiques sociales pour secourir toutes les détresses, une population met en échec leurs compétences depuis des générations : les adolescents difficiles, identifiées comme « incasables ». Il s'avère pourtant que la solution serait moins à chercher dans l'invention de « La » structure idéalement faite pour eux, que dans l'instauration d'une coopération dynamique, renouvelée et centralisée, entre tous les acteurs concernés.</p> <p>Ce mémoire propose d'explorer l'édification d'une Équipe Mobile de Liaison Interinstitutionnelle et tente de répondre à la problématique suivante : Comment permettre aux acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, de mobiliser ensemble leurs compétences pour donner l'opérativité attendue à la prise en charge des jeunes aux prises avec les difficultés les plus ancrées, les plus énigmatiques et les plus douloureuses ?</p>		
<p><b>Mots clés :</b> Public frontière, « incasables », parcours, cloisonnement, bonnes pratiques, dispositif, coopération, interdisciplinaire, interinstitutionnel, ressources, équipe mobile.</p>		
<p align="center"><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		