ÉVITER LES RUPTURES AU SEIN D'UN IME : D'UNE LOGIQUE DE PLACE À UNE LOGIQUE DE PARCOURS

PASSER D'UNE OFFRE D'HÉBERGEMENT PERMANENT À UNE RÉPONSE MODULÉE POUR LES JEUNES À LA CROISÉE DU HANDICAP INTELLECTUEL, DU HANDICAP PSYCHIQUE ET DE L'AIDE SOCIALE À L'ENFANCE

Stéphane Besson

2018

Remerciements

Je remercie Monsieur Welschinger, mon directeur de mémoire, pour ses conseils avisés et ses encouragements bienveillants.

Je remercie Madame Morlot, directrice de l'IME St Joseph, pour son accueil et notre collaboration lors de mon stage.

Je remercie Madame Bridel, correspondante établissement de l'antenne ARS 68, pour ses éclairages et sa disponibilité.

Je remercie le Docteur Tebib, chef de Service de la PIJ de Colmar, pour son soutien, sa collaboration et ses propositions d'actions communes.

Je remercie Madame Paillissé, chargée de mission à la MDPH 68, pour ses explications et son accueil.

Je remercie Monsieur Ruetsch, chef de service de l'ASE 68, avec qui j'espère débuter une collaboration fructueuse.

Je remercie mes collègues du groupe de direction et les équipes de L'IME qui m'ont soutenu durant mon cursus, palliant mes absences avec bienveillance et assurance.

Je remercie enfin Fanny, ma compagne, pour sa patience, sa persévérance et son soutien infaillible.

S o m m a i r e

Introduction 1

1 Un public complexe dans un contexte qui évolue 3

1.1 Un public à la limite des trois champs : médico-social, social et sanitaire.... 3

1.1.1 Des difficultés de caractérisation 3

1.1.2 Des troubles qui mettent en échec les institutions et les professionnels 4

1.1.3 La prise en compte des difficultés dans les différents secteurs 6

1.2 Les orientations des politiques publiques à travers les différents secteurs concernés 8

1.2.1 Un public qui impacte le champ médico-social 8

1.2.2 Un public relevant également de la protection de l'enfance 20

1.2.3 Un public présentant des troubles psychiques relevant du secteur de la santé .. 25

1.3 Synthèse de la première parie 28

2 De l'internat continu à une réponse séquentielle 29

2.1 L'IME les Allagouttes / Le Surcenord 29

2.1.1 L'Association Le Champ De La Croix 29

2.1.2 L'IME les Allagouttes le Surcenord, une mission : accueillir 30

2.1.3 L'organisation et le fonctionnement de l'établissement 31

2.1.4 Le public accueilli 39

2.2 Méthodologie d'investigation conduisant au diagnostic 42

2.2.1 Analyse des situations de résidents 42

2.2.2 Enquête dans le cadre du stage CAFDES 47

2.2.3 Rencontre avec les partenaires 48

2.2.4 Recueil des points de vue des professionnels 49

2.3 Synthèse de l'analyse : le SWOT 51

2.4 Les perspectives et les difficultés à relever 52

2.4.1 Des opportunités pour insuffler le changement 52

2.4.2 Le cloisonnement des secteurs et des financements : des résistances à dépasser (des difficultés en terme de réalisations concrètes) 54

2.4.3 Une population difficile à accompagner 55

2.5 Synthèse du diagnostic : une proposition de réponse 56

3 Mise en œuvre d'une réponse séquentielle pour favoriser le parcours des jeunes en situation critique 59

3.1 Genèse du plan d'action 59

3.2 La conduite du changement et la posture managériale 61

3.3 Favoriser le parcours des jeunes en situation complexe 63

3.3.1 Le projet d'accueil séquentiel et la notion de plateforme de service 63

3.3.2 La constitution d'une équipe mobile interdisciplinaire 66

3.4 Concevoir et proposer des réponses plus adaptées et plus modulées 67

3.4.1 Repenser et réorganiser les espaces de vie 67

3.4.2 Favoriser la transversalité : un potentiel à mobiliser 70

3.5 Renforcer et dynamiser les compétences 72

3.5.1 Un redéploiement du personnel visant l'enrichissement de l'offre 72

3.5.2 Le développement des compétences individuelles et collectives 74

3.6 Synthèse et échéancier du plan d'action 77

3.7 L'évaluation dans une démarche d'amélioration continue 78

Conclusion 79

Bibliographie 81

Liste des annexes I

Liste des sigles utilisés

AAH :	Allocation aux Adultes Handicapés
Ad'AP :	Agenda d'Accessibilité Programmée
AEEH :	Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé
AEMO :	Action Éducative en Milieu Ouvert
AEMO R :	Action Éducative en Milieu Ouvert Renforcé
AG :	Assemblée Générale
ANAP :	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANESM :	Agence Nationale de la qualité et de l'Évaluation des Établissements Sociaux et Médico-Sociaux
ARS :	Agence Régionale de la Santé
ASE :	Aide Sociale à l'Enfance
ATIH :	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CA :	Conseil d'Administration
CASF :	Code de l'Action Sociale et des Familles
CATTP :	Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel
CD :	Conseil Départemental
CDAPH :	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CESE :	Conseil Économique, Social et Environnemental
CIDE :	Convention Internationale des Droits de l'Enfant
CMP :	Centre Médico Psychologique
CMPP :	Centre Médico Psycho Pédagogique
CNSA :	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRA :	Centre de Ressources Autisme
CREAI :	Centre Régional pour l'Étude et l'Action en faveur de l'Insertion
CROSMS :	Comité régional d'organisation sociale et médico-Sociale
CVS :	Conseil de la Vie Sociale
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGCS :	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DiQASM :	Direction de la Qualité de l'Accompagnement Social et Médico-social
DOP :	Dispositif d'Orientation Permanent
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé
DUD :	Document Unique de Délégation

DUP : Délégation Unique du Personnel
EARL : Exploitation Agricole à Responsabilité Limitée
EPRD : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ESAT : Établissement d'Aide et de Service par le travail
ESMS : Établissements Sociaux et Médico-Sociaux
FAHT : Foyer pour Adultes Handicapés Travailleurs
FAS : Foyer d'Accueil Spécialisé
FINESS : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
FO : Force Ouvrière
GCSMS : Groupement de Coopération Social et Médico-Social
GOS : Groupe Opérationnel de Synthèse
GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences
GRPA : Groupe Ressource pour le Projet Associatif
HAS : Haute Autorité de Santé
HCC : Hôpitaux Civils de Colmar
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire
IME : Institut Médico Éducatif
IMP : Institut Médico Pédagogique
IMPRO : Institut Médico Professionnel
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IRP : Instance Représentative du Personnel
ITEP : Institut Thérapeutique, Éducatif et Pédagogique
LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finances
MAP : Modernisation de l'Action Publique
MAS : Maison D'accueil Spécialisée
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MECS : Maison d'Enfant à Caractère Social
ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger
PAG : Plan d'Accompagnement Global
PCH : Prestation de Compensation du Handicap
PIJ : Psychiatrie Infanto Juvénile
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PNE : Placements Non Exécutés
PPA : Projet Personnalisé d'Accompagnement
PRS : Projet Régional de Santé
RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous
RBPP : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques

RH : Ressources Humaines

RSE : Responsabilité Sociétale des Entreprises

SERAFIN PH : Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des Financements aux parcours des Personnes Handicapées

SESSAD : Service d'Éducation Spécialisé et de Soins À Domicile

SG-CIH : Secrétariat Général du Comité Interministériel du Handicap

SGMAS : Secrétariat Général des Ministères Chargés des Affaires Sociales

SI : Système d'Information

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

SWOT : Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces)

TED : Troubles Envahissants du Développement

UEE : Unité d'Enseignement Externalisée

ULIS : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire

Introduction

Depuis plusieurs années, je participe, en tant que chef de service, à la direction d'un Institut Médico Éducatif (IME) au sein de l'association Haut-Rhinoise Le Champ de la Croix. J'ai choisi, dans le cadre de ce mémoire, de me situer pleinement en position de directeur, afin de porter ma réflexion sur la possibilité de préciser et d'élargir l'activité et l'organisation de l'établissement. Mon projet vise à mieux répondre aux besoins des personnes accueillies par la mise en œuvre d'un accompagnement plus ouvert et plus souple, dans une dynamique partenariale plus efficiente.

Membre du groupe de direction élargi de l'association gestionnaire, j'ai pour objectif de pérenniser et dynamiser le projet de l'IME, afin de l'inscrire dans les nouvelles attentes des politiques publiques en réponse aux problématiques de ruptures. Les constats relevés, dans un contexte médico-social en évolution, autour de la recherche de solutions pour tous, à travers une notion de parcours qui vient requestionner les partenariats, m'amènent à envisager l'amélioration de l'offre proposée.

L'établissement accueille une soixantaine d'enfants, adolescents et jeunes adultes de 6 à 25 ans au titre de son agrément pour déficience intellectuelle moyenne, sévère et profonde.

La réalité du fonctionnement fait apparaitre une plus grande disparité des problématiques et révèle la confusion qui peut être faite entre handicap mental et handicap psychique. Du fait de cette diversité, des personnes déficientes intellectuelles côtoient des personnes présentant des troubles du comportement dans le partage de la vie quotidienne et des apprentissages. Cela ne se fait pas sans heurts et les rapports d'incidents foisonnent, relatant les passages à l'acte plus ou moins violents de ceux dont les difficultés existentielles rejaillissent trop souvent, les poussant à s'opposer continuellement, refusant l'identification au projet proposé. Passages à l'acte, mises à pied, dépôts de plaintes, jalonnent le parcours des plus difficiles, mettant à mal les équipes éducatives et questionnant la responsabilité de leurs cadres.

Certains professionnels quant à eux s'essoufflent devant les problèmes rencontrés, allant jusqu'à s'interroger sur le fondement de leur mission avec parfois comme dernier recours, l'arrêt maladie salutaire.

C’est un vieux serpent de mer du secteur, que d’évoquer les cas complexes ou situations difficiles que d’aucuns qualifient de « patates chaudes », tant leur parcours parait chaotique, renvoyés parfois d’un établissement à l’autre, sans objectif ni stratégie.

Dans un contexte institutionnel mouvant où se profile un changement générationnel, alors que des travaux de rénovation d’un des sites s’engagent, le moment me semble propice pour insuffler une dynamique de changement.

À travers la restructuration architecturale et managériale qui se profile pour l’établissement, je souhaite avec l’appui des administrateurs et de nos partenaires, développer des réponses dédiées à l’accompagnement de ces jeunes particuliers, dont les troubles nous déconcertent.

La réponse se veut plurielle à travers l’établissement de partenariats avec les services de la Psychiatrie Infanto Juvénile (PIJ), de l’Aide Sociale à l’Enfance (ASE), avec le soutien et l’appui de l’Agence Régionale de Santé (ARS) pour qui cette question épineuse des cas limites prend toute sa mesure à travers l’orientation des politiques publiques et le Projet Régional de Santé (PRS) qui en découle.

L’accueil et le suivi de ces jeunes en danger, au sein des internats du secteur médico-social, vient questionner la question des droits et de l’adhésion de la personne accueillie, de la continuité de son parcours, de sa sécurité ainsi que de celles des autres usagers et des professionnels, dans un contexte de désinstitutionalisation et d’individualisation des réponses.

Aussi, après avoir développé ce contexte dans une première partie, je m’efforcerai dans un second temps de réaliser un diagnostic spécifique de cette problématique au sein de l’IME. Cela me permettra d’élaborer et de conduire un plan d’action permettant de proposer des solutions adaptées pour des situations particulièrement complexes relevant à la fois des trois champs : sanitaire, médico-social et social. L’objectif étant pour ce faire, de sortir des cases pour s’inscrire autant que possible dans une logique de parcours.

1 Un public complexe dans un contexte qui évolue

1.1 Un public à la limite des trois champs : médico-social, social et sanitaire

Il me semble important de débuter la contextualisation de mon mémoire par une étude du public sur lequel repose sa problématique. C'est au regard des questions posées, tant en terme de réponses aux besoins, que face aux difficultés de mise en œuvre d'un accompagnement adapté, que seront présentés les dispositifs et le cadre législatif. Cette analyse me semble indispensable à la conduite d'un établissement et à l'exercice des fonctions de direction, dont l'objectif est bien de conduire un projet stratégique en réponses aux besoins du public accueilli au regard des exigences contextuelles.

1.1.1 Des difficultés de caractérisation

À la croisée de problématiques qui interpellent et mobilisent différents secteurs d'intervention, certains enfants, adolescents et jeunes adultes appellent des réponses particulières et nouvelles. Elles s'inscrivent dans le cadre de la démarche « une Réponse Accompagnée Pour Tous » (RAPT) initiée depuis 2015 pour prévenir les ruptures, donnant suite au rapport « zéro sans solution » remis par Denis PIVETEAU en 2014.
Au titre de leur déficience intellectuelle, certains jeunes sont orientés dans le secteur médico-social suite à une notification rendue par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) sur avis de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Cependant, en raison de parcours de vie souvent chaotiques, ils relèvent conjointement de la protection de l'enfance et sont suivis par les services de l'ASE. Les carences ou atteintes qu'ils ont subies se traduisent par des troubles psychiques et du comportement, qui nécessitent souvent l'intervention du secteur sanitaire, notamment de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie.

Qualifiés « d'incasables » depuis les années 80, la terminologie qui les caractérisent a évolué autour des termes « population à la limite des institutions », « publics frontières », « enfants à difficultés multiples », « adolescents difficiles », etc.…
Trop souvent, les difficultés rencontrées et l'impossibilité d'apporter des réponses adaptées conduisent à des ruptures et à l'exclusion. Leurs difficultés sont abordées dans les commissions de situations critiques ou prises en compte dans les politiques publiques sous le terme de situations complexes.

Pour la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) : « *Les situations « critiques » sont des situations : - dont la complexité de la prise en charge génère pour les*

personnes concernées des ruptures de parcours : des retours en famille non souhaités et non préparés, des exclusions d'établissement, des refus d'admission en établissement ; - et dans lesquelles l'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en cause. Ces deux conditions doivent être réunies pour qualifier les situations critiques ».[1]
Elle constate que la majorité des situations critiques concerne des enfants de sexe masculin âgés de 12 à 19 ans présentant des troubles du spectre autistique et manifestant des comportements problèmes.

Pour caractériser les enfants en situation complexe, les données manquent tant au niveau national qu'au niveau local. C'est pourquoi ils ont pu être qualifiés « d'invisibles ». La multiplicité des acteurs et l'intervention de différents secteurs ne permettent pas d'avoir de données fiables, ce qui impacte la lisibilité de leur problématique et donc la coordination des interventions. Lors d'une enquête conduite en 2015 par le défenseur des droits auprès des départements[2], sur les 43 questionnaires retournés, seuls 18 renseignaient le nombre d'enfants relevant de l'ASE et bénéficiant d'une reconnaissance MDPH.

1.1.2 Des troubles qui mettent en échec les institutions et les professionnels

Les conduites et les troubles que manifestent certains jeunes, mettent en échec l'accompagnement proposé au sein des institutions et impactent les processus de socialisation, provoquant des ruptures de parcours et des mises en danger. Bien souvent, ils relèvent d'un accompagnement des services de l'ASE, leur parcours de vie les ayant dès le plus jeune âge fragilisés et exposés aux duretés de l'existence : *« Les enfants et les jeunes bénéficiant d'une mesure de protection (administrative ou judiciaire) présentent des caractéristiques sociales, psychologiques et sanitaires particulières qui ne permettent pas de les penser comme relevant d'un groupe homogène (...) Pour un certain nombre d'entre eux, leurs difficultés sont multifactorielles. À un déficit d'encadrement éducatif parental peuvent s'ajouter des passages à l'acte délinquant, une situation de handicap reconnue ou non, des troubles psychologiques ou des problématiques d'addiction, etc. »*[3]
Victimes de négligence et d'actes de maltraitance, leur reconstruction et leur participation à la vie sociale se révèlent souvent incertaines. Leur présence dans les groupes de vie provoque des craintes et un rejet qui mettent en péril le vivre ensemble, questionnant la mission même des établissements. Le climat délétère qu'ils instaurent parfois, lorsqu'ils

[1] CIRCULAIRE N° DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la mise en prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes, p. 2
[2] LE DÉFENSEUR DES DROITS, 2015, *Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles*, p. 24
[3] OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ENFANCE EN DANGER, 2015, *Dixième rapport au Gouvernement et au Parlement : rapport annuel de l'Observatoire national de l'enfance en danger* Paris : ONED, p. 11

sont submergés par leur mal être, met à mal les autres pensionnaires et dépasse les professionnels déstabilisés dans leur posture, épuisant leurs ressources.

« Ces difficultés cumulatives se manifestant parfois en décalage avec la survenue de leurs causes, sont des :

- *Carences éducatives,*
- *Troubles de l'attachement précoces liés à des carences affectives,*
- *Troubles post-traumatiques non diagnostiqués et non pris en charge*
- *Conséquences des négligences précoces, de pathologies parentales,*
- *Relations familiales compliquées ou perturbées*
- *Événements graves de la vie, traumatiques*
- *Difficultés vécues au sein de l'école, consécutives de carences éducatives constituées par un défaut d'encadrement familial et/ou scolaire, ou à un handicap, etc.*
- *Épisodes de maltraitance subie (dont la maltraitance sexuelle),*
- *Un handicap, et/ou une situation évolutive de celui-ci, ou un comportement problème lié au handicap,*
- *Une aggravation d'une pathologie ou aux effets secondaires de celle-ci,*
- *Conduites à risque et leurs conséquences (prise de toxiques, conduites ordaliques, comportements délinquants, sexualité à risque, etc.) »*[4]

Jean Yves Barreyre dans son enquête remise à l'Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED) en 2008[5], s'est basé sur les indicateurs suivants pour recueillir les données concernant l'origine des difficultés rencontrées par les jeunes « incasables » :

- *Le décès d'un proche*
- *Le rejet par les parents*
- *Les violences sexuelles avérées*
- *Les suspicions d'abus sexuel*
- *Les traces de coups*
- *Les problématiques avec la filiation et la séparation d'avec le père*
- *La maladie psychique de l'un des parents*
- *L'arrivée en France dans des conditions difficiles*
- *La place des parents confisquée*

[4] ANESM, mai 2017, *L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation*, p. 10

[5] BARREYRE J.Y., juillet 2008, *Une souffrance maltraitée parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables »*, p. 23-25

Afin de caractériser les difficultés comportementales à l'origine des ruptures institutionnelles, il propose les indicateurs suivants :

- *Les comportements agressifs, les crises clastiques, et les troubles du comportement*
- *Les fugues*
- *Les violences ou les menaces sur une personne connue*
- *Les délits les vols les coups et blessures sur une personne non connue, les destructions et dégradations*
- *Les violences contre soi*
- *Les manifestations en lien avec un problème de santé ou un handicap*
- *La mise en danger de soi et des autres*
- *Les comportements sexués*
- *La décompensation, l'isolement, le repli sur soi, l'inhibition*
- *Les tentatives de suicide*

1.1.3 La prise en compte des difficultés dans les différents secteurs

La coordination de l'accompagnement des jeunes en situation complexe oriente les politiques publiques vers un renforcement de la coordination, visé par le PRS et mis en œuvre dans le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) :

« *Il faut noter que certaines situations d'enfants qui cumulent des besoins d'accompagnement sanitaire et social appellent une attention particulière. C'est notamment le cas des enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance. Ces enfants cumulent souvent plusieurs difficultés affectives, sociales, psychiques. Leur prise en compte renforce l'exigence d'une coordination accrue entre les différents intervenants à leur contact : établissements médico-sociaux qui peuvent être amenés à les accueillir, familles d'accueil ou foyers, inter-secteurs de pédopsychiatrie. La question de l'accueil en fin de semaine des enfants pris en charge en externat semble constituer une difficulté.*
L'articulation du schéma d'organisation médico-sociale avec les schémas départementaux de l'enfance des conseils généraux est nécessaire. Des solutions innovantes devront être envisagées, soit pour faciliter l'intégration de ces enfants dans les dispositifs d'aide sociale à l'enfance en accompagnant les personnels les encadrant, notamment les éducateurs, pour une meilleure prise en compte de la spécificité de leurs besoins médico-sociaux, soit pour faciliter l'intégration de ces enfants dans les établissements pour enfants handicapés en accompagnant les éducateurs pour mieux

prendre en compte la problématique sociale, familiale et affective particulière de ces enfants ».[6]

L'accompagnement de ces jeunes particuliers mobilise aussi les acteurs de la protection de l'enfance à travers des études et rapports, mais aussi à travers la mise en œuvre des schémas départementaux de protection de l'enfance. À ce sujet, le rapport du Docteur Marie Paul Martin Blachais du 28 février 2017, relève : « *En effet, ces enfants, du fait de leur handicap présentent une double vulnérabilité qui nécessite une attention particulière tant pour garantir que leurs besoins, leurs droits et leur intérêt soient assurés, mais également que l'approche multidimensionnelle intègre les acteurs du secteur médico-social pour une complémentarité, une cohérence et une coopération autour de leur prise en charge présente comme future ; en particulier s'agissant de la période de transition à l'âge adulte* ».[7]

Concernant le secteur sanitaire, autour de son objectif visant à renforcer les coopérations entre les établissements médico-sociaux et les établissements de santé, notamment de psychiatrie, le PRS Alsace précise : *« De plus en plus d'enfants présentent des troubles psychiques ou neurologiques qui nécessitent d'une part de prévoir un appui renforcé des établissements de santé aux établissements médico-sociaux et d'autre part de pouvoir adapter les compétences des équipes par la formation.*

S'agissant des troubles psychiques spécifiquement et afin de prévenir des situations d'urgence, il convient de mieux coordonner les deux secteurs psychiatrie et médico-social, le premier devant servir d'appui à la formation des équipes et à l'accompagnement de situations individuelles complexes. Les services de psychiatrie (enfants et adultes) et les établissements et services médico-sociaux d'un territoire seront incités à la signature de conventions de coopération pour permettre des réponses souples et concertées.

Il est en effet nécessaire de poursuivre le développement des partenariats formalisés afin de donner à chaque établissement médico-social un référent territorial en psychiatrie. Les temps médicaux financés par les établissements médico-sociaux pourront être mutualisés, pour mieux pourvoir les postes en les rattachant au champ de la psychiatrie.

Cette formule présente aussi l'avantage d'assurer la permanence et la pérennité de la présence médicale au sein des structures (cf. volet psychiatrie du schéma d'organisation des soins). Une culture commune entre les deux champs devra être développée par des prises en charge conjointes et complémentaires, des formations communes et

---

[6] ARS, octobre 2011, *Schéma régional d'Organisation Médico-sociale du plan régional de santé Alsace 2012-2016*, p. 84

[7] Martin-Blachais M. P., février 2017, *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance* - Rapport remis à Laurence Rossignol, Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes- p. 9

transversales, des « échanges » de professionnels (stages), des rencontres régulières sur les situations difficiles ou pour l'analyse des pratiques »[8].

1.2 Les orientations des politiques publiques à travers les différents secteurs concernés

1.2.1 Un public qui impacte le champ médico-social

Partant de ma place de cadre du secteur médico-social, je propose d'évoquer les difficultés du public concerné à travers la présentation de ce champ, à partir duquel j'ai pu établir la majorité de mes constats.

A) Les missions et l'organisation

Le secteur médico–social, passé de 7000 établissements dans les années 70 à 44 000 de nos jours est devenu vaste. Il implique de nombreux acteurs de niveau national, régional et départemental. Il est étroitement lié à l'organisation de l'aide sociale impliquant l'État, les ARS, l'assurance maladie, les collectivités territoriales qui en financent l'action.

L'article L116-1 du Code de L'Action Sociale et des Familles (CASF) propose une large définition : *« L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en œuvre par l'État, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1. »*[9]

Elle peut être complétée par l'article L 116-2 qui précise : « *L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire »*[10].

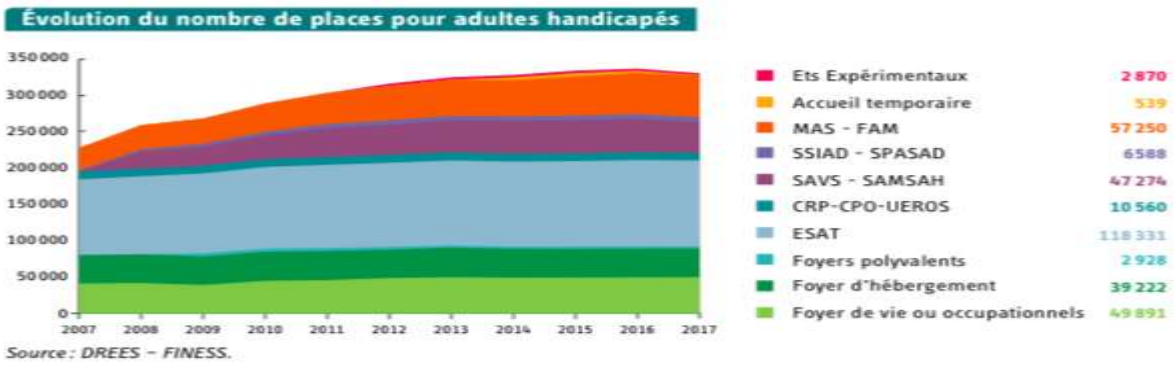
- Au niveau national :

- 3,5 millions de personnes en situation de handicap
- Entre 650 000 et 700 000 (soit 20%) en situation de handicap mental

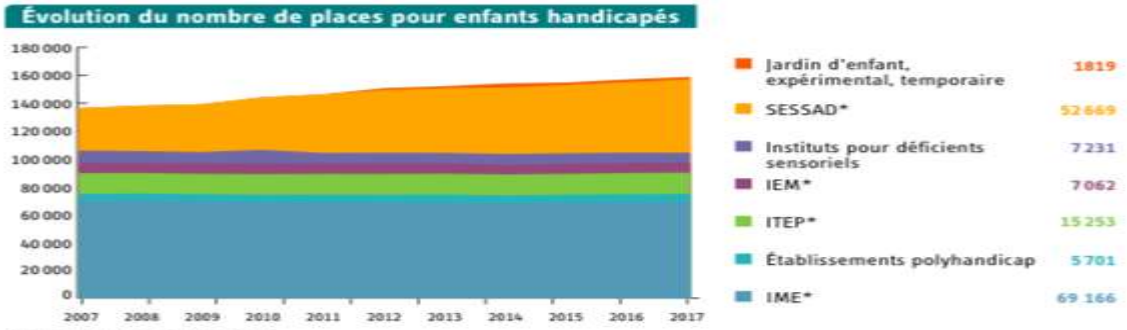
[8] ARS, Schéma régional d'Organisation Médico-sociale, op.cit. p. 85
[9] CASF, janvier 2002, article L116-1
[10] CASF, janvier 2002, article L116-2

- Entre 6500 et 8000 enfants naissent porteurs d'un handicap mental
- 1 089 844 bénéficiaires de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) au 31 décembre 2016
- 254 868 bénéficiaires de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH) au 31 décembre 2016
- 494 000 places en établissements et services en 2016 (dont 1/3 pour enfants)
- 4 252 000 demandes déposées dans les MDPH en 2015 (cartes, reconnaissance, AAH, Prestation de Compensation du Handicap (PCH), orientation…)
- À la rentrée 2015 on comptait 350 333 élèves handicapés scolarisés[11]. 54,2% accueillis en classes ordinaires, 23,5 % accueillis en Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire (ULIS), 20% en établissements médico-sociaux et 2,3 % en établissements hospitaliers.

Pour répondre aux besoins, des places sont installées par catégories d'établissements où l'on peut distinguer le secteur enfant et le secteur adulte. Le passage de l'un à l'autre se fait généralement à l'âge de 20 ans lors de l'obtention des notifications d'orientation. Au-delà de cet âge, c'est l'application de l'amendement Creton qui permet aux établissements du secteur enfant de continuer à accueillir les personnes, leur évitant ainsi une rupture de prise en charge, tant les places manquent dans le secteur adulte. Néanmoins, selon les chiffres de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé (DRESS), les places s'organisent ainsi :



Source : DREES – FINESS.



Source : DREES – Statiss 2016.

[11] CNSA, juin 2017, *2017 les chiffres clefs de l'aide à l'autonomie*, p. 17

- La situation Alsacienne

Désormais intégrée à la région Grand-Est, l'Alsace n'en a pas moins gardé une forte identité et une organisation qui lui est propre. Elle se découpe en quatre territoires de santé du nord au sud. L'IME les Allagouttes / le Surcenord se situe dans le territoire 3, de la zone de Colmar dont sont issus les plus proches partenaires[12].
Il est rattaché à l'antenne Haut-Rhinoise de l'ARS, qui a gardé sa structure départementale, malgré le rassemblement régional, ce qui a permis de garantir la proximité des relations entre établissements et autorité de tutelle[13].

Le PRS Alsace 2012/2017 recensait près de 9000 enfants porteurs de déficience, soit 2% de la population. Pour répondre aux besoins, 103 établissements et services médico-sociaux permettent d'offrir une capacité d'accueil de 4603 places installées.

Au niveau Grand Est, le Schéma Régional de Santé 2018/2023, intégré au PRS 2018/2028 recense qu'au : *« 31 décembre 2016, 77 situations de personnes en attente d'une prise en charge sont qualifiées de critiques parce qu'elles insécurisent les personnes en situation de handicap et leurs proches. Parmi elles, 68 concernent des moins de 20 ans dont 18 enfants bénéficiant d'un suivi par l'aide sociale à l'enfance ».*
Il maintient le cap du précédent plan, et précise les objectifs en terme de résolution des difficultés, en visant une meilleure articulation des moyens : « *Les situations individuelles complexes doivent trouver une réponse notamment par une coordination pluri-professionnelle. Il s'agit ainsi d'apporter un appui aux professionnels de santé confrontés à ces situations*. »[14]

B) Handicap mental et déficience intellectuelle

Au début du XIXème siècle, la peur de la maladie d'esprit et des personnes vulnérables va s'atténuer en laissant place à l'émergence d'un intérêt à leur égard. La charte du congrès de l'assistance en 1889, la loi de 1905 sur l'assistance aux vieillards, la loi Cordonnier de 1949 instaurant une allocation pour les enfants polyhandicapés, la loi de 1957 permettant le reclassement professionnel de personnes handicapées, et enfin en 1967, le rapport de François Bloch-Lainé[15] marquent les évolutions du secteur médico-social. Ces évolutions permettent d'aboutir, le 30 juin 1975, à la promulgation des lois concernant la place des personnes handicapées dans la société, ainsi que des structures

[12] Annexe I : Cartographie du territoire
[13] Annexe II : Organigrammes ARS Grand-Est et Direction Territoriale 68
[14] ARS, juin 2018, *Schéma Régional de Santé Grand-EST 2018/2023*, p. 56
[15] BLOCH-LAINE F., 1969, « *Étude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées »*

sociales et médico-sociales qui les accueillent. L'obligation de la prévention et le dépistage des handicaps de l'enfance, l'intégration, le droit à l'éducation et au travail des personnes handicapées, ainsi que l'organisation des réponses à leurs besoins par l'élaboration d'un schéma départemental, en représentent les axes principaux. Les origines du handicap mental peuvent être diverses. On distingue :

Les causes anténatales :

- À la conception : maladies génétiques, aberrations chromosomiques, incompatibilité sanguine, etc.
- Pendant la grossesse : radiation ionisante, virus, médicaments, parasites, alcool, tabac, rougeole ou rubéole chez la mère, toxines consommées (poissons contaminés au mercure), infections ou maladies contractées par la mère, carences alimentaires de la mère, etc.

Les causes périnatales :

- Souffrance cérébrale du nouveau-né, prématurité, exposition à des toxines ou infections lors de l'accouchement, pressions excessives sur la tête, etc…

Les causes post natales :

- Maladies infectieuses, virales ou métaboliques, intoxications, traumatismes crâniens, accidents du travail ou de la route, noyades, asphyxies, causes environnementales (manque de stimulation physique et sensorielle, absence de soins de santé...), etc…

La déficience intellectuelle est classée en quatre catégories déterminées par le calcul du quotient intellectuel. Elles déterminent encore à ce jour l'agrément des établissements médico-sociaux, et notamment des IME :

- Déficience intellectuelle légère (QI entre 55 et 75) ; la personne peut mener une vie autonome, si elle a reçu l'aide nécessaire pour la préparer (habiter seule dans un appartement et occuper un emploi).
- Déficience intellectuelle moyenne (QI entre 35 et 54) ; à l'âge adulte, la personne vit généralement dans un milieu protégé (appartement supervisé, résidence de groupe) et elle peut travailler dans les plateaux de travail adapté.
- Déficience intellectuelle sévère (QI entre 20 et 34) ; même chose que DI moyenne.
- Déficience intellectuelle profonde (QI en dessous de 20) ; la personne ne parle pas. Sa coordination physique et son développement sensoriel sont très atteints.

Pour ma part, je considère que le handicap social qui résulte de la déficience n'est pas proportionnel à la gravité de l'atteinte, mais découle directement de la possibilité à s'intégrer ou non. Concernant les jeunes présentant des difficultés multiples, dont l'intelligence est proche de la norme, c'est bien l'inclusion sociale et la capacité à

s'intégrer qui pose problème et provoque les ruptures. Conscients de leurs difficultés, mais désirant une vie « normale », sans mesurer les contraintes ni disposer de tous les atouts, ils s'opposent à leur prise en charge, mettant parfois à mal l'institution médico-sociale qui les accueille au titre de leur déficience, et non au titre d'un placement.

C'est bien souvent la capacité des établissements à les accompagner, malgré les troubles du comportement, et les capacités d'offrir un accueil en internat ou non, qui déterminent l'orientation. Les réponses apportées ne sont donc pas toujours adaptées, et ne correspondent pas non plus aux missions institutionnelles affichées.

C) Les lois qui encadrent le secteur

Depuis la fin des années 70, le secteur médico-social est passé du temps de l'humanité, marqué par le développement des institutions dans un climat économique favorable, à celui de la technicité liée à la loi de 1975, pour en venir à celui de la rationalité qui recompose actuellement le paysage.

En effet, l'avènement de la loi 2002-2, puis la mise en œuvre de la réforme des politiques publiques instituant l'ARS comme nouvel interlocuteur des Établissements Sociaux et Médico Sociaux (ESMS) à travers la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009, ont bouleversé les pratiques institutionnelles. D'abord absorbés par la mise en conformité et l'élaboration des documents et procédures visés par les articles 1 à 8 de la loi relatifs au respect du droit des usagers, les établissements sont peu à peu rentrés dans la démarche qualité et l'évaluation de leurs prestations : *« Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation ».*[16]

Confrontés à de nouvelles attentes, les professionnels de l'action sociale n'ont pas tardé à faire part de leurs craintes : *« des prophètes de malheur ont annoncé la standardisation des pratiques, l'objectivation à outrance d'une évaluation à visée essentiellement comptable, la disparition de l'inventivité technique et de l'engagement professionnel* ».[17]

---

[16] Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 : article 22
[17] Poinsot O., 2009, « le paravent des paradoxes » *les cahiers de l'actif,* n°396-367, p. 9-18

Ces craintes ont aussi été ressenties au sein de l'IME les Allagouttes/ le Surcenord, qui a dû intégrer ce changement de paradigme, et s'adapter aux attentes nouvelles sans tomber dans une normalisation niant l'originalité de son projet. En d'autres termes, une question s'est posée : comment ne pas perdre son âme, tout en pérennisant l'action engagée au bénéfice des usagers dans le respect du nouveau cadre législatif ?

- La loi du 2 janvier 2002

La loi 2002-2 place la personne accueillie au centre du dispositif qui occupe une place centrale dans l'élaboration de son projet de vie et l'organisation de son accompagnement : « *Le passage de la loi du 30 juin 1975…à celle du 2 janvier 2002…représente un basculement. La première loi, fondatrice de l'action sociale, s'inscrivait dans une logique de dispositif : elle organisait un champ d'action, des institutions, au profit de publics cibles. La seconde s'est centrée sur l'action au bénéfice de la personne accueillie* ».[18]

Cette loi vise à garantir le respect de la dignité, de l'intégrité, de l'intimité ainsi que la sécurité de la personne accueillie. Son libre choix des prestations, favorisé par la mise en place d'outils institutionnels garantissant le respect de ses droits (livret d'accueil, règlement de fonctionnement, projet d'établissement, contrat de séjour, conseil de la vie sociale), doit être recherché. C'est donc le principe du libre engagement qui préside à l'accueil des personnes. Il peut y avoir un hiatus lorsque ces dernières sont en opposition avec leur projet d'accompagnement, comme peuvent l'être certains jeunes en situation complexe, dont la situation relève d'une décision de placement dans le cadre de la protection de l'enfance que j'exposerai dans le prochain paragraphe. Ils identifient alors souvent l'établissement d'accueil comme un lieu de placement qui ne représente pas sa mission première. Le projet d'accompagnement individuel co-construit n'obtient pas l'adhésion de l'usager, mais plutôt celle du service gardien mandaté dans le cadre de la protection de l'enfance. Dans sa lettre de cadrage du projet de recommandations : « L'accompagnement des mineurs avec difficultés psychologiques perturbant le processus de socialisation », l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) précise : « *La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a renforcé la place des usagers en termes d'exercice de leurs droits individuels, et de leur participation à leur projet*

[18] BOUQUET B., JAEGER M., SAINSAULIEU I., février 2007, Les *défis de l'évaluation en action sociale et médico- sociale,* Paris *:* Dunod, p. 137

d'accompagnement. Ces enjeux des secteurs sociaux et médico-sociaux rendent d'autant plus aigües les difficultés que peuvent rencontrer les équipes professionnelles ».[19]

Outre la garantie des droits de l'usager, un des objectifs essentiels de la loi 2002-2 est la mise en œuvre des démarches qualité et l'évaluation des prestations en référence aux recommandations de l'ANESM, désormais intégrée à la Haute Autorité de Santé (HAS) qui a créé un dispositif dédié : la Direction de la Qualité de l'Accompagnement Social et Médico-social (DiQASM). Une évaluation externe, à la charge de l'établissement, menée par des organismes indépendants, est prévue tous les sept ans avec comme enjeu le renouvellement de l'agrément de l'établissement tous les quinze ans.
Dans une logique de rationalisation et de restructuration, il est demandé à chaque établissement, d'instaurer une coordination entre les différents acteurs. C'est dans ce cadre que se développent les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) que devra contractualiser l'IME Les Allagouttes / Le Surcenord pour le 1er janvier 2020.

- La loi 2005-102 du 11 février 2005

Elle favorise l'égalité des droits et des chances pour la personne handicapée, ainsi qu'un accès aux droits fondamentaux comme tout autre citoyen. Pour atteindre ces objectifs elle a défini trois axes :

- Garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie grâce à la compensation des conséquences de leur handicap.
- Permettre une participation effective des personnes handicapées à la vie sociale par la diffusion d'un principe d'accessibilité généralisé.
- Placer la personne handicapée au centre du dispositif qui la concerne et garantir l'exercice de sa citoyenneté.

La loi propose une nouvelle définition du handicap dans son article 2 :
« 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 »[20].

[19] ANESM, juin 2015, *lettre de cadrage du projet de recommandations « L'accompagnement des mineurs avec difficultés psychologiques perturbant le processus de socialisation »*, p. 6
[20] Loi 2005-102 du 11 février 2005, article 2

D) La loi HPST du 21 juillet 2009

Au tournant des années 2000, la Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) a marqué un tournant majeur dans la gestion des dépenses publiques, marquant l'entrée dans l'ère de l'efficience et de la performance. Issue de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP), poursuivie par la Modernisation de l'Action Publique (MAP) qui ont accompagné et imprimé cette orientation majeure, la loi HPST est venue réorganiser le secteur de la santé et du médico-social.

Construite autour de quatre grands axes (la modernisation des établissements de santé ; l'amélioration de l'accès à des soins de qualité ; la prévention et la santé publique ; l'organisation territoriale du système de santé), elle a permis la création des ARS en remplacements des anciens services de l'état et de l'assurance maladie, la construction du Plan Régional de Santé (PRS) dont découlent les schémas d'organisation de l'offre, et enfin une nouvelle procédure d'autorisation par appel à projet.

Désormais, l'initiative revient donc principalement aux pouvoirs publics dans l'organisation de l'offre. Des possibilités de transformation demeurent possibles pour les établissements à travers la mise en œuvre des CPOM. Elles sont aussi encouragées à travers l'assouplissement des autorisations, afin d'ajuster l'offre aux besoins, dans une volonté de décloisonnement et de répondre à tous[21]. Ces directives représentent des opportunités sur lesquelles l'IME devra s'appuyer, afin de passer d'une logique de place à une logique de parcours. Elles seront reprises lors de l'analyse stratégique du contexte.

E) La prise en compte des situations complexes

- Le rapport « Zéro sans solution » de Denis Piveteau

C'est au cours de l'année 2013 que la mobilisation des acteurs du champ du handicap, suite à une décision du tribunal administratif de Cergy Pontoise enjoignant l'ARS à trouver sous quinzaine une solution pour une jeune femme en situation de handicap sans solution d'accompagnement, a débouché sur la mission de Denis Piveteau impliquant l'assistance technique de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et de la CNSA.
« *Un groupe de travail national scindé en deux sous-groupes (« pertinence et effectivité des orientations prononcées par les CDAPH » et « disponibilité et cohérence des réponses sanitaires et médico-sociales ») a permis d'identifier un certain nombre*

[21] DGCS, janvier 2018, Guide pour l'application de la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques

d'obstacles à la prise en charge de ces cas complexes : le manque d'anticipation des situations de crise, la crainte des familles de perdre une place en établissement conjuguée à la crainte des professionnels de devoir accueillir une personne lourdement handicapée sans y avoir été formée, le manque de modularité des solutions d'accueil dans les champs sanitaire et médico-social, les difficultés de coordination entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux ».[22]

Intitulé « *zéro sans solution* », le rapport qu'il remet en juin 2014 précise en préambule que l'objectif est *: « de s'organiser, non pas seulement pour bricoler des solutions au coup par coup, mais pour être collectivement en capacité de garantir que cela n'arrivera plus* ».[23]

Afin d'éviter les ruptures et améliorer l'accompagnement des personnes en situation de handicap, il propose des principes de transformation du secteur, repris dans le « rapport de déploiement de la démarche une Réponse accompagnée pour tous » de juillet 2017 »[24] :

- *Passer d'une logique de place à une logique de réponse coordonnée*
- *Apporter une réponse à toutes les situations même les plus complexes*
- *Renforcer la place de la MDPH en tant qu'ensemblier de la construction des réponses individuelles sur le territoire*
- *Asseoir la responsabilité des autorités de tutelle et de financement, garantes de l'existence et de la pertinence de l'offre*

Ces orientations débouchent sur 8 constats accompagnés de préconisations de transformation, reprises dans le même document :

1. *Des limites du cadre juridique à surmonter*
2. *Une logique de parcours à privilégier*
3. *Une notion d'orientation à redéfinir*
4. *Un partage de compétences à clarifier*
5. *Un savoir-faire professionnel à améliorer*

---

[22] Circulaire DGCS/SD5C/DSS/CNSA n° 2015-137 du 23 avril 2015 relative aux orientations de l'exercice 2015 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées, p. 24

[23] PIVETEAU D., juin 2014, « *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* », p. 5

[24] CNSA, juillet 2017, *Rapport de capitalisation : Déployer la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », premiers enseignements et retours d'expérience, p. 5*

6. Un processus collectif d'accompagnement à rendre plus efficace par la rédaction de procédures de coordination locale.

7. Des propositions d'accompagnement à territorialiser pour augmenter l'efficience et la pertinence de l'accompagnement.

8. Un engagement « zéro sans solution » à rendre systémique afin d'en garantir la cohérence.

- Une réponse accompagnée pour tous [25]

Afin de mettre en œuvre les préconisations du rapport Piveteau, et en particulier les pistes d'action qu'il contient en matière d'orientation et d'accompagnement des personnes en situation de handicap, le pilotage d'un groupe projet pour « une réponse accompagnée pour tous » a été confié à Marie-Sophie Desaulle, placée auprès du cabinet de la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion.

Ce projet comporte plusieurs objectifs conduisant à une réforme de grande ampleur des organisations territoriales, des coordinations et des procédures, induisant un changement des pratiques et des cultures professionnelles, acté par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Le projet est organisé autour de 4 axes, pilotés par l'administration et la CNSA, en lien avec les ARS, les MDPH et les associations représentatives du secteur :

AXE 1 : Mise en place du Dispositif d'Orientation Permanent (DOP) dont le pilote est la MDPH. L'objectif est d'éviter les ruptures de parcours en identifiant une orientation idéale (plan A) tout en mettant en place dans cette attente une réponse temporaire (plan B). L'outil de mise en œuvre est le Plan d'Accompagnement Global (PAG)[26] qui doit recueillir l'accord de la personne accompagnée.

AXE 2 : Déploiement d'une réponse territorialisée piloté par le Conseil Départemental (CD) et l'ARS. L'objectif est d'engager la coresponsabilité des acteurs (MDPH, CD, ARS, Éducation Nationale, associations…) qui s'engagent à veiller à actualiser leur offre en fonction des besoins, pas seulement par création, mais aussi et surtout par transformation de places et mise en œuvre de conventions territoriales. L'amélioration de la coordination et de la planification est visée, ainsi que le développement d'outils à travers les CPOM et Systèmes d'Information (SI).

[25] Annexe III : historique de la démarche RAPT
[26] Annexe IV : modèle de PAG de la MDPH 68

AXE 3 : Création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs impliquant les associations pour favoriser la participation des usagers et des familles dans les lieux de décision et la conduite des politiques d'accompagnement et de formation. Une sensibilisation est en cours sur le plan national afin de renforcer cet axe, qui n'a pas encore donné toute sa mesure

AXE 4 : Accompagnement au changement des pratiques, piloté par la MDPH afin d'accompagner les parcours des personnes en situation de handicap en simplifiant les pratiques administratives. L'amélioration de la formation des professionnels et la poursuite de la recherche sont visées.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ces orientations, l'ARS Grand Est, en partenariat avec le Centre Régional pour l'Étude et l'Action en faveur de l'Insertion (CREAI) Champagne-Ardenne, ont mené une réflexion pour faire le point des avancées sur le territoire, et présenter l'expérimentation menée dans 23 départements, dont le Haut Rhin. Le document diffusé rappelle que l'objectif est bien de passer d'une logique de place à une logique de réponse et de pouvoir prendre en compte :

- *Les situations complexes par la Construction d'une réponse ad hoc mixant les dispositifs.*
- *Les Situations sans place par la Construction d'une réponse en mobilisant différents dispositifs*[27]

Pour atteindre ces objectifs, sont préconisées des mesures dérogatoires (renforcement de l'encadrement du personnel, mobilisation de plusieurs structures) ainsi que la construction de réponses nouvelles (hébergement de transition, plateforme de service, coordination spécialisée…) qui sont à considérer comme une opportunité dans le cadre du projet visé.
Le chantier 2 de l'axe 2 : « *CPOM des établissements de santé, ainsi que des établissements et services sociaux et médico-sociaux* » illustre bien cette préoccupation des autorités de tutelle et leur volonté d'y remédier à travers une nouvelle contractualisation et une nouvelle tarification : « *Intégrer dans la contractualisation avec les structures des objectifs de mise en œuvre de réponses adaptées et de participation à la qualité du parcours de la personne en situation de handicap".*[28] Des actions concrètes qui me paraissent fortes de signification devront être mises en œuvre par les directions

[27] ARS Grand Est, CREAI Champagne-Ardenne, octobre 2016, *« Une réponse accompagnée pour tous » Quelles avancées en région Grand Est ?,* p. 7
[28] Ibid., p. 10

des ESMS de la région : *« Intégrer dans les CPOM une démarche qualitative qui fait primer le projet individualisé sur le projet d'établissement. Accompagner l'évolution des compétences des professionnels sur la coordination des parcours, les techniques d'accompagnement grâce à la formation et à la supervision des pratiques. Faire évoluer la logique de place vers celle de dispositif dans le cadre de pratiques plus inclusives »*[29].
Le document conclut en réaffirmant le besoin de cohésion et d'innovation : *« Le virage inclusif concerne tous les professionnels : c'est à cette condition qu'une réponse pourra être proposée à tous : Il répond à une attente des personnes et de leur famille dès lors que celles-ci participent à l'élaboration de la réponse ; Il nécessite la mobilisation des dispositifs existants qui ont à adapter leur proposition et à innover »*[30].

- La MDPH 68

Pivot de la mise en œuvre de la démarche, la MDPH 68 s'est organisée afin de prendre le tournant de la RAPT en s'engageant parmi les 22 départements pilotes et la mise en œuvre du DOP. Malgré ce tournant, la MDPH a gardé son ossature et s'organise autour de 5 pôles chargés d'organiser les pré-commissions en amont des décisions de la CDAPH. Les pôles enfant et adulte ont maintenu chacun une commission d'accueil prioritaire chargée de trouver des solutions pour les situations complexes[31].

L'efficacité, travaillée depuis de nombreuses années à travers le réseau et l'implication des partenaires du secteur, justifie ce fonctionnement plus souple et réactif que la convocation d'un Groupe Opérationnel de Synthèse (GOS).

52 situations ont été examinées en 2017 (contre 39 en 2015 et 57 en 2016) :

- *17 concernent des adultes (contre 15 en 2015 et 39 en 2016).*
- *35 concernent des enfants (contre 24 en 2015 et 18 en 2016).*
- *5 situations adultes et 19 situations enfants ont été soldées en 2017.*
- *12 situations adultes et 17 situations enfants ont été mises en veille sociale avec des solutions intermédiaires amenées à évoluer*[32].

Il me semble important de préciser que sur les 19 situations soldées, 11 l'ont été par un accueil en IME, ce qui montre bien leur participation à la démarche. Parallèlement, seulement 2 PAG ont été déployés attestant que les pré-commissions restent efficaces

[29] ibid., p. 10
[30] ibid., p. 21
[31] Annexe V : Schéma de fonctionnement de la MDPH 68
[32] MDPH, rapport d'activité 2017, p. 23-25

dans la résolution des problèmes. La mise en œuvre de la RAPT fait l'objet d'une évaluation par la CNSA par le biais de questionnaires adressés aux MDPH.[33]
La MDPH n'est pas seule à faire face aux ruptures et aux situations complexes, l'ASE est aussi confrontée à une complexification des problématiques et à des doubles prises en charge liées au handicap que présentent certains jeunes qui lui sont confiés.

1.2.2 Un public relevant également de la protection de l'enfance

A) Les missions et l'organisation

C'est dans la charité chrétienne, et notamment dans « l'œuvre des enfants trouvés » fondée par Saint Vincent de Paul en 1638 que la protection de l'enfance puise ses origines. Depuis la révolution Française jusqu'à nos jours, la prise en compte de l'éducation physique et morale des enfants en dangers a forgé la protection de l'enfance jusqu'à sa forme actuelle. En 1970, l'instauration de « l'autorité parentale »[34] a institué l'intervention possible de l'état dans la sphère familiale finalisant la notion du statut protecteur de l'enfant. La prise en charge par la puissance publique des enfants abandonnés, puis des enfants maltraités, constituent l'histoire de la protection de l'enfance, par des réponses organisées principalement autour de la substitution aux parents.

Les orientations de l'ASE sont redéfinies par une circulaire de 1981, suite au rapport Blanco Lamy, qui marque « le passage de la substitution à la suppléance éducative. De là, l'objectif de maintien à domicile devient prioritaire, le placement en institution devant relever de l'exception »[35].

La notion « *d'intérêt supérieur* »[36], apparue à la moitié du 20 éme siècle, aboutit en 1989, après près de 10 années de travail de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant (CIDE) à la définition suivante : « les États veillent à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre son gré, à moins que les autorités compétentes ne décident, sous réserve de décision judiciaire et conformément aux lois et procédures applicables, que cette séparation est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant »[37].

---

[33] Annexe VI : questionnaire CNSA d'évaluation du déploiement du dispositif RAPT
[34] Loi 70-409 du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale
[35] LÔCHEN V., février 2016, *Comprendre les politiques sociales*, 5éme édition, Paris : Dunod, p.141
[36] ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES, Déclaration des droits de l'enfant du 20 novembre 1959
[37] ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES, Convention relative aux droits de l'enfant du 20 novembre 1989, ratifiée par la France le 06 septembre 1990

Le champ de la protection de l'enfance, dont la mission est de prendre en charge tout mineur en danger ou en passe de le devenir au sein de son milieu d'origine, s'organise autour de deux pôles :

1- Le champ de la prévention et de la protection de l'enfance, placé sous la responsabilité du conseil départemental depuis 1986, à travers son service de l'ASE.

2- Le champ de la protection judiciaire, subsidiaire par rapport à l'intervention administrative, exercé par la justice des mineurs, lorsque le procureur est saisi par le président du conseil départemental.

B) Un secteur impacté par les réformes du 05 mars 2007 et du 14 mars 2016

Les IME ne relèvent pas du champ de la protection de l'enfance. Cependant, au titre des liens avec l'ASE pour l'accueil des jeunes relevant de ses services, il est à considérer que la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, propose une nouvelle approche autour notamment de 3 thèmes essentiels :

- Le renforcement de la prévention
- La déjudiciarisation ; les situations de danger ne sont donc plus exclusivement traitées dans un cadre judiciaire mais peuvent être travaillées dans un cadre administratif.
- La diversification des réponses et des modes d'accompagnement auprès des enfants et de leur famille.

Cette loi fixe comme but à la protection de l'enfance : « *de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs* »[38].

La loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 donne une nouvelle définition au sens donné à la protection de l'enfance dont le but vise *« à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits* ».

Trois axes majeurs posent les enjeux de cette loi :

- *Améliorer la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance*
- *Sécuriser le parcours de l'enfant en protection de l'enfance,*
- *Adapter le statut de l'enfant placé sur le long terme.*

[38] CASF, Article L 112-3 créé par la loi 2007-293 du 5 mars 2007

« *Si une grande partie du corps du texte consiste davantage en un renforcement ou une réaffirmation des principes posés par le législateur en 2007, son article 1er apporte une nouvelle définition du sens donné à la protection de l'enfance et ne saurait passer inaperçu. Revenant sur une approche considérée comme « familialiste » voire « parentaliste » de l'article L 112-3 du CASF, l'article 1er place l'enfant au centre de l'intervention* ».[39]

Deux tendances semblent donc ressortir de ces deux lois : l'accompagnement des parents comme point fort de la loi de 2007 et le renforcement de la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant comme point fort de la loi de 2016. Pour les jeunes en situation complexe, déstabilisés dans leur quête identitaire, cette opposition peut être vécue comme un paradoxe et un déchirement entre un milieu familial idéalisé mais délétère, et un milieu institutionnel sécurisant mais rejeté.

C) Des constats et des limites

Les données collectées ont permis d'établir qu'environ 15% des enfants relevant de l'ASE bénéficient d'une orientation MDPH. Ce taux, sept fois plus élevé que celui de la population générale, permet d'établir qu'ils seraient au nombre de 70 000.

Le rapport sénatorial DINI-MEUNIER de juin 2014 souligne quant à lui une grande hétérogénéité des informations disponibles et une dispersion des sources. Il insiste donc sur le besoin d'affiner les recherches et travaux, notamment sur : *« les nettes évolutions qui caractérisent la population des enfants protégés* », en précisant : « *outre la montée des situations de précarité, voire de pauvreté, les services de l'ASE sont davantage confrontés qu'auparavant à des enfants « à grosses difficultés » (handicaps, troubles psychiques ou psychiatriques, violences), dont la prise en charge s'avère plus complexe* »[40].

En ce qui concerne le passage à l'âge adulte, face à la situation des jeunes majeurs sortant de l'ASE qui représentent 30% des personnes sans-abris nées en France, Antoine Dulin, vice-président du Conseil Économique Social et Environnemental (CESE) déclare : *« Nous sommes face en quelque sorte à un scandale économique, financier et éducatif ».*

[39] ONPE, mars 2016, *Protection de l'enfant : les nouvelles dispositions issues de la loi 2016-297*
[40] DINI M., MEUNIER M., 25 juin 2014, *Rapport d'information n° 655 fait au nom de la commission des affaires sociales sur la protection de l'enfance SENAT Session ordinaire 2013-2014*

Des voix s'élèvent, notamment depuis la psychiatrie pour dénoncer certains effets pervers de la loi 2007, dans le sillage de Maurice Berger qui déclare : *« ce texte législatif ne tient aucunement compte de nos connaissances scientifiques actuelles concernant la genèse des troubles psychiques et des troubles du comportement, car c'est là que se situent les enjeux majeurs.* »[41] . Pour lui, le principe de déjudiciarisation favorisant l'aide à la parentalité avant toute mesure de placement, ne protège pas l'enfant et ne lui permet pas de se construire dans un cadre sécurisant : « *Donc se centrer prioritairement sur l'adhésion des parents c'est provoquer l'exclusion de beaucoup d'enfants* ».[42]

Ses constats sont sans appel et mettent en exergue les difficultés rencontrées dans l'accompagnement des enfants complexes : *« face à cette loi sans axe directeur et sans référence clinique,…, je suis inquiet de ce qui attend la génération de pédopsychiatres qui me succédera,…,pas de protection précoce, pas de figure d'attachement sécurisante pour un enfant exposé à des parents qui présentent de graves troubles de la parentalité, difficultés importantes ou impossibilité d'obtenir un cadre protecteur, apparition de troubles du comportement chez l'enfant, X placements familiaux, institutions débordées, traitements médicamenteux parfois très lourds lorsque l'enfant est violent.* »[43]

D) La situation haut-rhinoise et le schéma départemental[44]

Fin décembre 2017, on dénombrait 1750 enfants confiés à l'ASE du Haut Rhin dont 250 mineurs non accompagnés qui n'ont pas forcément de reconnaissance MDPH. Sur les 1500 restant, 20 % bénéficient d'une reconnaissance MDPH, ce qui représente un taux trois à quatre fois supérieur à la population normale. Ils sont suivis en Semi-internat en Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (ITEP) ou par un Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD) et sont hébergés en famille d'accueil ou en Maison d'Enfant à caractère Social (MECS). Moins de la moitié font l'objet d'une notification et d'un accueil dans un internat médico-social alors identifié comme lieu de réalisation du placement.

Le département compte 75 placements non exécutés (PNE). 50 sont dus à un manque de place par rapport à l'âge ou au type de place. On parle alors de PNE par saturation. Pour les 25 autres, les PNE sont dus à des situations complexes qui ne permettent ni l'hébergement en famille d'accueil ni en MECS. Les placements directs ne sont pas

---

[41] Berger M., février 2012, Soigner *les enfants violents,* Paris : Dunod, p. 247
[42] ibid., p. 5
[43] Ibid., p. 262
[44] ANNEXE VII : carte du Schéma départemental de la protection de l'enfance 2012-2016

utilisés par le magistrat dans le département, en dehors d'un recours ayant eu lieu pour un placement dans un Institut Médico Professionnel (IMPRO) en février 2018.[45]

Comme à la MDPH, une commission dédiée aux situations complexes est organisée mais ne semble pas avoir donné toute sa mesure : *« La période 2006-2011 a aussi permis la création d'une Commission des adolescents en grande difficulté, instance partenariale d'appui destinée à l'analyse collégiale de la situation d'un mineur et à l'identification de l'orientation ou du suivi le mieux adapté. Si en théorie cette commission vise à renforcer l'accompagnement des professionnels dans l'élaboration de réponses à des situations très complexes, en pratique cette commission a été très peu sollicitée par les professionnels. Ce constat s'explique par le manque de visibilité et de lisibilité de cette instance, qui n'a en effet pas pour objectif de proposer une nouvelle prise en charge, mais de suggérer des pistes de travail pour le(s) professionnel(s). Un bilan réalisé en 2011 a permis de valoriser la distance par rapport à la situation que permet cette instance, et de souligner l'investissement des membres titulaires de cette commission, mais aussi de mettre en lumière des marges d'amélioration en termes de suivi des situations suite à leur passage en commission. »*[46]

Depuis le suicide d'un jeune homme au domicile familial alors que les droits d'hébergements étaient suspendus, une commission des situations critiques à l'initiative du parquet et du CD a été constituée. Lorsque les dispositifs de droit commun sont dépassés, elle a pour but de rassembler les acteurs des différents secteurs concernés afin de trouver des solutions palliatives. Elle se réunit plusieurs fois par an, dans les locaux du tribunal de Mulhouse et de Colmar en alternance, en présence du vice-procureur de la république, du délégué à la solidarité du CD, des juges pour enfants, d'un représentant de l'ASE, du chef de service des situations critiques MDPH, d'un responsable de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), des directions des ESMS concernés par la situation ou pouvant proposer une alternative du responsable et enfin, d'un responsable de la PIJ du secteur. La présence de la psychiatrie est indispensable au soutien des solutions envisagées au regard de la complexité des troubles présentés par certains jeunes tant au niveau de la clinique que dans l'organisation des réponses.

[45] Ruetsch J. Y., *Entretien avec le chef de service de l'ASE 68*, in Cité administrative, juin 2018, Colmar
[46] Conseil Général du Haut Rhin, juin 2012, Protection de l'enfance schéma départemental 2012-2016, p. 22

1.2.3 Un public présentant des troubles psychiques relevant du secteur de la santé

A) Historique

C'est l'asile, passé de lieu de relégation à lieu de soins, qui caractérise l'histoire de la psychiatrie jusque dans les années 60. Le courant de l'antipsychiatrie se développe alors incarné en France par Oury et Tosquelles. L'ouverture de la cité et l'accès au travail pour les malades mentaux sont accompagnés de la mise en œuvre de la politique de secteur. Les Centres Médico Psycho Pédagogiques (CMPP) se développent pour les enfants, tandis que les adolescents restent à part, relevant à partir 16 ans de la psychiatrie adulte Conséquence de l'ouverture, au tournant des années 80, de nombreux lits désormais inoccupés sont transformés en place médico-sociales. Dans les années 90, face à la réduction des places, on dénonce les « externalisations arbitraires ». La loi du 27 juin 1990 vient alors préciser le cadre des hospitalisations sous contraintes : soit définies par un tiers, soit d'office arrêtées par le préfet. Dans le même temps, le lien entre précarité, exclusion et souffrance psychique est mis en exergue dans plusieurs rapports. La psychiatrie se centre sur la gestion des épisodes aigus, les états chroniques étant gérés hors les murs, conséquence des politiques de désinstitutionalisation. Pour les personnes en précarité sociale, ou présentant un handicap, cette mission incombe donc désormais aux institutions médico-sociales. Une non reconnaissance mutuelle s'installe entre les deux secteurs ou chacun considère que c'est à l'autre d'intervenir : *« le dialogue de sourd qui s'installe (…) montrant l'importance des cloisonnements existants entre deux mondes qui s'ignorent. La méfiance se traduit par des refus d'hospitalisation de personnes en situation de crise accueillis en établissement social et, à l'inverse, par le refus d'accueil en établissement social ou médico-social de personnes ayant séjournées en psychiatrie. »*[47]

Les années 2000, voient la mise en œuvre de plusieurs plans de santé mentale en lien avec une augmentation de la souffrance psychique, l'apparition de nouvelles inadaptations dues à une augmentation de l'exclusion (états limites, structures abandonniques) et un rajeunissement dans les ruptures d'ordre schizophrénique. La situation de la psychiatrie infanto-juvénile demeure à ce jour la plus préoccupante en terme de moyens et de projection de la démographie médicale, laissant augurer une forte diminution des effectifs. À ce jour en France, 18% de la population présente des troubles psychiatriques dont 80 % sont traités en ambulatoire. La schizophrénie concerne près de 600 000 personnes en France (Institut National de la Santé et de la Recherche Médical

[47] LÖCHEN V., op. cit., p. 423

(INSERM) 2015) et près d'un français sur 5 est confronté au cours de sa vie à un épisode dépressif (INSERM 2015). Près de 400 000 personnes ont été hospitalisées à temps plein en psychiatrie et près d'un million et demi ont bénéficié d'un accueil ou de soins en Centre médico-psychologique (CMP) (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) 2015).

B) Handicap psychique et maladie mentale

Concernant la prise en compte et la reconnaissance de handicap psychique, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) précise *: « La loi du 11 février 2005, en reconnaissant la notion de handicap psychique a pris acte de la traduction de la maladie psychiatrique dans le champ de la vie ordinaire des personnes ; celle-ci s'exprime selon des modalités variables et non stables dans le temps. Requérant l'intervention d'un grand nombre d'acteurs sanitaires, sociaux et médico sociaux, la continuité de la prise en charge et l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques ne sont pas toujours garantis, non plus qu'une nécessaire intégration des soins au parcours de vie des personnes. »*[48]

Les cultures sous-jacentes à chaque secteur, ainsi que leurs différents modes de financement cloisonnent la prise en compte, l'accompagnement des troubles et les cadres de référence : « *On peut ainsi décrire de façon grossière quatre grands silos : la ville, l'hôpital, le social et le médico-social, silos eux-mêmes parfois structurés en sous-silos. La terminologie reflète cette dispersion, les acteurs se référant selon le cas à la notion de « psychiatrie », de « santé mentale » ou de « handicap psychique ».* »[49]

C) La situation Haut-Rhinoise et la PIJ de Colmar

Au niveau régional : *« Il est constaté un manque de coordination des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social. La situation démographique médicale est défavorable notamment en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, à laquelle s'ajoute une répartition inégale des professionnels libéraux (psychiatres, psychologues et médecins traitants) »*[50]
Déjà en 2012, le PRS précisait ses constats et formulait des objectifs : « *S'agissant des troubles psychiques spécifiquement et afin de prévenir des situations d'urgence, il convient de mieux coordonner les deux secteurs psychiatrie et médico-social, le premier*

[48] ANAP Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie – santé mentale, http://www.anap.fr/les-projets/programme-de-travail/projets/detail/actualites/diagnostic-territorial-des-parcours-en-psychiatrie-sante-mentale/
[49] ANAP, aout 2015, *Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale Première approche*, p. 14
[50] ARS, juin 2018, Schéma Régional de Santé Grand-Est 2018/2023, p. 65

devant servir d'appui à la formation des équipes et à l'accompagnement de situations individuelles complexes (…) Une culture commune entre les deux champs devra être développée par des prises en charge conjointes et complémentaires, des formations communes et transversales, des « échanges » de professionnels (stages), des rencontres régulières sur les situations difficiles ou pour l'analyse des pratiques. »[51]

Le service de la PIJ des Hôpitaux Civils de Colmar, est implanté principalement en ville. Il se compose de 6 praticiens hospitaliers, des secrétaires, orthophonistes, psychomotriciens, psychologues, assistants sociaux, infirmiers diplômés d'État, des puéricultrices, des éducateurs spécialisés, des moniteurs éducateurs, des éducateurs de jeunes enfants, des auxiliaires de puériculture et des agents de service hospitaliers. Son offre s'adresse à l'inter-secteur de pédopsychiatrie 68IO1, un territoire s'étendant de Sainte Marie-aux-Mines à Rouffach, Pulversheim, la vallée de Munster, la vallée d'Orbey ainsi que Colmar. Deux antennes extra-hospitalières proposent des soins de proximité, à Sainte Marie-aux-Mines et à Munster.

L'offre de soin est déclinée selon différents dispositifs thérapeutiques: un hôpital de jour de 0 à 11 ans, accueillant les enfants à temps partiels ou à temps complet, un CATTP (Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel) sur Colmar accueillant les enfants en groupe à raison d'une fois ou deux par semaine, un CMP (Centre Médico-Psychologique) assurant des consultations gratuites auprès des patients, des consultations externes, une unité Ado avec CATTP et un Hôpital de Jour Ado (accueil à raison d'une ou de deux demi-journées par semaine). Le public accueilli a entre 0 et 18 ans. Il est accueilli sur demande de consultation des parents des enfants ou de leurs représentants légaux. La confidentialité est assurée, l'activité étant soumise au secret médical.

L'activité du service est purement ambulatoire, mais il existe des possibilités d'hospitalisation à temps complet en service de pédiatrie, ou en service d'hospitalisation spécialisé pour les Adolescents au Centre Hospitalier de Rouffach (Ado 'Sphère), et en dernier recours en psychiatrie adulte. La file active pour l'année 2017 est de 1919 patients, avec un nombre de venues s'élevant à 26 500. Concernant la file active des hospitalisations (de jour), elle s'élève à 810 venues pour 117 patients, dont un tiers souffrent de troubles envahissants du développement.

---

[51] ARS, octobre 2011, *Projet Régional de Santé d'Alsace, 2012 - 2016 SROMS programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie*, p. 85

1.3 Synthèse de la première parie

La prise en compte des problématiques particulièrement complexes, rencontrées par un nombre croissant de jeunes en situation de handicap, est désormais une préoccupation des autorités publiques. La modernisation de leurs politiques, dans un mouvement de désinstitutionalisation et d'inscription des personnes accompagnées dans de véritables parcours, marque un changement de paradigme fondamental. Il vient réinterroger les partenariats, l'adaptation des réponses et l'efficience des organisations, leur proposant de nouveaux modes de tarification plus souples et plus individualisés.

Le message est sans appel : toute personne en situation de handicap doit se voir proposer une solution dans le cadre de la RAPT qui mobilise désormais les différents partenaires. L'implication des trois secteurs, dans la prise en compte des situations complexes, doit désormais dépasser la logique d'organisation en « tuyaux d'orgues », pour permettre la définition de nouveaux modes de partenariats et le développement de nouveaux services.

C'est un défi que doit relever l'IME Les Allagouttes Le Surcenord, dont je me propose dans la seconde partie de présenter le fonctionnement et l'organisation, pour en tirer, en tant que directeur, les scénarii possibles d'évolution et d'adaptation à ces nouveaux enjeux.

2 De l'internat continu à une réponse séquentielle

2.1 L'IME les Allagouttes / Le Surcenord

2.1.1 L'Association Le Champ De La Croix

L'association Le Champ de la Croix a été créée le 3 août 1968 à Strasbourg dans le but d'offrir un lieu de vie pour des enfants handicapés sans famille. C'est une association privée à but non lucratif de type loi 1908 qui gère un IME.
Le nom de l'association est issu du lieu-dit où la première maison de l'association a été acquise sur la commune de Lapoutroie. Cette Maison fut baptisée du nom du premier enfant accueilli : Bruno.
L'implantation rurale a été souhaitée par des personnes soucieuses d'aider et de soutenir des familles d'accueil qui voulaient se réunir en vue de créer un établissement.
Les quatre familles d'accueil à l'initiative du projet portaient l'impulsion de la Pédagogie Curative selon Rudolf Steiner. Les rencontres avec un médecin pédiatre Strasbourgeois et le président de la chambre de commerce de Colmar leur ont permis de se structurer.
L'impulsion pédagogique est restée d'actualité ainsi que la mission première d'être un lieu de vie et de culture. Ces caractéristiques sont ancrées dans la culture de l'établissement et en déterminent aujourd'hui encore les aspects du projet d'établissement et son organisation fondée sur le vivre ensemble.

Face aux difficultés économiques, le patrimoine immobilier a été séparé du fonctionnement de l'association gestionnaire. L'Association d'Aide aux Enfants du Champ de la Croix a été créée. Elle contracte les prêts, récolte les dons et s'est rendue propriétaire des locaux qu'elle loue à l'Association Le Champ de la Croix.
L'Association du Champ de la Croix, si elle ne gère qu'un seul établissement, n'est cependant pas restée inactive dans l'élaboration de nouveaux projets et la création de nouvelles structures.

En 1986, face aux besoins de places d'adultes pour les usagers de l'IME, est née l'Association Les Sources. Aujourd'hui, cette association jumelle, gère un Foyer d'Accueil Spécialisé (FAS) de 36 places ainsi que 4 places d'hébergement pour travailleurs handicapés. En 2008 l'Association du Champ de la Croix a missionné un groupe de travail et délégué un chef de service afin de permettre la création d'un Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) articulé avec un Foyer pour Adultes Handicapés Travailleurs (FAHT) de 18 places et un FAS de 22 places. Suite à l'autorisation par la Comité Régional

d'Organisation Sociale et Médico-Social (CROSMS) et à l'obtention des financements par le Conseil Général et l'ARS, une nouvelle association nommée l'Âtre De La Vallée a vu le jour. À ce jour, chacune des associations gère un établissement, sans unité administrative ni juridique, malgré leur proximité, leur histoire et leurs valeurs communes. Je pense qu'un développement d'actions transversales et de mutualisation des fonctions supports est désormais inéluctable. C'est une réflexion qui doit être menée au niveau des conseils d'administration et qui devra être mis en œuvre par la direction que je propose d'incarner dans le cadre d'un groupe élargi.

2.1.2 L'IME les Allagouttes le Surcenord, une mission : accueillir

Le 29 juillet 1970, l'autorisation de création de l'établissement est accordée. C'est un IME de 54 lits pour enfants déficients intellectuels profonds et moyens âgés de 3 à 25 ans comprenant deux Instituts Médico-Pédagogique (IMP) et deux IMPRO qui s'implante dans la commune d'Orbey sur les sites des Allagouttes et du Surcenord. L'IMPRO du Surcenord s'articule avec une ferme de montagne à ce jour indépendante dans sa production. Elle fonctionne sous la forme d'une Exploitation Agricole à Responsabilité Limité (EARL), liée à l'établissement par convention pour la mise à disposition d'un atelier de professionnalisation. La mission première de l'établissement, liée à son histoire, est d'offrir un lieu de vie. C'est cette volonté qui a fédéré l'engagement et l'enthousiasme lors de la phase pionnière de construction. L'objectif est d'y faire vivre des petits groupes d'enfants et jeunes adultes dans un cadre familial.

Les fondements de la pédagogie employée sont issus des indications données par Rudolf Steiner. Selon lui, l'acquisition de la pensée, la construction des facultés intellectuelles et d'abstraction, s'opèrent d'autant plus harmonieusement chez les enfants, lorsqu'auparavant ont été développées les facultés sensorielles et motrices, à travers un éveil riche d'expériences. Un aphorisme de Bergson illustre bien ce propos : « *l'intelligence va des mains vers la tête* ».

Cette conception a favorisé, au sein de l'institution, le développement d'ateliers de travail dont la finalité est réelle et utile. Ils ne sont pas envisagés comme des activités occupationnelles mais globales et concrètes permettant l'identification et la reconnaissance des personnes accueillies à travers leurs réalisations et productions.
Cette façon de procéder permet une approche personnalisée pour chaque personne handicapée. Celle-ci est appréhendée comme un être à part entière dont la réelle potentialité est entravée par des dysfonctionnements physiques. Afin de découvrir le virtuose, gêné par les imperfections de son instrument, les équipes éducatives s'appuient

sur une culture de l'observation pour proposer une place reconnue et valorisante dans la communauté de vie.

Cette approche, valorisée et reconnue des partenaires, vaut à l'établissement d'accueillir des enfants ou jeunes adultes en marge de son agrément, en pariant sur les vertus thérapeutiques et de tempérance du lieu et des activités proposées, pour lesquelles il est souvent sollicité. Les solutions qu'offrent le lieu de vie, permettant d'accueillir de façon continue et structurante sont recherchées tant par la MDPH, que des partenaires institutionnels ainsi que des familles ayant fait le choix de l'internat. L'IMPRO des Artisans de Colmar, qui propose un accueil en externat, ainsi que la Cité de l'Enfance de Colmar sont particulièrement impliqués et demandeurs de convention de stage ou d'admission.

2.1.3 L'organisation et le fonctionnement de l'établissement

A) Le patrimoine immobilier et les perspectives

L'établissement s'est construit sur la volonté de proposer des petites structures de vie favorisant un accueil de type familial, par groupes de 15 jeunes en les regroupant par âge dans les IMP et les IMPRO. Il s'est développé sur deux sites : les Allagouttes et le Surcenord, distants de 7 kilomètres représentant chacun un hameau où cohabitent habitat privé et bâtiments de l'établissement. C'est sans conteste le point fort qui permet de proposer un véritable lieu de vie où l'on peut se sentir chez soi dans un sentiment de sécurité mais aussi de liberté : *« Les initiatives pour concevoir des lieux de vie débutent dès la fin des années 1970(…)Il oppose aux immenses couloirs (in)hospitaliers de petites unités de vie, plus chaleureuses et plus fonctionnelles(…)Aujourd'hui, il est définitivement établi que le bâti et son aménagement jouent un rôle prépondérant dans le bien-être et la qualité de prise en charge des usagers ».*[52]

Les quatre bâtiments qui abritent les groupes de vie sont de type ferme vosgienne. Ils ont été réhabilités, mis aux normes de sécurité et d'accessibilité au cours des années et forment à ce jour un patrimoine de qualité. Sur le site principal des Allagouttes, le bâtiment école, incluant aussi le cabinet médical ainsi que la grande salle de spectacle, et le bâtiment administratif représentent les dernières constructions de l'association, réalisées en 2009. Ces évolutions ont permis à l'établissement de se doter d'un outil à la mesure de son projet. Au total, 29 chambres sur les 44 installées sont individuelles et chaque service est modulable et adaptable selon la répartition entre les sexes et les affinités.

---

[52] N'GUYÊN P., janvier 2011, « Architecture médico-sociale. Une logique de lieux de vie », *Direction(s),* n° 81, p. 22

L'IMPRO du Surcenord, l'un des deux services sous ma responsabilité directe, possède un deuxième étage proposant deux petits studios séparés et adaptables d'une capacité de 5 places. Cependant, sur le site, les bâtiments agricoles sont vétustes et n'offrent plus les conditions d'un accueil sécurisé ni confortable. Un projet de 1,5 millions d'euros est en passe de voir le jour porté par les différents partenaires (EARL, Association d'Aide, Association le Champ de la Croix). Bien que réalisée en autofinancement, l'amélioration de l'outil sera à faire valoir dans le développement des réponses apportées aux jeunes en situation difficile.

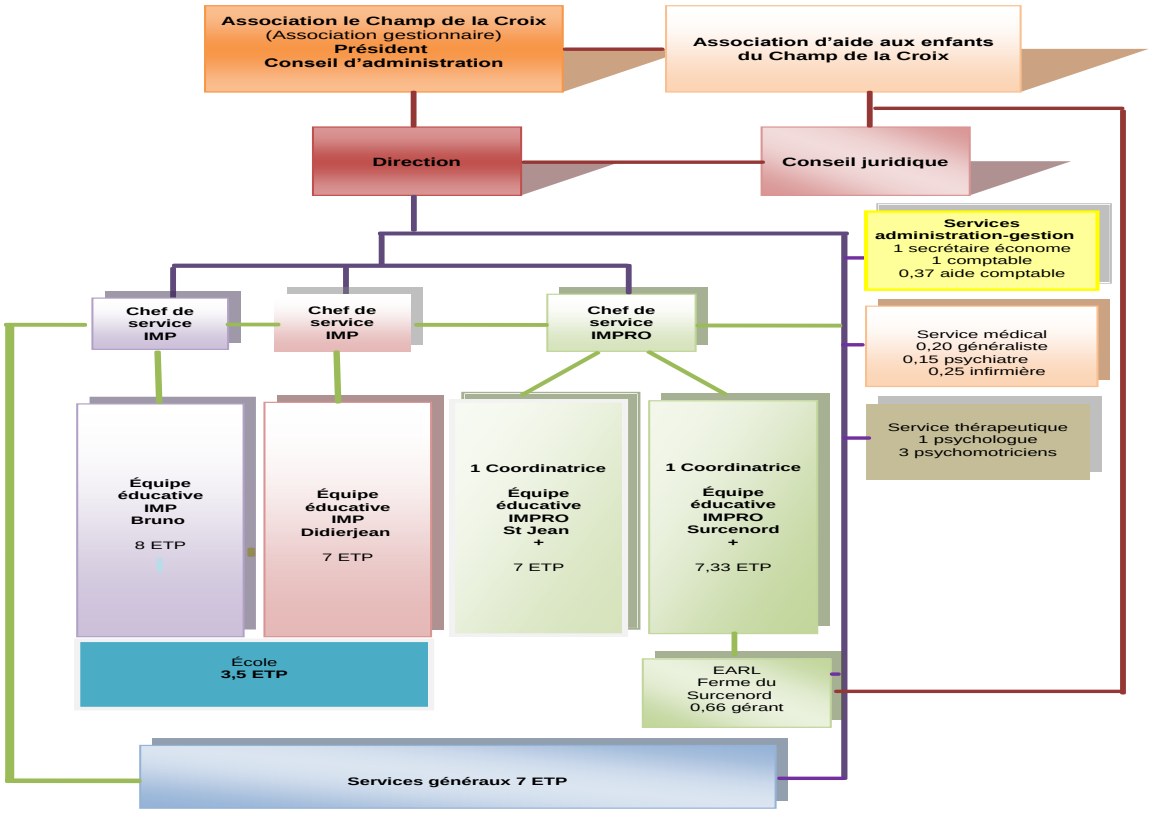
Le potentiel identificatoire de la ferme, à travers les travaux et la valorisation qu'elle permet, la relation aux animaux et notamment les chevaux constituent une ressource du site reconnue et valorisée. Le manège permettant l'accueil des chevaux et des activités d'équithérapie, quant à lui en parfait état, est le dernier outil du site inauguré en 2009. L'agenda d'accessibilité programmé (Ad'ap), débuté au premier janvier 2015 pour l'ensemble de l'établissement, est en phase de finalisation et bénéficie d'une provision accordée précédemment pour financer les travaux.

B) L'organisation hiérarchique

La directrice, recrutée par le Conseil d'Administration (CA - membres dirigeants), dispose de larges délégations que lui confère le Document Unique de Délégation (DUD). Elle partage ses décisions au niveau du groupe de direction qui regroupe les chefs de services. Le groupe de direction travaille mensuellement avec le président de l'association. Le fonctionnement, historiquement fondé sur une organisation avec un chef de service par maison, a été relevé par l'évaluation externe comme une force en terme de sécurisation des équipes et de proximité. Cependant, un regroupement des IMPRO sous un même pôle, dont j'assure le fonctionnement, a permis d'introduire les fonctions de coordinatrice et de redéployer deux postes éducatifs supplémentaires, à la place d'un poste de chef de service éducatif. L'expérimentation est validée et la question se pose de la généraliser aux IMP dans le but de dynamiser les délégations et de valoriser des compétences internes. C'est un axe sur lequel je propose de m'appuyer pour renforcer l'offre et apporter de nouvelles compétences.

L'association est de petite taille et la question des fonctions support est désormais un axe incontournable du développement. Elles pourront, comme nous l'avons vu, se renforcer dans un projet stratégique de rapprochement des associations. Cependant, l'établissement peut d'ores et déjà aborder les questions de réorganisation, autour des départs en retraite à venir au niveau de la direction et des fonctions administratives et fonctionnelles. Le groupe 2, à ce jour, parait en effet sous exploité. Certains postes, inclus

dans la dotation, mais non pourvus, ont permis de dégager des excédents. Ces largesses budgétaires ont pu permettre la constitution de provisions et de réserves en prévision des futurs départs et de certains travaux. Un renforcement des compétences et une diversification des postes, paraissent donc envisageables sur les moyens existants, à travers une exploitation plus objective des ressources.



C) L'organisation fonctionnelle

- Les maisons

Pour réaliser sa mission, l'organisation de l'institution repose sur la répartition par maisons. Elles sont au nombre de quatre et constituent le cœur de l'intervention. Chacune des maisons est indépendante dans son fonctionnement interne (plannings, projets d'accompagnement individualisé, loisirs) sous la responsabilité d'un chef de service.

Trois heures hebdomadaires sont allouées au travail d'équipe par le biais des réunions collectives qui concernent tous les collaborateurs de la maison. Chaque maison comprend 10 à 15 salariés. Chaque membre du personnel socio-éducatif est rattaché à une maison et participe à son projet de service ainsi qu'aux évènements de sa vie interne.

L'identification des équipes à leur maison est très forte. C'est le socle de la cohésion et de l'implication. Elle favorise le soin du cadre de vie à travers le sentiment d'appartenance et l'identification a « une maison ». À mon sens, le pendant de ce fonctionnement, est une

division de l'établissement en quatre petits châteaux forts, au détriment d'une transversalité plus fluide. Comment aborder le concept de parcours de la personne accueillie, du travail en réseau et de la mutualisation de ressources, alors même qu'au sein de l'établissement chacun se centre sur sa maison et priorise l'appartenance à son service ? Si la stabilité qui en découle est un gage de qualité de l'accueil, elle représente aussi une force d'inertie et un risque d'appropriation personnelle des projets de services par les plus statiques.

- Les plannings

L'accompagnement au quotidien, ainsi que lors des week-ends et vacances pour certains usagers, est essentiellement effectué par les équipes éducatives. La structure du personnel fait ressortir un nombre important de personnels socio-éducatif que l'on peut expliquer par l'absence de surveillants de nuit, puisque ce sont les éducateurs qui effectuent des gardes couchées, comme indiqué dans la convention collective de 1966.
Dans ce fonctionnement, le respect des amplitudes maximales et des temps de récupération sont difficiles à concilier avec la continuité du service et l'unité pédagogique visée par le vivre ensemble. Si l'annualisation des temps de travail est bien respectée, sa mise en œuvre au quotidien, frôle les limites du droit du travail et de la tolérance des éducateurs, dont le positionnement et l'engagement évolue. Je propose là aussi d'engager un dialogue et une évaluation avec les salariés, afin de fonder un nouvel accord d'entreprise.

- Les groupes transversaux

La transversalité de l'organisation se fait dans des groupes de travail spécifiques qui permettent de coordonner l'action au niveau institutionnel : Le groupe culture, le groupe atelier et le groupe école. Leurs réunions sont prévues dans le calendrier institutionnel. Ce ne sont pas des organes décisionnels mais ils peuvent recevoir certaines délégations.

- La démarche qualité et le groupe de pilotage

Le groupe de pilotage est constitué du groupe de direction, auquel se rajoutent un membre du personnel éducatif de chaque maison ainsi qu'un membre des services administratifs. Il est chargé de la mise en œuvre de la démarche qualité et a participé à la préparation de l'évaluation interne et externe.
Il se réunit une fois par trimestre et délègue certaines tâches d'écriture ou de recherche à certains de ses membres. L'évaluation externe, a pointé comme objectif stratégique de préciser les objectifs à cinq ans du projet d'établissement, et d'établir un plan d'action.
C'est un travail que j'ai pu développer dans le cadre du groupe pilotage avant de le présenter à l'ensemble des salariés. Si certains axes et objectifs ont été mis en œuvre et atteints, le plan d'action est resté figé et quelque peu mis en veille. Les enjeux liés au

remplacement de la direction actuelle ont pris le pas et mobilisé l'attention des acteurs institutionnels reléguant au second plan l'avancée de la démarche qualité.

- Les Instances Représentatives du Personnel (IRP)

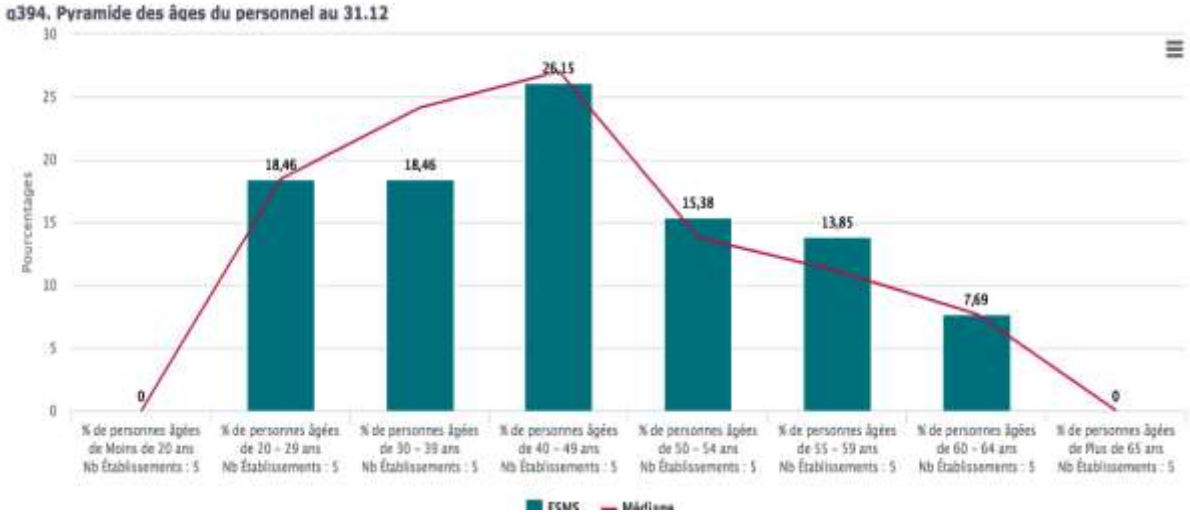
Après le dépassement du délai de réélection des IRP suite à la carence issue des dernières élections, une liste Force Ouvrière (FO) a été élue lors du dernier scrutin.
Depuis, le dialogue social est engagé et la formalisation des temps de rencontre avec la direction est organisée.
Des questions ont été posées concernant : la gestion des plannings, la mise en œuvre des astreintes, l'évaluation des risques professionnels. La mise en œuvre du fonctionnement appelle désormais des réponses plus précises et plus formalisées dont les salariés sont en attente.

D) Les ressources humaines

- Le taux d'encadrement

Le ratio d'encadrement assez élevé (0,89) peut s'expliquer par l'internat continu. Néanmoins, la totalité des prestations hôtelières est produite en interne. Deux cuisiniers et deux lingères viennent compléter l'équipe des services généraux comprenant les 4,5 postes de ménage et les 1,5 postes de maintenance. Cette organisation permet de délivrer des prestations de qualité en cohérence avec les valeurs affichées. Néanmoins, elles nécessitent beaucoup d'investissement, tant dans la gestion du personnel que dans celle des infrastructures. A moyen constant, au regard des obligations légales de l'organisation du temps travail, des nuits et des astreintes, des choix devront être fait pour déterminer les prestations essentielles et celles qui ne le sont pas. Un gain d'efficience est aussi envisageable pour le redéploiement de compétences et de prestations nouvelles pour mieux répondre aux besoins repérés et à la problématique relevée.

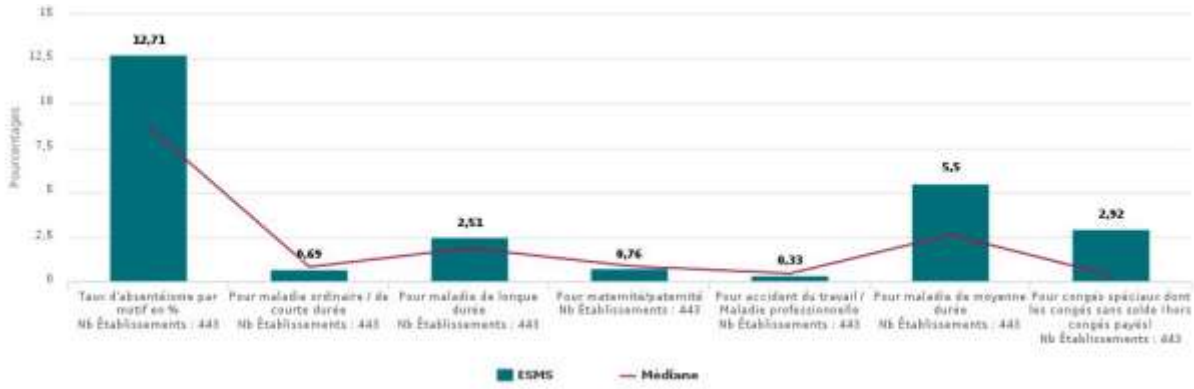
- Pyramide des âges



La courbe des âges du personnel est assez proche de celle de la médiane définie par l'ANAP pour les établissements comparables. On peut cependant constater un trou pour la génération des 30/39 ans qui est l'âge de l'engagement dans les responsabilités. Une approche plus fine permet de constater que cet équilibre masque en réalité une disparité entre les personnels éducatifs très jeunes et les personnels des services généraux en majorité au-delà de la tranche 40/49 ans. La question de la transmission des savoirs et des délégations peut donc représenter une difficulté en ce qui concerne les pratiques éducatives.

Pour les cadres, la situation est encore plus préoccupante puisque sur les trois chefs des services, deux ont plus de 55 ans. Quant à la directrice, elle prendra sa retraite dans l'année à venir. Le psychologue vient d'annoncer la sienne et l'établissement devra lancer un recrutement pour ce poste.

- Taux d'absentéisme



L'atypie que relève les indicateurs ANAP est due à des arrêts maladie de moyenne durée qui sont principalement liés à des troubles musculo squelettiques pour des services généraux vieillissants. L'augmentation des absences du personnel éducatif révèle un climat de stress et de fatigue qui est ressorti de l'évaluation des risques professionnels dont le document unique d'évaluation n'a été mis à jour qu'une fois lors des 5 dernières années.

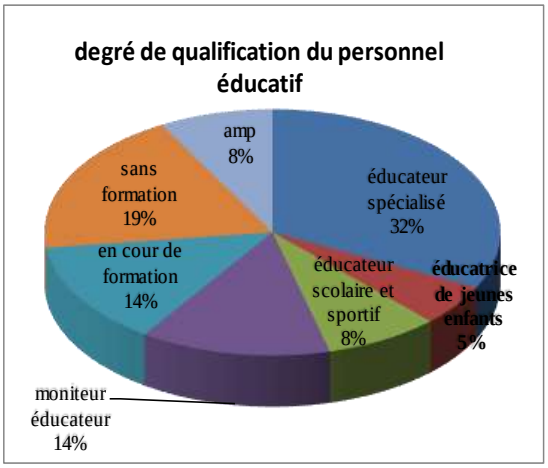
- La Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences (GPEC)

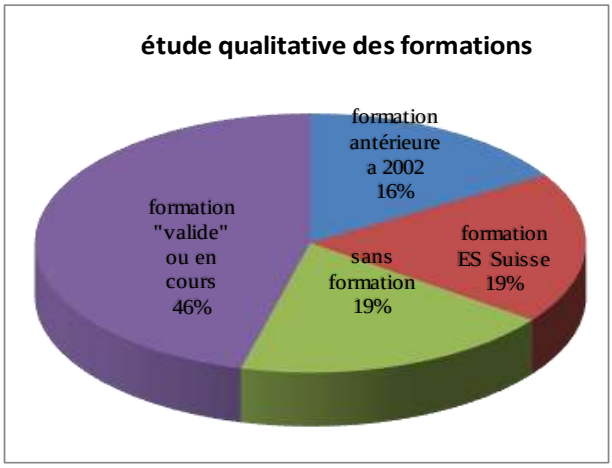
La GPEC n'est pas formalisée dans l'établissement. Les entretiens annuels sont menés de façon aléatoire selon les urgences ou les demandes des salariés.

Le cadre réglementaire, suite à la réforme de la formation professionnalisation, n'est pas appliqué et les entretiens professionnels ne sont pas menés. Seule la comptable, qui assume aussi les fonctions Ressources Humaines (RH), a bénéficié d'une formation sur cette thématique, ce qui amène un peu de rigueur et de professionnalisme dans la gestion des ressources.

- La formation

Les postes éducatifs représentent 66% des emplois. Les graphiques suivants permettent d'en apprécier la répartition et le degré de formation :





Le taux de formation cumulé du personnel éducatif est de 67%. Si l'on y ajoute les professionnels en cours de formation ce pourcentage monte à 81% de personnel formé ou en voie de l'être. Cependant, ce chiffre flatteur n'est pas une garantie de la connaissance du cadre législatif et de la maitrise de la loi 2002-2 si l'on y inclut d'autres données. En effet, 16% du personnel éducatif a effectué sa formation avant 2002 et n'a donc pas pu aborder la loi relative durant son cursus.

De plus, 19% des professionnels ont choisi de se former en Suisse où sont proposées des formations d'éducateur spécialisé axées sur la pédagogie curative, reconnues au sein de l'établissement, mais qui n'abordent pas la loi Française. Si l'on ajoute le personnel non formé, 54% des effectifs éducatifs n'ont pas abordé la loi 2002-2 dans leur cursus formatif.

Une formation sur la méthode de communication Makaton est soutenue depuis plusieurs années et une vingtaine de professionnels ont pu en bénéficier afin de l'intégrer dans les pratiques et de la relayer auprès des familles.

E) Les outils réglementaires et de communication

Le projet d'établissement, à la rédaction duquel j'ai activement participé, ayant servi de support à l'évaluation externe de 2014, arrive à échéance l'année prochaine et devra être renouvelé. Livret d'accueil, contrat de séjour et règlement de fonctionnement sont aussi à reprendre afin de mieux correspondre aux exigences d'information permettant la contractualisation éclairée avec les usagers.

Le règlement intérieur n'a pas été réactualisé de façon conforme. Il a été régulièrement « toiletté » mais n'a pas été transmis à l'inspection du travail et n'aborde pas les questions liées aux nouveaux modes de communication et d'utilisation des outils multimédias.

L'établissement ne s'est pas encore doté d'une charte informatique, alors que la multiplication des postes requiert désormais plus de vigilance, afin d'assurer la sécurité et la confidentialité des données. Les salariés, en dehors des cadres, n'ont pas d'adresse mail professionnelle malgré les nombreuses communications et échanges d'informations avec les familles et partenaires.

La mise en service d'un logiciel de gestion des données de l'usager est en cours, mais son appropriation par les professionnels n'est pas aboutie. La détermination des niveaux d'accès n'est pas finalisée. Seuls les personnels administratifs, les médecins et les chefs de services ont un accès qui permet de renseigner et d'utiliser les données.

Le site internet, s'il a connu un essor lors de sa création, est en attente de renouvellement et aucune personne n'a été missionnée pour l'entretenir et le nourrir en dehors de la direction peu formée à ces tâches.

Un manque de ressources internes pour les fonctions supports ne permet pas de développer et formaliser la gestion des nouveaux outils.

F) La culture d'entreprise et le management

C'est l'impulsion des pionniers, à travers leur engagement dans le lieu de vie qui a imprimé la culture d'entreprise. L'aspect communautaire, où le vivre ensemble primait sur le formalisme, vécu comme une contrainte, a permis de développer un savoir-faire particulier aux limites du cadre autorisé. Il a permis d'instaurer les conditions d'une véritable institution thérapeutique ou le partage du quotidien et des tâches fondent les bases de la socialisation.

Le passage aux trente-cinq heures et la rationalisation du temps de travail ont été vécus comme une contrainte découpant l'accompagnement en l'éloignant d'une vie partagée.

La professionnalisation de l'organisation du travail, Les outils de loi 2002-2 ont été saisis mais dans une traduction particulière au service d'une culture humaniste. Les valeurs fraternelles, la primauté du bon sens sur le formalisme à travers l'organisation de nombreux temps institutionnels ritualisés, mobilisent beaucoup la coordination des équipes et sont le socle d'une identité collective et d'une appartenance.

C'est un enjeu majeur, pour la direction que je souhaite incarner, de réussir la transition vers une organisation plus efficiente tout en préservant la créativité et le dynamisme originel. Cet établissement atypique, fondé sur une éthique de conviction qui en a imprégné la culture, est désormais à un carrefour de son histoire. Il doit en effet aborder l'ère de l'efficience pour s'adapter aux besoins du public tout en préservant les valeurs qui l'ont fondé. Les nouveaux professionnels, dont on a relevé une forte proportion parmi le personnel éducatif, ont de nouvelles aspirations et un rapport au vivre ensemble qui a changé. Ils n'aspirent plus à occuper les logements du hameau, propriété de l'association, qui trouvent plus difficilement preneur, et n'associent plus leur présence à un engagement

dans la communauté et son organisation informelle. Ils demandent des délégations plus précises et une formalisation plus objective de l'organisation. Les anciens, pour leur part, regrettent le temps passé où tout semblait plus fluide lorsque le partage des tâches et la participation aux évènements exceptionnels et rituels étaient guidés par l'engagement et l'identification aux valeurs. Dès lors, à partir d'un modèle encore très présent mais en mutation, à travers la vision de la direction qui m'anime, je dois aborder l'adaptation nécessaire aux évolutions du secteur en réussissant l'articulation entre communauté et société, ou en d'autres termes entre institutionnalisation et parcours.

2.1.4 Le public accueilli

A) L'Agrément de l'établissement : l'autorisation et l'équilibre des trois tiers

L'autorisation administrative 2017 / 2031 *(arrêté ARS 2017-2159 du 31/8/2017)*

57 places d'IME pour jeunes de 3 à 25 ans dont :
- **30 places d'IMP + 27 places d'IMPRO**
- **18 places d'internat complet + 39 places d'internat de semaine**

Code discipline	Code activité	Code clientèle	Nbre de places	Age
Site des Allagouttes *(Code catégorie 183 Institut médico éducatif)*			**44 places**	
901 **Educ générale et soins** spécialisés enfants handicapés	11 - Hébergement internat complet	111-115. Retard moyen mental profond et sévère	7	3 à 25 ans
		437. Autistes	3	
	17- Internat de semaine	111-115. Retard mental moyen profond et sévère	14	
		437. Autistes	6	
902 **Educ Professionnelle et soins** spécialisés enfants handicapés	11 -Hébergement internat complet	111-115. Retard moyen mental profond et sévère	3	3 à 25 ans
		437. Autistes	1	
	17- Internat de semaine	**111-115. Retard mental moyen profond et sévère**	**6**	
		437. Autistes	**4**	
Site de Surcenord *(code catégorie 183 Institut médico éducatif)*			**13 places**	
902 Educ Professionnelle et soins spécialisés enfants handicapés	11 - Hébergement internat complet	111-115. Retard moyen mental profond et sévère	3	
		437. Autistes	1	
	17 -Internat de semaine	**111-115. Retard mental moyen profond et sévère**	**6**	
		437. Autistes	**3**	

Si l'autorisation accorde 57 places, en réalité, l'établissement a depuis de nombreuses années accueilli 60 enfants, adolescents et jeunes adultes de 5 à 25 ans, présentant une déficience intellectuelle profonde, sévère ou moyenne. Cette suractivité est permise par la jauge de chacune des maisons au regard de la commission de sécurité et de la capacité de chacune. Elle permet d'être souple au niveau du fonctionnement et d'accorder des sorties les week-ends ou lors de temps exceptionnels demandés par les parents.

Elle a cependant entrainé une surestimation des capacités de l'établissement qui se sont précisées lors du renouvellement de l'autorisation en 2017. Suite au dialogue mené avec l'ARS, il parait inéluctable que l'établissement doive respecter le nombre de résidents autorisés et présents sur les sites. La baisse de l'activité prévisionnelle qui en découle

peut se traduire soit par une baisse du budget, soit par une augmentation du prix de journée qui parait optimiste.

L'autorisation, qui distingue désormais internat de semaine et internat complet ne correspond pas à la réalité du fonctionnement. En effet, le rythme réel est celui de la quinzaine et cette nomenclature n'existe pas chez le tarificateur. Pour se rapprocher de la réalité une distinction arbitraire a été validée entre l'internat complet, compté sur 365 jours pour 18 résidents, et internat de semaine, compté sur 198 journées pour les 39 autres. Cette répartition permet de se rapprocher de l'activité historique résultant de la présence à la quinzaine de la plupart des résidents. Pour définir l'activité, le tarificateur s'est appuyé sur la moyenne des trois dernières années pour accorder le montant de la campagne budgétaire. Le respect des 57 places ne permet donc pas de l'atteindre sans augmentation du tarif.

Cette rationalisation de l'activité a pour but de permettre le calcul du taux d'occupation de l'établissement afin de déterminer les éventuels taux de reconduction budgétaire et préparer le passage en prix de journée globalisé. Ce nouveau fonctionnement devrait concerner l'établissement l'année prochaine, avant le CPOM prévu pour 2020 qui marquera le passage à l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD).

L'amplitude de l'activité sur 365 jours est aussi une question. Seuls trois jeunes, relevant des services de l'ASE et sans famille d'accueil, ne sortent jamais alors que tous les autres passent au maximum 248 jours dans l'établissement. Au-delà des aspects financiers, cette différence de traitement exacerbe la jalousie et discrimine ceux qui ne sortent jamais et demande une organisation dédiée pour assurer la continuité de leur accueil.

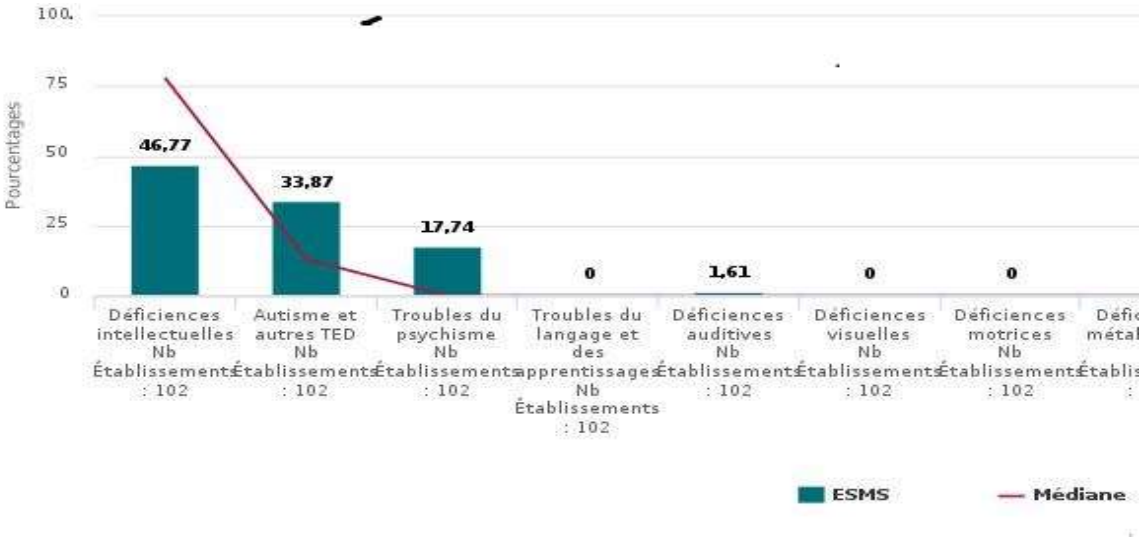
En 2008, suite au dépôt d'un dossier CROSMS, 18 places pour personnes atteintes d'autisme ont été accordées. Cette reconnaissance a permis le financement, par la CNSA, d'un bâtiment école et d'une salle de spectacle.

Au-delà de l'autorisation, en pratique, l'équilibre est maintenu par le respect d'une répartition selon trois tiers :
Un tiers des résidents présentent des troubles tels qu'un accompagnement est nécessaire dans tous les actes de la vie quotidienne.
Un deuxième tiers des résidents a besoin d'accompagnement et de protection mais peut bénéficier d'une scolarité et d'une mise au travail adaptées à leurs moyens. Les troubles qui les atteignent, s'ils ne leur permettent pas une compréhension complète du monde, ne les en isolent pas totalement.
Un dernier tiers correspond aux personnes présentant des troubles du psychisme 'qui impactent leur personnalité et leur comportement. Elles ne peuvent s'insérer dans le

système scolaire ou le tissu professionnel mais l'objectif d'une intégration sociale durable peut-être visé. La confrontation entre, d'une part, le respect de leurs droits et de leurs attentes dans une logique d'autodétermination, et d'autre part, le devoir de protection à leur égard, soumet les professionnels à la résolution d'équations délicates.

B) Les situations complexes et les risques de rupture

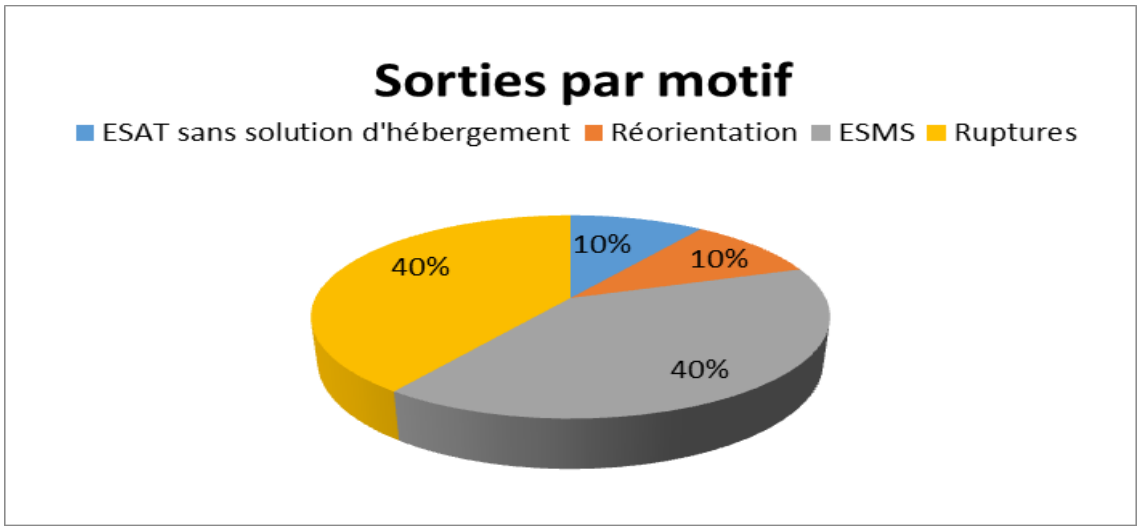
L'établissement accueille 8 jeunes présentant des troubles du psychisme qui sont répartis dans les différents services en fonction de leur âge et de l'équilibre général. Pour certains, on peut relever que les troubles du comportement, à travers les manifestations d'opposition et de violence deviennent plus difficiles à gérer lors du passage à l'adolescence dans les IMPRO quand les réponses éducatives ne suffisent plus. Comme l'indique le tableau de bord de l'ANAP, relatif à la campagne 2016, la proportion des personnes accueillies présentant un trouble du psychisme est de 17,74 % alors que la médiane nationale est de 2,33% et que celle départementale est de 1,11%.



À ce jour, l'établissement compte 15 jeunes suivis par les services de l'ASE, 5 sont issus d'un autre département (4 jeunes Bas-Rhinois et 1 jeune Vosgien).

Au cours des 2 dernières années, l'établissement a connu 10 sorties définitives de personnes accueillies :

- 40 % correspondent à l'obtention d'une place en secteur pour adultes répondant à leur orientation (accueil de jour, FAS et ESAT)
- 10 % représentant une ré-orientation
- 10 % à l'obtention d'une place en ESAT, mais sans accueil en foyer d'hébergement
- 40 % résultant d'une fin de prise en charge, sans solution, soit par exclusion de l'établissement suite à des faits, soit par refus de réintégrer la structure.



Sur les 40 % de ruptures qui correspondent à 4 jeunes, 3 sont confiés à l'ASE. Une jeune adulte, a été admise en ESAT mais n'a pas de solution d'hébergement. À ce jour, l'IME lui a proposé un hébergement gracieux alors que le FAHT de l'Association Les Sources, n'est pas complet. Pour des raisons de transport, il n'offre pas la réponse adaptée aux besoins. Cependant, dans la perspective du projet visé, induisant plus de souplesse et de transversalité pour favoriser les parcours, il me parait envisageable de pérenniser l'accueil physique sur le site de l'IME en transférant l'accompagnement éducatif sur l'agrément du FAHT. L'objectif est bien d'éviter les ruptures en décloisonnant l'offre. Certaines situations de jeunes, particulièrement complexes, impliquent des acteurs multiples et appellent une dynamique nouvelle.

2.2 Méthodologie d'investigation conduisant au diagnostic

2.2.1 Analyse des situations de résidents

Les difficultés concrètes, vécues par certains jeunes de l'établissement permettent d'illustrer la problématique et de poser des constats préalables à la proposition de pistes de résolutions qui baliseront le plan d'action. J'ai choisi de présenter une synthèse de la situation de 4 jeunes qui me semble mettre en relief les difficultés et les incertitudes qui pèsent sur leur parcours de vie.

- Les difficultés de M : annonce d'une rupture programmée.

La situation d'un jeune garçon accueilli au sein de l'IMPRO du Surcenord me parait assez édifiante pour aborder la problématique autour des questions qu'il pose et des réponses qui lui sont apportées. M est arrivé dans l'établissement après avoir été confié à l'ASE

suite à des violences intrafamiliales et des carences éducatives. L'ampleur des mauvais traitements qu'il a subis demeure imprécise malgré certains éléments objectifs permettant néanmoins d'en mesurer la gravité.

Dès les premiers temps de l'accueil, ses troubles du comportement ont été relevés. Crises d'angoisse, intolérance à la frustration, idées fixes, fugues, passages à l'acte violents ont jalonné son parcours dans le groupe de vie.

Dans un accès inexpliqué, à l'âge de sept ans, il a lacéré le visage d'un jeune autiste avec une pierre, ne causant heureusement que des lésions superficielles.
Peu à peu en grandissant, il a fait régner la terreur auprès de ses camarades dans l'IMP des plus petits. L'équipe éducative poussée dans ses retranchements et ayant épuisé tous ses recours, une solution institutionnelle a été recherchée.
Il est donc passé directement à l'IMPRO du Surcenord, sans passer par l'IMP des grands, avec pour projet de s'intégrer aux ateliers de travail, mettant en suspend sa scolarité en dehors d'un soutien individuel et personnalisé.
Immergé dans un groupe de plus grands, censés être en mesure de se défendre, l'objectif était de permettre l'identification au travail à la ferme lui permettant de s'investir dans les ateliers de travail proposés.

Si des progrès ont été relevés, son opposition s'est aussi radicalisée à travers un refus de l'internat, un rejet de l'institution avec pour corollaire l'unique demande de rentrer chez sa mère suivre un autre parcours, quitte à dénier toute réalité.
Le suivi psychiatrique proposé dans l'établissement n'a pu être externalisé sur Colmar dans un service spécialisé (PIJ), comme l'avait projeté un temps la psychiatre car la double prise en charge n'a pas été possible afin de permettre aux établissements de facturer conjointement leur prestation. Des entretiens épisodiques, organisés sur le temps institutionnel, imparti de trois heures semaines pour les soixante jeunes et familles, ont été maintenus.

La collaboration avec l'ASE s'est limitée à des demandes progressives auprès du juge des enfants pour augmenter le droit d'hébergement chez la mère, lors des week-ends puis des vacances, afin de faire baisser la pression et répondre aux demandes de M.
Afin de donner de la perspective et une dynamique de projet, l'établissement a conventionné plusieurs stages de répits dans des lieux de vie non conventionnés.

D'autres stages conventionnés avec un IMPRO du secteur, proposant un suivi en externat, ont finalement abouti sur une éventuelle possibilité de réorientation. Suite à une

proposition d'admission, des démarches ont été entreprises auprès de la MDPH, pour obtenir la notification, et auprès de l'ASE afin qu'une demande d'ouverture des droits soit adressée au juge des enfants.

Cependant, la présence envahissante du grand frère au domicile de la mère, en grande difficulté sociale et suivi par la commission des situations critiques, a conduit l'ASE à relativiser la demande et à différer le projet. Si cet ajournement est compréhensible dans la perspective d'éviter un regroupement des deux frères sous le même toit fragile, au risque d'une déstabilisation de chacun, il n'a pu être ni entendu ni accepté par M.

Après des efforts de comportement, dans la perspective d'atteindre ses objectifs et l'externat tant désiré, une recrudescence des rapports d'incidents directement liés avec le report du projet, a conduit la psychiatre à ordonner une hospitalisation d'urgence en psychiatrie adulte. Deux jours après l'admission, M a pu ressortir du service inadapté à sa problématique, pour passer les vacances au domicile familial auprès de sa mère et son frère actant ce que les services de l'ASE voulaient éviter. Suite à de nouveaux incidents et des violences contre une éducatrice, conduisant à un dépôt de plainte, M n'a pu réintégrer les effectifs de l'établissement et s'est donc retrouvé sans solution et sans droits ouverts pour rester au domicile familial. Sa situation a été abordée en commission des situations complexes à laquelle j'ai été invité pour représenter l'établissement.[53] Un placement à domicile, suivi par la Cité de l'Enfance de Colmar, complété par une admission en IMPRO a été prononcé malgré les réticences de la directrice de l'établissement concerné. Arguant du principe de libre engagement, elle a admis la possibilité d'un accueil, mais fait valoir qu'elle ne pourrait rien entreprendre en cas de non collaboration de M.

À ce jour, en dehors de deux nouveaux séjours en psychiatrie, causés par une décompensation résultant de la non prise de son traitement psychotrope, M ne s'est inscrit dans aucun nouveau projet.

À mon sens, l'impossibilité de construire un projet coordonné et partagé par les différents acteurs illustre bien les limites actuelles des partenariats. Ces constats démontrent le besoin de proposer des solutions nouvelles, afin d'éviter les ruptures et inscrire les personnes dans de véritables parcours.

---

[53] Annexe VIII : Mail de la direction générale des services du conseil départemental, 01 février 2018.

- Les troubles de L : l'espoir d'une orientation adaptée.

L, âgé de 19 ans est arrivé à l'IMPRO depuis 2 ans suite à une rupture de parcours. Il est suivi très jeune par la pédopsychiatrie et une mesure d'Aide Éducative en Milieu Ouvert (AEMO) pour aider la famille, dépassée par ses troubles du comportement.

Suite à un cursus scolaire spécialisé, il est admis en ITEP où ses difficultés le conduisent dans un nouvel ITEP, plus éloigné, proposant de l'internat mais dont il est exclu suite à des incidents et évènements indésirables. Dès lors, s'en suit une période sans accompagnement si ce n'est deux demi-journées à la PIJ de Colmar. Livré à lui-même, désœuvré et déprimé, il passe ses journées devant des écrans en se remplissant de nourriture. Il est finalement admis au sein de , où il arrive âgé de 17 ans et en surpoids puisqu'il dépasse les 100KG.

D'une intelligence normale et même supérieure, comme l'indique le bilan effectué par le psychologue *(Le test d'efficience intellectuelle montre un profil global hétérogène. Ses points faibles sont la mémoire de travail et le raisonnement perceptif. Son point fort est la compréhension verbale où il a un niveau supérieur à celui attendu pour sa classe d'âge),* il prend rapidement le pas sur ses camarades et interpelle l'équipe éducative par ses troubles du comportement. Toute sollicitation est l'occasion de débats sans fin et toute frustration se traduit par des passages à l'acte violents. Agressions verbales, menaces, destruction de matériel, violences physiques, fugues illustrent son mal être.

Son rapport aux filles est notamment problématique et il s'en prend régulièrement à une jeune femme de la maison. Suite à des plaintes répétées, la mère de cette dernière m'a adressé un courrier, faisant part de ses craintes et de sa lassitude, me demandant quelles actions étaient envisagées pour garantir la sécurité de tous.

Une hospitalisation a été programmée avec la psychiatre afin de rééquilibrer le traitement et un diagnostic de schizophrénie a été posé. En dehors de ses gardes, notre psychiatre, chef de service de PIJ n'a pas eu beaucoup de contact avec le service adulte dans lequel il a été suivi. Le traitement ne semble pas miraculeux et des ajustements restent à opérer. Le diagnostic permettra de travailler une orientation vers des structures adultes spécialisées dans la prise en compte des maladies et du handicap psychique qui répondent mieux aux difficultés de L. En attendant il reste à espérer que le traitement permette une stabilisation du comportement et que la vigilance de l'équipe éducative suffise à poursuivre l'accueil de L au sein de la maison.

- L’isolement de G et V : l’inquiétude de l’avenir

Deux garçons de l’IMPRO St Jean relèvent des services de l’ASE à qui ils ont été confiés suite à des manquements et carences éducatives. Ils ne bénéficient d’aucun droit d’hébergement et ne rencontrent leur famille que lors de visites ponctuelles.

Cette situation est inacceptable pour V qui idéalise une mère schizophrène qui ne collabore pas avec les travailleurs sociaux d’aucune institution. Elle prend contact avec son fils de manière désorganisée par le biais des communications téléphoniques et de rencontres impromptues pourtant interdites par le juge. Elle habite près des grands-parents paternels qui ne peuvent empêcher V de s’y rendre lors de ses visites mensuelles. Les sorties ont donc été interdites par le juge et l’ASE a été missionnée pour organiser des rencontres médiatisées. Parallèlement, V a fait part de plaintes récurrentes concernant le mauvais accueil réservé par sa famille d’accueil (ASFA) et sa volonté de ne plus s’y rendre. Le juge a validé cette requête lors de la dernière audience, à laquelle l’IME n’a pu participer, se cantonnant au rôle de taxi, l’éducateur référent de V étant prié d’attendre dans le couloir. Pour des raisons de lenteur administrative, et de non collaboration de la mère, aucune rencontre n’a eu lieu alors que V ne sort plus de l’institution depuis des mois. La recherche d’une nouvelle famille d’accueil est en cours mais les possibilités sont rares, et les personnels de l’ASE plutôt pessimistes dans la perspective d’apporter rapidement des solutions.

Cette situation a exacerbé ses troubles psychiques et son opposition au placement qu’il identifie à un enfermement dans l’établissement. Ils se traduisent par des discours lancinants autour du manque, une interrogation permanente de la fiabilité de la relation éducative, des passages à l’acte et des fugues. La situation est délétère et inquiétante avec pour éventualité immédiate, une hospitalisation afin de prévenir le risque de décompensation.

Pour G la situation semble moins urgente. Concerné par des troubles de l’autisme et une déficience intellectuelle plus prononcée, il parait accepter sans opposition manifeste d’être accueilli de façon continue dans l’établissement en dehors de la colonie de 20 jours du mois d’août. Il se rend chez sa mère deux fois par mois à la journée, accompagné d’un taxi mis à disposition par l’ASE et donc financé par le conseil départemental tant qu’il est mineur. Résident du Bas-Rhin, les différentes étapes que nécessite l’usage des transports en commun, corrélées à ses difficultés cognitives et spatio-temporelles, ne lui permettent pas de se rendre chez lui par ses propres moyens. Sa mère étant dans l’incapacité de se déplacer, se pose la question de la permanence de ce lien, si fragile soit-il, lors de son

passage à l'âge adulte et des 18 ans fatidiques. La préparation de cette transition par l'éventualité d'un contrat jeune majeur n'est pas évoquée à ce jour. En référence aux usages en vigueur actuellement, il est probable qu'il n'excède pas 6 mois.

2.2.2 Enquête dans le cadre du stage CAFDES

Suite à la chute, heureusement sans conséquences dramatiques, d'un enfant qui s'était réfugié sur les toits d'un IME du département, une réunion de concertation a été organisée afin de partager les difficultés et communiquer aux autorités de tutelles les inquiétudes et les difficultés à accueillir certains publics.
La réunion a eu lieu le 21 septembre 2017à l'IME de Guebwiller à l'initiative du groupe Saint Sauveur et de son directeur général. La présence de plusieurs présidents d'association et notamment de la protection de l'enfance ainsi que de psychiatres du département a montré l'intérêt porté par l'ensemble des secteurs concernés.[54]

J'ai pu présenter le thème de mon projet de mémoire et proposer d'effectuer mon stage auprès de la directrice de l'IME, avec pour objectif de mener une enquête de recensement de situations critiques présentes dans les effectifs des établissements du département.
À partir de la liste de présence, j'ai pu diffuser un tableau de recensement des situations critiques au sein des établissements participants. Afin d'objectiver les indicateurs j'ai proposé une notice de caractérisation prenant en compte les critères de l'ANAP[55]. J'ai aussi pris en compte les remarques du directeur de la MECS St Jean pour adapter le tableau au secteur de la protection de l'enfance[56].

L'enquête a porté sur 12 établissements dont 6 de la protection de l'enfance et 6 du secteur médico-social pour un effectif global de 861[57]. Le nombre des situations critiques est de 71 pour un taux de 4,75% dans les établissements médico-sociaux, et de 13,33% dans ceux de la protection de l'enfance. Les troubles du psychisme et du comportement ainsi que la déficience intellectuelle en sont les causes majoritaires. Elles se traduisent en majorité par de la violence et des fugues.

L'analyse des réponses, est cependant impactée par le fait que chaque établissement a dénombré les situations critiques à l'aune de ses difficultés singulières, en fonction d'un public qui lui est propre. Malgré la restitution synthétique il a été difficile de dépasser l'analyse de chaque secteur pour dégager une problématique commune. La déficience

[54] Annexe IX : liste des participants à la réunion des situations critiques
[55] Annexe X : notice des indicateurs du tableau de caractérisation des situations critiques
[56] Annexe XI : tableau de l'enquête de recensement des situations complexes
[57] Annexe XII : tableau synthétique de restitution de l'enquête

intellectuelle restant le premier critère de complexité pour la protection de l'enfance, tandis que la violence, liée à un trouble du psychisme, du comportement ou du spectre de l'autisme, caractérise le principal marqueur des établissements médico-sociaux.

2.2.3 Rencontre avec les partenaires

Pour étayer l'élaboration du diagnostic, la rencontre des principaux partenaires m'a semblé incontournable, afin d'appréhender la problématique et partager les constats.
La rencontre avec la correspondante de l'établissement, ainsi que référente réponses handicap et déficience (dans le cadre de la mise en œuvre de la RAPT au sein de la direction territorial 68 de l'ARS Grand-Est), m'a permis de mieux comprendre le fonctionnement et les attentes de l'autorité de tutelle. Elle m'a aidé à mieux cerner les enjeux et les possibilités d'évolution et de transformation de l'offre de l'établissement, dans le cadre des nouvelles nomenclatures et des objectifs fixés par les pouvoirs publics.

La rencontre avec la personne chargée de mission, dans le cadre du déploiement de la RAPT au sein de la MDPH 68, m'a permis d'en préciser son fonctionnement comme présenté lors de la première partie de contextualisation. J'ai pu faire le constat que l'établissement était peu présent au sein des différentes commissions malgré la forte reconnaissance dont il jouit, pour offrir des solutions de secours de par son fonctionnement très recherché en internat continu et son accueil non catégorisé.

Au regard du nombre d'enfants accueillis relevant des services de l'ASE, même s'ils ne sont pas tous originaires du même département, il m'a aussi semblé important de rencontrer son chef de service, afin d'échanger sur ses constats et sur les besoins repérés. Il constate : un développement des doubles prises en charge entre ASE et médico-social, un vieillissement et une raréfaction des familles d'accueil, un manque de solutions de répit qui amène à contractualiser avec des structures satellites pour organiser des temps de week-end ou de vacances. La question du projet pour l'enfant, qui n'est pas encore rédigé dans le département, représente un axe de développement à travers la forte mobilisation des partenaires. La co-rédaction, dans le cadre des doubles prises en charge est une possibilité envisagée. La volonté est de mobiliser une offre qui se développe au niveau de l'ASE 68 à travers le placement à domicile et séquentiel soutenu par une Aide Éducative en Milieu Ouvert Renforcée (AEMO R). L'objectif est de développer des réponses originales et un appel à projet d'équipe mobile d'appuis sur les situations complexes est à l'étude.

La PIJ de Colmar est un partenaire majeur dans l'accompagnement des troubles du psychisme. La présence de son chef de service, en tant que psychiatre de l'établissement

représente un atout et une opportunité pour améliorer l'offre et le suivi des jeunes en situation complexe. Dans le cadre de l'élaboration du diagnostic, nous avons pu échanger à plusieurs reprises afin de partager nos constats. Il paraît indispensable à l'heure actuelle de réfléchir conjointement autour de l'accompagnement des jeunes en difficulté, à la croisée de différentes prises en charge. Ainsi, l'ARS a autorisé une double prise en charge pour les enfants et jeunes accueillis en établissements médico-sociaux qui peuvent dorénavant bénéficier d'une prise en charge en hôpital de jour, au sein du service de psychiatrie infanto-juvénile. (Ce qui n'avait pas été possible pour M dont j'ai exposé la situation précédemment). Des jeunes peuvent donc recevoir des soins psychiques au sein du service tout en étant accompagnés, dans leur vie quotidienne, leur scolarité et le monde professionnel par les équipes des établissements médico-sociaux.
En tant que partenaire privilégié, il me parait important que l'établissement puisse proposer un nouveau mode de collaboration permettant de mieux accompagner les troubles du psychisme autour de compétences mieux partagées.

2.2.4 Recueil des points de vue des professionnels

Les jeunes en situation complexe mobilisent et déstabilisent les professionnels de l'établissement dans la mise en œuvre de leur projet individualisé et dans l'accompagnement au quotidien. Le maintien de la qualité de l'accompagnement au regard de la mission confiée, passe par la reconnaissance de leurs difficultés et un soutien permanent de la direction.

A) Les incidents relevés

La posture des éducateurs est mise à mal lors des passages à l'acte violents, où la sécurité des personnes et des biens est menacée, ainsi que lors des fugues, où leur responsabilité est engagée. Ils font souvent part de leur désarroi dans les classeurs de transmissions et consignent les incidents dans les rapports transmis à la direction. En tant que cadre, je reçois de nombreux appels lors de mes astreintes pour gérer des situations délétères. Mon rôle est souvent de rassurer, de décharger le professionnel en difficulté en prenant à mon compte les décisions à prendre. Il me faut souvent mesurer la situation, temporiser avant de déclencher l'alerte, sachant par exemple, que souvent le jeune en fugue réapparait dans la demi-heure.

Lors de certaines situations de violence, l'exposition et l'implication physique des éducateurs frôle les limites de la bientraitance pour contenir les excès. Ils ont à plusieurs reprises fait part de demandes concernant des formations pour gérer la violence. Les éducatrices sont aussi souvent la cible d'agressions verbales à caractère outrancier et sexuel. Des coups et blessures ont fait l'objet de dépôt de plainte et de mise à pied comme exposé précédemment dans la présentation des situations. Le traumatisme qui en

résulte fragilise les professionnels exposés, qui perdent l'assurance de leur statut les rendant encore plus vulnérables. La cohésion de l'équipe est alors un secours indispensable et la solidarité entre collègues, un réconfort irremplaçable. La conduite des réunions, la prise en compte des difficultés par les cadres de l'établissement, les interventions auprès des partenaires et instances pour exposer et traiter les incidents sont des marqueurs indispensables pour soutenir l'action des professionnels.

B) Les week-ends « solidarité ».

Lors des week-ends de sortie, où tous les pensionnaires rentrent à leur domicile, ne restent présents sur le site que certains enfants, sans solutions de sorties du fait de situations familiales précaires, dont j'ai présenté certaines situations dans le chapitre précédent. Une organisation dédiée a été mise en place, et chacun des 4 services assume le week-end à tour de rôle par solidarité à l'ensemble. Les éducateurs de certains services n'ont pas connaissance des problématiques des jeunes qu'ils n'accompagnent pas régulièrement. Le regroupement des situations difficiles, lors de ces temps où les professionnels ne maitrisent pas les enjeux individuels, favorise les tensions et conduit à une recrudescence d'évènements indésirables. Les professionnels ont relevé le manque de coordination et de transmission leur permettant de prendre la mesure des actions et médiations à mettre en œuvre.
Lors d'une réunion que j'ai pu organiser avec un représentant de chaque service les constats et difficultés ont été confirmés et des pistes d'amélioration soulevées.

- Les constats : regroupement de jeunes difficiles, méconnaissance des problématiques individuelles, accueil des plus âgés dans le service des plus jeunes ne favorisant pas l'identification, pas de coordination des projets sur l'année.
- Les pistes d'amélioration : nommer des référents week-end solidarité par service, créer un lieu d'accueil dédié en dehors des 4 services, créer un outil de transmission et de coordination spécifique, mettre en place de l'analyse des pratiques

À ce stade, j'ai donc pu dresser un état des lieux permettant une approche externe de la problématique puis, à travers la présentation de l'établissement, de ses usagers de ses professionnels et de ses partenaires, j'ai pu dégager des constats internes. Je propose d'en présenter la synthèse sous forme d'un tableau d'analyse interne et externe qui permet de recenser les forces et faiblesses, ainsi que les menaces et opportunités : **S**trengths (forces), **W**eaknesses (faiblesses), **O**pportunities (opportunités), **T**hreats (menaces) (SWOT).

2.3 Synthèse de l'analyse : le SWOT

Synthèse de l'analyse interne	
Forces	**Faiblesses**
PUBLIC ACCUEILLI	
• Un accueil au large potentiel reconnu des partenaires. • Reconnaissance de 18 places autistes	• Des situations qui dépassent le cadre de l'agrément et mettent l'organisation en difficulté. • Une autorisation qui ne correspond pas à la réalité de l'accueil. • Des réponses nouvelles à apporter.
PATRIMOINE	
• Un outil de qualité mis aux normes et confortable. • Un bon ratio de chambres individuelles dans des services modulables et adaptables aux besoins. • Des projets immobiliers en cours pour finaliser la rénovation des sites.	• Une dispersion des différents services sur plusieurs sites ne permettant pas la rationalisation des moyens. • Une lingerie qui ne répond plus aux normes. • Un patrimoine lourd à entretenir
ORGANISATION	
• Un savoir-faire reconnu. • Une organisation transversale riche. • Une solidarité et un partage des responsabilités. • Des réponses dynamiques et originales visant à donner du sens et permettre l'identification à une vie communautaire.	• Une organisation fondée sur l'engagement au détriment de la formalisation. • Peu de transversalité et une organisation centrée sur les services au détriment de la continuité des prestations. • Des plannings qui frôlent les limites du droit du travail. • Peu de procédures identifiées. • Une démarche qualité peu investie. • Un manque de ressources et compétences pour développer les fonctions supports. • Des outils de la loi 2002-2 à refonder et à redynamiser • Un projet d'établissement qui arrive à terme et qui doit être réécrit.
CULTURE ET MANAGEMENT	
• Une grande capacité d'engagement fondée sur des valeurs et une pédagogie fédératrice. • Des capacités d'adaptation et de création favorisées par la souplesse de la transmission d'une norme subjective mais reconnue.	• Un manque d'objectivité et de capacité à l'évaluation. • Un hiatus entre modernes et anciens • Pas de véritable stratégie ou réflexion managériale : l'intuition comme unique viatique.
RH	
• Un taux d'encadrement élevé. • Des personnels éducatifs nombreux. • Des éducateurs jeunes et motivés. • Des ressources et savoirs faire internes. • Un personnel formé à la méthode Makaton. • Des IRP ouverts au dialogue.	• Un trou dans la pyramide des âges qui peut peser sur la transmission des savoirs. • Des départs en retraites programmés dont celui de certains cadres et en particulier la direction. • Poste de psychologue vacant. • Un manque d'expérience et de formation d'une partie des éducateurs • Pas de GPEC, ce qui ne permet pas une projection et une rationalisation des ressources. • Pas de formalisation des entretiens professionnels • Pas de veilleur de nuit. • Un taux d'absentéisme maladie trop élevé notamment concernant les services généraux.
COMMUNICATION	
• Un site internet récent.	• Pas de mise à jour du site internet. • Pas de compétences identifiées pour gérer les fonctions support ni de délégation formalisée.

Synthèse de l'analyse externe	
Ressources	**Incertitudes**
Orientation des politiques publiques	
• Une prise en compte du parcours des usagers et des implications nouvelles entre les partenaires. • Une volonté de répondre à tous, d'éviter les ruptures et les personnes sans solutions. • Une volonté d'assouplir les dispositifs. • Une reconnaissance des situations complexes et une ouverture pour des solutions nouvelles. • Le passage au prix de journée globalisé	• Des budgets contraints et des redéploiements à moyens constants. • Une réforme de la tarification à venir. • Une volonté de désinstitutionalisation et une remise en cause de l'adéquation des dispositifs aux besoins
PARTENARIATS	
• L'établissement jouit d'une très bonne image auprès des partenaires fonctionnels. • Le réseau est riche et semble pouvoir couvrir les besoins des usagers.	• Les partenariats ne sont pas assez formalisés ni référencés

2.4 Les perspectives et les difficultés à relever

2.4.1 Des opportunités pour insuffler le changement

La prise en compte des situations complexes et la volonté de réponse à leurs difficultés particulières à travers la recherche de solutions pour tous, ont été développées dans la première partie de contextualisation. Le PRS précise : *« On entend par transformation de l'offre toute action visant à la rendre plus inclusive, plus souple et plus adaptée à la prise en compte des situations individuelles, notamment complexes dans un objectif de fluidification des parcours. Cela passe à la fois par la création de nouveaux dispositifs, la diversification des modes de fonctionnement des ESMS existants et le renforcement qualitatif des accompagnements proposés. »*[58]

C'est dans ce cadre que j'ai mené mes rencontres à l'antenne territoriale de l'ARS 68 où j'ai cherché à mieux préciser les objectifs et mieux évaluer les enjeux.

- L'assouplissement de la nomenclature et les possibilités de transformation

Pour éviter les ruptures et favoriser les parcours, le décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques, précisé en janvier

[58] ARS, PRS Grand-Est 2018 2028, op. cit, p. 210

2018 par un guide pour l'application de la nomenclature[59], permet de modifier l'autorisation des ESMS dans une volonté de simplification et d'assouplissement.

« *La négociation d'un CPOM offre l'opportunité d'un changement de nomenclature, en tant que besoin, dans le cadre d'un arrêté de transformation sans appel à projet. De même, une demande de modification partielle de l'autorisation préexistante (extension, transformation d'une partie de la capacité, regroupent, cession) est l'occasion d'une adaptation globale, même si elle ne l'impose pas.* »[60]

En ce qui concerne l'établissement, pour lequel nous avons déjà montré que son autorisation ne correspond pas à la situation réelle, la nouvelle nomenclature du Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) permet d'envisager une transformation de l'offre. Elle regroupe désormais les différents niveaux de déficience intellectuelle en une seule catégorie ; la catégorie de handicap psychique rassemble quant à elle les anciennes formulations plus variables. L'autorisation pourrai donc, à terme, se simplifier autour de trois catégories repérées : la déficience intellectuelle, les troubles du spectre de l'autisme et le handicap psychique.

Le mode d'accueil est lui aussi assoupli. Les notions « *hébergement complet internat ; internat de semaine* ; *semi internat »* sont regroupées au sein de la même catégorie. La nouvelle nomenclature propose aussi un élargissement de *l'accueil temporaire avec hébergement* et l'apparition de nouvelles catégories : *tous mode d'accueil avec hébergement* et enfin la possibilité la plus globale *tous mode d'accueil (avec et sans hébergement)* qui permettent d'envisager plusieurs scénarios pour l'adaptation de l'offre de l'établissement.

- Les directives et objectifs nationaux et territoriaux

Une fiche annexe, complétant l'instruction n°2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application de l'article 158 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé, fixe comme objectif la scolarisation en milieu ordinaire de 50% des élèves accueillis en établissement spécialisé. Cette externalisation sera accompagnée par le développement des ULIS et le doublement d'ici à 2020 du

[59] Annexe XIII : Tableaux du Guide pour l'application de la nomenclature des ESSMS accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques, 22 janvier 2018
[60] *Instruction n° DRESS/DMSI/DGCS/2018/155 du 27 juin 2018 relative à la mise en œuvre dans le fichier national des ESSMS accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques*

nombre d'Unités d'Enseignement Externalisées (UEE), permettant d'accueillir en temps plein ou partagé des enfants au sein de l'école.

Dans cette annexe, des objectifs sont précisés concernant la part dans l'offre médico-sociale des services proposant un accompagnement en milieu ordinaire : « *Alors qu'aujourd'hui cette part est de l'ordre de 30 % en moyenne nationale, l'objectif est d'atteindre au moins 50 % des places en services au terme du plan. Son atteinte nécessitera non seulement de prioriser des créations de place en service dans le cadre de l'utilisation des crédits nouveaux à la disposition des ARS mais aussi de s'assurer dans le cadre des nouvelles autorisations et en utilisant le levier des CPOM que l'ensemble des établissements développent une offre de prestation en milieu ordinaire.* »[61]
Dans cette perspective, un objectif national de transformation de 30 % des places d'IME en place de SESSAD a été relayé auprès des ARS. Lors de mes entretiens, il s'est avéré que cet objectif se heurte localement aux besoins en places d'internat et qu'il sera certainement mal accueilli au niveau de la MDPH et des partenaires. Il représente cependant une opportunité pour l'établissement de saisir cette possibilité pour mieux adapter son offre, et élargir le cadre des interventions au domicile et au milieu ouvert.

2.4.2 Le cloisonnement des secteurs et des financements : des résistances à dépasser (des difficultés en terme de réalisations concrètes)

Malgré les prises de conscience et les déclarations d'intention, le décloisonnement des différents secteurs semble désormais un objectif à atteindre par le dépassement de leur organisation et de leur logique respective. Cette situation est certainement due à l'organisation de l'administration française en « tuyau d'orgue », isolant chaque secteur dans une logique ascendante et descendante qui lui est propre.

Elle a conduit au développement de cultures identitaires qui sous-tendent la perception des problématiques et des moyens de résolution : *« Ce sont bien les représentations qui sont en cause : il est difficile à des professionnels hospitaliers de concevoir d'emblée une prise en charge au long cours à partir du domicile ordinaire ou d'un domicile accompagné. La capacité d'autonomie des personnes, qui trouve peu à s'exprimer au cours de l'hospitalisation, surtout si elle se prolonge, est souvent sous-estimée ; par conséquent la manière dont il est possible de l'étayer est peu envisagée. De même, le rôle de l'accompagnement médico-social comme support possible à une stabilisation de la maladie en dehors du cadre hospitalier ne fait pas consensus auprès des professionnels*

[61] Secrétariat d'État chargé des personnes handicapées, février 2018, Note complémentaire à l'instruction n°2016-154 du 21 octobre 2016, p. 3

sanitaires (ANAP 2015), quand il n'est pas méconnu. La même difficulté se rencontre au niveau des établissements médico-sociaux qui ne conçoivent pas non plus aisément que telle personne, placée depuis de nombreuses années, soit en mesure de retrouver un cadre de vie banalisé dans un logement accompagné ou non.»[62]

La question du financement est aussi sous-jacente à toute tentative de mutualisation. Si le tuyau d'orgue peut s'avérer poreux et s'assouplir parfois pour laisser le champ à certaines initiatives, il n'en va pas de même pour les circuits de financement. Les doubles prises en charges sont en effet techniquement encore impossibles auprès des caisses maladies. Dans une logique d'efficience et de contrainte des moyens, chaque partenaire demeure vigilant, et malgré les intentions affichées, préserve ses propres intérêts : *« Le financement est un enjeu majeur de la prise en charge en santé mentale. Certains acteurs, notamment hospitaliers, mettent en évidence que certains dispositifs expérimentaux notamment sur l'autisme se financent au détriment d'actions déjà existantes. Une crainte subsiste globalement sur la mutualisation des financements entre le médico-social et la psychiatrie. »*[63]

2.4.3 Une population difficile à accompagner

L'accueil des jeunes en situation complexe, présentant des troubles psychiques, est particulièrement compliqué, car il expose l'établissement à des risques de judiciarisation et ses professionnels à des risques psychosociaux. Le mélange de la population accueillie expose les plus faibles aux excès des plus instables. En cas de violence il y a un risque de perdre la confiance des parents si l'établissement n'est pas en mesure d'assurer une de ses missions principales de protection. Les dépôts de plaintes, mises à pied et renvois qui en découlent, sont propices à l'installation d'un climat délétère altérant durablement la réputation et l'image de l'établissement.

Pour réussir cet accueil, l'implication de professionnels engagés et aguerris est indispensable. C'est l'incarnation de la posture éducative qui permettra l'identification des jeunes à leur projet, symbolisé par un tiers rassurant. Sans cette assurance, qui permet de dépasser bien des écueils et des crises, c'est l'instabilité et le chaos qui menacent alors professionnels et jeunes, renvoyant chacun à de la souffrance et de la défiance.

---

[62] ANAP, août 2015, *Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale Première approche*, p. 14

[63] ARS Grand-Est, février 2017, *Projets Régionaux de Santé 2012-2017 Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine Rapport d'évaluation,* p. 47

La question de l'éthique, centrale dans la construction de cette posture recherchée, doit faire l'objet d'une attention particulière et prendre toute sa place dans l'organisation institutionnelle. Les ressources internes doivent être mobilisées mais, comme nous l'avons vu au cours de l'analyse, la réponse ne peut être portée seule. Afin de ne pas être démuni et isolé face à des problématiques qui dépassent ses ressources et ses compétences, l'établissement doit impérativement trouver des alliés, et développer des partenariats lui permettant d'agir dans un réseau identifié et contractualisé.

2.5 Synthèse du diagnostic : une proposition de réponse

Au vu des constats partagés, la prise en compte des situations complexes demande des solutions innovantes. C'est une nécessité reconnue et mise en exergue par les autorités de tarifications ainsi que les partenaires. Des passerelles sont à développer, afin de proposer des solutions d'accompagnement adaptées, qui permettent de sortir des schémas traditionnels conduisant trop souvent à la rupture des parcours, et à la mise en danger des personnes concernées.

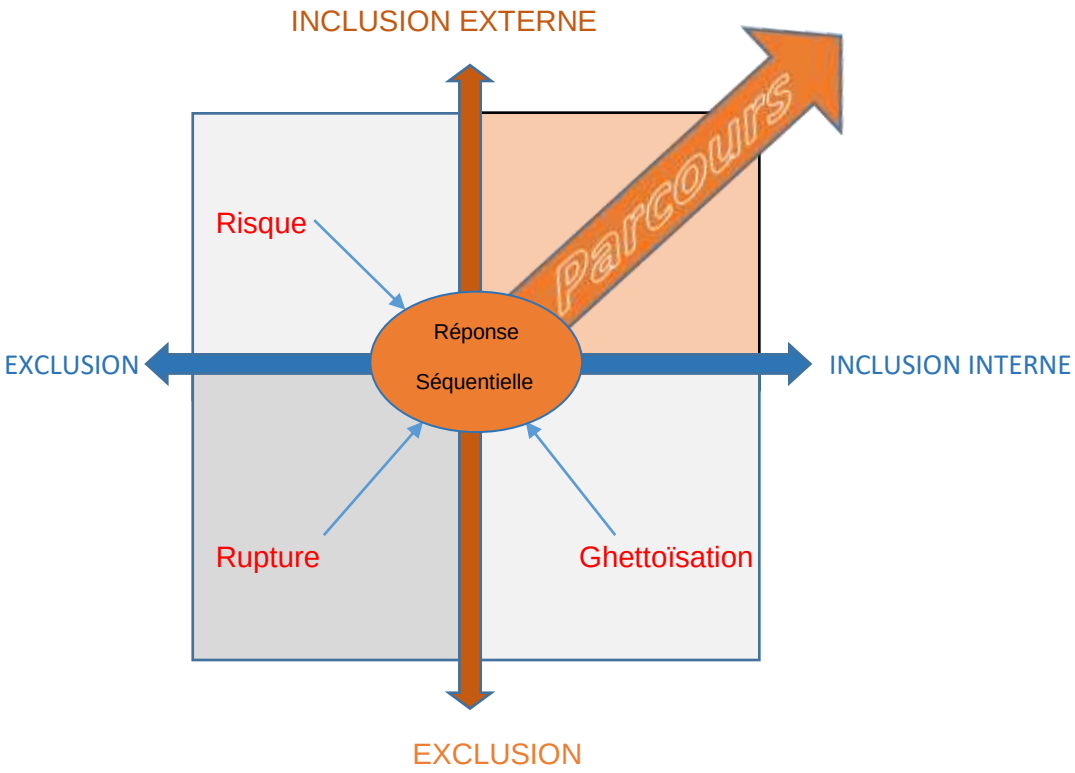
La mobilisation des ressources de l'IME et leur adaptation possible à travers la transformation de l'offre pourraient permettre d'améliorer les réponses apportées et l'accompagnement proposé. L'inscription dans une dynamique partenariale plus identifiée où la place, l'engagement et la mise à disposition de moyens des différents acteurs, comme le préconisent les orientations des politiques publiques, semble incontournable. « *À l'occasion d'un déplacement dans l'Eure le 28 novembre, la ministre Agnès Buzyn a livré quelques axes de la stratégie (…) permettre l'accompagnement des enfants handicapés confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou encore déployer des outils d'évaluation qualitative de l'offre de prise en charge* »[64].

Il s'agit dès lors, pour la direction que je souhaite incarner, d'établir une véritable stratégie du changement. Répondre aux problématiques multiples et complexes par la création d'un projet d'accueil séquentiel, demande de passer d'une logique de place à une logique de parcours, mobilisant de nouvelles compétences et des collaborations partenariales plus dynamiques. Face à une volonté de désinstitutionalisation et une remise en cause de l'adéquation des dispositifs aux besoins : L'internat unique est-il encore une réponse pérenne ?

[64] Direction(S).fr, novembre 2017, La lettre de Direction(s)

Au regard de la complexité de certaines situations, l'accueil séquentiel représente le début d'un projet et non la fin d'un parcours. Il n'est pas question de recréer des ghettos. Pour illustrer le propos, le schéma suivant montre que la solution à l'exclusion est une réponse séquentielle permettant de s'inscrire dans un parcours sécurisé vers l'inclusion sociale. Elle se situe au croisement d'un axe d'inclusion interne (éducatif) et d'un axe d'inclusion externe (social) mobilisant l'implication des partenaires des différents secteurs. L'exclusion interne, lorsqu'aucune réponse institutionnelle n'est proposée, conjuguée à l'exclusion externe, lorsqu'aucune identification ni soutien ne sont perçus, conduisent à la rupture. La personne en situation de rupture peut chercher des solutions personnelles d'inclusion s'identifiant à des groupes marginaux passant de la rupture au risque. Lorsque la réponse n'est qu'institutionnelle et unique, elle peut s'avérer pesante et ressentie comme une ghettoïsation.

La réponse séquentielle et modulée, mobilisant plusieurs partenaires peut permettre l'inscription dans un parcours sécurisé dont la personne peut se saisir.



Au-delà de l'amélioration de l'accompagnement des jeunes en situation complexe, c'est l'avenir de l'IME les Allagouttes/Le Surcenord qui est en jeu. L'objectif est de pérenniser et d'adapter sa culture spécifique et ses valeurs, à travers l'amélioration continue de la qualité, des infrastructures et des prestations.

« *La logique de parcours (et sa variabilité de situations), l'inscription progressive dans le mainstreaming, la quête d'autonomie et d'indépendance des personnes concernées, leurs attentes de développement personnel et de promotion sociale, nécessitent obligatoirement une autre entrée pour concevoir une organisation ad hoc : cette entrée c'est tout simplement le projet de vie de la personne !* »[65]

[65] LOUBAT J.R, HARDY J.P, BLOCH M.A, juin 2016, *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p. 111

3 Mise en œuvre d'une réponse séquentielle pour favoriser le parcours des jeunes en situation critique

3.1 Genèse du plan d'action

L'évolution de l'autorisation et de la tarification de l'établissement, à travers une nouvelle contractualisation est un changement qui se profile à l'horizon de l'année 2020. D'ores et déjà, l'analyse stratégique nous permet de faire ressortir les orientations qui doivent permettre de réussir cette mutation. Il s'agira en effet de montrer la capacité à répondre à des besoins identifiés et portés par les pouvoirs publics.

Au regard de ma vision des fonctions de direction, je considère que la transmission d'une culture et d'un savoir-faire, développés au regard des valeurs associatives et de leur fondement, représente un axe prioritaire. Transmettre les savoirs faire en les adaptant aux exigences nouvelles et contextuelles, représente à mon sens, une équation et un défi à relever. Dans un contexte de normalisation et de standardisation des acteurs sociaux et médico-sociaux, en passe de devenir de simples opérateurs publics, l'affirmation de ses valeurs, de l'originalité et de l'efficacité de ses prestations sont une question de survie notamment pour une petite structure : « *L'enjeu n'est ni plus ni moins de refonder une nouvelle légitimité de l'intervention sociale, non en s'alignant sur des prescriptions imposées mais en attestant de la capacité des acteurs du social à innover par des réponses singularisées, adaptées aux besoins de chaque personne, inédites et donc relativement imprévues ou au moins faiblement standardisées* ».[66]

Dans cette perspective, la modernisation de l'établissement, à travers un renouvellement de ses outils, le développement de ses ressources et la mise aux normes de son organisation, est une priorité qui s'impose à la direction que je souhaite incarner. Elle passe par la mobilisation du personnel dans la refonte d'un projet fédérateur, lui permettant de se projeter et d'accompagner le changement.
La pertinence et l'adéquation du projet au regard des enjeux du contexte et des attentes des pouvoirs publics en réponse aux besoins identifiés, sont désormais incontournables.
Fort de son expérience et de sa reconnaissance auprès de ses partenaires, c'est une opportunité que l'établissement doit saisir, afin d'être force de proposition dans l'accompagnement des jeunes dont la complexité des situations et des risques qu'ils encourent et font courir, appellent des réponses.

[66] JANVIER R., Mars 2009, *Conduire l'amélioration de la qualité en action sociale*, Paris : Dunod, p. 9

Dans un contexte médico-social en évolution, mais aussi un changement de génération interne, la synergie de tous, professionnels et administrateurs, doit permettre d'apporter des réponses toujours mieux adaptées aux besoins des personnes accueillies au regard des missions confiées. C'est par un plan d'action ambitieux et global que je compte y parvenir.
Il permettra une transmission trans-générationnelle à travers la valorisation et l'implication de tous. Le calendrier est rythmé et déterminé par des échéances incontournables comme les départs en retraite et la signature du CPOM. Néanmoins, le but est de plus longue haleine, car c'est l'avenir qu'il prépare. S'il doit permettre de franchir les paliers, il doit aussi permettre de redonner de la structure et du souffle en s'affranchissant des incertitudes pour les bonifier en possibilités. L'assouplissement des modalités d'accueil, potentiellement plus séquentielles, permettra de mieux répondre et de personnaliser l'accompagnement de tous les usagers, au-delà des ceux qui rencontrent des difficultés plus complexes, dans une logique de prestation.

Certaines échéances annoncées et l'imminence de certaines actions à entreprendre ne doivent pas donner l'impression d'une situation d'urgence déstabilisante pour les salariés de l'établissement. Il ne s'agit pas de créer une onde de choc dont les répercutions pourraient déstabiliser et braquer les équipes. Le changement se prépare et s'accompagne. Il doit s'appuyer sur les atouts et lever les freins repérés dans l'analyse du contexte : « *…tout modèle de management renvoie de fait à un « modèle culturel », c'est-à-dire à un système de valeurs, à un mode de communication relatif à tel ou tel contexte. Ce à quoi nous invite fondamentalement le management, c'est à prendre en compte les systèmes de motivation et de reconnaissance propres aux acteurs et aux micro- cultures d'une communauté d'action…* ».[67]

A la tête de l'établissement, il me faut impérativement réussir à rassurer et à fédérer : *« L'autorité ne se décrète pas, elle est ce souffle fait de présence, d'influence, de représentation continue et renouvelée, qui fait que chacun au sein du service est conscient que le pouvoir est exercé par quelqu'un. Celui-ci est légitime, il en a le charisme, c'est-à-dire la capacité à être reconnu comme leader et personne de référence »*.[68] Le changement est donc une entreprise de longue haleine où les objectifs

[67] LOUBAT J. R., 2005, *Élaborer son projet d'établissement social et médico-social*, 2éme édition, Paris : Dunod, p. 85
[68] LEFEVRE P., avril 2008, *guide de la fonction cadre et responsable de service en action sociale et médico- sociale,* Paris *:* Dunod, p. 134

stratégiques, à plus long terme, se traduisent en objectifs opérationnels qui déterminent les actions concrètes à mener. Afin d'y parvenir, le plan d'action permet d'en définir la feuille de route.

Au regard de ces perspectives, je souhaite proposer un plan d'action articulé autour de trois axes stratégiques permettant de :

1. Favoriser le parcours des jeunes en situation complexe par l'assouplissement de l'offre et la création d'une équipe mobile.
2. Concevoir et proposer des réponses plus adaptées et modulées, pour améliorer l'accueil des jeunes accueillis.
3. Renforcer et dynamiser les compétences en objectivant la gestion des ressources humaines, la formation et la transmission des savoirs.

3.2 La conduite du changement et la posture managériale

A) La culture d'entreprise

La culture d'entreprise, dont le diagnostic a relevé la prépondérance, peut représenter une force : « *c'est ainsi que considérant la culture comme une ressource (…) la gestion du personnel s'est rebaptisée et outillée en gestion des ressources humaines (…) la culture étant à la fois conçue comme une condition d'implication et de compréhension, un moyen d'optimisation (appel à la créativité, l'intelligence) et une source de performance et d'adaptation aux exigences de l'entreprise.* »[69]

Cependant, elle peut aussi être un frein à la remise en cause et à l'adaptation aux transformations du contexte en privilégiant la transmission des rites internes alimentant une mythologie collective identitaire : *« les mythes sont les histoires du groupe qui narrent les temps forts du groupe (…) ils alimentent les récits fondateurs de la communauté. Les tabous sont les interdits, les sujets délicats sur lesquels le groupe ne veut pas se pencher ou qu'il préfère oublier pour ne pas se remettre en cause : évaluation des compétences, licenciements, indicateurs d'activité, avenir, risques au travail, etc*. »[70] Le style de management est qualifié d'intuitif par la direction elle-même. Il peut être qualifié de paternaliste et charismatique, favorisant le contrôle par la norme et l'adhésion aux valeurs rapprochant l'organisation d'une forme que Mintzberg a qualifié d'organisation missionnaire.

[69] BOUSSARD V, CRAIPEAU S, DRAIS E, GUILLAUME O, METZGER J. L., mai 2004, *Le Socio-Manager*, Paris : Dunod, p. 173
[70] Ibid.

Les nouveaux professionnels, dont on a relevé une forte proportion parmi le personnel éducatif, ont de nouvelles aspirations et un rapport au vivre ensemble qui a changé. Ils n'aspirent plus à occuper les logements du hameau, qui trouvent plus difficilement preneur, et n'associent plus leur présence à un engagement dans la communauté et son organisation informelle. Ils demandent des délégations plus précises et une formalisation plus objective de l'organisation. Les anciens, pour leur part, regrettent le temps passé où tout semblait plus fluide, lorsque le partage des tâches et la participation aux évènements exceptionnels et rituels étaient guidés par l'engagement et l'identification aux valeurs.

Ces conditions ont été déterminées par une direction liant son exercice du pouvoir, à l'une des trois possibilités évoquées par Max Weber se rattachant : « *à la tradition, à la valorisation des mythes fondateurs et du projet*.»[71]

Dès lors, à partir d'un modèle encore très présent mais en mutation, il s'agit de s'adapter aux évolutions du secteur pour mieux répondre aux besoins des usagers sans déstabiliser ni fragiliser ce qui symbolise l'essence de l'établissement autour de sa mission première d'offrir un lieu de vie. Il n'est pas question de pour ma part de remettre en cause cet axiome premier qui détermine le savoir-faire, la notoriété et l'utilité irréductible du service produit sur le territoire.

B) Un mode de management transitionnel

Cet établissement atypique, fondé sur une éthique de conviction qui en a imprégné la culture, est désormais à un carrefour de son histoire. Il doit en effet aborder l'ère de l'efficience tout en préservant les valeurs qui l'ont porté.

L'implication collective, incontournable à la réussite du changement, passe à mon sens par la compréhension et l'appropriation des enjeux par un maximum de salariés. Le plan d'action devra s'accompagner d'une communication interne soignée et pédagogique afin que chacun puisse mesurer les enjeux sectoriels et comprendre les évolutions nécessaires. Pour aborder cette mutation je m'appuierai sur un management transitionnel : « *Le mangement transitionnel est la voie pour réussir le changement(…)on ne passe pas directement d'un état à un autre(…)L'information et l'explicitation, la préparation des acteurs, la définition des étapes à franchir sont autant de démarches qui assurent la capacité à promouvoir des évolutions(…) Le changement relève d'une pédagogie appropriée et l'apprentissage et l'expérience sont structurants pour son élaboration et sa validation. »*.[72]

---

[71] LEFEVRE P., mai 2016, *Guide du directeur en action sociale et médico-sociale*, 4 éme édition, Paris : Dunod, p. 206

[72] Ibid., p. 142

Les IRP représentent aussi un partenaire essentiel de la direction dans laquelle je projette de m'investir. Dans cette phase de transition, leur participation me semble essentielle afin de fonder un nouvel accord, visant à valoriser la qualité de vie au travail, à améliorer le respect du cadre réglementaire et la protection des salariés. La recherche de cette synergie peut encourager la mobilité par la promotion et l'évolution interne. L'intégration de la notion de parcours, sa gestion individuelle dans des partenariats à refonder, demande l'émergence de nouvelles compétences professionnelles. Sur la base d'entretiens professionnels plus formalisés, des formations et des fonctions nouvelles, comme la coordination de parcours, l'insertion professionnelle, le soutien à la parentalité, permettront aux professionnels d'évoluer et d'acquérir les compétences visées.

C) La communication interne

Dans cette perspective, afin de mobiliser et fédérer toutes les strates de l'Association, je propose de procéder en plusieurs étapes pour communiquer et informer :

- Information régulière et obtention de l'accord du CA pour valider l'expérimentation et les changements visés.
- Réunion générale de tout le personnel en présence d'un membre du CA. Exposé des enjeux contextuels dans le cadre de la mise en œuvre de la RAPT, de l'évolution de la tarification, de la notion de parcours. Échange sur les difficultés d'accompagnement interne relevées lors du diagnostic.
- Information régulière des instances représentatives du personnel lors des réunions ordinaires.
- Validation des actions en comité de pilotage et restitution dans les équipes.
- Information sur la démarche au Conseil de la Vie Sociale (CVS).
- Diffusion écrite et orale des comptes rendus des instances créées et de pilotage.

3.3 Favoriser le parcours des jeunes en situation complexe

3.3.1 Le projet d'accueil séquentiel et la notion de plateforme de service

A) Les possibilités de transformation et de tarification

La création d'un accueil séquentiel, en partenariat avec la MDPH, l'ASE et la PIJ doit permettre d'apporter des solutions réelles en terme de parcours et d'offrir une pluralité de réponses et de solutions. Je propose de m'inspirer de la création d'une plateforme de service, même si à ce stade, il s'agit de redéfinir les partenariats en mobilisant des moyens transversaux autour d'une expérimentation possible menée au sein de l'établissement. En effet, lors de mes rencontres à l'ARS, j'ai proposé une période expérimentale d'une année avant de valider une contractualisation autour d'une

autorisation nouvelle lors du CPOM.[73] À terme, l'objectif est de mutualiser les ressources et/ou les financements nécessaires à la mise en œuvre des moyens et au développement des compétences préalables au travail en dispositif.

L'assouplissement des modalités de financement dans le cadre des orientations des politiques publiques est en effet une opportunité incitative à la transformation de l'offre.
Le passage au prix de journée globalisé, discuté avec l'ARS pour une effectivité dès l'année 2019, permettra plus de souplesse dans la gestion des présences et aussi de s'orienter vers de l'accueil temporaire, dans le cadre d'un parcours partagé avec les partenaires et les familles. L'enjeu, dans cette perspective, est de réussir à réaliser l'activité prévisionnelle en y insérant des séquences temporaires planifiées afin de déterminer une base de fonctionnement. Une marge de souplesse devra y être intégrée afin de faire face aux aléas des parcours de vie et aux urgences de certaines situations. La période d'expérimentation permettra une évaluation de l'activité de l'établissement, de son taux d'occupation et de ses incidences sur les taux de reconduction. Cette étape me semble incontournable et permettra de poser les bases de la négociation préalable à une contractualisation définitive.

La PIJ de Colmar a fait part de propositions de mise à disposition de moyens et de solutions nouvelles, qui seront précisées dans le plan d'action. L'implication des médecins psychiatres est une garantie de la qualité des soins proposés, au regard des troubles observés et des besoins de traitement. Elle représente aussi un soutien nécessaire pour l'analyse des pratiques des équipes, et une caution de crédibilité du projet, au regard de l'autorité morale que leur confère leur statut.
Le chef de service de l'ASE 68 a fait part de son intérêt et de possibilités d'améliorations dans le cadre de la mise en œuvre du projet pour l'enfant. À ce stade, la disparité des provenances des jeunes accueillis à l'IME, leur mode d'accompagnement différents, en famille d'accueil, en établissement, avec ou sans droit d'hébergement, ne permet pas à ce stade encore d'apporter des propositions précises. C'est plutôt avec la cité de l'enfance de Colmar, où sont suivis plusieurs jeunes de l'établissement, que la proximité des relations permet d'envisager de proposer des accueils plus séquentiels, afin de mixer les modalités, en s'appuyant sur les ressources respectives. Il apparait en effet plus facile de coopérer avec un établissement identifié, plutôt qu'avec l'institution, qui n'offre pas les mêmes garanties ni la même dynamique partenariale. Durant la phase d'expérimentation, l'ASE sera informée des modalités et avancées du projet pour les jeunes en famille d'accueil, ou sans solutions, relevant de ses services. C'est l'IME qui dans cette phase est

[73] Annexe XIV : courriel ARS

le porteur du projet. Les modalités partenariales seront renégociées à son issue lors de l'évaluation. En tant que directeur de l'établissement, je m'attacherai durant cette phase à renforcer les rencontres et à restructurer les rôles et fonctions respectives, afin d'établir une collaboration plus efficiente dans le cadre du projet pour l'enfant qui représente un axe fort de renforcement pour l'ASE. L'objectif est de mobiliser et d'obtenir la participation du CD dans le financement de l'équipe mobile, notamment pour les missions qui le concernent, comme l'accueil lors des temps de week-end et de vacances ainsi que le soutien à la parentalité.

L'IMPRO de Colmar sera aussi impliqué dans la définition de la file active et dans la détermination des séquences de présence. Situé en ville, proche de la cité de l'enfance et de nombreuses familles concernées, il pourra proposer un accompagnement lors des périodes de retour en famille en garantissant la continuité du projet éducatif et de professionnalisation. Les établissements ont souvent collaboré, dans la recherche de solutions ou d'orientation, notamment dans la situation de M, organisant des stages et mobilisant leurs ressources.

B) Le concept de plateforme de service.

L'émergence des plateformes de service, tend à redessiner l'offre médico-sociale dans un mouvement de désinstitutionalisation qui semble devoir à terme sonner le glas des établissements. Elles ont vocation à devenir de véritables réseaux, appuyés sur un service de coordination et un centre de management. Le besoin de coordination des parcours de vie, appelle de nouvelles compétences et de nouvelles fonctions qui impactent la chaine hiérarchique et l'attribution des rôles des cadres intermédiaires.

La définition de l'activité de la plateforme ne doit pas être rigide ni déterminée par une nomenclature trop définie. Elle doit permettre l'adaptation continue en favorisant la coordination. La mise en place définitive d'une plateforme doit observer des étapes intégrant un délai de 16 à 24 mois selon le degré d'implication des opérateurs.

Au stade de cette période expérimentale, c'est avant tout la mise en perspective de prestations et d'expertises complémentaires, par plusieurs partenaires de secteurs différents et de compétences plurielles, qui est projetée, dans la constitution d'un dispositif ressource, permettant l'intervention d'une équipe mobile interdisciplinaire.

C) Le pilotage du projet

La constitution d'un comité de pilotage *équipe mobile interdisciplinaire*, que je me charge d'animer dans le cadre de l'expérimentation, est un préalable à la définition des modalités de fonctionnement et d'évaluation de la démarche. Il comprendra : un représentant psychiatre de la PIJ, un représentant de l'ARS, un représentant de la MDPH (en lien avec le suivi des PAG et/ou la commission des situations critiques), un représentant de la

solidarité du CD et/ou directement de l'ASE, un représentant de l'IMPRO des Artisans de Colmar, un représentant de la cité de l'enfance. Il constitue l'organe décisionnel et politique de la conduite de l'expérimentation et en assurera l'évaluation. Sa mission est d'apporter des solutions multiples, dans une logique de parcours, en coordonnant l'action d'une équipe pluridisciplinaire et mobile. Les locaux, moyens humains, d'action, de coordination et de diffusion, sont mis à disposition par les différents partenaires et consignés dans la convention cadre validant les engagements respectifs. Le comité de pilotage aura pour mission de constituer une équipe mobile interdisciplinaire mobilisant les ressources des acteurs présents par la mise à disposition de compétences dans le cadre de leurs missions respectives.

3.3.2 La constitution d'une équipe mobile interdisciplinaire

L'activité de l'équipe s'appuiera sur la détermination d'une file active, incluant des jeunes confiés à l'ASE, dont la situation fait ressortir des besoins de temps différenciés entre la présence au domicile familial et accompagnés de périodes de stages, l'accueil en internat à L'IME ou ainsi qu'un besoin de suivi médical spécifique assuré par la PIJ. Afin de sortir des logiques institutionnelles, elle aura pour mission de coordonner le projet de vie des jeunes en situation complexes et d'apporter des réponses différenciées.

La mise en œuvre des réponses s'articulera autour d'une phase diagnostic visant la rédaction du projet individualisé co construit et partagé autours de 6 domaines :

- L'accompagnement éducatif visant la stabilisation à travers la socialisation
- L'éducation et la scolarisation visant l'acquisition de savoir et de compétences
- Les soins visant le traitement symptomatique des troubles
- L'insertion professionnelle visant la réussite de l'orientation
- L'insertion sociale visant l'évitement des ruptures de parcours
- Le soutien familial visant le renforcement du milieu de vie ordinaire et la réalisation du projet individualisé

La construction et la rédaction du projet d'accompagnement seront réalisées sous l'égide de l'équipe mobile, comprenant des professionnels des différents établissements, pour laquelle la PIJ est prête à renforcer son soutien en proposant :

- La mise à disposition d'un interlocuteur privilégié pour l'IME autour des situations complexes.
- L'organisation de réunions de synthèse régulières avec l'ensemble des partenaires autour de ces enfants.
- La prise en charge au sein du service : consultation, traitement médicamenteux, prise en charge en hôpital de jour.
- La facilitation des hospitalisations au sein des Hôpitaux Civils de Colmar (HCC) pendant des périodes de crises.

Le soutien à domicile sera porté par l'ASE, dont l'expérience et les compétences seront mises à contribution, dans le cadre du projet individualisé. La notion de coordinateur de parcours est à développer. Elle fera l'objet d'une formation pour des professionnels des ESMS participants au dispositif et qui seront le relais au sein de leurs établissements respectifs. L'animation et la planification de l'activité de l'équipe mobile sera déléguée au chef de service du pôle IMPRO.

3.4 Concevoir et proposer des réponses plus adaptées et plus modulées

3.4.1 Repenser et réorganiser les espaces de vie

A) Le réaménagement de l'appartement de vie du Surcenord

Afin d'accueillir une population particulièrement difficile, dans des conditions favorables, garantissant la sécurité de tous, sans remettre en cause l'équilibre de l'établissement dans la réalisation de sa mission, une gestion équilibrée des effectifs et une définition d'espaces de vie différenciés me semble impérative.

Un réaménagement du deuxième étage de l'IMPRO du Surcenord permettrait d'accueillir dans un appartement spécifique, 5 jeunes dont les troubles du comportement nécessitent un accompagnement particulier ou dont le projet d'autonomisation nécessite des apprentissages moins collectifs. Il favoriserait l'identification a un lieu différencié et modulable, afin de diminuer les tensions lors des activités collectives comme les repas, ou, lors des temps interstitiels particulièrement exposés aux passages à l'acte. Il favorisera aussi l'appropriation de compétences personnelles dans la gestion du quotidien, comme la cuisine ou l'organisation de temps de loisirs personnels et plus intimes souvent limités dans la vie en collectivité en dehors de l'espace de la chambre.
La rationalisation des effectifs, que le diagnostic a mis en évidence pour la mise en conformité de l'autorisation, permettra de baisser les effectifs du service de 15 à 13 et de conserver le même encadrement lors des temps d'internat. Une modulation pourra être effectuée pour soutenir au choix les activités de mise au travail ou celles d'internat, selon les besoins, en s'appuyant sur la culture de l'établissement qui a toujours favorisé cette double participation des personnels éducatifs. L'espace de vie répond aux critères d'un hébergement de qualité et il a été validé par la commission de sécurité. Le mobilier principal est disponible dans l'établissement. En dehors de réaménagements restreints et d'achat de petits matériels et fournitures hôtelières, il n'y a pas d'investissement à prévoir.

La réhabilitation de la ferme du Surcenord, conduite par l'EARL et les CA, renforcée par le réaménagement du lieu de vie, doivent permettre de garantir un accueil valorisant et dynamique répondant aux besoins des jeunes en situation complexe. La participation aux activités agricoles concrètes, dans un cadre apaisant et protégé, le soin aux animaux, et notamment des chevaux, offre un espace de répit et de potentielle participation qui permet de viser une tempérance et une amélioration des troubles du comportement. La nouvelle organisation intégrée au fonctionnement de l'IMPRO s'appuiera sur :

- La possibilité de séquences et non l'identification à un placement contesté
- L'apport de compétences nouvelles et l'expertise de l'équipe mobile
- La dynamisation des perspectives de sorties et de professionnalisation

B) La réhabilitation d'une maison partagée pour les week-ends.

Pour les jeunes qui ne sortent pas le week-end, les temps d'échanges et les constats que j'ai pu établir avec les professionnels de l'établissement montrent que des solutions d'amélioration sont à développer autour de l'identification d'un lieu d'accueil unique et de la constitution d'une équipe de professionnels dédiée. Cette nouvelle organisation vise à permettre aux jeunes « captifs » de l'institution, de se projeter dans un lieu qui leur appartienne, autour de projets coordonnés, symbolisés par la présence de professionnels identifiés et reconnus pour le partage de ces temps. Une maison d'habitation pour collaborateurs, désormais inoccupée sur le site des Allagouttes peut être affectée à cette fonction. Après obtention de l'accord du CA, je propose de développer la proposition autour de 3 axes : La réhabilitation d'un lieu de vie, La constitution et l'animation de l'équipe dédiée, la gestion et la valorisation de l'activité ouverte à l'accueil temporaire

a) Modélisation du montant de l'opération et du fonctionnement

L'affectation de la maison à cette nouvelle fonctionnalité nécessitera des aménagements, des mises aux normes et des investissements. La situation financière de la structure permet d'envisager cet investissement comme le montre le dernier bilan financier [74]. Les surcoûts pourront être inscrits à la prochaine procédure budgétaire, soit en redéploiement, soit en augmentation avec l'accord de l'autorité de tarification dans le cadre de l'expérimentation menée. Le surcoût constaté, pourra être compensé par des recettes supplémentaires liées à l'accueil temporaire de jeunes, dont les besoins seront identifiés en partenariat avec la MDPH et l'ASE. À ce jour, 3 jeunes de l'institution sont concernés pour une capacité prévue pour 5. Lors des week-ends de pleine activité, où chacun est

[74] Annexe XV : bilan financier de l'établissement au 31 12 2017

présent dans son service, la nouvelle structure créée pourrait être mise à disposition d'un partenaire. La cité de l'enfance de Colmar m'a déjà fait part de son intérêt, et l'ASE est en recherche de solutions d'accueil pour des week-ends ou des vacances. Les partenariats, redynamisés dans le cadre de l'équipe mobile interdisciplinaire permettront de valider de nouveaux projets et de mutualiser les moyens. À ce stade, le coût de l'opération est supportable pour l'établissement, et répond en priorité à des besoins internes comme le montrent les tableaux suivants :

- Investissements

Investissements	Coût	Durée d'amortissement	Amortissements
Mobilier salon salle à manger	4 000	8	500
Mobilier chambres	9 000	8	1 125
Électroménager	3 000	4	750
Ordinateur	1 000	3	333
Téléviseur	800	4	200
Centrale SSI	15 000	10	1 500
Totaux	32 800		4 408

- Augmentation des charges d'exploitation et de structure :

Groupe 1		
Achats stockés		
	Combustibles	1 500
Achats non stockés		
	Eau	400
	Électricité	500
	Frais de télécommunications	480
	Sous-total	*2 880*
Groupe 3		
Locations immobilières		6 900
Entretien immobilier		1 000
Entretien mobilier		300
Maintenance		600
Assurance		600
Impôts locaux		600
Dotations aux amortissements		4 408
	Sous-total	*14 408*
Total Surcoût		**17 288**

b) Constitution de l'équipe dédiée.

Je propose de constituer une équipe « week-end de sortie » comprenant un éducateur de chacun des 4 services de l'établissement. Elle sera supervisée par un chef de service de l'établissement et soutenue par le psychologue. En tant que directeur je communiquerai sur le projet lors de la réunion générale de rentrée puis j'assisterai aux réunions préparatoires et validerai le projet de ce nouveau service lors de la phase de lancement.

Organisation de l'équipe :

- Chef de service : planification de l'activité (plannings et activité réalisée), préparation et convocation aux ordres du jour, participation aux rencontres partenariales, compte rendu à la direction
- Éducateurs : élaboration du planning d'activité, élaboration d'un projet individualisé, rédaction de fiches d'observations, tenue d'un classeur de liaison, compte rendu dans les réunions de services, référence individuelle et interlocuteur des représentants légaux
- Psychologue : participation à l'élaboration des projets individualisés, diagnostic, entretiens psychologiques individuels, soutien à l'analyse des pratiques.

3.4.2 Favoriser la transversalité : un potentiel à mobiliser

Au-delà de la constitution à terme de l'équipe mobile, c'est toute l'organisation et la dynamique associative qui doit permettre d'entrainer plus de souplesse et de transversalité dans un mouvement de décloisonnement. Sans perdre la qualité de l'accompagnement pratiqué autour de l'accueil par maison, il faut désormais veiller à proposer des solutions plus mobiles pour permettre à chacun de se projeter dans un parcours. Le passage dans l'IME n'est pas une fin en soi mais le début d'un cursus. Pour mieux y préparer les jeunes, quelles que soit leurs difficultés, la mobilité entre les maisons qui offrent des prestations différentes, les périodes de scolarisation, la professionnalisation, les stages, appellent une mobilité et une organisation qui doivent être renforcées.

A) Au niveau de l'IME

Je propose de redynamiser les délégations des groupes transversaux déjà existant, afin de favoriser la mobilité en décentrant le pouvoir des maisons. Il est effectivement difficile d'appréhender les changements contextuels, d'évaluer les possibilités partenariales, d'imaginer des solutions alternatives, lorsqu'on est enfermé dans son cocon, aussi confortable soit-il. Dans cette perspective, le groupe pilotage interne aura pour tâche de redéfinir et valider la mission des groupes atelier et école, avec pour objectif de proposer des stages, des périodes de professionnalisation en lien avec l'atelier ou la prestation concernée, et non le service qui le détient.

Pour y parvenir, il convient de donner un cadre organisationnel et des moyens :

- Organisation : Réunions trimestrielles des groupes transversaux sur le temps des réunions de service pour favoriser la participation de tous ; nomination d'un responsable et d'un secrétaire par groupe avec temps de délégation.
- Composition : Participation du chargé d'insertion, du coordinateur de parcours (compétences à développer ou recruter) et d'un enseignant dans les groupes.
- Objectifs : coordonner des stages inter-maison et extra institutionnels, renforcer les périodes d'inclusion scolaire en milieu ordinaire, développer les réponses séquentielles.
- Évaluation : par le comité de pilotage en fonction du mandat délégué.

B) Au niveau des associations

La restructuration du paysage sectoriel, à travers les regroupements associatifs, dans une logique d'efficience et de désinstitutionalisation est un bouleversement qui doit inciter les trois associations jumelles de la vallée d'Orbey à mutualiser leurs moyens. « *Concrètement, à court terme, une relative austérité va conduire les secteurs sanitaires, social et médico-social à un certain nombre de lignes d'évolution prévisibles : la concentration (…) l'augmentation de la taille critique(…) la réorganisation des structures (…) la modification des modes de réponses* ».[75] La décision politique de fusionner les instances appartient bien évidemment aux CA qui ont déjà fait savoir qu'ils avaient engagé la réflexion. Au niveau opérationnel, pour réussir le mariage, il faut dans un premier temps préparer la rencontre puis les fiançailles, en donnant du sens et en favorisant les échanges. En tant que directeur, je propose la constitution d'un Groupe de Ressources pour le Projet Associatif (GRPA) regroupant les cadres des différents établissements et des membres du CA. Il aura pour objectif de proposer :

- Des pistes de mutualisation de moyens (administratifs, techniques, matériels, qualité, prestations)
- L'amélioration des ressources et fonctions support
- Des possibilités d'accompagnement favorisant les parcours des personnes accueillis (accompagnement, orientation, stages)
- Des délocalisations de prestation pour répondre aux besoins de façon transversale (logement, fourniture de repas, soutien thérapeutique, accompagnement à la vie sociale et l'inclusion)
- Des actions communes autour d'activités et de manifestation culturelles à travers une communication partagée.

[75] LOUBAT J. R., HARDY J. P., BLOCH M. A., op. cit., p. 58

3.5 Renforcer et dynamiser les compétences

3.5.1 Un redéploiement du personnel visant l'enrichissement de l'offre

Le diagnostic a montré que l'établissement abordait une phase de transition dans la composition de son personnel. Des départs à la retraite de personnalités historiques, permettent d'envisager le recrutement de nouvelles compétences, s'inscrivant dans une organisation plus ouverte sur l'extérieur, répondant mieux aux besoins relevés et s'inscrivant dans les pratiques attendues des autorités publiques.
Cette adaptation nécessite la restructuration des moyens et la création de nouvelles fonctions, visant à garantir l'efficience et la pérennité de l'organisation.

Lors de ce redéploiement, je prévois le remplacement du directeur sans changement. En revanche, il me semble pertinent de recruter 2 psychologues à mi-temps plutôt qu'un seul à temps plein. Il parait nécessaire en effet, de disposer d'un professionnel spécialisé pour l'autisme, au titre des 18 jeunes accueillis atteints de ce trouble, et un second pour soutenir les jeunes accueillis et les équipes dans l'accompagnement des situations complexes. Afin d'accompagner les familles dans les nombreuses démarches à réaliser et favoriser l'inscription dans un parcours, il me semble indispensable de doter les effectifs des compétences d'un assistant social. Le départ de la secrétaire économe, qui assumait une partie de ces tâches, sans formation, représente donc une opportunité pour recruter ce professionnel. La seconde partie de son travail administratif sera prise en charge par un poste de secrétaire à mi-temps.

Les enfants accueillis retournant de plus en plus fréquemment dans leur famille, la présence d'un agent de service intérieur chargé de la préparation des repas, est devenue inutile lors des week-ends. Parallèlement, un projet d'atelier cuisine est programmé sur l'IMPRO des Allagouttes sur le modèle de celui du Surcenord. Une réorganisation des services généraux permettrait de gagner un poste, d'autant qu'un licenciement pour inaptitude se dessine, résultant des difficultés relevées précédemment dans le diagnostic, concernant cette catégorie du personnel.

Depuis 2 ans, les 2 IMPRO de l'établissement n'ont plus qu'un chef de service suite à leur unification dans un même pôle. Il est relayé dans chacun des services par 2 coordinateurs. Ce schéma ayant fait ses preuves, ma prise de fonction en tant que Directeur, me permet d'envisager de supprimer mon poste de chef de service, et de réunir les IMP par la création d'un second pôle. Cette modification de l'organisation est soutenue par la mise en place de 2 coordinateurs dans chacun des IMP. D'une situation originelle à 4 chefs de service, la transformation permet d'en conserver 2, et de faire évoluer 4

éducateurs spécialisés en coordinateurs d'équipe. C'est évidemment un gain d'efficience et une opportunité d'évolution pour les coordinateurs.

Dans le but de favoriser l'accès des personnes accueillies à l'insertion et la professionnalisation, la création d'un poste de chargé d'insertion semble opportune. Pour terminer, conformément à la recommandation de l'ANESM : « *Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap* »[76], et dans le cadre de la participation à l'équipe mobile, je prévoie également la création d'un poste de coordinateur de parcours. Ces nouvelles affectations représenteront des possibilités d'évolution interne, et il conviendra de remplacer poste pour poste les éducateurs concernés. Passer d'une logique de place à une logique de parcours demande effectivement un changement de pratiques autour de l'émergence de nouveaux métiers et de nouvelles fonctions. Afin de garantir la tenue des budgets et la constance des dépenses, j'envisage le redéploiement comme suit :

		Coefficient	Indemnités en point	Charges patronnales	Coût annuel
Départ en retraites	Directrice	1 062,00	70,00	61%	82 348,38
	Psychologue	1 024,00		61%	74 491,82
	Secrétaire Econome	824,56	10,00	59%	60 182,27
Suppression de postes	Chef de service éducatif	862,40	135,00	61%	72 556,78
	Agent de service intérieur	439,33		46%	29 057,84
				Total "Disponible"	*318 637,10*

Recrutements	Directeur	870,00	140,00	61%	73 473,38
	Psychologue 0,5 ETP	800,00	15,00	61%	29 643,96
	Psychologue 0,5 ETP	800,00	15,00	61%	29 643,96
	Assistant social	616,80		61%	44 869,47
	Secrétaire 0,5 ETP	542,13	10,00	50%	18 765,07
	Educateur spécialisé	634,11		61%	46 128,96
	Educateur spécialisé	634,11		61%	46 128,96
Indemnités	Coordination	150 € / mois		61%	5 788,80
				Total "Nécessaire"	*294 442,55*
				Soit une économie de	***24 194,55***

L'économie constatée est destinée à se réduire au cours des années et des déroulements de carrière respectives, puisque des professionnels au dernier échelon de leur grille indiciaire ont été remplacés par des professionnels en début de carrière. Pour l'heure, elle peut être destinée à financer des actions de renforcement des compétences individuelles et collectives dans le cadre de formations ou de prestations.

[76] ANESM, janvier 2018, *Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap*

3.5.2 Le développement des compétences individuelles et collectives

A) Les formations individuelles

La formation constitue une ressource et un outil fondamental pour accompagner le changement. On ne peut espérer une participation productive d'un personnel qui ne partage pas ou ne comprend pas les objectifs du projet et sa relation au contexte : *« si le changement ne se décrète pas, Il peut s'organiser. Si l'on pense que la formation constitue l'un des moyens privilégiés de l'adaptabilité, alors cette formation doit être pensée et évaluée comme telle. ».*[77] C'est pourquoi, à travers la réalisation des entretiens professionnels et le repérage des compétences, besoins et désirs de mobilité, je projette de promouvoir et favoriser l'évolution interne en ce qui concerne les fonctions de coordinateur d'équipe, coordonnateur de parcours et chargé d'insertion. L'émergence de rôles nouveaux, favorise la participation et le renforcement de la délégation pour une organisation plus transversale. La forme paternaliste, représentée par une direction omnipotente et quatre chefs de services protecteurs de leur maison, est révolue. La montée en compétence des professionnels, la valorisation de leur expertise et leur participation à des organes plus transversaux, représentent à mon sens, un axe fondamental de la réussite du changement.

a) Coordinateur d'équipe

La réorganisation visée nécessite la présence de 4 coordinateurs au sein de l'institution. La proposition d'une formation dédiée permettra de légitimer les professionnels dans cette fonction, à l'interface entre les fonctions hiérarchiques et fonctionnelles. Elle représente 105 heures de formation pour un coût d'environ 2150 € concernant les frais pédagogiques

b) Coordonnateur de parcours

La notion de coordonnateur ou de référent de parcours est en développement dans le cadre du développement de la RAPT et de la mise en œuvre des PAG. Cette compétence nouvelle me semble nécessaire au sein de l'établissement pour apporter l'expertise indispensable à la gestion des situations complexes et des divers partenariats qu'elle implique. Cette fonction a été prévue par la loi du 26 janvier 2017. Elle tend désormais à se développer dans le cadre des pôles de compétences et de prestations externalisées. Ses missions ont été précisées par la CNSA dans son rapport de capitalisation de juillet 2017. Cette fonction n'est pas un nouveau métier et certains professionnels l'exercent déjà sans la nommer, dans leur intervention auprès des personnes

[77] Loubat J. R., juin 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p. 255

accompagnées. « *Cette fonction de coordination ne correspond pas à un nouveau métier mais à une nouvelle mission assurée par des professionnels qui conservent par ailleurs leur attributions habituelles* »[78].

C'est une compétence que l'établissement pourra mettre au service de l'équipe mobile mais aussi de tous les usagers. Elle permettra de renforcer les liens avec la MDPH et la participation aux GOS ou commission de situation critique. C'est aussi une compétence prospective dans le cadre de la démarche Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des Financements aux parcours des Personnes Handicapées (SERAFIN-PH) et de sa future mise en œuvre : « Les principes qui sous-tendent ces nomenclatures contribuent à en faire un outil facilitant les parcours et la transformation de l'offre médico-sociale (...)Elles peuvent donc décrire concrètement le parcours d'une personne en situation de handicap, en particulier pour des accompagnements modulaires, pluri-acteurs, et plurisectoriels »[79]

c) Chargé d'insertion

L'orientation et la sortie de l'établissement est aussi un enjeu majeur. Depuis plusieurs années se développent des groupes interinstitutionnels de chargés d'insertion, visant à créer un réseau, partager des problématiques, et faciliter la coopération. C'est une compétence que pourrait développer l'un des éducateurs techniques afin de mieux préparer la professionnalisation des jeunes accueillis et développer le réseau de l'établissement. Pour information, l'université de Rennes propose la préparation au diplôme de chargé de projet d'insertion professionnelle des travailleurs en situation de handicap. La formation peut s'effectuer à distance par le biais d'une plateforme de formation en ligne ou à raison de 3 jours de regroupement mensuel pour une durée totale de 400h de formation théorique. Dans le cadre d'un regroupement associatif c'est aussi une compétence qui pourrait être mutualisée.

B) Développement d'outils internes de régulation et de progrès

Si certaines formations permettent de développer des compétences nécessaires pour mieux répondre aux besoins des usagers, et assurer la coordination de leur projet de vie, d'autres actions peuvent viser à garantir la bientraitance à l'égard des usagers ainsi que l'intégrité morale et physique des professionnels, par le développement éthique et l'analyse des pratiques.

[78] ANESM, janvier 2018, *Pratique de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de Handicap*, p. 86
[79] Ibid.

a) Création d'un comité éthique

La question éthique est un point central de l'accompagnement des personnes en situation de handicap, notamment pour celles évoquées au long de ce mémoire, dont la complexité des situations provoque des comportements limites qui mettent en difficulté les professionnels et l'institution toute entière : *« La complexité croissante des situations auxquelles les professionnels se trouvent confrontés, qui rend bien souvent impraticables les impératifs juridiques et déontologiques sans une réflexion permettant des ajustements dans la pratique*. »[80] La cohabitation au sein des maisons, les incidents relevés par les familles, le choix de déposer plainte, la rédaction et la transmissions des rapports d'incident, le respect de la confidentialité, le droit des usagers, la protection des mineurs et des majeurs, la contention, la sanction, viennent interroger la posture et la responsabilité de chacun. Le partage et l'échange, au sein d'un comité éthique rassemblant des professionnels, des administrateurs, des pairs, des parents, sous l'animation d'un tiers interne comme le psychologue, ou externe comme spécialiste, me semble la garantie d'un engagement collectif favorisant l'échange, le partage et le progrès.

b) L'analyse des pratiques : un soutien aux professionnels

En réponse aux demandes des personnels éducatifs, pour les soutenir dans les difficultés d'accompagnement de certaines situations, je compte mettre en œuvre de l'analyse des pratiques. Elle se fera au niveau de chaque service afin d'y maintenir de la cohésion. En effet, malgré les objectifs et les nouvelles pratiques plus transversales, ils demeurent le socle de la vie institutionnelle et le lieu où la vie quotidienne s'organise. Les équipes ont besoin de soutien et de reconnaissance pour maintenir le sens des actions et de l'engagement auprès des personnes en difficulté. Je prévois donc d'organiser, au niveau du groupe de direction, des séances d'analyse des pratiques mensuelles pour chacun des services, réparties sur les trois heures de réunions régulières afin ne pas désorganiser ou alourdir les plannings. La présence de tout le personnel éducatif par service sera donc effective. La question des services généraux et autres professions qui côtoient ou sont même parfois, sans le savoir, support d'identification pour les personnes accueillies, reste ouverte. Une participation peut leur être proposée sous la forme du volontariat en participant au groupe d'un des services. Cette question organisationnelle sera aussi soumise à décision au groupe de direction et présentée à la Délégation Unique du Personnel (DUP) comme proposition d'action du Document Unique d'Évaluations des Risques Professionnels en prévention des risques psycho-sociaux.

---

[80] ANESM, juillet 2010, *Lettre de mission destinée aux membres du groupe de travail L'éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, p. 1

3.6 Synthèse et échéancier du plan d'action

Les objectifs opérationnels, répondant aux trois axes stratégiques proposés, se déclinent dans des actions qui s'inscrivent dans une temporalité que l'on peut diviser en trois grandes phases : la phase de préparation, la phase d'expérimentation, et enfin la phase de pérennisation, à partir de la contractualisation du CPOM. Des actions peuvent être entreprises immédiatement, d'autres sont soumises à autorisation ou à accord des partenaires. Certaines sont incontournables à la mise en œuvre des suivantes. Je propose de les présenter dans une version synthétique sous forme de tableau :

	Objectifs opérationnels	Résultats visés	Actions	Référent de l'action	Date
Phase préparatoire	Consolider les partenariats	Finaliser le diagnostic, obtenir des accords, préparer la participation au pilotage de l'équipe mobile	Rendez-vous ARS	Direction	juin-18
			Rendez-vous MDPH		juin-18
			Rendez-vous ASE		juin-18
			Accord du CA		juil-18
			Information en réunion générale		sept-18
	Constitution du Comité de Pilotage "Equipe mobile interdisciplinaire"	Définir la forme de l'intervention, communiquer sur le projet, contractualiser les engagements	Réunion préparatoire	Direction	oct-18
			Définition des membres	Comité de pilotage	nov-18
			Plannings de fonctionnement	Comité de pilotage	nov-18
			Signature d'un accord cadre	CA	déc-18
			Evaluation des moyens et des compétences nécessaires	Comité de pilotage	déc-18
			Définition de l'organigramme	Comité de pilotage	déc-18
			Rédaction des fiches de poste	Comité de pilotage	nov-18
	Accord de l'ARS pour le passage en Dotation Globalisée et l'accueil séquentiel	Sécuriser la période d'expérimentation	Signature de la convention de passage en dotation globalisée	Président	déc-18
			Accord dérogatoire pour des places d'accueil séquentiel	ARS	déc-18
Phase expérimentale	Définition de l'activité de "l'équipe mobile interdisciplinaire"	Accueillir sur des temps séquentiels en alternance avec d'autres accompagnements au domicile et si besoin à l'Hôpital	Modalité de saisine	Chef de service	janv-19
			Constitution file active	Chef de service	janv-19
			Rédaction des projets d'accompagnement	Chef de service	jan-2019 / déc-2019
			Accueil en internat, stages, hospitalisations, séjours domicile et soutien	Chef de service	
	Ré-aménagement de l'appartement de Surcenord	Différencier l'accueil diminuer les rapports d'incident améliorer l'accompagnement	Accord du CA	Président	oct-18
			Définition groupe de vie	Groupe de direction	nov-18
			Réaménagement	Direction	déc-18
			Livraison		janv-19
	Ré-habilitation d'une maison	Proposer un lieu de vie adapté, favoriser l'identification accueillir sur les temps de week-ends et de vacances	Validation budget	Direction	oct-18
			Définition du partenariat cité de l'enfance / ASE	Direction	janv-19
			Réception travaux	Direction	mars-19
			Passage commission de sécurité	Direction	avr-19
			Constitution équipe dédiée	Groupe de direction	mars-19
	Favoriser le décloisonement intra et extra institutionnel	Développer des modalité plus transversales et inclusioves par un rapprochement associatif et un décloisonnement des services	Réunions GRPA	CA	janv-19
			Redéfinition des délégations des groupes transversaux	Comité de pilotage	jan-2019 / déc-2019
			Actions traversales et inclusives dans les PPA	Groupe de direction	jan-2019 / déc-2019

	Objectifs opérationnels	Résultats visés	Actions	Référent de l'action	Date
Pérennisation du dispositif	Contractualisation du CPOM	Redéfinir l'autorisation de l'établissment péréniser le fonctionnement à 5 ans et valider la période expérimentale	Elaboration du CPOM, renseignement de la convention, diagnostic, plan d'action, fiches actions	CA, ARS, Direction, Comité de pilotage	jan-2019 / octobre-2019
			Signature CPOM	Président	oct-19
			Evaluation de la période expérimentale	ARS, Direction	oct-19
			Conduite du CPOM	President / Direction	janv-20
	Redéploiement des RH	Gagner en efficience pour enrichir l'offre et les fonctions supports	Création du pôle IMP	Groupe de direction	courant 2019
			Recrutement Assistant Social		
			Recrutement Secrétaire		
			Recrutements Psychologues		
			Recrutement Educateurs		
			Réalisation des entretiens professionnels		janv-2019 / juin 2019
			Formalisation d'une GPEC		juin 2019 / Janr 2020
	Développement des compétences individuelles et collectives	Gagner en compétences pour mieux inscrire les usagers dans les parcours inclusifs à travers des pratiques en lien avec leurs attentes	Formations individuelles (coordination, parcours, insertion)	Direction/IRP	2019
			Formations collectives (analyse des pratiques, violences, bientraitance et éthique)	Direction	par trimestre
			Création d'un Comité Ethique	CA, direction, CVS	oct-19

3.7 L'évaluation dans une démarche d'amélioration continue

L'évaluation des actions menées, dans un processus global d'amélioration de la qualité me semble indispensable. Elle s'inscrira dans la démarche qualité initiée au niveau de l'établissement avec pour objectif de la redynamiser. Au-delà de la sphère institutionnelle, l'évaluation devra inclure les partenaires impliqués, ainsi que les autorités de tarification qui ont permis l'expérimentation et qui délivreront les autorisations définitives.

La communication des prestations proposées, et des résultats obtenus, aura aussi pour but de faire connaitre la démarche auprès des partenaires et usagers, afin de garantir la lisibilité de l'action.

En interne, c'est le comité de pilotage, organe institutionnel régulier, qui sera mobilisé pour conduire l'évaluation. En ce qui concerne l'évaluation des actions partenariales, à travers l'activité de l'équipe mobile, cette mission sera déléguée à son comité de pilotage.

À partir d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs, il s'agira de mesurer l'impact des actions au regard des améliorations attendues.[81] Cette évaluation représente un gage de bientraitance et d'adaptation permanente des réponses pour les personnes concernées.

[81] Annexe XVI : Tableau des indicateurs d'évaluation

Conclusion

Le manque de reconnaissance et de prise en compte d'un public, à la marge des catégories usuelles de caractérisation, conduit à leur exclusion sociale et à des ruptures dans leur parcours de vie. Les problématiques, de plus en plus complexes de ces jeunes, remettent en cause les objectifs et les modalités d'un accompagnement morcelé entre les différents secteurs. La prise en compte des personnes sans solutions ou en risque de rupture, par les autorités publiques dans le cadre de la mise en œuvre d'une réponse accompagnée pour tous, annonce l'émergence d'un nouveau paradigme qui vient réorganiser le paysage porteur d'un mot d'ordre générique : le parcours !

Cette notion sous-tend désormais l'organisation de l'offre, à travers le renouvellement de la contractualisation, ainsi que des nomenclatures d'autorisation et de caractérisation des besoins.

Me projetant dans les fonctions de directeur de l'IME, j'ai cherché à appréhender ses changements avec pour ambition d'améliorer l'accompagnement des jeunes en situation complexe. Cet objectif me permet d'aborder le changement autour de trois axes stratégiques qui visent l'innovation des réponses, l'efficience de l'organisation et l'acquisition de compétences.

L'offre de service, soutenue et dynamisée par une mutualisation, inscrite dans un rapprochement associatif, s'enrichira de nouvelles potentialités à même de favoriser le parcours de vie des personnes accompagnées. Sans perdre les caractéristiques et qualités développées autour du développement d'un véritable lieu de vie dynamique et créatif, l'établissement historique doit opérer sa mue et développer des services plus mobiles à travers sa participation à des réseaux en mutation.

L'évaluation des actions menées permettra de définir le périmètre du CPOM dont la contractualisation se profile à l'horizon 2020. Cette échéance permettra de valider la nouvelle autorisation, de pérenniser l'accueil séquentiel et de renforcer si besoin les moyens de l'équipe mobile. À terme, l'expérience acquise dans la conduite de modalités d'accompagnements plus modulées, favorisera la potentialité d'une adéquation de l'établissement avec les objectifs des autorités de tarification, dans l'éventualité de l'évolution de la mission et de la possibilité de transformation des places.

Bibliographie

Articles de périodique :

N'GUYÊN P., janvier 2011, « Architecture médico-sociale. Une logique de lieux de vie », *Direction(s),* n° 81, pp. 22-26

POINSOT O., mai – juin 2009, « Le paravent des paradoxes », *Cahiers de l'Actif*, n°396-367, pp. 9-18.

Communications :

RUETSCH J. Y., Entretien avec le chef de service de l'ASE 68, *in* Cité administrative, juin 2018, Colmar.

Ouvrages :

BERGER M., février 2012, *Soigner les enfants violents,* Paris : Dunod, 320 p.

BOUQUET B., JAEGER M., SAINSAULIEU I., février 2007, *Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 304 p.

BOUSSARD V., CRAIPEAU S., DRAIS E., et al., mai 2004, *Le Socio-Manager*, Paris : Dunod, 379 p.

JANVIER L., mars 2009, *Conduire l'amélioration de la qualité en action sociale,* Paris : Dunod, 224 p.

LEFEVRE P., avril 2008, *Guide de la fonction cadre et responsable de service en action sociale et médico- sociale,* Paris : Dunod, 276 p.

LEFEVRE P., mai 2016, *Guide du directeur en action sociale et médico-sociale*, 4 éme édition, Paris : Dunod, 320 p.

LÖCHEN V., février 2016, *Comprendre les politiques sociales*, 5ème édition, Paris : Dunod, 464 p.

LOUBAT J. R., 2005, *Élaborer un projet d'établissement ou de service en action sociale et médico-sociale,* 2ème édition, Paris : Dunod, 354 p.

LOUBAT J. R, juin 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 391 p.

LOUBAT J. R., HARDY J. P., BLOCH M. A., juin 2016, *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 376 p.

Rapports, schémas et études :

AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, août 2015, *Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale Première approche* [visité le 20.04.2018], disponible sur internet : http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Accompagner_le_secteur_medico-social/Organisation/Sante_mentale/Parcours_personnes_psychiatrie_sante_mentale_Premiere_approche.pdf

AGENCE REGIONALE DE SANTE, octobre 2011, *Projet régional de Santé d'Alsace 2012 – 2016 Schéma régional d'organisation médico-sociale et programme Interdépartemental d'accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie* [visité le 08.01.2018], disponible sur internet : http://www.territoire-sante.fr/IMG/pdf/02112011_SROMS_PRS_Alsace_2012-2016.pdf

AGENCE REGIONALE DE SANTE, juin 2018, *Projet régional de Santé d'Alsace 2018 – 2028 Schéma régional de Santé et Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2018 – 2023* [visité le 20.07.2018], disponible sur internet : https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2018-06/05_2018 0618_PRS_2018-2028_GE_SRS_2018-2028.pdf

AGENCE REGIONALE DE SANTE GRAND EST, février 2017, *Projets Régionaux de Santé 2012 – 2017, Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine Rapport d'évaluation* [visité le 25.06.2018], disponible sur internet : https://www.grand-est.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/201702_Rapport_Evaluation_PRS1_GrandEst.pdf

AGENCE REGIONALE DE SANTE GRAND EST, CENTRE REGIONAL D'ETUDES D'ACTIONS ET D'INFORMATIONS CHAMPAGNE-ARDENNE DELEGATIONS LORRAINE ET ALSACE, octobre 2016, *« Une réponse accompagnée pour tous » Quelles avancées en région Grand Est ?* 82 p.

BARREYRE J. Y., juillet 2008, *Une souffrance maltraitée Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables »* [visité le 08.01.2018], disponible sur internet : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/ao/barreyre_oned_rapport_final_10_10.pdf

BLOCH-LAINE F., 1969, « *Étude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées »*, Paris : La Documentation française, 72 p.

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE, juin 2017, *2017 Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie* [visité le 20.01.2018], disponible sur internet : https://www.cnsa.fr/documentation/17-09_cnsa_chiffrescles_2017_exe2_bd.pdf

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE, juillet 2017, *Rapport de capitalisation Déployer la démarche « Une réponse accompagnée pour tous », premiers enseignements et retours d'expérience* [visité le 20.04.2018], Disponible sur internet : https://www.cnsa.fr/documentation/reponse_accompagnee_-_rapport_de_capitalisation_-_juillet_17.pdf

CONSEIL GENERAL HAUT-RHIN, juin 2012, *Protection de l'enfance Schéma départemental 2012 – 2016* [visité le 21.04.2018], Disponible sur internet : https://www.haut-rhin.fr/sites/haut_rhin/files/BB_34_LIEN%20Schema%20d%C3%A9partemental%20de%20la%20protection%20de%20l%27enfance.pdf

DEFENSEUR DES DROITS, 2015, *Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles* [visité le 05. 01. 2018], disponible sur internet : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae_2015_accessible.pdf

DINI M., MEUNIER M., 25 juin 2014, *Rapport d'information n° 655 fait au nom de la commission des affaires sociales sur la protection de l'enfance SENAT Session ordinaire 2013 – 2014* [visité le 03.04.2018], disponible sur internet : https://www.senat.fr/rap/r13-655/r13-6551.pdf

MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES, *Rapport d'activité 2017*, 69 p.

MARTIN-BLACHAIS M. P., 28 février 2017, *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance* [visité le 08.01.2018], disponible sur

internet : https://www.cnape.fr/documents/publication-du-rapport-de-la-demarche-de-consensus-sur-les-besoins-de-lenfant/

OBSERVATOIRE NATIONAL DE L'ENFANCE EN DANGER, mai 2015, *Dixième rapport au Gouvernement et au Parlement* [visité le 05. 01. 2018], disponible sur internet : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/rapport_annuel_oned_20150526_web.pdf

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE, mars 2016, *Protection de l'enfant : les nouvelles dispositions issues de la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant* [visité le 21.03.2018], disponible sur internet : https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/20160315_notedactu_loipe.pdf

PIVETEAU D., juin 2014, *« 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* [visité le 05.04.2018], disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_zero_sans_solution_.pdf

Guides et recommandations de bonnes pratiques :

AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO SOCIAUX, mai 2017, *L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation* [visité le 07.01.2018], disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201803/web_rbpp_socialisation.pdf

AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO SOCIAUX, juin 2015, *Lettre de cadrage du projet de Recommandations « L'accompagnement des enfants ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation »* [visité le 07.01.2018], disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018 03/lettre_de_cadrage_processus_de_socialisation-2.pdf

AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO SOCIAUX, juillet 2010, *Lettre de mission destinée aux membres du groupe de travail L'éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux* [visité le 31.07.2018], disponible sur internet :

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/lettre_de_cadrage_ethique_anesm.pdf

AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MEDICO SOCIAUX, janvier 2018, *Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap* [visité le 20.07.2018], disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/web_rbpp_coordination.pdf

DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE, janvier 2018, *Guide pour l'application de la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques* [visité le 31.03.2018], disponible sur internet : http://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/1-dgcs-2018-18-a1-guide-3.pdf

Références juridiques :

ASSEMBLEE GENERALE DES NATIONS UNIES. Déclaration des droits de l'enfant du 20 novembre 1959 [en ligne]. Quatorzième session résolution 1386 [visité le 15.03.2018], disponible sur internet : http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/1386(XIV)&Lang=F

ASSEMBLEE GENERALE DES NATIONS UNIES. Convention relative aux droits de l'enfant du 20 novembre 1989 [en ligne]. Quarante-quatrième session résolution 25 [visité le 15.03.2018], disponible sur internet : http://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/44/25&Lang=F

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES. Article n° L112-3 crée par la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 [en ligne]. Journal officiel du 6 mars 2007 [visité le 20.03.2018], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=87815A266DC2F32A5FC58C0706737A5A.tplgfr34s_3?idArticle=LEGIARTI000006796426&cidTexte=LEGITEXT000006074069&categorieLien=id&dateTexte=20160315

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES. Article n° L116-1 crée par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 [en ligne]. Journal officiel du 3 janvier 2002 [visité le 20.03.2018], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796473&dateTexte=&categorieLien=cid

CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES. Article n° L116-2 crée par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 [en ligne]. Journal officiel du 3 janvier 2002 [visité le 20.03.2018], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796474&dateTexte=&categorieLien=cid

Loi n° 70-459 du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale [en ligne]. Journal officiel du 5 juin 1970 [visité le 15.03.2018], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000693433

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale [en ligne]. Journal officiel du 3 janvier 2002 [visité le 15.01.2018], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [en ligne]. Journal officiel, n°36 du 12 février 2005 [visité le 25.03.2018], disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. Circulaire DGCS/SD5C/DSS/CNSA n° 2015-137 du 23 avril 2015 relative aux orientations de l'exercice 2015 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées [en ligne]. Bulletin officiel, n° 2015 / 5 du 15 juin 2015 [visité le 20.03.2018], disponible sur internet : http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2015/15-05/ste_20150005_0000_0066.pdf

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, CNSA. Circulaire du 22 novembre 2013 n° DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 relative à la mise en prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes [en ligne]. Bulletin officiel, n° 2013 / 12 du 15 janvier 2014 [visité le 02.03.2018], disponible sur internet : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/12/cir_37704.pdf

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, MINISTERE DU TRAVAIL, MINISTERE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS. Instruction n° DREES/DMSI/DGCS/2018/155 du 27 juin 2018 relative à la mise en œuvre dans le fichier

national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) de la nouvelle nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques, 23 p.

SECRETARIAT D'ETAT CHARGES DES PERSONNES HANDICAPEES. Note complémentaire à l'instruction n° 2016 – 154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application de l'article 158 de la loi 2016 – 41 de modernisation de notre système de santé [en ligne]. Bulletin officiel, n° 18 / 06 du 15 juillet 2018 [visité le 21.08.2018], disponible sur internet : http://expertise.uriopss-picardie.asso.fr/resources/pica/pdfs/2018/HANDICAP/Note_complementaire_a_l_instruction_21_10_2016.pdf

Site Internet :

AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE. Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie - santé mentale [visité le 31.03.2018], disponible sur internet : http://www.anap.fr/les-projets/programme-de-travail/projets/detail/actualites/diagnostic-territorial-des-parcours-en-psychiatrie-sante-mentale/

LA LETTRE DE DIRECTION. Protection de l'enfance : Agnès Buzyn lève le voile sur la future stratégie [visité le 24.12.2017], disponible sur internet : http://www.directions.fr/Newsletter/30112017/?m=npw1334&n=dir

Liste des annexes

Annexe I : Cartographie du territoire

Annexe II : Organigrammes ARS Grand-Est et Direction territoriale 68

Annexe III : Historique de la démarche RAPT

Annexe IV : Modèle de PAG de la MDPH 68

Annexe V : Schéma de fonctionnement de la MDPH 68

Annexe VI : Questionnaire CNSA d'évaluation du déploiement du dispositif RAPT

Annexe VII : Carte du schéma départemental de la protection de l'enfance 2012-2016

Annexe VIII : Mail de la direction générale des services du Conseil Départemental

Annexe IX : Liste des participants à la réunion des situations critiques

Annexe X : Notice des indicateurs du tableau de caractérisation des situations critiques

Annexe XI : Tableau de l'enquête de recensement des situations critiques

Annexe XII : Tableau synthétique de restitution de l'enquête

Annexe XIII : Tableaux du guide pour l'application de la nomenclature des ESMS

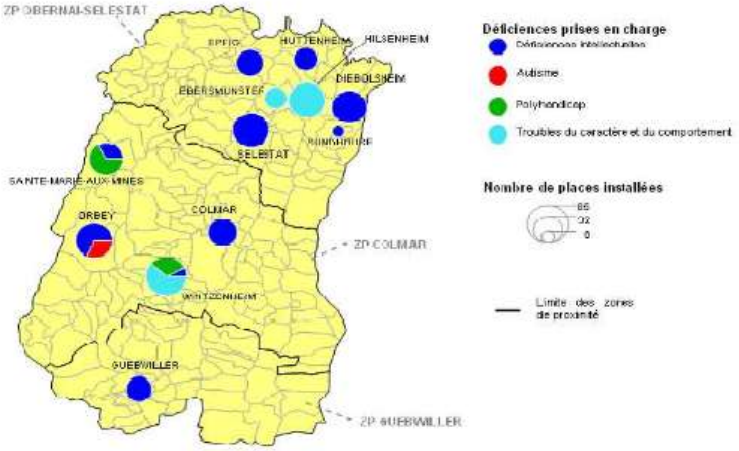
Annexe XIV : Courriel ARS

Annexe XV : Bilan financier 2017

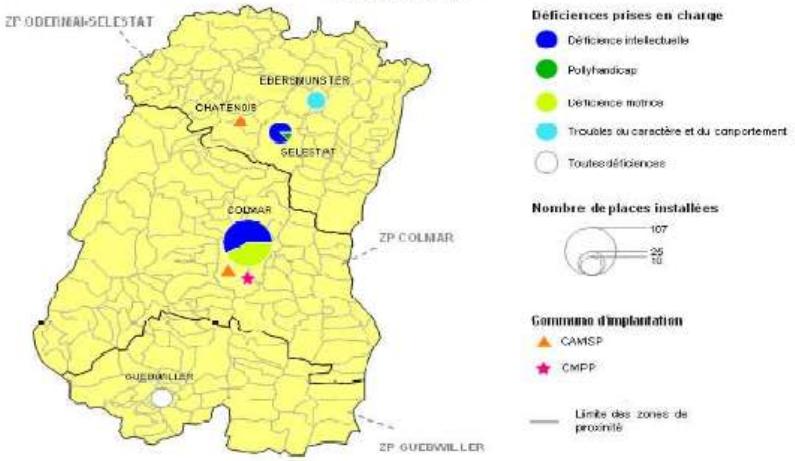
ANNEXE I : Cartographie du territoire

DIAGNOSTIC DE L'OFFRE POUR LES JEUNES HANDICAPES : TERRITOIRE DE SANTE 3

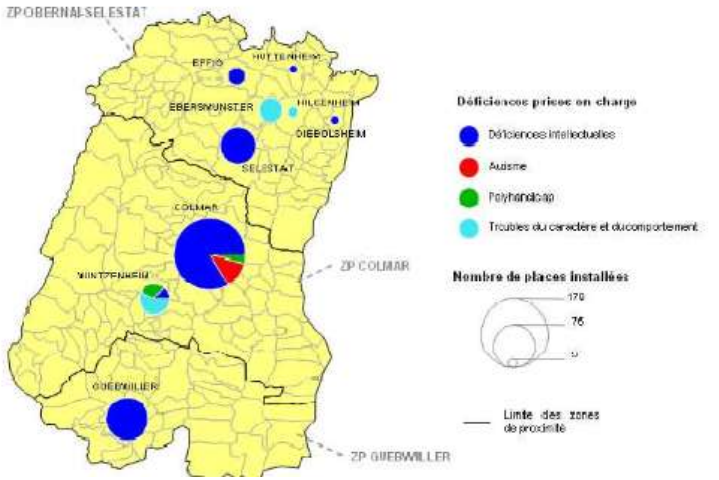
La prise en charge des enfants handicapés en internat



Les SESSAD par commune d'implantation et type de déficience - CAMSP et CMPP



La prise en charge des enfants handicapés en semi-internat, externat et accueil de jour



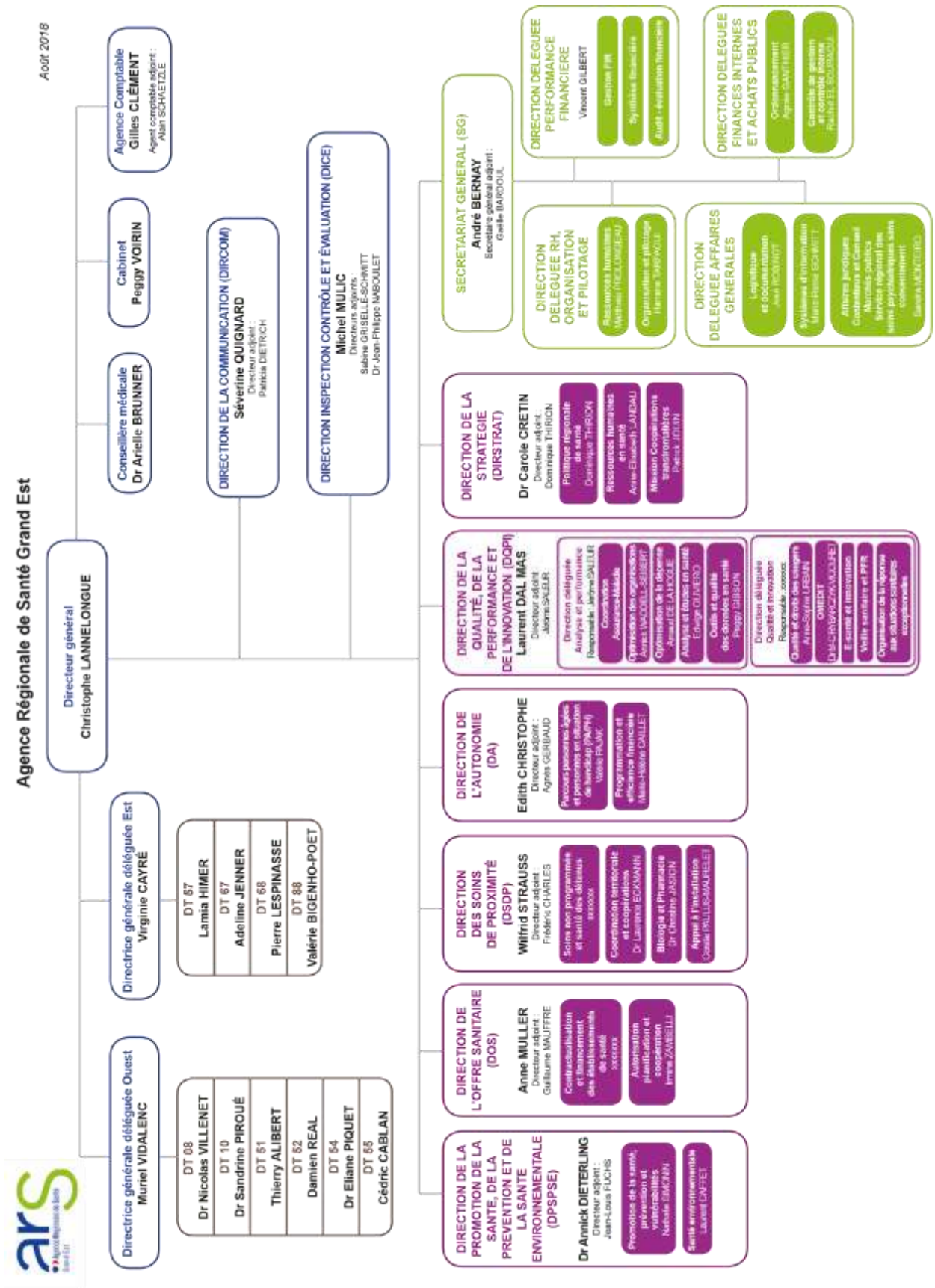
FORCES / ATOUTS

- un taux d'équipement en établissements médico-sociaux pour enfants handicapées supérieur à la moyenne régionale (9,6‰ pour le territoire versus 6,8‰ en région)

POINTS DE VIGILANCE

- Un taux d'équipement en services inférieur à la moyenne régionale (1,7‰ pour le territoire versus 2,8‰ en région)
- Un territoire inégalement couvert par les CAMSP, les CMPP et les SESSAD
  - 92,4% des enfants suivis dans les CAMSP de Colmar sont résidents de la zone de proximité de Colmar. 74,3% des enfants du CAMSP de Chatenois sont domiciliés dans la zone de proximité d'Obernai Sélestat dont une partie (De Obernai à Erstein) dépend du territoire 2.
  - 43,2% des patients du CMPP de Colmar sont domiciliés à Colmar, 51,3% résident une commune dite limitrophe.
  - L'unique SESSAD « troubles du comportement et de la conduite » du territoire est implanté au nord-est du territoire et aucune place n'est dédiée à l'accompagnement de l'autisme
  - Un délai moyen d'attente entre la 1ère consultation et le suivi de 7,3 mois pour les 2 CAMSP et de 7 mois pour le CMPP

Annexe II : Organigrammes ARS Grand Est



Agence Régionale de Santé Grand Est

Juin 2018

DÉLÉGATION TERRITORIALE DU HAUT-RHIN

Délégué territorial du Haut-Rhin : Pierre LESPINASSE

Assistante : Martine MEYER

Pierre LESPINASSE

CONSEILLÈRES MÉDICALES

Dr Valérie PICHAULT-KLEIN - Dr Christine PILLAY-LIPKOW

ANIMATION TERRITORIALE ET PRÉVENTION

Katia MOOS, chef de service

/// ASSISTANTE
en cours

/// TERRITOIRE 1 ET MISSION PRÉVENTION
en cours

/// TERRITOIRE 2 ET MISSION MAISONS DE SANTÉ ET ÉQUIPE DE SOINS PRIMAIRES
Christine MIRALLES

/// TERRITOIRE 3 ET MISSION PARCOURS PA, PTA ET E-SANTÉ
Claire BLOCH

/// TERRITOIRE 4 ET MISSION CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ ET CTS 5
Sarah SIOUALA

/// ADELI ET CERTIFICATS DE DÉCÈS
Yasmine MOURGUES-BASTIEN

/// TRANSPORT SANITAIRE ET PERMANENCE DES SOINS
Régine SIBERLIN

SANTÉ ET ENVIRONNEMENT

Amélie MICHEL, chef de service

/// ASSISTANTES
Evelyne SCHANDELMEYER
Nadège ZIMMERMANN

/// EAU POTABLE
Jean WIEDERKHER, pilote
Christelle BIEHLMANN
Josiane MAURER
Anne-Rose MORIN

/// LÉGIONNELLES, DASRI
Amélie MICHEL, pilote
Catherine RAMI
Clarisse SCHICHTEL

/// ESPACES CLOS
Valérie BONNEVAL, pilote
Daniel CLUR
Marie-Christine MICHEL

/// ENVIRONNEMENT EXTÉRIEUR
Carl HEIMANSON

ÉTABLISSEMENTS

En cours, chef de service

/// ASSISTANTES
Nathalie BAUDURET
Marie-Antoinette MAURER
Valérie SACILOTTO

/// RÉFÉRENT INSPECTION -CONTRÔLE ÉVALUATION - HAD- AUTORISATIONS
Christine RINCK

POLE AUTONOMIE

Sébastien MINABERRIGARAY, coordonnateur de pôle

/// REFERENTE REPONSES HANDICAP ET DEFICIENCES
Catherine BRIDEL

/// REFERENTE CONTRACTUALISATION ET AUTONOMIE
Adèle ERNY

/// CORRESPONDANTS ETABLISSEMENTS MEDICAUX-SOCIAUX
Paul BAJARD - Catherine BRIDEL - Adèle ERNY - Laetitia FOURTOU - Marie-Véronique LESOUEF - Marie-Laurence LOEFFLER Sylvia SEMERCI - Lise SUTTER -

/// ORGANISATION DES SOINS
Patricia SCHULER

/// CONSEIL JURIDIQUE ET FINANCIER
Maxime CHOMETON

POLE SANITAIRE

Patricia KUENTZMANN, coordonnatrice de pôle

/// REFERENT GHT 11
Patricia KUENTZMANN

/// REFERENT GHT 12
Céline HENQUEL

/// Référents soins sans consentement
Jacqueline GAUFFER

/// CORRESPONDANTS ETABLISSEMENTS SANITAIRES
Sébastien FOUSSE
Céline HENQUEL
Patricia KUENTZMANN
Christine RINCK
En cours

Délégation Territoriale du Haut-Rhin
45 rue de la Fecht - 68 000 Colmar
Standard régional : 03 83 39 30 30
Courriel : ars-grandest-dt68-delegue@ars.sante.fr

Annexe III : Historique de la démarche RAPT

Annexe IV : Modèle de PAG de la MDPH 68

PLAN D'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL (PAG)

Le ……

Concernant (le jeune) ……

(Représenté par Mme, M.)

Dans le cadre de l'article 89 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

1) Plan d'accompagnement global élaboré à la demande de :

- De l'EPE de la MDPH o de la personne/famille o d'un partenaire
- Participants à la rencontre du (date) : XXXXXXXXXXXXXXXXX

2) Description de la situation : (Date de naissance, sexe, mesure de protection / autorité parentale, suivi ASE, orientation CDAPH, droits ouverts)

Le jeune, né le ,. M. ou Mme…. , né(e) le …… Domicilié(e) : ……..

Orientation CDAPH en cours :

Droits ouverts :

3) Contexte de la mise en place du PAG :

- Historique de l'accompagnement :
- Situation actuelle justifiant le PAG :

À ce jour, pas de perspective de……..

- État des lieux des démarches abouties et non abouties et motifs de la non réalisation : (Dates : démarches)
- Besoins identifiés :

4) Engagements des opérateurs du PAG :

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 : engagement du service prestataire :

Article 2 : engagement de l'ESMS :

Article 3 : engagement de la MDPH :

Article 4 : engagement du département :

Article 5 : engagement de la personne ou son représentant légal :

 L'accord exprès de la personne ou de son représentant légal a été recueilli pour la mise en œuvre du plan d'accompagnement global.

5) Suivi du PAG :

- Référent du PAG : – MDPH (+ coordonnées)
- Coordinateur de parcours pour cette situation (+ coordonnées) :

Rythme et modalités de suivi du PAG : Un 1er bilan sera réalisé au bout de XXXXXXX dès la mise en place de ce présent PAG. Prochaine rencontre fixée le …….

Signatures :

L'établissement ……représenté par …… :

L'hôpital de jour centre hospitalier … :

Le service de l'aide sociale à l'enfance représenté par :

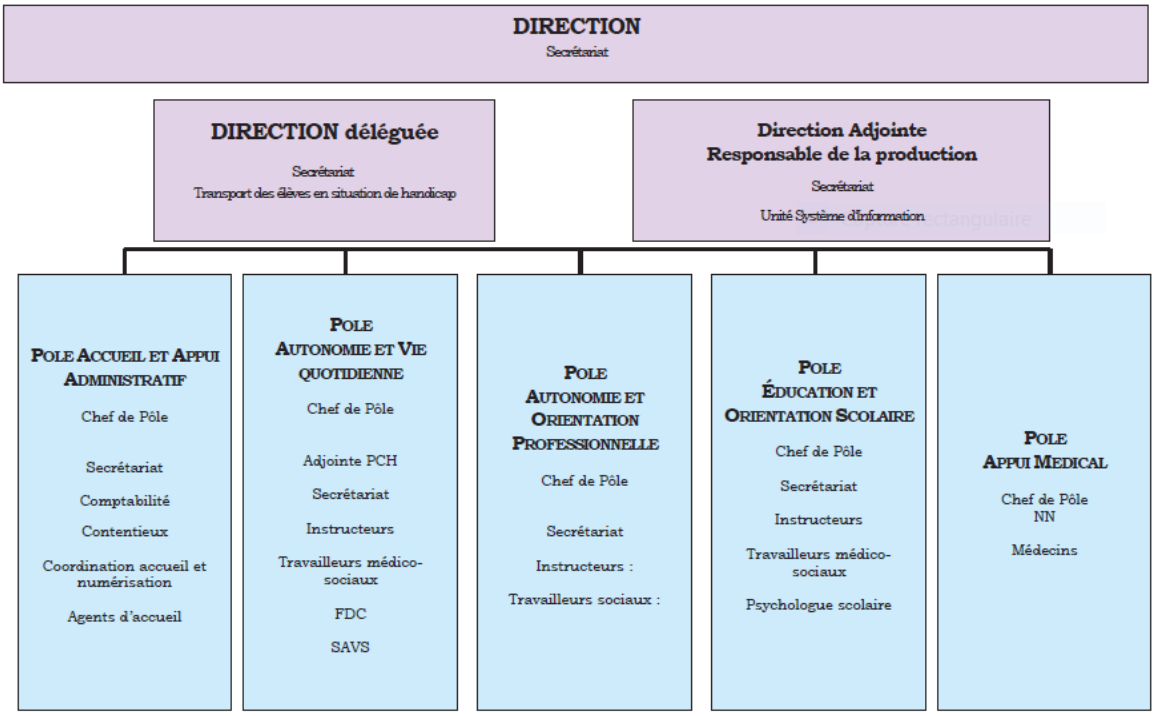
L'ESMS représenté par …… :

L'association …… :

La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) du Haut-Rhin, représentée par son directeur … :

MR et Mme X parents et représentants légaux de X Née le …… :

Annexe V : Schéma de fonctionnement de la MDPH 68 (rapport d'activité 2017)



Les chefs de pôle assurent le management en interne, le partenariat et l'expertise dans leur champ de compétence.

Afin de garantir des processus internes, la Direction Adjointe a été positionnée sur la ressource informatique en appui à la production.

Le Pôle Accueil et Appui administratif assure les fonctions support et la gestion des accueils internes à la MDPH.

Le Pôle d'appui médical est largement intégré dans les pôles fonctionnels.

a) La Commission des situations critiques

Mise en place à titre expérimental en septembre 2009, la Commission d'Admission Prioritaire (CAP) gérait les situations urgentes d'hébergement pour les adultes et les enfants. L'expérimentation s'étant avérée concluante, la CAP est devenue une pré-commission thématique de la MDPH du Haut-Rhin à compter d'avril 2012.

L'affaire de la jeune Amélie Loquet et la circulaire ministérielle du 22 novembre 2013 généralisent et institutionnalisent cette instance au plan national en créant les commissions en charge de la gestion des situations critiques (cumul de rupture de parcours et de mise en danger de la personne ou de sa famille). Ce dispositif est mis en œuvre à un niveau départemental (pilotage MDPH), régional (pilotage ARS) et national (pilotage CNSA). À fin décembre 2014, 77 départements avaient mis en place ce type de commissions, dont 7 créations au 4ème trimestre 2014.

Depuis avril 2014, la pré-commission des situations critiques 68 est scindée en pré-commission des situations critiques "adulte" et pré-commission des situations critiques "enfant". Suite à la Conférence Nationale du Handicap de décembre 2014, « une réponse accompagnée pour tous » a vocation à compléter le dispositif de gestion des situations critiques.

- Les MDPH auront à faire évoluer leurs pratiques d'évaluation en équipe pluridisciplinaire de manière à ce qu'elles permettent :

La prise en compte du projet de vie (souhaits et possibilités de chacun), la centralisation des informations nécessaires à la description des situations et à l'évaluation des besoins, une orientation adaptée vers une solution mobilisable rapidement, l'implication des personnes en situation de handicap tout au long du processus.

Mettre en œuvre ces pratiques, c'est activer le dispositif d'orientation permanent (DOP). Cette migration continuera de s'appuyer sur le partenariat local dense et créatif, sur les pratiques expérimentées lors du déploiement de « Une réponse accompagnée pour tous ». Elle impliquera également la poursuite du travail de concertation pour permettre la mobilisation, mais aussi l'évolution des réponses proposées notamment par le développement de réponses modulaires. Ces réponses modulaires pourront alimenter un Plan d'Accompagnement Global. Elle devient une mise en mouvement progressive, continue et concertée de l'ensemble des acteurs d'un territoire. Elle se généralise ainsi dans une dynamique de co-responsabilité des acteurs afin de leur permettre une participation active à l'élaboration de la réponse aux situations sans solution.

- Les outils du DOP :

Le PAG (Plan d'Accompagnement Global) : sollicité par la personne ou proposé par l'EPE de la MDPH, il permet de recueillir la solution individualisée construite à partir du partenariat territorial.
Le GOS (Groupe Opérationnel de Synthèse) : provoqué par la Directrice de la MDPH qui convoque les institutions susceptibles de participer à l'élaboration de la réponse adaptée. Le système d'information (SI) de suivi des orientations en établissements et services médico-sociaux (ESMS) (Via trajectoire PH) en phase de déploiement national dans un enjeu de partage de l'information et de pilotage de l'offre.

Annexe VI : Questionnaire CNSA d'évaluation du déploiement du dispositif RAPT

Comité interministériel du handicap

Ce fichier est destiné à rassembler des informations relatives au suivi de la démarche "une réponse accompagnée pour tous" afin d'alimenter le suivi de la démarche sur les territoires et pour les instances de pilotages nationales de la démarche. Ce suivi contribue à l'évaluation de la démarche.

Ce fichier est centralisé par la MDPH, mais certaines informations doivent être collectées auprès des partenaires (CD, ARS). Il est donc important que le renseignement de ce document se fasse en lien avec les partenaires et co-pilotes de la démarche sur le territoire.

Ces informations sont transmises tous les 2 mois à la CNSA et sont consolidées. Les consolidations régionales pourront également être transmises aux ARS pour un partage interdépartemental.

Les fichiers complétés pour un département sont à envoyer à l.reichert@groupe-eneis.com

- La présente campagne porte sur les mois de mai et juin 2018, pour une transmission fin juillet

Le remplissage de la colonne "commentaires" est laissée à l'appréciation de chaque territoire. Le nombre d'informations recueillies (46 items) est volontairement limité.

Il est normal que certaines réponses n'aient pas évolué en 2 mois, ou bien qu'elles n'évoluent plus pour le reste de la période. Il suffira, pour ces réponses, de copier/coller la réponse de la période précédente.

Merci d'envoyer ce fichier (ainsi que les documents supplémentaires s'ils n'ont pas déjà été transmis) à l'adresse suivante : l.reichert@groupe-eneis.com

Territoire (numéro + nom du Département)	
Nom du correspondant en charge du fichier de suivi	
Fonction	
Organisme	
Adresse électronique	
Téléphone	

	Réponse	**Commentaire**
Instance de pilotage de la démarche		
Si cette instance n'est pas la comex, quelle est sa composition ?		
Modalité de lancement de la démarche		
Date du lancement de la démarche (réunion départementale ou décision de l'instance de pilotage ou autre) (JJ/MM/AAAA)		
Prochaine date de réunion de l'instance de pilotage (JJ/MM/AAAA)		
Utilisation des crédits délégués aux ARS pour les MDPH		
Si recrutement, intitulé du/des poste(s) *Si autre, précision*		

	Mai-Juin 2018	
Question	**Réponse**	**Commentaire**
Pilotage		
Formalisation d'un plan d'actions/feuille de route de déploiement de la démarche à l'échelle du territoire ?		
Définition de priorités d'élaboration pour la mise en œuvre des PAG par la COMEX pour l'année 2018 ?		Merci de joindre la décision à l'envoi du fichier
Axe 1 : Dispositif d'orientation permanent		
Définition du processus du dispositif d'orientation permanent (répartition des rôles par étape-clé, élaboration d'outils associés, validation interne MDPH et par les partenaires) ?		N'hésitez pas à transmettre vos supports de travail pour partage sur la box

Maintien de la commission départementale "situation critique" ?		
Quelle est la règle de signature du document final du PAG ?		Préciser les modalités de recueil de l'engagement si pas de signature des participants :
Qui est le pilote de l'élaboration du PAG ?		Préciser qui est référent PAG (le chargé de mission, un membre de l'EPE, autres…) :
Combien de demandes de PAG ont été déposées (*ensemble des demandes ayant fait l'objet d'un dépôt de demande traitée par la cellule de tri, quel que soit le niveau de priorité*) ? (en chiffres)		
Combien de situations ont été qualifiées de critiques au sens de la circulaire de novembre 2013 ? (en chiffre)		
Combien de situations qualifiées de critiques ont été transmises à l'échelon régional pour recherche de solution? (en chiffre)		
Combien de PAG ont été signés sur votre territoire ? (en chiffres)		
Dont nombre de PAG adultes signés (plus de 20 ans)		
Dont nombre de PAG enfants signés (moins de 20 ans)		
Dont nombre de PAG pour une situation "Amendement Creton"		
Combien de PAG ont été formalisés sans réunion physique du GOS ? (en chiffres)		Précisez les modalités utilisées pour formaliser le PAG dans ce cas:
Combien de Groupes opérationnels de synthèse (GOS) de niveau 1 (**sans** autorité de contrôle et de tarification) ont été organisés ? (en chiffres)		
Combien de GOS ont été réunis en présence des autorités de contrôle et de tarification ? (en chiffres)		
Combien de commissions départementales "situations critiques" ont eu lieu ?		
Combien de PAG ou de situations critiques ont fait l'objet d'un soutien financier de l'ARS ? (en chiffres)		
Combien de PAG ou de situations critiques ont abouti à une admission temporaire ou définitive en ESMS ? (en chiffres)		
Combien de PAG ou de situations critiques ont impliqué une coordination entre psychiatrie et ESMS ? (en chiffres)		

Combien de PAG ou de situations critiques ont impliqué une orientation vers un PCPE (pôle de compétences et de prestations externalisées) ?		
Combien de PAG ou de situations critiques ont impliqué une dérogation ou un assouplissement à l'agrément d'un ESMS ? (en chiffres)		Précisez le type d'ESMS (FV, SAMSAH, SESSAD, IME…) :
Qui est le plus fréquemment à l'origine des demandes, sollicitations ou propositions de PAG ?		
Cause la plus fréquente de la demande, sollicitation ou proposition de PAG ?		
Quel est le profil de coordonnateur de parcours (pour le PAG) le plus fréquent pour votre territoire ?		

Axe 2 : Déploiement d'une réponse territorialisée		
Une convention territoriale est-elle élaborée ?		
Si oui, qui sont les signataires ?		Merci de transmettre vos supports de travail pour partage sur la box
le Conseil départemental a-t-il prévu des dispositions dérogatoires au règlement départemental d'aide sociale et/ou des mesures d'urgence dans le cadre de l'élaboration des PAG?		
L'ARS a-t-elle prévu des mécanismes d'assouplissement de / dérogation à la règlementation dans le cadre de l'élaboration des PAG ?		
La COMEX de la MDPH a-t-elle formalisé les informations à transmettre et les modalités de leurs transmissions en application du décret n° 2017-137 du 7 février 2017 ?		Merci de joindre le document à l'envoi du fichier
Des objectifs Réponse Accompagnée sont-ils inclus dans les CPOM nouvellement signés ?		
Y a-t-il eu un travail sur les pratiques d'admission des ESMS sur le territoire ?		Si oui, préciser :
Le schéma départemental (ou projet de schéma) prend-t-il en compte des objectifs de la démarche réponse accompagnée ?		Merci de joindre le support de travail ou document finalisé
Le schéma de l'ARS prévoit il une prise en compte des objectifs de la démarche réponse accompagnée ?		Merci de joindre le support de travail ou document finalisé

Axe 3 : Création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs		
Des actions de pair-aidance ont-elles été développées ?		Si oui, préciser lesquelles :
Si oui, par qui ces actions sont-elles portées ?		
Des pairs ont-ils été associés aux GOS depuis le lancement de la démarche ?		N'hésitez pas à nous transmettre les supports
Des outils d'information sur la démarche, à destination des usagers, ont-ils été conçus ?		
Y a-t-il eu des formations impliquant une expertise d'usage (présence d'un formateur pair…) ?		

Axe 4 : accompagnement au changement des pratiques		
Une ou plusieurs réunions d'information sur la démarche ont-elles été mises en œuvre à destination des partenaires ?		
Des formations d'accompagnement au déploiement de Réponse accompagnée au sein de la MDPH ont-elles été mises en place ?		
Des formations croisées accompagnant le déploiement de Réponse accompagnée ont-elles été mise en place sur le territoire ?		Précisez : quelles institutions (MDPH, ARS, CD.) Quel public (encadrants, DD, EP etc.)
Si oui, qui participe à ces formations ?		
Des actions de transformation de la MDPH ont-elles été mises en œuvre dans le cadre de la démarche ?		Sur quoi portent-elles ? (Accueil / instruction, évaluation, orientation, décision…)
Des réunions d'analyse des pratiques liées à la démarche entre institutions sont-elles mises en place ?		

Fin de l'enquête

Modalités de réponse (à copier/coller ci-dessus si la liste déroulante n'apparait pas - ne pas modifier cette partie) :

Introduction et pilotage					
Organisme	Instance de pilotage de la démarche	Modalité de lancement de la démarche	Utilisation des crédits délégués aux ARS pour les MDPH	0.1 Formalisation d'un plan d'actions/feuille de route de déploiement de la démarche à l'échelle du territoire ?	0.2 Définition de priorités d'élaboration pour la mise en œuvre des PAG par la COMEX pour l'année 2018 ?
MDPH			Recrutement(s)	Oui	oui
MDA	Comex	Réunion départementale	Prestation d'appui	Non	non
CD	Instance dédiée	Décision de l'instance de pilotage	Autre	En cours	non mais c'est prévu
ARS		Autre			en cours

Axe 1 : Dispositif d'orientation permanent						
Définition du processus du dispositif d'orientation permanent (répartition des rôles par étape-clé, élaboration d'outils associés, validation interne MDPH et par les partenaires) ?	Maintien de la commission départementale "situation critique" ?	Quelle est la règle de signature du document final du PAG ?	Qui est le pilote de l'élaboration du PAG ?	Qui est le plus fréquemment à l'origine des demandes, sollicitations ou propositions de PAG ?	Cause la plus fréquente de la demande, sollicitation ou proposition de PAG ?	Quel est le profil de coordonnateur de parcours (pour le PAG) le plus fréquent pour votre territoire ?
Oui	oui	signature par tous les participants	Un membre de l'EP	Usagers ou leur représentant	Indisponibilité de la réponse	Professionnel d'un établissement
Non	oui, mais arrêt prévu courant 2018	signature uniquement par l'usager et le coordonnateur	Un référent à l'élaboration du PAG hors EP	MDPH	Inadaptation des réponses connues	Professionnel d'un service
En cours	non	autre (préciser)	Autre (à préciser)	Autorité de contrôle/tarification, PJJ, ASE	Complexité de la réponse à adapter	MDPH
				Education Nationale	Risques/ constats de rupture de parcours	Professionnel ASE
				ESMS	Autres (préciser)	Enseignant référent
				Etablissements de santé		Autre (préciser)

Axe 2 : Déploiement d'une réponse territorialisée								
Une convention territoriale est-elle élaborée ?	*Si oui, qui sont les signataires ?*	le Conseil départemental a-t-il prévu des dispositions dérogatoires au règlement départemental d'aide sociale et/ou des mesures d'urgence dans le cadre de l'élaboration des PAG?	L'ARS a-t-elle prévu des mécanismes d'assouplissement de / dérogation à la règlementation dans le cadre de l'élaboration des PAG?	La COMEX de la MDPH a-t-elle formalisé les informations à transmettre et les modalités de leurs transmission en application du décret n° 2017-137 du 7 février 2017 ?	Des objectifs Réponse Accompagnée sont-ils inclus dans les CPOM nouvellement signés ?	Y a-t-il eu un travail sur les pratiques d'admission des ESMS sur le territoire ?	Le schéma départemental (ou projet de schéma) prend-t-il en compte des objectifs de la démarche réponse accompagnée ?	Le schéma de l'ARS prévoit-il une prise en compte des objectifs de la démarche réponse accompagnée ?
oui	ARS, CD, MDPH	oui	oui	oui	Oui, uniquement pour les CPOM conjoints ARS/CD	oui, avec les ESMS du territoire	Oui	Oui
non	ARS, CD, MDPH et Education Nationale	non	non	non	Oui, exclusivement les CPOM ARS	oui, mais uniquement entre partenaires institutionnels pour le moment	Non	Non
non mais c'est prévu	ARS, CD, MDPH, EN, CPAM	non mais c'est prévu	non mais c'est prévu	non mais c'est prévu	Oui, exclusivement les CPOM CD	non		
	ARS, CD, MDPH, EN, CPAM et autres				Oui pour tous les CPOM	en cours		
					Non			

Axe 3 : Création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs				
Des actions de pair-aidance ont-elles été développées ?	*Si oui, par qui ces actions sont-elles portées ?*	Des pairs ont-ils été associés aux GOS depuis le lancement de la démarche ?	Des outils d'information sur la démarche, à destination des usagers, ont-ils été conçus ?	Y a-t-il eu des formations impliquant une expertise d'usage (présence d'un formateur pair…) ?
Uniquement au niveau de l'ARS siège	Oui, porté par une/des association(s)	Oui	Oui	Oui, porté par une/des association(s)
Oui, au niveau du territoire	Oui, porté par l'ARS	Occasionnellement	Non	Oui, porté par l'ARS
Oui, au niveau de l'ARS siège et du territoire	Oui, porté par le Département	Non		Oui, porté par le Département
Non	Oui, porté par la MDPH			Oui, porté par la MDPH
En cours	Oui, autres (préciser)			Oui, autres (préciser)
				Non
				Prévu

Axe 4 : accompagnement au changement des pratiques					
Une ou plusieurs réunions d'information sur la démarche ont-elle été mises en œuvre à destination des partenaires ?	Des formations d'accompagnement au déploiement de Réponse accompagnée au sein de la MDPH ont-elles été mises en place ?	Des formations croisées accompagnant le déploiement de Réponse accompagnée ont-elles été mise en place sur le territoire ?	*Si oui, qui participe à ces formations ?*	Des actions de transformation de la MDPH ont-elles été mises en œuvre dans le cadre de la démarche ?	Des réunions d'analyse des pratiques liées à la démarche entre institutions sont-elles mises en place ?
oui	oui, auprès des directeurs	oui	ARS, CD et MDPH	Oui	oui
non	oui, auprès des encadrants	non	ARS, CD, MDPH et ESMS	Non	non
non mais c'est prévu	oui, auprès des équipes	non mais c'est prévu	MDPH et ESMS	Pas encore déterminé	non mais c'est prévu
	non		Autres (préciser)		

Annexe VII : Carte du schéma départemental de la protection de l'enfance 2012-2016

Annexe VIII : Mail de la Direction Générale du Conseil Départemental

Envoyé: Jeudi 1 Février 2018 09:29:14
Objet: Commission "situations complexes" 6 avril 2018 . 9h00-12h00

Madame, Monsieur,

Comme vous le savez et à l'initiative du Parquet de Colmar et du Département du Haut-Rhin, s'est mise en place une commission sur les situations complexes ASE, récemment étendue à l'ensemble du département.
L'enjeu de cette commission est d'aborder des situations individuelles de jeunes confiés à l'ASE dont le placement n'est pas effectué du fait de leur profil et/ou d'offres de service inadaptées. Il se peut également que soient abordées des situations dont le placement risque d'être rapidement mis en échec. Il s'agit de pouvoir dégager des propositions opérationnelles, souvent dérogatoires, à mettre en œuvre avec l'ensemble des partenaires concernés (Justice, ARS, MDPH, PJJ, Pédopsychiatrie, Education Nationale, Département). Les deux dernières séances de travail démontrent la réelle nécessité d'échange et de partage afin d'initier des réponses concertées et adaptées à ces situations complexes.

La mise en place de cette commission nécessite, pour l'avenir, quelques ajustements et précisions.

- Les situations à aborder lors d'une commission seront proposées par l'ASE , en lien avec les juges concernés. Une présentation synthétique sera adressée aux participants 10 jours avant. Elle respecteront les critères ci-dessus. L'ODJ détaillé sera adressé dans les mêmes délais par l'ASE.
- Pour potentialiser le temps de nos partenaires de la Justice, deux séquences seront proposées dans la même réunion: une première relative aux situations colmariennes et une seconde relative aux situations mulhousiennes.
- Cette commission se déroulera tous les deux mois en alternance au TGI de Colmar et au TGI de Mulhouse.
- L'ensemble des acteurs potentiellement concernés (vice-procureurs de Mulhouse et de Colmar, coordinateurs des juges des enfants de Mulhouse et de Colmar, juges des enfants des deux TGI, ARS, Département, MDPH, Pédopsychiatrie, PJJ, Education Nationale) seront systématiquement conviés. Des partenaires spécifiques (MECS, IME,...) seront également invités en fonction des situations présentées.
- Avant chaque séance, un état d'avancement synthétique écrit des situations abordées à la commission précédente sera réalisé et adressé aux participants. Si les décisions prises n'ont pu être mises en œuvre ou si la situation présente de nouvelles difficultés, un point sera fait à la commission. Sinon la situation ne sera pas mise à l'ordre du jour.
- Il est proposé que le « fil rouge » désigné à chaque commission soit garant de la mise en œuvre des mesures décidées.

Enfin, je vous précise que **la prochaine séance se tiendra au TGI de Colmar 6 avril 2018 de 9h00 à 12h00. La salle vous sera communiquée ultérieurement.**

Je reste à votre entière disposition pour tout complément d'information.

Très cordialement

Dorothée MARTIN
Directrice Générale Adjointe
chargée de la Solidarité
Direction Générale des Services

martin.d@haut-rhin.fr
+33 3 89 30 61 09
+33 6 47 39 64 13

www.haut-rhin.fr

---

image001.jpg
8 ko

Annexe IX : Liste des participants à la réunion des situations critiques

ETABLISSEMENTS / ASSOCIATIONS	TITRES	PRENOMS	NOMS	ADRESSES MAIL	OBSERVATIONS
IMP Les Catherinettes 27 rue Golbery 68000 COLMAR	Mme	Véronique	SIMON	accueil.imp-cath@arsea.fr	Directrice
IMPRO Les Artisans 4 rue des Artisans 68000 COLMAR	Mme	Véronique	SIMON	accueil.improartisans@arsea.fr	Directrice
Association Caroline BINDER 10 Chemin des Confins 68124 LOGELBACH	Mme	Corinne	SCHAFFNER	jloury@cbinder.asso.fr	Directrice
Association Caroline BINDER - LOGELBACH	Mme		BREBION		Chef de service
Association Au fil de la vie 10 rue Victor Schmidt 68800 THANN	Mme	Anne-Marie	ASENCIO	aasencio@aufildelavie.fr	Directrice
ITEP La Forge 2 rue Principale 68920 WINTZENHEIM	M.	Daniel	FINCK	Daniel.FINCK@itep-laforge.com	Directeur
ITEP Les Tilleuls 48 rue Principale 67310 SCHARRACHBERGHEIM	M.	Daniel	FINCK	Daniel.FINCK@itep-laforge.com	Directeur
ARSEA Foyer René Cayet 81 Rue des Flandres 68100 Mulhouse	Mme	Lucie	MONTANARO	lmontanaro.rcayet@arsea.fr	Directrice
UDAPEI du HAUT-RHIN 76 rue de Blotzheim 68870 BARTENHEIM	M.	Jean-Marc	KELLER	keller.jm@wanadoo.fr	
Institution Les Tournesols Rue de la République 68160 SAINTE MARIE AUX MINES	M. le Directeur	Daniel	LÊ	institut@lestournesols3.fr	Directeur
Institution Les Tournesols	M. le Directeur adjoint	Emmanuel	DE BOISSIEU	Emmanuel.DeBoissieu@lestournesols3.fr	Directeur adjoint
Unité pour Adolescents Hôpital du Hasenrain Pavillon 20 - 2ème étage 68100 MULHOUSE	Mme	Sylvie	CHASTANG	chastangs@ghrmsa.fr	Assistante Médico Administrative Référente
Maison Saint-Joseph 30 rue de Hirsingue 68200 MULHOUSE	M. le Directeur	Jean-Marie	KRANITZ	jmkranitz@groupesaintsauveur.fr	Directeur
Maison Saint-Joseph - Mulhouse	Mme	Emilie	FURSTOSS	efurstoss@groupesaintsauveur.fr	Chef de Service
Maison Saint-Joseph - Mulhouse	M.	Laurent	HOLLET	lhollet@groupesaintsauveur.fr	Référent qualité
ARSEA Centre de la Ferme 59 Rue de Verdun 68400 Riedisheim	M.	Bruno	KOHLER	bkohler.eepferme@arsea.fr	Directeur
MECS Le Chalet 18 rue Principale 68500 RIMBACH	Mme	Catherine	ROELLINGER	mecs.le.chalet@wanadoo.fr	Directrice
Association Le Chalet	M.	André	WENZLER	andre.wenzler@orange.fr	Président de l'Association

Maison Henry Dunant - Croix Rouge Française Maison d'Enfants à Caractère Social Centre de Placement Familial Socio Educatif 20B rue du R.I.C.M. 68580 SEPPOIS LE BAS	M.	Fabien	ANCEL	fabien.ancel@croix-rouge.fr	
Maison Henry Dunant - Croix Rouge Française	M.	Jérôme	BOTTINELLI	jerome.bottinelli@croix-rouge.fr	Responsable de Service Educatif
Les 2 Phares IDS	Mme	Nathalie	JEKER-WASMER	njeker-wasmer@ids-lephare.com	Directrice
Fondation Le Phare 16 rue de Kingersheim 68110 ILLZACH	M. le Directeur	Jacques	LOSSON	jlosson@ids-lephare.com	Directeur général
MECS Le Bercail 6 rue des Larrons 68500 GUEBWILLER	M.	Francis	BOSSERT	f.bossert@lebercail.org	Directeur
Les Papillons Blancs - IME Domaine ROSEN Avenue du Château 68540 BOLLWILLER	Mme	Ghislaine	ROUGE DIT GAILLARD	grougeditgaillard@adapeipapillonsblancs.alsace	
Association Le Champ de Croix IME Les Allagouttes 68370 ORBEY	Mme	Magali	BOURCART	magali@allagouttes.fr	Directrice
Association le Champ de Croix Les Allagouttes 68370 ORBEY	M.	Stéphane	BESSON	s.besson@allagouttes.fr	Chef de Service Educatif
ITEP Saint Jacques 15 rue du Noyer 68110 ILLZACH	M.	Frédéric	PANKUTZ	pankutz.diradj@fondt-stjacques.org	Directeur
M.E.C.S. Gustave STRICKER 14 rue de Ruelisheim 68110 ILLZACH	M.	Frédéric	PANKUTZ	pankutz.diradj@fondt-stjacques.org	Directeur
IME AFAPEI 76 rue de Blotzheim 68870 BARTENHEIM	Mme		CHARROIN	f.charroin@afapei68.org	
ADAPEI Papillons Blancs Alsace 2 avenue de Strasbourg 68350 DIDENHEIM	M. le Président	P.	FRARE	dg@adapeipapillonsblancs.alsace	Président
Association Rayon de Soleil 20 Rue Théodore Wilt 68500 Guebwiller	M.	Michel	BOURCART	michel.bourcart@wanadoo.fr	Président
I.T.E.P. Pierre Paul Blanck 2 rue du Couvent 67600 EBERSMUNSTER	M.	Yves	ALBERTI	yves.alberti@arsea.fr	Président du G14
MSA MULHOUSE	Docteur	Chantal	PACCALIN	chantal.paccalin@ghrmsa.fr	Chef pôle PPEA HA
IME Saint-André 43 route d'Aspach 68702 CERNAY CEDEX	M.	Luc	ICHTERS		Directeur
Home Saint-Jean 17 rue des Gymnastes 68100 MULHOUSE	Mme	Chantal	CAILLAT	ccaillat@fondation-saint-jean.fr	
IMPRO Marguerite Sinclair 6 rue de l'Etoile 68460 LUTTERBACH	M.	François	EICHHOLTZER	f.eichholtzer@sinclair.asso.fr	
Association Sinclair	M.	Frédéric	CHENAL	f.chenal@sinclair.asso.fr	Directeur

Association Sinclair	Mme	M.	MILLION	m.million@sinclair.asso.fr	
Fondation Armée du Salut Foyer Marie-Pascale Péan 42 rue de Bâle 68100 MULHOUSE	M.	Christophe	SCHROEDER	cschroeder@armeedusalut.fr	Chef de Service
Association la Nichée 40 Grand-Rue 68600 ALGOSHEIM	M.	Pierre	IMHOFF	imhoff.pierre@wanadoo.fr secretariat.lanichee@wanadoo.fr	Directeur
Association Adèle de Glaubitz Institut Saint-Joseph 1 chemin de Ste Croix 68000 COLMAR	Mme	Céline	ROSSI-LEVEQUE	rossileveque.stjo68@glaubitz.fr	Directrice
Rayon de Soleil 20 rue Théodore Wilt - BP 70032 68501 GUEBWILLER CEDEX	M.	Albert	RONDOT	rs.direction@orange.fr	Directeur
Rayon de Soleil 20 rue Théodore Wilt - BP 70032 68501 GUEBWILLER CEDEX	M.	Julien	PRUVOST	rs.pruvost@orange.fr	Chef de Service Educatif
Cité de l'Enfance Conseil Départemental du Haut-Rhin 7 rue des Vignes 68000 COLMAR	Mme	Claire	BOUGEROL	bougerol@haut-rhin.fr	Directrice

Annexe X : Notice des indicateurs du tableau de caractérisation des situations critiques

- **Identification de la personne** : Indiquer les initiales

- **Caractérisation :**
  - Sexe : M/F
  - Age : indiquer
  - Fratrie : indiquer le nombre de frères et sœurs et combien sont concernés par un suivi
  - Typologie ANAP : caractériser à partir des indicateurs suivants :
    - Déficience intellectuelle (à titre principal /associé)
    - Autisme et autres TED (à titre principal /associé)
    - Troubles du comportement et de la communication (à titre principal / associé)
    - Troubles psychiques (à titre principal /associé)
    - Troubles du langage et des apprentissages (à titre principal /associé)
    - Déficiences auditives (à titre principal /associé)
    - Déficiences visuelles (à titre principal /associé)
    - Déficiences motrices (à titre principal /associé)
    - Déficiences métaboliques (à titre principal /associé)
    - Cérébrolésion (à titre principal /associé)
    - Polyhandicap
    - En cours de diagnostic
    - Autres types de déficiences (à titre principal /associé)
  - Comportement problème : TOP (Troubles Oppositionnels avec Provocation), fugues, violences…….
  - Suivi Psy : en interne, en hôpital de jour, autre…
  - Origine : établissement ou dispositif fréquenté avant admission

- **Mesures de protection** : indiquer oui/non si suivi ou mesure en cours ou échu(e)
  - ASE : aide sociale à l'enfance : placement administratif ou judiciaire
  - AEMO : action éducative milieu ouvert
  - DAP : délégation d'autorité parentale
  - AED/R : Aide éducative à domicile/renforcée

- **MDPH :** indiquer si notification et si mise en œuvre

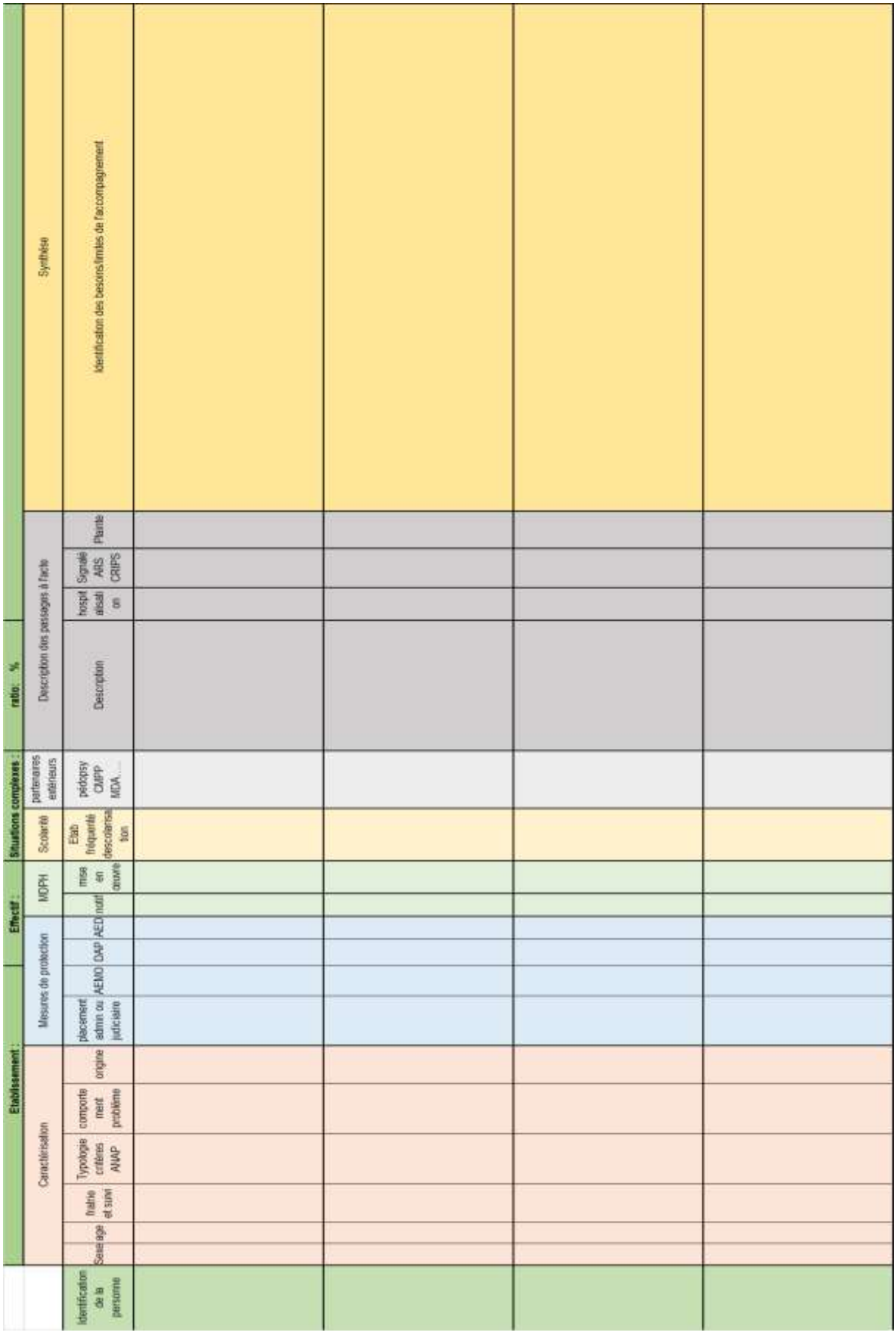
- **Scolarité** : indiquer le type d'établissement fréquenté (normal, adapté, spécialisé…) et si déscolarisation

- **Partenaires extérieurs** : indiquer les partenaires éventuels (Pédopsy, CMPP, MDA…)

- **Description des passages à l'acte :**
  - Rédiger une description synthétique
  - Hospitalisation consécutive ou non au passage à l'acte
  - Indiquer si oui/non le/les incident/s ont fait l'objet d'un signalement à l'ARS https://www.ars.sante.fr/index.php/signaler-un-evenement-indesirable-4
  - Consulter le tableau de définition des évènements indésirables graves devant être déclarés à l'ars ci-joint en PDF
  - Indiquer si oui/non le/les incident(s) ont fait l'objet d'un dépôt de plainte ou de déclaration de sinistre.

- **<u>Synthèse</u> :**
  - Identification des besoins : résumé de la problématique et de ses causes ; limites de l'accompagnement proposé et perspectives ; Pourquoi les réponses proposées ne répondent pas aux besoins ? Quelles seraient les modalités d'accompagnement les mieux adaptées ?

Annexe XI : Tableau de l'enquête de recensement des situations critiques



Identification de la personne	Etablissement :					Effectif :						Situations complexes :		ratio : %				Synthèse
	Caractérisation					Mesures de protection				MDPH		Scolarité	partenaires extérieurs	Description des passages à l'acte				Identification des besoins/limites de l'accompagnement
	Sexe	âge	fratrie et suivi	Typologie critères AMAP	comportement problème	origine	placement admin ou judiciaire	AEMO	DAP	AED	notif	mise en oeuvre	Etab fréquenté/ descolarisation	pédopsy CMPP MDA....	Description	hospitalisation	Signalé ARS CRIPS	Plainte	

Annexe XII : Tableau synthétique de restitution de l'enquête

		total	Médico social	Protection de l'enfance
DENOMBREMENT	Nombres d'établissements	12	6	6
	Effectif global	861	526	335
	Nombres de situations complexes	71	25	46
	Taux de situations critiques	8,25	4,75	13,73
CARACTERISATION	Filles	18	6	12
	Garçons	53	19	34
	3-5 Ans	4	2	2
	5-6 Ans	4	2	2
	7-10 Ans	10	1	9
	11-15 Ans	34	14	20
	16-19 Ans	13	6	7
	20 Ans et +	1	1	0
TYPOLOGIE	Troubles psychiques	22	13	9
	Déficience intellectuelle	23	16	7
	Autisme et autresTED	8	5	3
	Troubles du comportement de la communication	20	11	9
	Trouble de l'attachement	10	9	1
	TOP	10	1	9
COMPORTEMENT PROBLEME	Agressivité / violence	40	15	25
	Fugues	25	3	22
	Mise en danger / Addiction	8	4	4
	Intolérance à la frustration	7	3	4
	Autoagressivité	5	5	
	Crises	6	4	2
	Vols	3	1	2
	Stéréotypies	2	2	
	Comportement sexuel déviant	5	3	2
	Déscolarisation	6		6
	T.S et tendance suicidaire	4	2	2
	Dégradations	5	1	4
SUIVI	placement administratif	3		3
	placement judiciaire	57	13	44
	notif MDPH	46	25	21
	Notif MDPH non éxécutée	2		2
	pédopsy CMPP MDA.....	39	13	26
DISPOSITIONS	hospitalisation	21	9	12
	Signalés ARS CRIPS	18	9	9
	Plainte	22	3	19

Annexe XIII : Tableaux du guide pour l'application de la nomenclature des ESMS

Tableau 1 - Publics accueillis ou accompagnés	
Nomenclature Finess actuelle	**Nouvelles autorisations**
110 - Déficience Intellectuelle (sans autre indication - SAI) 120 - Déficiences Intellectuelles (SAI) avec Troubles Associés 111 - Retard Mental Profond ou Sévère 121 - Retard Mental Profond et Sévère avec Troubles Associés 115 - Retard Mental Moyen 125 - Retard Mental Moyen avec Troubles Associés 118 - Retard Mental Léger 128 - Retard Mental Léger avec Troubles Associés	**117 - Déficience intellectuelle**
437 – Autistes	437 - **Troubles du spectre de l'autisme (Chgmt agrégat 1100)**
Inexistant	**011 – Handicap rare**
205 - Déficience du Psychisme (SAI) 204 - Déficience Grave du Psychisme 600 - Troubles Psychopathologiques (SAI) 601 - Troubles Psychopathologiques Légers 602 - Troubles Psychopathologiques Graves	**206 - Handicap psychique**
200 - Troubles du Caractère et du Comportement	200 - Difficultés psychologiques avec troubles du comportement
500 - Polyhandicap	500 - Polyhandicap
410 - Déficience Motrice sans Troubles Associés 420 - Déficience Motrice avec Troubles Associés	**414 - Déficience motrice**
310 - Déficience Auditive 317 - Déficiences Auditives avec troubles associés	**318 - Déficience auditive grave**
320 - Déficience Visuelle (SAI) 327 - Déficiences Visuelles avec troubles associés	**324 - Déficience visuelle grave**
511 - Surdi-Cécité avec ou sans troubles associés	511 - Surdi-Cécité avec ou sans troubles associés **(réservée à des structures ayant un rôle de centre de ressources ou un caractère expérimental)**
438 - Cérébro-lésés 202 - Déficience Grave du Psychisme consécutive à lésion cérébrale	438 - Cérébro-lésés **(Chgmt agrégat 1100)**
203 - Déficience Grave de la Communication	**207 – Handicap cognitif spécifique**
010 - Tous Types de Déficiences Personnes Handicapées (SAI)	010 - Tous Types de Déficiences Personnes Handicapées (SAI)
Autres publics**	Si rôle de centre de ressources ou caractère expérimental

Tableau 2 - Spécialisations en fonction du projet éducatif, pédagogique et thérapeutique	
Nomenclature Finess actuelle	**Nouvelles autorisations**
901 - Éducation Générale et Soins Spécialisés pour Enfants Handicapés (EH) 902 - Éducation Professionnelle & Soins Spécialisés pour EH 903 - Éducation Générale et Professionnelle & Soins Spécialisés pour EH	**840 - Accompagnement précoce de jeunes enfants** **842 - Préparation à la vie professionnelle** **843 - Accompagnement dans l'enseignement supérieur** **841 - Accompagnement dans l'acquisition de l'autonomie et la scolarisation (hors trois disciplines précédentes)** **844 - Tous projets éducatifs, pédagogiques et thérapeutiques**
838 - Accompagnement familial et éducation précoce pour EH 839 - Acquisition, autonomie, intégration scolaire pour EH 319 - Education Spécialisée et Soins à domicile pour EH	
654 - Hébergement Spécialisé pour Enfants et Adolescents Handicapés 836 - Préparation à la Vie Sociale pour Adolescents Handicapés	

Tableau 3 - Catégories d'établissements relevant du 2° de l'article L.312-1	
Nomenclature Finess actuelle	**Nouvelles autorisations**
183 - Institut Médico-Educatif (I.M.E.)	183 - Institut Médico-Educatif (I.M.E.)
186 - Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (I.T.E.P.)	186 - Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (I.T.E.P.)
192 - Etablissement pour Déficient Moteur (I.E.M.)	192 - **Institut d'éducation motrice** (I.E.M.)
188 - Etablissement pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés	188 - Etablissement pour Enfants ou Adolescents Polyhandicapés
195 - Institut pour Déficients Auditifs	195 - Institut pour Déficients Auditifs
194 - Institut pour Déficients Visuels	194 - Institut pour Déficients Visuels
396 - Foyer Hébergement Enfants et Adolescents Handicapés	**classement dans une des catégories supra**
390 - Etablissement d'Accueil Temporaire d'Enfants Handicapés	**classement dans une des catégories supra**
196 - Institut d'Education Sensorielle Sourd/Aveugle	**classement dans une des catégories supra** ou rôle de centre de ressources
189 - Centre Médico-Psycho-Pédagogique (C.M.P.P.)	189 - Centre Médico-Psycho-Pédagogique (C.M.P.P.)
238 - Centre d'Accueil Familial Spécialisé	238 - Centre d'Accueil Familial Spécialisé
221 - Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (B.A.P.U.)	221 - Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (B.A.P.U.)
182 - Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile	182 - **Service assurant un accompagnement à domicile ou en milieu ordinaire - Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (non rattaché à un établissement)**

Tableau 5 - Modes d'accueil et d'accompagnement dans Finess pour les nouvelles autorisations	
Nomenclature Finess actuelle	**Nouvelles autorisations - Remplace notamment**
11 - Hébergement Complet Internat	11 - Hébergement Complet Internat
17 - Internat semaine et 13 – semi internat **8**	11 - Hébergement Complet Internat
18 - Hébergement de Nuit Eclaté	22 - Accueil de nuit
15 - Placement Famille d'Accueil	15 - Placement Famille d'Accueil
25 - Accueil Temporaire de W.E. ou Vacances	**40 - Accueil temporaire avec hébergement**
rubriques nouvelles ou élargies	**43 - Tous modes d'accueil avec hébergement**
21 - Accueil de Jour	21 - Accueil de Jour (sans distinction entre semi-internat et externat)
rubriques nouvelles ou élargies	**44 - Accueil temporaire de jour**
rubriques nouvelles ou élargies	**45 - Accueil temporaire (avec et sans hébergement)**
rubriques nouvelles ou élargies	**46 - Tous modes d'accueil (avec et sans hébergement)**
16 - Prestation en milieu ordinaire	16 - Prestation en milieu ordinaire
07 - Consultation Soins Externe 19 - Traitement et Cure Ambulatoire 97 - Type d'activité indifferencié	**47 - Accueil de jour et accompagnement en milieu ordinaire**
rubriques nouvelles ou élargies	**48 - Tous modes d'accueil et d'accompagnement**

Annexe XIV : Courriel ARS

De : BRIDEL, Catherine (ARS-GRANDEST/DTARS-68) [mailto:Catherine.Bridel@ars.sante.fr]
Envoyé : mardi 4 septembre 2018 16:56
À : 'Stéphane Besson' <s.besson@allagouttes.fr>
Objet : Projet présenté dans le cadre de votre mémoire

Bonjour Monsieur Besson,

Le scenario que vous avez présenté à l'ARS Grand Est dans le cadre de votre mémoire concernant l'IME les Allagouttes apparaît pertinent.

Vous proposez en effet :

- le passage au prix de journée globalisé,
- la mise en œuvre d'un accueil temporaire séquentiel,
- un échéancier incluant une phase expérimentale de montée en charge et d'évaluation d'un an,
- l'inscription du projet dans le CPOM dont la signature est prévue en 2020,
- une nouvelle autorisation pour l'IME après la phase expérimentale si celle-ci s'avère concluante.

NB : si ce projet devait être proposé à l'ARS, il ferait l'objet d'une étude et d'une négociation avec l'établissement dans le cadre du CPOM à venir,

ce mail ne tenant pas lieu d'accord définitif.

Bien cordialement,

Catherine BRIDEL
Correspondante d'établissements, référente
réponses handicap et déficiences

Délégation Territoriale Haut-Rhin
Offre Médico-sociale

Tél. 03.69.49.30.26 | grand-est.ars.sante.fr

Agence Régionale de Santé Grand Est

Imprimer ce mail est-il nécessaire ?

Annexe XV : Bilan financier 2017

BIENS	2 015	2 016	2 017	FINANCEMENTS	2 015	2 016	2 017
Biens stables				**Financements stables**			
Immobilisations incorporelles nettes	1 561	485	806	Apports ou fonds associatifs	99 525	99 525	99 525
Immobilisations corporelles brutes				Réserves des plus values nettes (1)			
- Terrains				Excédents affectés à l'investissement	37 352	37 352	37 352
- Constructions	73 522	73 522	73 522	Subventions d'investissements	10 615	8 906	7 486
- Installations techniques, matériels et outillages	271 905	275 621	248 894	Réserve de compensation des charges d'amortissement	1	1	676
- Autres immobilisations corporelles	670 416	730 482	810 773	Provisions pour renouvellement des immobilisations	320 646	343 568	355 641
Immobilisations en cours		3 662	4 833	Provisions réglementées sur plus-vales nettes d'actif	7 972	9 810	11 060
Immobilisations financières	1 524	1 524	1 524	Emprunts et dettes financiéres			
				Dépots et cautionnements reçus			570
Amortissements comptables excédentaires différés (2)				Amortissements des immobilisations			
				- Construtions	13 939	18 221	22 502
Charges à répartir				- Installations, matériels et outillages techniques	204 497	229 952	223 802
Autres				- Autres immobilisations corporelles	435 218	490 336	540 074
				Autres (3)			
Comptes de liaison investissement				Comptes de liaison investissement			
TOTAL II	**1 018 929**	**1 085 295**	**1 140 352**	**TOTAL I**	**1 129 765**	**1 237 670**	**1 298 687**
FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT NEGATIF (I-II)				**FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT POSITIF (I-II)**	**110 836**	**152 374**	**158 335**
Actifs stables d'exploitation				**Financements stables d'exploitation**			
				Excédent et provisions affectés à la couverture du BFR	162 275	162 275	162 275
Report à nouveau déficitaire (4)	77 731	68 298	63 928	Reserves de compensation des déficits	534	534	534
Résultat déficitaire (4)	13 268	8 898		Résultat excédentaire (4)			6 271
				Report à nouveau excédentaire affecté à: (4)			
				- réduction des charges d'exploitation	9 387	9 387	2 387
Droits acquis par les salariés non provisionnés (5)				- financement de mesures d'exploitation			
				Provisions pour risques et charges	584 641	639 164	625 778
				Fonds dédiés			
Autres				Autres			
Comptes de liaison trésorerie (stable)				Comptes de liaison trésorerie (stable)			
TOTAL IV	**90 999**	**77 196**	**63 928**	**TOTAL III**	**756 837**	**811 360**	**797 246**
FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION NEGATIF (III-IV)				**FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION POSITIF (III-IV)**	**665 838**	**734 164**	**733 318**
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL NEGATIF				**FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL POSITIF**	**776 674**	**886 539**	**891 653**
Valeurs d'exploitation				**Dettes d'exploitation**			
Stocks	6 861	6 290	5 495	Avances reçues			
Avances et acomptes versés		3 744	2 030	Fournisseurs d'exploitation	80 408	66 759	87 283
Organismes payeurs, usagers	427 405	472 061	664 161	Dettes sociales	313 389	293 143	292 972
				Dettes fiscales	14 664	13 518	4 475
Créances diverses d'exploitation	18 211	26 252	36 659	Dettes diverses d'exploitation	64 242	26 540	52 367
Créances irrécouvrables en non-valeur (6)				Dépréciation des stocks et créances			
Charges constatées d'avance				Produits constatées d'avance			
				Ressources à reverser à l'aide sociale			
Dépenses pour congés payés (7)	13 117	13 117	20 061	Fonds déposés par les résidents			
Autres				Autres			
Comptes de liaison exploitation				Comptes de liaison exploitation			
TOTAL VI	**465 595**	**521 464**	**728 406**	**TOTAL V**	**472 703**	**399 960**	**437 097**
BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT (VI-V)		**121 504**	**291 309**	**EXCEDENT DE FINANCEMENT D'EXPLOITATION (VI-V)**	**7 108**		
Liquidités				**Financements à court terme**			
Valeurs mobiliéres de placement				Fournisseurs d'immobilisations	17 992	8 151	14 383
Disponibilités	801 773	773 186	614 726	Fonds des majeurs protégés			
				Concours bancaires courants			
				Ligne de trésorerie			
				Intérêts courus non échus			
Autres				Autres			
Comptes de liaison trésorerie				Comptes de liaison trésorerie			
TOTAL VIII	**801 773**	**773 186**	**614 726**	**TOTAL VII**	**17 992**	**8 151**	**14 383**
TRESORERIE POSITIVE (VIII-VII)	**783 782**	**765 034**	**600 344**	**TRESORERIE NEGATIVE (VIII-VII)**			
TOTAL DES BIENS (II+IV+VI+VIII)	**2 377 297**	**2 457 141**	**2 547 412**	**TOTAL DES FINANCEMENTS (I+III+V+VII)**	**2 377 297**	**2 457 141**	**2 547 412**

Annexe XVI : Tableau des indicateurs d'évaluation

	Objectifs opérationnels	Indicateurs d'évaluation
Phase préparatoire	Consolider les partenariats	• Nombre de rencontres • Qualité des échanges • Nombre de conventions établies • Engagement pour l'équipe mobile
	Constitution du Comité de Pilotage "Équipe mobile interdisciplinaire"	• Rythme des réunions • Respect du calendrier • Points d'évaluation étape de suivi du dispositif
	Accord de l'ARS pour le passage en Dotation Globalisée et l'accueil séquentiel	• Nombre d'accueils séquentiels • Contrôle du taux d'occupation • Enquête de besoins et attentes auprès des familles
Phase expérimentale	Définition de l'activité de l'équipe mobile interdisciplinaire	• Nombre d'admissions partagées • Nombre de projets rédigés • Nombre d'accompagnements au domicile • Nombre d'orientations effectives • Nombre de ruptures constatées • Enquête de satisfaction et de reconnaissance auprès des partenaires • Enquête de satisfaction des usagers et familles
	Réaménagement de l'appartement de Surcenord	• Évolution du nombre de rapports d'incidents • Auto-évaluation équipe • Évaluation des projets individualisés
	Réhabilitation d'une maison	• Autoévaluation de l'équipe dédiée • Rapports d'incidents durant les week-ends • Taux d'occupation durant les vacances • Nombre d'accueils ASE/Cité de l'enfance
	Favoriser le décloisonnement intra et extra institutionnel	• Émargement des réunions inter-établissements • Nombre de stages et d'inclusions • Nombre d'orientations • Nombre d'actions inter-établissements • Nature et nombre des mutualisations • Nombre de procédures communes
Phase de pérennisation	Contractualisation du CPOM	• Nombre de rencontres ARS • Validation de la période expérimentale • Validation des fiches actions • Implication du comité de pilotage
	Redéploiement des RH	• Validation des fiches de postes • Nombre de candidatures • Signature des contrats de travail • Validation des périodes d'essais • Nombre d'entretiens professionnels réalisés
	Développement des compétences individuelles et collectives	• Nombre de formations engagées • Nombre de diplômes ou certifications obtenus • Nombre de propositions élaborées • Nombre de convocations du comité éthique • Enquête de satisfaction des salariés • Taux de participation à l'analyse des pratiques • Enquête d'évolution et de satisfaction des salariés • Questionnaire de satisfaction et d'évaluation des interventions collectives.

BESSON	Stéphane	Novembre 2018

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

ETABLISSEMENT DE FORMATION : ESTES

ÉVITER LES RUPTURES AU SEIN D'UN IME : D'UNE LOGIQUE DE PLACE À UNE LOGIQUE DE PARCOURS

Résumé **:**

Certains jeunes, aux frontières des secteurs médico-social, social et sanitaire, mettent en échec l'accompagnement proposé par les différentes institutions, dont aucune n'est à même d'apporter seule, une réponse globale.

À travers la mise en œuvre de la Réponse Accompagnée Pour Tous, leur accompagnement demande de refonder des partenariats, dans une notion de parcours devenue incontournable pour coordonner l'action.

Ces objectifs guident désormais les inflexions des politiques publiques, dans une recherche d'efficience et d'assouplissement des dispositifs.

Afin d'éviter les ruptures et de répondre aux situations les plus complexes, les établissements doivent prendre la mesure de ce nouveau paradigme.

L'IME les Allagouttes / le Surcenord, dans la perspective d'une nouvelle contractualisation qui se dessine, doit désormais faire évoluer son offre et renforcer ses partenariats Haut-Rhinois, afin de proposer des réponses plus séquentielles et mieux adaptées.

Le plan d'action, issu de l'analyse stratégique, visera à résoudre cette équation, afin d'aborder le changement avec sérénité.

Mots clés **:**

IME, RUPTURE, SITUATIONS COMPLEXES, SITUATIONS CRITIQUES, ASE, SANITAIRE, TROUBLES DU COMPORTEMENT, HANDICAP PSYCHIQUE, PARCOURS, PARTENARIATS, SEQUENTIEL, ACCUEIL TEMPORAIRE, EQUIPE MOBILE INTERDISCIPLINAIRE,

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.