

Piloter, en protection de l'enfance, un dispositif d'accompagnement de grands mineurs et de jeunes majeurs en situation de handicap, pour prévenir les ruptures de parcours.

Mohand FOUAL

Remerciements

Je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie tout particulièrement Ismail MESLOUB pour son soutien et son aide précieuse dans la guidance et la rédaction de ce mémoire.

Je remercie l'équipe pédagogique de la filière CAFDES de l'IRTS Parmentier pour leur disponibilité et la qualité de leur accompagnement.

Je remercie mes collègues de l'AAPISE et de la promotion CAFDES 26 pour leur soutien et leur patience.

Je remercie toute l'équipe du service Pilotage de la DPPE du Conseil Départemental de l'Essonne pour leur précieuse collaboration.

Enfin je remercie ma famille et mes amis pour leurs encouragements et leur soutien.

Sommaire

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
1. CONTEXTUALISATION DES POLITIQUES PUBLIQUES	2
1.1 L'unicité de l'offre départementale : Une organisation en silo du dispositif de la protection de l'enfance :	2
1.2 L'échelle minorée d'une politique publique face à la segmentation des besoins et à la disparité des profils :	3
1.3 L'aide sociale à l'enfance : D'une logique de placement à un modèle d'accompagnement.....	4
1.3.1 Des préoccupations de l'accueil à la projection des parcours	4
1.3.2 L'intérêt supérieur de l'enfant et les besoins de l'adulte en devenir	7
1.4 Un processus réglementaire orienté vers la prévention précoce et la subsidiarité du placement	9
1.4.1 Loi 2007 : vers une base légale des actions de prévention primaire : Le rôle médico-social de la protection maternelle et infantile	10
1.4.2 Loi 2016 : De l'aide aux familles à l'intérêt supérieur de l'enfant.....	12
- Répondre aux besoins de l'enfant	13
- Assurer la stabilité de vie de l'enfant tout en considérant mieux la réalité de ses liens	13
- Considérer le devenir des jeunes arrivants à l'âge adulte.....	14
1.4.3 Vers un modèle de valorisation des parcours : La loi de 2016.....	14
1.4.4 La loi du 07 février 2022 : De la révolution législative à la révolution organisationnelle.....	15
1.5 Le parcours de vie dans le département de l'Essonne : un réceptacle de croisement des politiques publiques.....	17
2 DEUXIEME PARTIE- D'UNE HABILITATION UNIQUE À UNE OFFRE MULTI-MODALE : LE SERVICE MERISTEME ;.....	21
2.1 L'association AAPISE : Une histoire inscrite dans la rupture avec la tradition asilaire de la psychiatrie.....	21
2.2 Le pôle prévention, médiation et protection de l'enfance	24
2.3 Un récent service en transformation	24

2.3.1	Le cadre légal et réglementaire du service.....	25
2.3.2	Le maillage territorial du service Meristeme :	26
2.4	Activité et diagnostic populationnel.....	27
2.4.1	L'accueil inconditionnel	28
2.4.2	Les modalités d'accueil.....	29
2.4.3	Recueil de données de la population	30
2.5	Analyse des parcours et émergence des nouveaux besoins	31
2.5.1	Les orientations sur OPP	31
2.5.2	Les orientations sur un Contrat Jeune Majeur.....	31
2.6	Les problématiques émergentes et les nouveaux besoins.....	33
2.6.1	Accroissement des accueils de situations dites « complexes ».....	33
2.6.2	Répartition des déficiences et autres troubles.....	34
2.6.3	Nomenclature des besoins.....	34
2.6.4	Evolution de la population et repérage des nouveaux besoins	34
2.7	Les professionnels face aux besoins émergents	35
2.7.1	Vers une convocation de compétences évolutives	36
2.7.2	Effets de seuil d'un cadre organisationnel limitatif des parcours pour les cas complexes	37
2.8	Du constat des nouveaux besoins à l'objectivation de l'expression de la problématique	38
2.8.1	La problématique	38
2.8.2	Les cas complexes un nouveau profil à accompagner	39
2.8.3	Des politiques catégorielles pour un besoin commun.....	40
2.8.4	Le changement multidimensionnel.....	41
2.9	Ma démarche d'objectivation	43
2.9.1	Le protocole d'enquête :	44
2.9.2	Les retours d'enquête	45
2.10	Éléments de contextualisation différenciés : Le graphique de MOFF.....	51
3	TROISIEME PARTIE- UN DISPOSITIF EXPERIMENTAL D'INCUBATION DES PARCOURS	52
3.1	Les unités résidentielles pour grand mineurs et jeunes majeurs de l'aide sociale à l'enfance en situation de handicap.....	52
3.1.1	Cadre d'intervention.....	52
3.1.2	Population ciblée	52
3.2	Les enjeux stratégiques du co-financement impliquant une administration déconcentrée et décentralisée de l'État	53

3.2.1	Une hybridation des politiques publiques :.....	53
3.2.2	Une incubation des parcours sur le territoire de l'Essonne	54
3.2.3	Une transformation de l'offre	54
3.2.4	Une zone d'implantation à forte capacité servicielle	55
3.2.5	Une structuration articulée à une rationalité organique modulaire :	56
3.3	Management et situation complexes : Les prérequis d'une coopération augmentée :	57
3.3.1	« Méristème » : Un réceptacle de deux équipes recomposées :.....	57
3.3.2	Un plan de communication performatif :	57
3.3.3	Démarche et Méthodologie :.....	58
3.4	Mise en œuvre du projet des unités résidentielles :	59
3.4.1	De l'orientation à l'admission : une évaluation de coréférence du parcours dans le cadre d'un PAG	59
3.4.2	Élaboration du contrat de séjour ou du DIPC.....	62
3.4.3	Projet personnalisé et projet pour l'enfant (PPE)	63
3.4.4	Principes généraux de l'accompagnement et modalités d'intervention	66
3.4.5	Structure organisationnelle, managériale, matérielle et financière	73
3.5	Implication et participation des familles	74
3.6	Un dispositif territorial de coopération et d'appui au parcours de santé.....	75
3.7	ÉVALUATION	77
3.7.1	Évaluation <i>ex ante</i> (diagnostics et données quantitatives) :.....	77
3.7.2	Évaluation <i>in itinere</i> (approche dynamique).....	77
3.7.3	Évaluation <i>ex post</i>	79
	CONCLUSION	80
	Bibliographie	81
	Liste des annexes	1

Liste des sigles utilisés

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

ASE : Aide Sociale à l'Enfance.

BP : Budget Prévisionnel

BTS : Brevet de Technicien Supérieur

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CD : Conseil Départemental

CEA-DAM Commissariat à l'Energie Atomique et aux énergies alternatives-Direction des Applications Militaires

CEJ : Contrat d'Engagement Jeune

CESE : Conseil Économique, Social et Environnemental

CFA : Centre de Formation d'Apprentis

CIDE : Convention Internationale des Droits de l'Enfant

CMP : Centres Médico-Pédagogiques

CMPP : Centres Médico-Psycho-Pédagogiques

COPIL : Comité de Pilotage

CODIR : Comité de Direction

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPFSE : Centre de placement familial socio-éducatif

C POM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CREAI : Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations

CSE : Comité Social et Economique

CSST : Commission de la Santé et de la Sécurité du travail

DEPP : Direction de l'Evaluation, de la Prospective et de la Performance

DGAS Direction Générale Adjointe de la Solidarité

DGS : Direction Générale de la Santé

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins / DGOS direction générale de l'Offre de soins

DIPC : Document Individuel de Prise en Charge

DPPE : Direction de la Prévention et de la Protection de l'Enfance

DPJJ : Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSS : Decision support System (système d'aide à la décision)

EDI : Espace Dynamique d'Insertion

EPE : Equipe Pluridisciplinaire d'Evaluation
EPIDE : Etablissement Pour l'Insertion Dans l'Emploi
EPOCAA : Echelle Pour l'Observation des Comportements d'Adultes avec Autisme
EPS : Etablissement Public de Santé
ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS : Établissement Social et médico-social
ETP : Equivalent Temps Plein
E2C : Ecole de Deuxième Chance
FALC : Facile A Lire et à Comprendre
FDE : Foyer de l'Enfance
GOS : Groupe Opérationnel de Synthèse
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires (Loi HPST)
IME : Institut Médico-Educatif
INED : Institut national des études démographiques
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRP : Instances Représentatives du Personnel
ITEP : Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social
MNA: Mineur Non Accompagné
ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger
ONPE : Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfance
OPP : Ordonnance de Placement Provisoire
OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
PAG : Parcours d'Accompagnement Global
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PPC : Plan Personnalisé de Compensation
PPE : Projet Pour l'Enfant
RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous
RBPP : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles
RETEX : Retour d'Expérience
RNCP : Répertoire National des Certifications Professionnelles
ROCS : Référentiel d'Observation des Compétences Sociales
SERAFIN-PH : Services et Établissements: Réforme pour une Adéquation des
FINancements aux parcours des Personnes Handicapées
SHAVS : Service d'Hébergement et d'Accompagnement à la Vie Sociale
TAM : Temps d'Activité Mobilisé

TDI : Trouble du Développement Intellectuel

TND : Troubles du Neuro-Développement

TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme

QVT : Qualité de Vie au Travail

INTRODUCTION

Selon le rapport annuel 2015 du Défenseur des droits, « *près d'un quart des enfants faisant l'objet d'une mesure de l'aide sociale à l'enfance seraient en situation de handicap, soit 70 000 enfants sur 308 000 suivis* »¹. L'enquête de la DEPP de 2017 abonde dans le même sens en indiquant « *que les enfants en situation de handicap ont un risque accru d'être placés sous la tutelle de l'aide sociale à l'enfance (ASE) : 3 % des enfants en situation de handicap nés en 2005 (contre 0,3 % dans la population générale) et 3,3 % pour les enfants en situation de handicap nés en 2001 (contre 0,4 % pour des enfants du même âge)* »².

Alors que cette prévalence catégorielle au sein du dispositif de protection de l'enfance faisait sens autant par l'accueil des jeunes au sein du dispositif géré par l'association où je suis employé, que par les différentes sollicitations des services de l'ASE, j'ai vite été amené à considérer cette problématique de cas « dits complexes » qui clive bien des discernements et affole aussi bien les experts que les profanes.

Directeur de pôle en protection de l'enfance après un cursus universitaire sanctionnant un troisième cycle en sociologie, mon parcours professionnel articule depuis 13 ans expériences diversifiées et formations multiples. Chargé de structurer la direction du pôle en élargissant ses missions par un service de protection de l'enfance, accueillant des jeunes de 16 à 21ans en « semi-autonomie » et en dispositif renforcé pour des situations complexes, j'ai été rapidement confronté à la gestion des dossiers comportant des prises en charge de mineurs avec une notification MDPH sans solution d'hébergement.

La complexité des situations traitées et l'effet aggravant des prises en charge limitatives qui leur sont proposées, m'amènent à convoquer l'équation de la distanciation et incitent à me saisir de l'opportunité que m'offre ma formation CAFDES pour traiter ce sujet dans le cadre de mon mémoire. A travers la réalisation de ce mémoire, j'ai comme objectif d'éclairer les changements, stratégies, enjeux, inflexions du champ social et médico-social en portant un intérêt plus particulier aux ressortissants de l'action sociale et médico-sociale : les personnes accompagnées. Pour ce faire, la première partie sera consacrée à l'ordonnancement des missions de la protection de l'enfance, son cadre juridique, ses évolutions réglementaires et autres déclinaisons territoriales.

La deuxième partie aborde à la fois le contexte institutionnel éclairé par les diagnostics populationnels et les différents constats organisationnels mais également un cadre d'analyse sourcé par un matériau académique de recueil de données concluant à une problématique. La troisième partie traitera du projet résolutoire de la problématique assortie d'une évaluation appliquée au plan d'action pressenti.

¹<https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piecejointe/2019/01/20181205contributioncncph-snprotectionenfance.pdf> Document consulté le 03/02/2022.

² idem

1. CONTEXTUALISATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

1.1 L'unicité de l'offre départementale : Une organisation en silo du dispositif de la protection de l'enfance :

La protection de l'enfance est une politique publique qui échoit, dans son management territorial, à la compétence départementale. Or si les attributions départementales recouvrent leur pleine compétence dans le pilotage et la mise en œuvre de cette politique publique, cela n'est pas sans exposer cette prérogative, issue du transfèrement des compétences administratives de l'Etat, à des contingences limitatives dressées par les administrations centrales de référence.

Car si la protection de l'enfance « *est une politique décentralisée, elle n'en nécessite pas moins une étroite coordination avec d'autres politiques publiques non décentralisées, prioritairement sur les questions de justice, mais aussi de santé ou d'éducation* »³, auxquelles il convient d'adjoindre le logement et l'insertion professionnelle.

Le caractère limitatif et contingenté de cette compétence départementale condamne sa faisabilité à des aboutissements très relatifs l'instant d'après que les bénéficiaires de cette politique publique basculent dans un parcours non référencé dans le périmètre départemental.

En effet, si l'État conserve « *des responsabilités essentielles, notamment en matière de conception de cette politique, d'édiction de normes et, surtout, d'équité de traitement des enfants protégés sur l'ensemble du territoire* »⁴, le défaut de fongibilité de l'offre globale pouvant valoriser les circularités des réponses aux besoins qu'elle a pour fonction de satisfaire, contraint le département à la parcellarisation de l'accompagnement ramené à une institutionnalisation où prévalent les logiques d'accueil au détriment des projets de parcours.

Car s'il était attendu de la décentralisation un effort d'adaptation, de pertinence et d'efficacité des politiques prescrites par l'État, force est de constater que la compétence départementale, dans sa conception initiale, est ordonnancée suivant une logique de protection de l'enfant du fait de sa minorité et non pas de promotion du parcours pour compenser la perte de chance résultant des années de placement en raison du registre « déficitaire » du milieu « naturel » et les ressources d'appartenance de l'enfant qui en est privé.

³ Cour des comptes. Chambres régionales & territoires des comptes « La protection de l'enfance. Une politique inadaptée au temps de l'enfant » rapport public thématique. Page 37. Novembre 2020.

⁴ Idem

Tandis que cette compétence départementale traduit une mise en œuvre strictement attachée aux attributions décentralisées de la collectivité départementale, la mission de service public déléguée aux opérateurs agréés par le conseil départemental pour déployer les projets d'accompagnement des enfants relevant de la protection de l'enfance, s'en trouve elle-même entachée d'une incapacité structurelle à produire du parcours. En effet, la fin de prise en charge inscrite dans la limite d'âge liée à la majorité de l'enfant expose *de facto* comme *de jure* le jeune adulte à une rupture de parcours du fait d'une sortie dite sèche du dispositif de protection de l'enfance.

1.2 L'échelle minorée d'une politique publique face à la segmentation des besoins et à la disparité des profils :

Faisant suite à une saisine des pouvoirs publics en date du 05 mars 2018, le Conseil Économique, Social et Environnemental (CESE) a rendu un avis ciblé en direction de deux catégories de public particulièrement exposées à une rupture de parcours. Il s'agit de :

« – *certaines mineures et certains mineurs protégés qui, du fait des troubles qui les affectent, « ne sont accueillis de façon durable et adaptée par aucune structure » ;*
– *les jeunes majeurs sortants à l'âge de 18 ans de l'aide sociale à l'enfance (ASE) »⁵*

Le CESE note dans son avis « **le décalage manifeste entre la situation souvent alarmante de ces deux populations de jeunes et leur relative invisibilité dans l'agenda politique, et ce malgré les nombreux rapports et articles qui leur sont consacrés** ».

Dans une note de cadrage portant l'intitulé édifiant « coordination entre service de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie » validée le 13 avril 2021, la HAS⁶convient que « *Les enfants protégés sont ainsi concernés par des problématiques multiples : sociales, familiales, médicales mais relevant également parfois du handicap. La forte prévalence des troubles psychiques implique notamment des prises en charge à la fois par les services de protection de l'enfance et par les services de pédopsychiatrie, dans un environnement encore trop souvent clivé entre secteurs social et sanitaire* ».

Outre les situations préexistantes au placement comme des maltraitements aux conséquences délétères parmi lesquelles des troubles psychiques, la même note de cadrage précise que peuvent s'ajouter des facteurs d'ordre « *institutionnel susceptibles d'engendrer des souffrances psychiques et d'affecter la santé mentale des enfants : placement non adapté, délais excessifs d'exécution des mesures, instabilité des lieux*

⁵ Idem page 6

⁶ <https://www.has-sante.fr> « coordination-entre-services-de-protection-de-l-enfance-et-services-de-pedopsychiatrie »-note-de-cadrage Document consulté le 04/04/2022

d'accueil et de la référence éducative engendrant des ruptures, retours en famille insuffisamment préparés, etc. »⁷.

Bien que le rapport de la HAS invite à la prudence en raison notamment des disparités d'utilisation des classifications diagnostiques, il est cependant indiqué clairement que « *la prévalence des troubles psychiques dans la population concernée a pu être estimée à 49%, dans le cadre d'une méta-analyse incluant 3 014 enfants protégés, soit une prévalence près de quatre fois supérieure à celle observée en population générale. La prévalence entre études variait toutefois entre 37 % et 67 % et une forte hétérogénéité était identifiée* »⁸

S'agissant du handicap, le Défenseur des droits, dans son rapport annuel d'activité 2015, souligne que 17 % des enfants de l'ASE présenteraient un handicap physique ou mental reconnu par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), contre 2 % dans la population générale des enfants. Mais le CESE relève que « *d'après les actrices et acteurs de terrain auditionnés, ce chiffre serait d'environ un tiers pour les jeunes placés* ». S'agissant de la scolarité, l'avis précité du CESE relève qu'à l'âge de 17 ans, 23 % des enfants de l'ASE ne sont plus scolarisés dans une formation diplômante, contre 9,6 % pour l'ensemble des jeunes du même âge.

1.3 L'aide sociale à l'enfance : D'une logique de placement à un modèle d'accompagnement

1.3.1 Des préoccupations de l'accueil à la projection des parcours

Le parcours de vie selon F Montigny et P Montigny (2014) est l'étude multidisciplinaire et interdisciplinaire du déroulement des vies individuelles, dont les variables d'analyse sont les individus et le temps. D'une part, les individus, puisqu'ils empruntent certaines trajectoires, selon les contraintes et possibilités qui s'offrent à eux, et développent une réflexivité sur leur expérience. D'autre part, le temps, car le déroulement de la vie des individus s'inscrit dans des contextes qui évoluent et par le fait même influencent leur développement biologique et psychologique. Le parcours de vie permet donc d'analyser le déroulement des vies des individus à partir de leur donnée biologique et leur capacité de réflexivité, cernées dans une dimension temporelle et un contexte donné⁹.

En outre, il peut être considéré, selon ces auteurs¹⁰, comme un paradigme, en l'occurrence un cadre général qui oriente le chercheur dans ses choix méthodologiques, ontologiques, épistémologiques voire, un cadre d'analyse qui guide dans les choix à la fois théoriques et

⁷ Idem page 5

⁸ Idem page 3

⁹ De Montigny Gauthier, P & De Montigny, F (2014), Théorie du parcours de vie, Cahier de recherche n° 6, Gatineau, QC : CERIF/UQO. P3

¹⁰ idem

empiriques. Cette vision du monde sert de modèle pour expliquer la réalité sociale et les continuités et discontinuités des parcours individuels.

Dans cette déclinaison, le paradigme du parcours de vie est fondé sur « *cinq principes selon Elder, Johnson et Crosnoe (2004)* ».

- *Le premier principe affirme que les trajectoires de développement de l'individu s'échelonnent pendant toute la vie (life-span development) et est influencé par les changements sociaux, biologiques et psychologiques (Elder et Shanahan, 2006).*
- *Le deuxième principe est l'agentivité, c'est-à-dire que l'individu est responsable de son parcours de vie en prenant lui-même ses décisions (Elder, Johnson et Crosnoe, 2004).*
- *Le troisième principe stipule que le temps permet par ailleurs de mesurer la durée des transitions, notamment leur ordre et leur temporalité dans le parcours de vie, en s'appuyant sur le concept de l'âge (Elder, Johnson et Crosnoe, 2004).*
- *Le quatrième principe correspond aux vies liées et interdépendantes au niveau des relations des individus et des réseaux sociaux (Elder, Johnson et Crosnoe, 2004). Par exemple, le parcours de vie d'une personne peut être influencé par les changements dans les vies des personnes au sein de son réseau social.*
- *Le cinquième principe correspond au contexte historique et social qui influencent le développement biologique et psychologique, les trajectoires individuelles et l'action humaine (Elder, Johnson et Crosnoe, 2004).¹¹ »*

Pour P, ROBIN (2021) le terme « parcours » permet de rendre compte des inégalités de supports dont disposent les acteurs pour construire leur chemin selon leur contexte de vie. À la différence d'une conception intentionnaliste, le parcours met en intrigue des choix personnels, mais aussi des non-choix ou encore des choix contraints. « *Il permet de rendre compte du poids des contraintes normatives, des conditions matérielles, mais également des politiques d'encadrement et de protection sociale dans le cadre desquelles les individus dessinent leurs parcours. Outre sa dimension réflexive et de contextualisation, l'intérêt majeur du concept de parcours est de mettre l'accent sur la pluralité de rôles et d'identités possibles des individus (Zimmermann, 2014), ce qui est particulièrement utile en protection de l'enfance où les enfants et les jeunes peuvent être tantôt dans une situation de domination ou de dominé selon les sphères de vie, du fait d'une socialisation hétérogène entre la famille de naissance et les lieux d'accueil* »¹².

¹¹ De Montigny Gauthier, P & De Montigny, F (2014), *Théorie du parcours de vie*, Cahier de recherche n° 6, Gatineau, QC : CERIF/UQO. P3

¹² Robin, P (2021). « Considérés par le bas, les parcours en protection de l'enfance », *Vie sociale*, vol. 34-35, no. 2-3, 2021, pp. 159-170 P162. Consultable sur <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2021-2-page-159.htm>

Plus qu'une notion ou paradigme, aujourd'hui le parcours de l'enfant est intégré dans le cadre légal dans la mesure où le législateur et l'autorité publique s'en sont fait les relais, en inscrivant dans le titre 2 de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant la nécessité de « sécuriser le parcours de l'enfant en protection de l'enfance », ou en fixant comme deuxième engagement de la stratégie nationale pour la protection de l'enfance 2019, la volonté de « sécuriser les parcours des enfants protégés et [de] prévenir les ruptures »¹³.

Selon le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS), le parcours se définit comme « *la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné au plus près de son lieu de vie, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de la promotion de la santé, du sanitaire, du médico-social, du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement* »¹⁴. Les parcours se recommandent d'une trajectoire toujours individualisée, souvent négociée et s'accordent avec les choix orientés par les projets de vie. Les parcours répondent à la nécessaire évolution de nos systèmes de solidarité emprunts d'une culture institutionnelle favorisant le primat de l'offre sur la singularité des besoins et des demandes. En outre, « *Les parcours ont une dimension temporelle qui est d'organiser une prise en charge du patient et de l'utilisateur coordonnée dans le temps, et spatiale dans un territoire et la proximité de leur domicile* »¹⁵. Leur réussite repose sur la participation et l'implication des jeunes accompagnés et leur famille, sur l'intervention efficace et coordonnée des acteurs du système de soins, des services et établissements sociaux et médico-sociaux, des collectivités locales, des autres services de l'État et des organismes de protection sociale.

Mais la notion de parcours a pris place dans la littérature sociale et médico-sociale principalement depuis que la question de sécurisation des parcours s'est invitée dans le débat public. « *Le problème de la sécurisation du parcours se pose avec une acuité particulière pour les jeunes en difficultés multiples. Les pédopsychiatres s'accordent sur le fait que ces jeunes « testent » les liens en transgressant les règles des structures où elles*

¹³ ONPE, IDEFHI, Rapport de recherche sous la responsabilité scientifique de L. JAMET, La prévention des ruptures de parcours pour les jeunes bénéficiant de mesures de protection de l'enfance : des motifs et facteurs de rupture à l'élaboration de stratégie d'action, 2018-2020, 198 pages. disponible sur : [/www.reseaudesparents67.fr/UserFiles/File/ressources/rapport-de-recherche-idefhi-etude-rap-vf.pdf](http://www.reseaudesparents67.fr/UserFiles/File/ressources/rapport-de-recherche-idefhi-etude-rap-vf.pdf) visité le 15/07/2022

¹⁴ http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf visité le 15/07/2022

¹⁵ idem

et ils sont placés. Or actuellement, la plupart des institutions se bornent à relever ces passages à l'acte et à les sanctionner par un changement de structure »¹⁶.

De ce fait, les nombreux déplacements de ces jeunes de structure en structure les déstabilisent, fragilisent encore davantage les liens de confiance avec les adultes et ainsi renforcent, voire créent leur inadaptation. Selon cette même logique, le CESE considère qu'améliorer et sécuriser le parcours des jeunes en difficultés multiples revient donc à sortir d'une logique de « silos » institutionnels pour ajuster les mesures à la situation du ou de la jeune par une meilleure organisation des parties prenantes qui ne peut se réduire à la seule question : « Qui doit payer ? ».

1.3.2 L'intérêt supérieur de l'enfant et les besoins de l'adulte en devenir

Selon l'article 3-1 de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) « *Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale*¹⁷ ». Le principe est repris par le deuxième alinéa de l'article 24 de la Charte des droits fondamentaux qui érige l'intérêt supérieur de l'enfant en considération primordiale qui doit l'emporter sur toute autre, dans tous les actes relatifs aux enfants. La généralité de la formule permet d'étendre l'application de ce texte à une multitude de matières et de décisions, dès lors qu'il s'agit d'un « acte relatif aux enfants ».

L'intérêt supérieur de l'enfant doit guider l'auteur de tout acte concernant un enfant, et ce critère peut, voire, doit justifier l'intervention de l'autorité publique notamment en cas de défaillance parentale. En ce sens, « *L'intérêt supérieur de l'enfant est devenu, sous l'effet de la CIDE, un standard largement reconnu. Dès lors qu'en 2005 la Cour de cassation a enfin admis l'applicabilité directe de l'article 3-1 de la CIDE devant le juge interne, la primauté de l'intérêt supérieur de l'enfant est devenue un principe matriciel en droit des mineurs mais aussi en droit de la famille* »¹⁸.

Mais cette question de l'intérêt supérieur de l'enfant, pour nécessaire qu'elle soit, semble avoir escamoté le devenir de l'adulte. Car s'il est vrai selon les conclusions de l'étude menée par Isabelle FRECHON et Lucy MARQUET (2016), que majoritairement (3 sur 4) les jeunes de 17 ans placés considèrent le fait d'être accueilli à l'ASE comme une « chance

¹⁶ « PRÉVENIR LES RUPTURES DANS LES PARCOURS EN PROTECTION DE L'ENFANCE » Avis du Conseil économique, social et environnemental sur le rapport présenté par M. Antoine DULIN, rapporteur au nom de la section des affaires sociales et de la santé. <https://www.lecese.fr> page 30. Consulté le 10/01/2022

¹⁷ Convention internationale des droits de l'enfant, Convention des Nations-Unies du 20 novembre 1989. Consultable sur : https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Conv_Droit_Enfant.pdf visité: le 10/01/2022

¹⁸ Rapport remis par le Dr Marie-Paule MARTIN-BLACHAIS à Laurence Rossignol, Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes « Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance » <https://solidarites-sante.gouv.fr/documentation-et-publications-officielles> Rapport-demarche-de-consensus-sur-les-besoins-fondamentaux-de-l-enfant. Consulté le : 15/07/2022

»¹⁹, le passage à la majorité, l'accès à l'autonomie, à l'emploi et au logement restent des enjeux et des défis majeurs pour ces jeunes.

Si l'on s'en tient à l'approche canadienne²⁰ de la question du parcours de vie, celui-ci se définit comme étant l'ensemble des trajectoires conjugales, familiales, professionnelles et éducationnelles d'un individu.

Ces trajectoires sont caractérisées par une série d'évènements et de transitions de courte durée qui renvoient à un changement d'état, de statut ou de rôle chez cet individu.

Or, aussi bien pour la population générale que pour les jeunes adultes ressortissants des dispositifs de la protection de l'enfance, l'appréhension de l'insertion générale à l'âge adulte prend en compte l'insertion professionnelle, la vie familiale personnelle, les relations sociales, la situation psychosociale générale.

Ainsi, le niveau scolaire, l'activité professionnelle, la situation résidentielle, la santé, les relations avec la famille et l'entourage sont autant de facteurs facilitateurs, tuteurs de résilience à une insertion sociale et citoyenne la plus proche de la population générale de référence.

Construire un parcours d'accompagnement depuis la protection de l'enfance jusqu'à l'âge adulte signifie donc transformer l'offre d'un usage unique de l'accompagnement vers une multi modalité et une diversification des aides et des soutiens pour prévenir la rupture de parcours.

Or, sécuriser le parcours c'est assurer sa continuité en évitant les ruptures sèches. En effet, il est question de relier des séquences et d'assurer leurs liaisons sur un volet temporel et opérationnel. Dès lors, « *le parcours sera entendu comme une succession de séquences d'action qui, envisagées dans leur globalité, s'apparentent à l'expérience globale de la prise en charge d'un jeune en protection de l'enfance*²¹ ». En cela, il convient de mettre la focale sur chaque séquence dans ses pleines dimensions temporelles et non sur le cheminement biographique et d'interroger et expliquer les conditions qui produisent de la stabilité et de la persistance entre ces différentes séquences. « *En un mot, la notion de parcours de vie relie le sens donné par l'acteur à son cheminement et l'exploration des contraintes institutionnelles et organisationnelles qui ont pesé sur ce cheminement*²² ».

Ainsi, appréhender la prise en charge en terme de parcours dans le secteur de la protection de l'enfance « *permet d'interroger à la fois comment le jeune accompagné comprend et se construit une histoire narrative qui lui est propre (« l'activité de mise en cohérence et de*

¹⁹ Frechon I ;Marquet L (juillet 2016) « Comment les jeunes placés à l'âge de 17 ans préparent-ils leur avenir ? » Documents de travail 227, Paris, INED.

²⁰ Gherghel A & Saint-Jacques, M-C 2013, « la théorie du parcours de vie, une approche interdisciplinaire dans l'étude des familles » Département de sociologie, presses de l'Université Laval, Montréal 92 p. Disponible sur : <https://www.revueintervention.org-la-theorie-du-parcours-de-vie-une-approche-interdisciplinaire-dans-letude-des-familles> consulté le 12/01/2022

²¹ idem

²² idem

justification » essentielle à sa construction identitaire) et quels peuvent être les éléments qui ont influés sur celui-ci. Dans une perspective d'amélioration de la qualité de la prise en charge de ces jeunes, cela peut notamment permettre de questionner les éléments stabilisateurs et perturbateurs – parce qu'ils apparaissent difficilement compréhensibles pour les jeunes, parce qu'ils les éloignent de ressources socialisantes - produits par les services eux-mêmes »²³.

1.4 Un processus réglementaire orienté vers la prévention précoce et la subsidiarité du placement

Au sens strict, l'aide sociale à l'enfance (ASE) est un service du département dont la première mission suivant les dispositions de l'article L. 221-1 du code de l'action sociale et des familles est d' *« apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social, qu'aux mineurs émancipés et majeurs de moins de 21 ans confrontés à des difficultés familiales, sociales et éducatives susceptibles de compromettre gravement leur équilibre »*.

La protection de l'enfance désigne donc l'ensemble des politiques ou des mesures directement tournées vers les mineurs, en danger ou en risque de l'être au sein de leur milieu d'origine.

Elle se caractérise par *« l'immixtion consentie ou imposée d'une ou d'un tiers dans l'éducation des enfants et des jeunes, en soutien, voire en substitution partielle ou totale des parents. Elle peut être enclenchée avec l'accord des parents ou à la suite d'une décision d'une ou d'un juge spécialisé, le juge des enfants »*.²⁴ À la fois interministérielle et décentralisée (relevant essentiellement du département depuis 1986), la politique de protection de l'enfance s'appuie sur des logiques partenariales qu'il faut renforcer et faciliter. Elle est notamment définie à l'article L. 221-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et a été modifiée en dernier lieu par la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. *"Au 31 décembre 2016, le nombre de mineurs bénéficiant d'au moins une prestation ou mesure relevant du dispositif de protection de l'enfance était estimé à*

²³ idem

²⁴ PRÉVENIR LES RUPTURES DANS LES PARCOURS EN PROTECTION DE L'ENFANCE » Avis du Conseil économique, social et environnemental sur le rapport présenté par M. Antoine DULIN, rapporteur au nom de la section des affaires sociales et de la santé. <https://www.lecese.fr> page 9. Consulté le 10/01/2022

299 600 sur la France entière (hors Mayotte), ce qui représente un taux de 2,4 % des mineures et mineurs »²⁵

1.4.1 Loi 2007 : vers une base légale des actions de prévention primaire : Le rôle médico-social de la protection maternelle et infantile

La réforme de la Protection de l'Enfance a été précédée par de nombreux rapports (10 entre novembre 2004 et janvier 2006). Tous ces rapports ont en commun d'avoir mis en évidence la nécessité de modifier le dispositif juridique et convergeaient sur un certain nombre de propositions. Cette réforme était appelée par un certain nombre de personnalités (« l'appel des 100 »). Parmi les enjeux majeurs de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007, notons :

- Un effort de clarification majeure des missions et du vocabulaire

Une nouvelle articulation des réponses de la protection de l'enfance donne la priorité à la protection sociale en première intention, la protection judiciaire ne devant être mobilisée que lorsque les actions menées par les services sociaux n'ont pas permis de remédier à la situation de danger, en cas d'impossibilité de collaboration avec la famille ou de refus de sa part, ou en cas d'impossibilité d'évaluer la situation.

Désormais, la distinction des interventions ne repose donc plus sur les notions de risque et de danger mais sur la capacité des services départementaux de remédier à la situation de l'enfant. Ainsi est introduite une méthode d'action, davantage fondée sur une notion d'objectif à atteindre et de recherche de la réponse adéquate que sur la problématique de l'instance décisionnelle compétente.

- Une volonté de développer la prévention

La réforme a entre autres pour objectif de renforcer le volet prévention de la politique de protection de l'enfance, en développant le rôle médico-social de la Protection Maternelle et Infantile. La loi confie directement l'organisation des missions de PMI au Président du Conseil Départemental et renforce le contrôle qu'il exerce sur ces services qui sont expressément placés « sous sa responsabilité », même si en pratique ils continueront à être dirigés par un médecin (art. L 2112-1 et 2 du code de la santé publique).

Par ailleurs la loi du 5 mars renforce, en leur donnant une base légale, des actions de prévention primaire qui s'adressent à toute la population et qui prennent la forme suivante :

- La mise en place d'un entretien systématique au 4^{ème} mois de grossesse ;
- L'organisation par les services de PMI d'actions de suivi à domicile ou en consultation pour les parents en période post-natale ;

²⁵ idem

- L'instauration d'un bilan de santé pour tous les enfants de trois à quatre ans qui devrait se dérouler dans le cadre de l'école maternelle ;
- Enfin, la réforme instaure pour tous les enfants, en plus de la visite médicale prévue au cours de leur sixième année, une série de rendez-vous médicaux à partir de 9 ans, 12 ans et 15 ans, au cours desquels doit être réalisé un bilan de leur santé non seulement physique mais aussi psychologique.

- **L'organisation du signalement et des interventions**

La création d'une cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (art. L 226-3 du CASF) a pour objectif de clarifier l'entrée dans le dispositif et éviter l'engorgement des Parquets qui en pratique pouvaient être saisis dès qu'une inquiétude existait pour un enfant sans qu'une évaluation première n'ait été menée.

- **L'enfant au cœur du dispositif :**

Le texte prend en considération certains concepts empruntés à la notion d'intérêt de l'enfant telle qu'elle est définie dans d'autres législations (cf Québec et Italie : l'intérêt de l'enfant y est défini comme la protection de sa sécurité et de son développement intellectuel et affectif). La loi du 5 mars fait entrer le développement physique, affectif, intellectuel et social de l'enfant comme devant être protégé lorsqu'il est compromis, au même titre que ses conditions d'éducation.

- **Une prise en charge adaptée et diversifiée**

La réforme introduit des possibilités nouvelles d'action par la création de nouvelles prestations :

- Mesure d'accompagnement en économie sociale et familiale ;
- Mesure d'aide à la gestion du budget familial ;
- Possibilité d'accueil en urgence de mineurs pendant trois jours sans l'accord des parents mais sous réserve de les informer ou d'en informer le procureur de la République ;
- Accueil de jour
- Accueil périodique ou modulable, dans le cadre d'une mesure administrative d'accueil provisoire ;
- L'AEMO avec hébergement, dans des conditions très encadrées juridiquement.

- **Un renforcement des obligations de formation des personnels concernés**

L'article 25 de la loi (qui complète le code de l'éducation et le CASF) prévoit une obligation de formation initiale et continue sur les questions de protection de l'enfance.

1.4.2 Loi 2016 : De l'aide aux familles à l'intérêt supérieur de l'enfant

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 1^{er} 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 « parentalité » de l'article L 112-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), l'article 1^{er} place l'enfant au centre de l'intervention (le désignant clairement comme sujet de cette intervention). Il ne vise les parents qu'en deuxième alinéa, dans le cadre des actions de prévention, puis en troisième alinéa dans le cadre de l'évaluation de la situation de l'enfant, pour adapter l'intervention »²⁶.

Ainsi, la protection de l'enfance telle que nouvellement définie, 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 droits²⁷ ».

Elle succède à une définition plus succincte de l'article L 112-3 CASF qui fixait 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 échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs ».

Le périmètre de la protection de l'enfance est également reprécisé et clarifié par l'article 1^{er}. Il distingue ce qu'il convient d'appeler quatre seuils d'intervention :

- Les « actions de préventions en faveur de l'enfant et de ses parents »,
- « L'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque pour l'enfant »,
- Les « décisions administratives »
- Et enfin celles « judiciaires » prises « pour sa protection ».

Alors que le texte de 2007 n'évoquait, pour fonder la prise en charge des mineurs, que des « modalités adaptées à leurs besoins »²⁸, le nouveau texte se veut beaucoup plus précis sur les modalités de mise en œuvre de l'ensemble des décisions prises, qu'elles soient administratives ou judiciaires (ce qui fait référence aux 3^e et 4^e seuils d'intervention évoqués précédemment).

²⁶ Observatoire National de la protection de l'enfance « Protection de l'enfant : les nouvelles dispositions issues de la loi N°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance ». Mars 2016. <https://www.onpe.gouv.fr/loi-2016>

²⁷ Article L112-3 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance (legifrance.gouv.fr) consulté le 13/01/2022

²⁸ Art. L 112-3 du CASF. Op cit

Ainsi, toutes les décisions de protection doivent être « adaptées à chaque situation et objectivées par des visites impératives au sein des lieux de vie de l'enfant et en sa présence et s'appuyer sur les ressources de la famille et de l'environnement de l'enfant. Elles impliquent la prise en compte des difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives et la mise en œuvre d'actions de soutien adaptées en assurant, le cas échéant, une prise en charge partielle ou totale de l'enfant ».

- **Répondre aux besoins de l'enfant**

La loi du 5 mars 2007, dans les trois axes qui doivent guider toute décision concernant un mineur (art. L 112-4 du CASF), prévoyait « la prise en compte » de ses besoins fondamentaux physiques, intellectuels, sociaux et affectifs.

« Garantir » la prise en compte de ces besoins devient une des visées de la politique de protection de l'enfance selon le nouveau texte.

Il s'agit d'aider l'enfant protégé à bien grandir : ce qui est attendu des parents le devient également du dispositif de protection de l'enfance, ce qui prend particulièrement sens pour les enfants bénéficiant d'une mesure de suppléance parentale longue.

- **Assurer la stabilité de vie de l'enfant tout en considérant mieux la réalité de ses liens**

Ainsi, en donnant à l'ASE mission de veiller à la stabilité du parcours de l'enfant confié et à l'adaptation de son statut sur le long terme (art. 12), le législateur envisage d'inscrire le parcours suivant une mission avec plusieurs objectifs.

Les objectifs recherchés à travers ce texte :

- Favoriser, au-delà d'un certain délai de prise en charge (délai qui sera fixé par décret selon l'âge de l'enfant) dans le régime de l'assistance éducative, le passage à un statut plus pérenne permettant une meilleure continuité de vie.
- Permettre une meilleure stabilité des placements en obligeant l'ASE à informer le juge compétent de toute modification envisagée du lieu et mode de placement d'un enfant confié depuis au moins deux ans à la même personne ou au même établissement (cette information étant systématique pour les enfants de moins de deux ans, et ne s'appliquant pas en cas d'urgence ou si l'enfant âgé de plus de deux ans est confié à une même personne ou un même établissement depuis moins de deux ans) (art. 27).
- Renforcer deux cadres juridiques de remise en question de l'autorité parentale, le retrait d'autorité parentale et la déclaration judiciaire de délaissement parental ; ces décisions ouvrent, dans des situations où il a été gravement porté atteinte à l'intérêt des enfants, la possibilité d'admettre des enfants dans ce qui devient un véritable statut de protection, celui de pupille de l'État.

- **Considérer le devenir des jeunes arrivants à l'âge adulte**

A la suite d'un premier rapport de l'ONED/ONPE, plusieurs travaux ont alerté les pouvoirs publics sur la difficile situation des jeunes sortant de la protection de l'enfance et arrivant à l'âge adulte.

Alors que la période de transition à l'âge adulte s'est allongée en population générale, pour le public des jeunes sortant des dispositifs de protection de l'enfance, le passage à la vie autonome s'avère rapide et brutal : ils doivent faire face à toutes les transitions (vers le travail, un logement autonome, une nouvelle vie sociale et familiale) en même temps plutôt que graduellement, alors même qu'ils y sont peu préparés et qu'ils disposent de moins de support et de compétences sociales que les jeunes de la population générale.

1.4.3 Vers un modèle de valorisation des parcours : La loi de 2016

Dans son article 89, la loi²⁹ de modernisation de notre système de santé modifie le mécanisme d'orientation mis en œuvre jusqu'à présent par les MDPH. En effet, l'article prévoit que si l'orientation cible, définie pour une personne en situation de handicap, ne peut pas être mise en œuvre immédiatement par manque de disponibilité, ou d'inadaptation, voire, en sa qualification de situation complexe ; que le PPC (Plan Personnalisé de Compensation) soit complétée par un PAG (Plan d'Accompagnement Global).

La MDPH alors pourra formuler une double orientation pour les personnes, c'est-à-dire une orientation-cible et une réponse alternative construite en fonction des possibilités et disponibilités de l'offre locale. Ce plan est élaboré par l'EPE (Equipe Pluridisciplinaire d'Evaluation) de la MDPH en accord avec la personne concernée.

Le PAG est actualisé en moyenne tous les 6 mois et chaque fois que nécessaire. Dans tous les cas, il est revu au moins une fois par an. En outre, il peut être accompagné d'un GOS (Groupe Opérationnel de Synthèse) composé de professionnels des services ou établissements pouvant accueillir la personne et au besoin associer les financeurs.

Par ailleurs, la démarche Réponse Accompagnée pour Tous (RAPT), pilotée par Marie-Sophie DESAULLE, repose sur 4 axes³⁰ :

- La mise en place d'un dispositif d'orientation permanent ;

²⁹ Disponible sur : [Santé, Protection sociale, Solidarité - N° 11 du 15 décembre 2016 \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr) Consulté le 15/08/2022

³⁰ Source : <https://handicap.gouv.fr/une-reponse-accompagnee-pour-tous> consulté le : 20/08/2022

- Le déploiement d'une réponse territorialisée accompagnée pour tous (transformation de l'offre avec des logiques de coordination et des logiques inclusives) ;
- Le développement du soutien par les pairs ;
- Un accompagnement au changement des pratiques.

Le dispositif permanent d'orientation, au cœur de la Réponse Accompagnée pour Tous, a pour objectif d'apporter une solution à l'ensemble des personnes handicapées, et non pas seulement aux personnes en situation critique.

Concrètement, lorsqu'une orientation ne peut pas être satisfaite, la MDPH doit mettre place un plan d'accompagnement global (PAG) intégré au plan de compensation du handicap, et proposant des solutions complémentaires.

Ainsi, le PAG se traduit par la construction d'une réponse individualisée et l'apport des prestations ne sont dès lors pas forcément des prestations considérées en places. En somme, le PAG participe à la déconstruction de la logique en termes de place et d'établissement et s'appuie davantage sur le besoin du jeune.

1.4.4 La loi du 07 février 2022 : De la révolution législative à la révolution organisationnelle

S'il fallait isoler un élément novateur de la loi N°2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants promulguée le 8 février, c'est bien la définition qu'elle en donne de la maltraitance. Codifiée à l'article L.119-1 du CASF, la maltraitance y est ainsi définie :

« La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations³¹ ».

S'il était important que la définition de la maltraitance emprunte un véhicule juridique à travers la loi du 07 février 2022 pour servir de référence aux secteurs sanitaire, social et médico-social, la prise en charge des jeunes en situation de handicap au sein de la protection de l'enfance vibre d'une urgence que cette occurrence interdit de trouver creuse.

³¹ Article L112-3 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance ([legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr)) consulté le 20/06/2022
Mohand FOUAL - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2022

Car en effet, la loi du 07 février 2022 fait du renforcement du parcours de soin des enfants protégés une priorité. A cet égard, deux précisions sont apportées en complément de la loi du 14 mars 2016 qui prévoyait déjà l'obligation de réaliser un bilan de santé pris en charge par l'assurance maladie, lors de l'admission du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance.

La loi de 2022 indique que le projet pour l'enfant doit formaliser une coordination de parcours de soins pour les enfants en situation de handicap (article L. 223-1-1 modifié du CASF, article 11 de la loi du 7 février 2022) étant rappelé que, selon différentes estimations, le taux d'enfants pris en charge en protection de l'enfance et bénéficiant d'une reconnaissance de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) s'établirait à 17 %³², voire à 19,5 %³³.

Déjà l'arrêté du 22 décembre 2021 modifiant l'arrêté du 28 novembre 2019 « *relatif à l'expérimentation pour un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés* »³⁴ a fixé le cahier des charges relatif à l'expérimentation dans lequel l'objet est ainsi défini : « *En matière de santé, les enfants et adolescents pris en charge au titre de la protection de l'enfance constituent une population particulièrement vulnérable, avec des besoins spécifiques. Les études disponibles montrent des carences importantes dans la prise en compte de leurs besoins en santé par rapport à la population générale : manque d'informations sur les antécédents personnels et familiaux, facteurs de risque (prématurité, retard de croissance néonatal, etc.), parcours souvent marqué de pathologies associées, de traumatismes et d'hospitalisations, fréquence d'insuffisances pondérales ou de surpoids, et besoin de prise en charge en santé mentale. Les situations de handicap sont surreprésentées chez les enfants et les adolescents en protection de l'enfance (voir par exemple le rapport du Défenseur des droits sur les droits de l'enfant en 2015 : Des droits pour des enfants invisibles), ainsi que des problématiques de santé mentale* »³⁵.

Pressentant une disparité des réponses selon les départements autant qu'une segmentation des besoins selon les publics particulièrement accentuée par une évolution sur le registre déficitaire des jeunes en situation de handicap, la loi de 2022 redéfinit la politique de protection de l'enfance en convoquant l'article L. 121-10 du CASF, postulant

³² Défenseur des droits. Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisible. Paris : Défenseur des droits, 2015. Disponible en ligne : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rae_2015_accessible.pdf. Document consulté le 12/05/2022.

³³ LEDÉSERT, B & BOULAHTOUF H. (avril 2016) Étude épidémiologique sur la santé des mineurs et jeunes majeurs confiés à l'aide sociale à l'enfance en Languedoc-Roussillon. Montpellier : Creai-ORS Languedoc-Roussillon. Disponible en ligne : https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2021/02/2016_POSEI.pdf. Document consulté le 20/05/2022.

³⁴ https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/5p_yjguOzXFKkohTKVQqhnDdH2qFDNV7z33iieedbY4=/JOE_TEXTE Consulté le 25/06/2022.

³⁵ Idem

que « *l'État assure la coordination de ses missions avec celles exercées par les collectivités territoriales, notamment les départements, en matière de protection de l'enfance et veille à leur cohérence avec les autres politiques publiques, notamment en matière de santé, d'éducation, de justice et de famille, qui concourent aux objectifs mentionnés à l'article L. 112-3 [qui définit la protection de l'enfance]. Il promeut la coopération entre l'ensemble des administrations et des organismes qui participent à la protection de l'enfance³⁶ ».*

Par cette disposition, le législateur affirme non seulement le rôle de l'État dans le champ de la protection de l'enfance, mais surtout son autorité en matière de coordination autant des politiques publiques interministérielles que celles qui échoient à ses administrations déconcentrées et décentralisées. Derrière cette volonté de coordonner par « *la promotion de la coopération* », se profile une redéfinition des ordonnancements de la politique publique de la protection de l'enfance dans les territoires en faisant concourir les acteurs publics et privés à travers une contractualisation qui a connu sa première consécration avant l'heure dans le département de l'Essonne.

1.5 Le parcours de vie dans le département de l'Essonne : un réceptacle de croisement des politiques publiques

Le schéma départemental enfance et famille de l'Essonne³⁷ indique à l'appui de l'étude réalisée en 2014³⁸ que le suivi médical des mineurs et la prise en charge en santé des jeunes confiés à l'aides sociale à l'enfance, accuse des insuffisances considérables. A ce titre le schéma convient par ses engagements à une nécessaire amélioration devant se traduire par :

- « *Une systématisation de la réalisation des bilans réguliers et/ou à l'entrée, en particulier chez les enfants non porteurs de maladie chronique ou handicap identifié avant leur arrivée ;*
- *Une organisation de ces bilans et du suivi des préconisations qui sont faites*
- *Une identification du circuit des documents médicaux et de la transmission des informations entre professionnels de champs différents en charge des mêmes enfants ;*
- *Une information donnée aux parents ;*

³⁶ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045137445 consulté le 25/06/2002

³⁷ https://www.essonne.fr/fileadmin/2-sante-social-solidarite/enfance/DPPE/Schema-Enfance-Familles_01-2.pdf page 34.
Consulté le 3/08/2022

³⁸ Idem

- *Des traces écrites des événements et étapes vécus par les enfants concernant leur santé³⁹ ».*

Le schéma fait apparaître que « *le changement de lieu d'accueil est repéré comme un risque pour le suivi de la santé de l'enfant, et si ce changement ne peut être évité, il est indispensable de minimiser les ruptures simultanées de suivi et de faciliter le transfert d'information⁴⁰».*

Enfin, sur cette partie qui concerne les jeunes en situation de handicap ayant une mesure ASE, le schéma indique une nécessité de former les professionnels à l'intégration de la prise en charge de la santé.

Mais si le schéma départemental enfance et famille de l'Essonne se révèle assez engagé dans la prise en compte de cette problématique du handicap qui allait être révélée avec une sonorité très inquiétante par les différents rapports qui ont présidé à la conception de la loi de 2022, c'est du côté de la pédopsychiatrie de l'Essonne que la tendance lourde de ce phénomène allait porter les principales inflexions de la politiques publique de l'aide sociale à l'enfance engluée dans les situations dites complexes.

En effet, dans une étude rendue publique en 2019, le Docteur Béatrice BENNEVAULT, pédopsychiatre de service public rattachée à l'EPS « Barthélemy DURAND » en Essonne membre du CA de l'Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile œuvrant en Essonne, apporte un éclairage édifiant sur « *les préoccupations spécifiques de la pédopsychiatrie publique concernant la symptomatologie induite par les carences et la maltraitance* ».

La pédopsychiatrie Essonnienne représentée par les docteurs M. PAVELKA et B. BENNEVAULT a été auditionnée par l'assemblée nationale du 2 mai 2019 dans le cadre de la mission d'information sur l'aide sociale à l'enfance. Le terme de cette audition s'est conclu par l'édition d'un rapport intitulé « *Apports de la pédopsychiatrie à la protection de l'enfance* ». Ce rapport met en évidence une prévalence territoriale d'une symptomatologie pouvant être « *résumée schématiquement en 7 grandes catégories de **troubles durables**, c'est-à-dire des troubles se prolongeant au-delà des prises de mesures environnementales et qui se manifestent différemment selon l'âge de l'enfant et la durée d'exposition au dysfonctionnement environnemental⁴¹* ».

³⁹ Idem

⁴⁰ Idem

⁴¹ Bennevault, B & Dr Pavelka M, (2 mai 2019), « APPORTS DE LA PEDOPSYCHIATRIE A LA PROTECTION DE L'ENFANCE » Audition API par la Mission parlementaire d'information sur l'Aide Sociale à l'Enfance (Audition Assemblée nationale du 2 Mai 2019).

Les troubles identifiés chez les enfants faisant l'objet d'une mesure ASE dans le cadre de ce rapport ne laisse pas de doute sur le devenir des situations dites complexes dont héritent les associations habilitées à la protection de l'enfance agissant dans le territoire de l'Essonne. Ces troubles sont ainsi déclinés :

1. Troubles précoces de l'interactionnel de la relation, allant jusqu'au retrait relationnel.
2. Troubles du développement psychique : retard du développement psychomoteur, retard de langage...
3. Troubles psychopathologiques de l'attachement,
4. Troubles de l'humeur, dépressions, passage à l'acte suicidaire,
5. Troubles des apprentissages : par défaut d'expérimentation, indisponibilité psychique aux apprentissages ;
6. Troubles des relations sociales : relation aux pairs et aux adultes perturbées, incapacité à se représenter la notion de respect d'autrui,
7. Troubles du comportement : fugues, violences, addictions⁴²,

Prenant la mesure du défi et résolument engagé à l'amélioration de la prise en charge des enfants aux troubles complexes, le conseil départemental de l'Essonne, « *renforce ses actions en faveur des enfants handicapés placés et d'une manière générale dans la protection maternelle et infantile des très jeunes enfants. Pour cela, il vient de signer un accord avec l'Agence régionale de santé (ARS) qui apporte un financement de près de 2 millions d'euros* »⁴³.

Cet accord avec l'ARS met *l'accent sur la prise en charge des enfants handicapés confiés à l'Aide sociale à l'enfance* et emploie la solution du concours des deux autorités de tarification pour la solvabilisation de ces parcours dits complexes. « *Il s'agit notamment d'améliorer l'accompagnement des plus jeunes souffrant de troubles psychologiques ou psychiatriques* ». Cette prise en charge est particulièrement délicate en raison de problématiques à la frontière de la santé et du social, appelées « troubles complexes ». Cette complexité souffrant des logiques catégorielles des politiques publiques expose ses bénéficiaires à tous types de rupture dont la réponse m'a inspiré pour la réalisation de ce mémoire.

La protection de l'enfance, comme bon nombre de politiques publiques en France, a longtemps souffert de son déterminisme girocentré. La culture professionnelle qui s'y cultive est référencée sur le modèle de « l'institution totale ». Les pratiques professionnelles auront

⁴² Idem

⁴³ <https://www.lesechos.fr/pme-regions/ile-de-france/lessonne-ameliore-la-prise-en-charge-des-enfants-aux-troubles-complexes-1389974> Consulté le 12/06/2022.

longtemps évolué suivant une représentation asilaire où la logique de l'autosuffisance prédétermine les choix et orientations de l'offre.

Le privilège épistémique de l'institution dans la définition et la prise en compte du besoin est autant le fait de l'histoire qu'une tradition héritée du mouvement hospitalier qui remonte jusqu'au XII^{ème} siècle.

Si l'offre catégorielle a préexisté aux politiques publiques dites catégorielles, la prise en compte des attentes exprimées par les populations ciblées et l'attention portée à l'évolution de leurs besoins possèdent un champ de construction qui s'appelle l'institution, objet autant qu'instrument de domination.

Aujourd'hui, à la faveur des différentes réformes ayant ciblé la protection de l'enfance en tant que politique publique à la fois décentralisée et interministérielle, s'opère une transformation de l'offre qui doit prendre en compte l'enfant et son parcours, qui en tant que fin, doit orienter la pratique. C'est à ce titre qu'il convient de proclamer un modèle innovant d'accompagnement en protection de l'enfance. Ce modèle devra réunir des dispositifs émergeant dans plusieurs politiques publiques pouvant valoriser le parcours. Ces dispositifs fortement codés par un préalable inclusif faisant de l'environnement de l'accueil une ressource plus qu'une contrainte et du jeune accompagné une capacité plus qu'une insuffisance, sauront traduire par leur logique servicielle les attendus d'un parcours aux besoins multiples.

Ces modèles où co-agissent une politique publique référencée à la petite enfance, une autre relevant de la protection de l'enfance à côté d'une troisième qui propose des solutions pour l'habitat et enfin une dernière qui a la charge d'une insertion professionnelle inclusive, le tout dans un ensemblier soutenu par une offre sportive et une offre culturelle ouvertes à la vie sociale, s'obligent à une offre multimodale de valorisation du parcours grâce à l'hybridation des différentes politiques publiques.

2 DEUXIEME PARTIE- D'UNE HABILITATION UNIQUE À UNE OFFRE MULTI-MODALE : LE SERVICE MERISTEME ;

2.1 L'association AAPISE : Une histoire inscrite dans la rupture avec la tradition asilaire de la psychiatrie.

L'A.A.P.I.S.E (Association d'Aide aux Personnes Inadaptées du Sud de Essonne) est une association créée en 1969 à l'initiative de médecins psychiatres œuvrant dans le secteur infanto-juvénile de l'hôpital psychiatrique « Barthélemy DURAND ».

Inscrit dans la vieille tradition d'alternative à la psychiatrie, le projet de l'AAPISE avait pour première ambition de sortir les enfants des centres hospitaliers où « leur avenir mental et le succès des dispositions prises pour leur autonomie n'étaient pas assurés ».

L'AAPISE est née, il y a plusieurs décennies, de cette rupture avec le système asilaire inaugurant le processus de la désinstitutionnalisation. L'effet de sens que le projet de l'A.A.P.I.S.E a puisé de la psychiatrie en devenir, renseigne sur ses orientations premières et ses choix actuels.

Par son projet associatif, l'AAPISE entreprend à concevoir, à transformer et à valoriser des services de droit commun offerts par la collectivité et à en faciliter leurs accès.

Le projet de l'AAPISE est tressé par trois notions fondamentales : L'inclusion, la participation sociale et la citoyenneté⁴⁴.

L'Inclusion est essentielle à l'expression plurielle de la personne humaine vivant dans un environnement qui lui est consubstantiel et dont elle puise ses ressources.

La Participation sociale est le levier par lequel la personne met en œuvre sa capacité d'agir sur son propre devenir, d'affirmer, par ses choix, les décisions qui la concerne.

La Citoyenneté est l'expression conjuguée de la participation sociale dans un environnement inclusif favorisant le pouvoir d'agir par l'accès au droit et à l'information.

Pour mettre en synergie ces trois notions, l'AAPISE adopte une nouvelle dénomination ainsi déclinée : Association d'Appui à la Participation, à l'Inclusion Sociale et Environnementale (AAPISE).

Actuellement l'AAPISE gère 15 établissements et services. Elle est techniquement pilotée par le siège de l'association sous la responsabilité du Directeur Général. L'organisation en décline six processus de management des fonctions de gestion :

⁴⁴ Source : Projet associatif de l'AAPISE

- Processus opérationnel :
Administration du personnel, mise en œuvre des obligations légales, en matière du code du travail, du cadre horaire et règlement intérieur, du respect des conventions collectives, des contrats de travail, des traitements des salaires et cotisations sociales, des congés payés et RTT, des accords d'entreprise, du dialogue social et de la santé au travail...

- Processus de support :
Gestion comptable, management financier et contrôle de gestion ;

- Processus de pilotage :
Gestion des ressources humaines, recrutement, formation et développement des compétences ;

- Processus de développement :
Management des politiques publiques, développement territorial et stratégique des missions, innovation ;

- Processus de mesure :
Réflexions éthiques, amélioration continue de la qualité, évaluation et développement de la qualité de vie au travail (QVT), développement de la performance et contrôle de conformité ;

- Processus information et communication :
Systèmes d'information, capitalisation des données aide à la décision (DSS).

La planification du système d'information pour orienter et structurer l'informatisation au sein de l'AAPISE⁴⁵.

Objectifs :

- Éviter les incohérences entre des systèmes développés de façon indépendante ;
- Partager des ressources en construisant des bases de données communes entre directions de pôle ;
- Arbitrer entre les propositions concurrentes et transférer les systèmes innovants.

Pour valoriser l'aménagement de sa mission globale vers une logique centrée sur la personne accompagnée, son projet de vie, son développement et son parcours, l'AAPISE reconfigure le mode fonctionnement institutionnel à la faveur d'une organisation par pôle.

Toutes les directions de pôle sont rattachées au siège et concourent à la mise en œuvre des processus de gestion ci-dessus déclinés.

Le choix de l'AAPISE de prévaloir les fonctions du pôle en lieu et place des établissements participent de 5 préoccupations :

- L'ingénierie des parcours de vie des personnes accompagnées en prévenant leur rupture ;

⁴⁵ Source : Projet associatif de l'AAPISE

- Le décloisonnement des missions soumises à un cadre organique institutionnel trop restrictif ;
- Ancrage du développement dans une tradition de mutualisation des moyens et de capitalisation des ressources ;
- Réalisation d'une mobilité des fonctionnalités et une transversalité des interventions ;
- Captation des ressources territoriales en développant un partenariat de projet fondé sur une offre plus élargie.

Les missions portées par l'AAPISE sont structurées par 4 pôles de direction :

- Le pôle autonomie enfance ;
- Le pôle habitat accompagné, accueil et accompagnement à la vie sociale ;
- Le pôle insertion professionnelle, emploi accompagné et travail protégé ;
- Le pôle médiation prévention et protection de l'enfance.

L'AAPISE fonde son action suivant une stratégie de définition négociée d'un projet d'amélioration et de promotion sociale durable. Cette option consacre le primat du développement social territorial comme approche globale à partir de laquelle se négocie la fabrique de l'inclusion.

Cette configuration postule cinq orientations :

- 1- Une valorisation de son patrimoine foncier à la faveur d'un développement de services publics de droit commun ;
- 2- Ouverture à la mutualisation de ses équipements pour favoriser la mixité et l'attractivité de son offre de service ;
- 3- Développement de l'habitat inclusif sur ses sites en privilégiant un partenariat public-privé ;
- 4- Le concours à titre subsidiaire des financements publics pour la réhabilitation de ses établissements et leur adaptation à l'évolution de la population ;
- 5- Captation de financements issus du droit à construire que l'AAPISE recouvre de la cession d'une partie de ses terrains sur lesquels elle réalise du logement social, dont une part est dédiée à l'inclusion, des offres de services inclusifs pour la petite enfance, les parcours de santé à travers des maisons médicales...etc.⁴⁶

⁴⁶ Source : Projet associatif de l'AAPISE

2.2 Le pôle prévention, médiation et protection de l'enfance

En 2019, une fusion-absorption portant création de AAPISE "Inter'Val" et AAPISE "Le Phare" s'est effectuée, ainsi en octobre 2019, un arrêté a entériné l'absorption par l'AAPISE de deux associations de prévention spécialisée implantées respectivement sur les territoires du nord et du sud Essonne, aujourd'hui dénommées *AAPISE Inter'Val* et *AAPISE Le Phare*.

Au-delà d'amorcer une recomposition de ses territoires, cette fusion-absorption a permis à l'AAPISE de diversifier son offre d'accompagnement en créant un pôle médiation prévention et protection de l'enfance destiné à intervenir auprès des jeunes et des familles en difficulté ou en rupture avec leur milieu. Ainsi, en 2020, le pôle s'est vu élargi avec la création d'un service d'accompagnement des mineurs et jeunes majeurs

Ce nouveau service d'hébergement diversifié permet de prendre en compte le besoin de mise à l'abri des mineurs non accompagnés, et d'accompagner les jeunes en difficulté en vue d'une sortie réussie du dispositif de l'aide sociale à l'enfance. Le Pôle Médiation Prévention est ainsi composé de deux services de Prévention Spécialisée et d'un service de Protection de l'Enfance

2.3 Un récent service en transformation

Selon les dispositions de l'« ARRETE N' 2020-ARR-DPPE-0704 DU 11 SEPTEMBRE 2020 » portant autorisation de création d'un service d'accompagnement des mineurs et jeunes majeurs, l'AAPISE a été habilitée à accompagner des mineurs et jeunes majeurs confiés à l'aide sociale à l'enfance.

La création du service « Méristème » répond à la commande initiale du Conseil départemental de l'Essonne de mettre en place un dispositif permettant la prise en charge des mineurs non accompagnés, des mineurs en voie d'autonomie et des jeunes majeurs, afin de les accompagner dans leur projet d'insertion socio-professionnelle et d'autonomisation.

Dans ce contexte, le service « Méristème » rattaché au Pôle « Protection de l'Enfance » de l'association (*voir annexe I*), a vu le jour le 16 Novembre 2020. Le service d'accompagnement des mineurs et jeunes majeurs se destine à un public mixte prioritairement essonnien âgé de 16 à 21 ans.

En 2021 le service a accueilli 51 usagers, mineurs et jeunes majeurs âgés de 16 à 21 ans.

Ces jeunes sont pris en charge par une équipe pluridisciplinaire, composée d'éducateurs spécialisés, d'une psychologue, de veilleurs de nuit (mobiles et sur site), supervisée par un chef de service et d'un directeur.

Des professionnels, externes au service, intervenant ponctuellement dans le cadre d'activités ciblées (aide aux devoirs – cours de français) viennent renforcer le dispositif de prise en charge.

Par ailleurs, eu égard à la limite des actions de la prévention spécialisée qui est une mission intégrée au sein du pôle, notamment, en raison de l'absence d'un mandat nominatif et des moyens de prise en charge en l'occurrence, la problématique principale des Jeunes Majeurs et des MNA à savoir le tremplin vers « l'Hébergement » stable sur le territoire essonnien, l'AAPISE de par sa compétence dans le champ de l'intermédiation locative inscrit dans ses objectifs des réponses adaptées aux besoins de ces publics avec un développement à terme de résidences sociales venant renforcer la cohérence et la finalisation des parcours d'accès à la pleine autonomie.

2.3.1 Le cadre légal et réglementaire du service

Le service Meristeme s'inscrit dans le champ de l'aide sociale à l'enfance (ASE) dont la première mission suivant les dispositions de l'article L. 221-1 du code de l'action sociale et des familles est d' *« apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social, qu'aux mineurs émancipés et majeurs de moins de 21 ans confrontés à des difficultés familiales, sociales et éducatives susceptibles de compromettre gravement leur équilibre⁴⁷ »*.

Il s'inscrit également dans la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance qui s'articule autour de trois axes principaux : le renforcement du système de prévention, l'amélioration du dispositif d'alerte et de signalement et enfin la diversification des modes d'interventions auprès des enfants et des familles.

La loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. La loi comporte trois titres qui posent les grandes thématiques et enjeux de cette réforme de la protection de l'enfance : améliorer la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance,

⁴⁷ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045136891

sécuriser le parcours de l'enfant en protection de l'enfance, et adapter le statut de l'enfant placé sur le long terme.

L'activité s'inscrit également au titre de l'Arrêté du 17 novembre 2016 pris en application du décret n° 2016-840 du 24 juin 2016 relatif aux modalités de l'évaluation des mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille

Selon l'article 1^{er} : « *La personne est considérée comme isolée lorsque aucune personne majeure n'en est responsable légalement sur le territoire national ou ne le prend effectivement en charge et ne montre sa volonté de se voir durablement confier l'enfant, notamment en saisissant le juge compétent. Afin de faire obstacle à toute exploitation ou emprise, une attention particulière doit être portée quant aux motivations de cette personne qui doit agir dans l'intérêt exclusif de l'enfant. Le fait qu'un mineur ne soit pas considéré comme isolé ne l'empêche pas de bénéficier des dispositifs de protection de l'enfance* »⁴⁸.

En outre, notre champ d'action est arrimé aux orientations de la *Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté Référentiel d'accompagnement pour les sorties de l'aide sociale à l'enfance* Février 2019⁴⁹.

En effet, dans le cadre du contrat État/département, « *les conseils départementaux s'engagent donc à mobiliser, sur leur territoire, les ressources de l'État et des partenaires afin d'aider les jeunes à sécuriser leurs parcours. Le document de référence se structure ainsi autour des engagements suivants : Un engagement préalable : Le maintien du lien, d'une référence Des engagements pour permettre aux jeunes d'accéder à leurs droits : 1. Le logement 2. Les ressources et l'accès au droit 3. L'insertion sociale, professionnelle et la mobilité 4. La couverture santé et l'accès au soin*⁵⁰ »

2.3.2 Le maillage territorial du service Meristeme :

Depuis l'ouverture du service, un réseau de partenaires associatifs et de professionnels spécialisés a été développé sur l'ensemble du bassin parisien afin de renforcer l'action menée auprès des usagers, et notamment, répondre aux besoins et problématiques individuels.

Néanmoins, il y'a lieu de souligner que la naissance du service « Mersiteme » a été pensée à l'origine comme une solution complémentaire, voire, un tremplin pour le public de la

⁴⁸ https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000039417598. Document consulté le 12/06/2022

⁴⁹ La Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté Référentiel d'accompagnement pour les sorties de l'aide sociale à l'enfance Février 2019. Disponible sur : <https://www.onpe.gouv.fr/ressources/document-referenc-accompagner-sorties-laide-sociale-lenfance>. Consulté le 05/06/2022

⁵⁰ Idem

prévention spécialisée du territoire d'action concertée que couvrent les deux services du même pôle. En cela, l'implantation antérieure et le réseau partenarial développé tout au long des années de maillage de ces deux structures de prévention a été une valeur ajoutée pour le jeune service Mersiteme, parrainé dans son début d'activité par celles-ci, notamment par la mobilisation des ressources territoriales dans les divers champs de l'insertion à savoir les missions locales, les EDI et les entreprises solidaires, la scolarisation notamment dans le champ de la formation professionnelle avec une proximité des collègues et des lycées, les acteurs de l'action publique ; etc...

Par ailleurs, l'inscription antérieure de l'association dans le champ de la psychiatrie dans le secteur essonnien confère une relative disposition d'accès à la santé mentale.

En outre, le territoire de l'Essonne, compte en termes d'établissement de l'aide sociale à l'enfance : 1 FDE (Foyer de l'Enfance), 25 MECS, 5 CPFSE (Centre de placement familial socio-éducatif), 1 établissement expérimental en faveur de l'enfance, 2 villages d'enfants. Du point de vue des établissements médico-sociaux on en compte 6 ITEP (Instituts Thérapeutiques, Éducatifs et Pédagogiques), 17 IME et 19 CMPP (Centres Médico-Psycho-Pédagogiques) ⁵¹ ces proportions demeurent faibles mais constituent autant de partenaires potentiels.

2.4 Activité et diagnostic populationnel

Au 31 décembre 2021 l'activité du service Meristeme a enregistré un taux d'occupation de 108,14 %. L'écart en faveur d'une forte activité renvoie à la montée en charge inscrite au titre de l'atteinte de l'objectif des 70 places. Cet accroissement s'explique par un accueil de 51 jeunes, entrepris suite à l'engagement de la DPPE pour une autorisation de 70 places, intégrant des MNA, des jeunes majeurs et des situations complexes avec des prix de journées adaptés aux besoins des différents types de prises en charge.

La durée moyenne de séjour enregistrée pour l'année 2021 traduit une valeur, relative aux 51 jeunes accueillis, de l'ordre de **309,58 jours**. Cette dernière s'explique à la fois par la stabilité des prises en charge et des séquences d'admissions enregistrées sur des périodes couvrant la globalité de l'exercice avec toutefois des accueils de 8 jeunes à partir du second semestre. Cette donnée tributaire des fluctuations de l'admission et des sorties se voit renforcée par la montée en charge.

⁵¹ <https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/protection-de-l-enfance/maison-d-enfants-a-caractere-social-177.html>
Consulté le 20 février 2022

Les admissions en 2021 ont été de l'ordre de 16 jeunes dont la variable de l'âge traduit une forte proportion de jeunes majeurs ayant atteint la majorité à leur arrivée au service. Sur les 16 admissions, nous avons accueilli 15 garçons et une jeune adolescente.

L'activité 2021 n'a pas enregistré des sorties de fin de parcours ASE avec une consolidation des acquis des jeunes compte tenu du fait que l'antériorité des prises en charge remonte majoritairement à la fin de l'année 2020.

Néanmoins, deux sorties ont été enregistrées pour 2021, avec une ponctuation de parcours pour l'un des jeunes qui avait mis fin à sa prise en charge en accord avec les services du département mais qui est revenu au bout de 2 mois et fait ainsi partie des effectifs actuels du service.

Tout comme pour l'accueil d'un nouveau jeune, la préparation de la sortie soumet aux équipes une forte mobilisation, notamment quand le départ requiert une réactivité immédiate.

2.4.1 L'accueil inconditionnel

Se voulant inclusif et sans distinction de parcours ou de prérequis de compétences sociales dans les demandes d'admissions, le service AAPISE MERISTEME a fait le choix de mobiliser ses ressources associatives dans la transversalité en vue d'apporter une solution adaptée à toute demande formulée.

Ainsi, quel que soit le profil d'orientation, une solution est systématiquement recherchée auprès de l'ensemble des acteurs œuvrant au sein de l'association, mutualisant ainsi les moyens et élargissant par conséquent les possibilités de l'offre d'accueil.

Dès lors, pour la formalisation de l'admission, le jeune mineur accompagné est orienté par le service de l'Aide Sociale de l'Enfance du département de l'Essonne. Le référent ASE du jeune transmet une demande de prise en charge par mail intégrant le dossier du jeune, un rapport éducatif et médical ainsi que les documents administratifs en possession du jeune.

Une commission d'évaluation des besoins est fixée entre les différents acteurs en lien avec le jeune : le référent ASE, l'éducateur référent du lieu d'hébergement du jeune, le chef de service du dispositif Meristeme, un éducateur du service et la psychologue.

La situation du jeune et son projet sont évoqués lors de ce temps afin d'évaluer la pertinence des éléments de réponse à apporter au sein de notre service.

Au cours de la réunion institutionnelle, l'équipe éducative prend connaissance de la candidature du jeune et la Direction se positionne sur l'orientation du jeune et les modalités

de son accueil en collaboration avec l'équipe éducative. Dans le cas où le jeune est orienté sur le service, une date d'admission est fixée et un référent éducatif est nommé.

2.4.2 Les modalités d'accueil

Les mineurs non accompagnés sont des jeunes de moins de 18 ans qui n'ont pas la nationalité française et qui se trouvent séparés de leurs représentants légaux sur le sol français. Ils relèvent de la Protection de l'enfance (CASF L112-3).

A leur admission, les jeunes sont accueillis à Bièvres au sein d'un lieu de vie dit « collectif » pour une période d'intégration, d'observation. Un hébergement semi collectif (appartements ou maisons partagés), est proposé au titre du deuxième palier dans le parcours d'autonomisation. Un troisième palier, en studio, est alloué aux jeunes répondants à l'objectif final : une insertion socio-professionnelle stable et pérenne permettant une sortie réussie à 21 ans.

Le parc de « location d'hébergement » est composé de 2021 de 19 appartements de type T1, T2, T3, T4 et T5 répartis sur 9 communes du département de l'Essonne. Chaque appartement dispose du mobilier indispensable au jeune lui permettant **de dormir, de se restaurer et vivre** confortablement dans le logement (lit, oreiller, draps, plaques de cuisson, un four et un four à micro-ondes, un réfrigérateur, la vaisselle nécessaire à la prise des repas, des ustensiles de cuisine, une table, des étagères de rangement, des luminaires, le matériel d'entretien ménager adapté aux caractéristiques du logement). Les jeunes sont répartis dans les appartements occupés en fonction de la taille de l'appartement (une personne par chambre).

Les axes proposés sont :

- Un hébergement soutenu par un accompagnement éducatif visant à terme l'autonomie locative,
- L'intégration préalable d'une plateforme de remobilisation au titre du partenariat avec les structures Espace Dynamique Insertion (EDI) voire pour certains, l'orientation vers l'école de la deuxième chance,
- Un accompagnement vers la re-scolarisation,
- L'arrimage aux dispositifs de droit commun d'insertion professionnelle au titre du partenariat renforcé avec les missions locales,
- Un suivi psychologique et/ou psychiatrique et de soins,
- L'évaluation permanente de notre action et du parcours du jeune à l'aide d'un référentiel approprié, en l'occurrence, le ROCS

2.4.3 Recueil de données de la population

A) Variable de l'âge

La variable de l'âge chez les jeunes accueillis au sein du service au 31 décembre 2021 traduit une forte proportion des jeunes majeurs notamment des 18 ans totalisant 26 jeunes, suivis des majeurs de 19 ans au nombre de 14. Cette catégorie renvoie à des modalités d'accompagnement majoritairement accès sur la préparation à la fin du parcours notamment vers l'accès à l'insertion et l'accès au droit commun. La lecture du graphique renseigne des priorités sur l'axe administratif qui a été un élément fortement traité durant l'année 2021. Ainsi, sur les 51 jeunes accueillis, la grande majorité est en faveur des jeunes majeurs. (*cf annexe II*)

B) Répartition des personnes accompagnées selon leur provenance

La provenance des jeunes accueillis en 2021 par le service traduit 14 nationalités différentes dont la majorité est représentée par le continent africain. La pluralité culturelle à laquelle a été confrontée l'équipe éducative a induit des mobilisations de ressources linguistiques auprès de plusieurs partenaires étant donné la difficulté d'accès à la langue française pour certains MNA.

Les proportions par pays soulignent une grande présence de jeunes provenant du MALI, de la GUINEE et la TUNISIE. Les MNA sont majoritairement des garçons qui ont voyagé par leurs propres moyens depuis l'Afrique subsaharienne, l'Afghanistan, l'Inde ou le Bangladesh. (*cf annexe III*)

C) La situation administrative

L'ouverture du service AAPISE-MERISTEME a été marquée par un accueil important de jeunes dont le statut est de Mineurs Non Accompagnés (MNA). Ainsi, la grande majorité de ces derniers est inscrite dans une logique de régularisation administrative, relative aux conditions de séjour.

Jusqu'à leur majorité, les mineurs disposant d'une OPP ne peuvent solliciter une demande de titre de séjour auprès des services de la préfecture, néanmoins un travail préparatoire est requis pour le recueil des documents auprès des instances consulaires des pays d'origines.

La régularisation consiste en l'accès du jeune au titre de séjour mention étudiant pour les mineurs pris en charge après leur 16ème année et la mention vie privée et vie de famille pour les pris en charge avant leur 15ème.

Par ailleurs, deux profils parmi les jeunes accueillis ont été inscrits au titre d'une régularisation au « statut de réfugié » qui est reconnu par l'OFPRA en application de l'article

1er A2 de la Convention de Genève du 28 juillet 1951 à toute personne craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays.

Une autre demande est envisagée au titre de la protection subsidiaire qui est accordée à toute personne dont la situation ne répond pas à la définition du statut de réfugié, mais pour laquelle il existe des motifs sérieux et avérés de croire qu'elle courrait dans son pays un risque réel de subir une des atteintes graves définies par l'article L. 712-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

« Les difficultés au niveau des consulats et ambassades des pays d'origine entraînent souvent des difficultés et un retard dans les démarches auprès de la préfecture. Du fait de la barrière de la langue, les rendez-vous ont pu être complexes. » Paroles d'éducateur
« Les délais de démarches administratives sont très longs alors que nous sommes pris dans l'urgence. Si il n'y a pas de présence d'éducateurs au sein des ambassades, les jeunes n'obtiennent pas leur papiers.../...Il faut s'armer de patience et de courage afin d'obtenir les papiers » Paroles d'éducateur

2.5 Analyse des parcours et émergence des nouveaux besoins

2.5.1 Les orientations sur OPP

Les modalités d'orientation vers le service AAPISE-Meristeme sont variables selon la minorité ou la majorité du jeune. Ainsi, pour les mineurs, le placement est effectué dans le cadre d'une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) qui est une mesure de protection prononcée par un juge des enfants. Cette mesure de placement judiciaire est prise lorsqu'un mineur est en danger.

Une décision de placement est proclamée afin de protéger l'enfant. Ce dernier est retiré provisoirement de son milieu de vie habituel afin d'être placé au sein d'un établissement spécialisé tels les foyers ou les MECS... ou dans une famille d'accueil. Ce placement a pour but d'assurer la sécurité, la santé et l'éducation du mineur.

Une ordonnance de placement provisoire est prononcée pour une durée maximale de 2 ans. La mesure doit ensuite être réétudiée.

2.5.2 Les orientations sur un Contrat Jeune Majeur

A leur majorité, les jeunes accueillis sur une OPP, effectuent une demande de prise en charge auprès du Département afin de bénéficier d'une continuité d'accompagnement au sein du service.

L'intervention auprès du jeune s'organise pour une durée d'un an maximum avec la possibilité ou non d'être renouvelée dans les mêmes conditions. Elle peut prendre fin à n'importe quel moment soit à l'initiative du jeune majeur ayant sollicité la mesure ou du service de l'ASE l'ayant attribuée.

Le jeune majeur adresse une demande de « prestation Aide Sociale à l'Enfance, jeune majeur », avec l'aide d'un travailleur social (assistante de service social, éducateur,...) au Département, responsable de la circonscription concernée. Cette demande est instruite par le travailleur social qui adresse, pour décision, un rapport détaillé et motivé dit aussi rapport de situation (décrivant le plus précisément possible la situation et les motivations du jeune). En cas d'accord de la responsable du service ASE notamment des MNA pour une majorité de nos jeunes, un contrat est signé avec le jeune majeur, précisant notamment la durée de la mesure, la date de mise en œuvre et les objectifs poursuivis. Il s'engage à élaborer un projet d'insertion sociale et professionnelle.

Le jeune majeur rend compte des différents objectifs inscrits sur le contrat au référent. Il s'agit notamment de son assiduité scolaire ou des démarches entreprises pour trouver un emploi ainsi que de toutes les modifications concernant sa situation.

En 2021, le nombre des jeunes majeurs accueillis au sein du service était de 41. L'atteinte de l'âge de majorité des jeunes avait coïncidé avec leur arrivée au sein du service, aussi 24 premières demandes ont-elles été formulées ainsi que 17 demandes de renouvellement auprès de l'ASE. Les retours favorables sur les demandes ont permis aux équipes de poursuivre le travail d'insertion et d'inscrire une continuité des prises en charge vers l'accès à l'autonomie de ces derniers.

Les durées des premières demandes sont soumises aux objectifs fixés par les services d'accompagnement et le jeune. Ainsi elles sont variables selon le projet du jeune, son implication et son adhésion au projet. Sur les 24 premières demandes formulées, 18 d'entre elles ont été signées pour une durée d'un an comme le traduisent les histogrammes ci-après

De même, les durées des renouvellements ont été majoritairement en faveur de 12 mois ce qui autorise au jeune une meilleure stabilité de parcours et aux équipes une temporalité plus favorable à la mise en œuvre des dimensions d'accompagnement. En effet, les périodes les plus courtes sont souvent des mises à l'épreuve de la cohérence des projets de l'assiduité du jeune quant à sa volonté de s'inscrire dans le dispositif d'accès à la pleine autonomie.

2.6 Les problématiques émergentes et les nouveaux besoins

2.6.1 Accroissement des accueils de situations dites « complexes »

L'inconditionnalité de l'accueil convoque une diversification de l'offre d'accompagnement et des réponses adaptées à plusieurs niveaux, notamment dans le champ de la santé mentale qui suscite davantage de besoins pour les profils sujets au handicap psychique et dont le statut est souvent non reconnu.

Compte tenu de la demande croissante relative aux prises en charge dites « complexes », qui « désignent les enfants en grandes difficultés ou à difficultés multiples confiés à l'ASE, présentant pour certains de forts troubles du comportement qui se traduisent par des « passages à l'acte⁵² » ; ces nouveaux profils de jeunes accueillis suscitent davantage l'adaptation des modalités d'accueil. Ces cas « complexes » peuvent aussi désigner les mineurs avec des besoins spécifiques pouvant relever de plusieurs modes d'accompagnement : social, sanitaire ou médico-social.

Aussi, l'année 2021 a-t-elle enregistré la prise en charge de 16 situations dites « complexes » dont l'objectivation du besoin en soins a été entreprise avec des demandes de reconnaissances MDPH pour certains.

En outre, 4 situations d'accompagnement impliquant des ratios d'encadrement important (1 pour 1) ont été prises en charge au titre de dispositifs renforcés notamment avec des prises en charge individualisées sur des petites unités couvrant la présence éducative, la surveillance de nuit, les suivis psychiatrique et psychologique ainsi que l'accompagnement dans l'accès aux droits et à l'insertion.

Les demandes formulées au service Meristeme au cours de l'année 2021 ont systématiquement été traitées, les délais d'admission sont relatifs aux profils orientés, notamment concernant les situations dites « complexes » qui exigent des mises en place de dispositifs atypiques et des professionnels rompus au handicap psychique.

Par ailleurs, l'inconditionnalité de l'accueil et la montée en charge fixée pour l'objectif des 70 places, nous définissent un raccourcissement des délais d'attente avec une logique de réactivité. Toutefois, il y a lieu de souligner le besoin exprimé pour les profils inscrits dans les deux politiques sociales à savoir du handicap et de la protection de l'enfance et dont la perspective du service est son élargissement prochain à davantage de places d'accueil.

⁵² Rapport de l'IGAS : Alexandre DENIEUL, Thierry LECONTE, François SCHECHTER, Margot CAVELY, « L'accueil de mineurs protégés dans des structures non autorisées ou habilitées au titre de l'aide sociale à l'enfance », 2020-018R Novembre 2020, P4 .Consulté le 14/07/2022.

2.6.2 Répartition des déficiences et autres troubles

En 2021, 16 situations complexes ont été accompagnées au titre d'un suivi renforcé notamment pour les jeunes avec troubles de comportement et dont les démarches de soins et suivi psy ont mobilisé une grande partie du temps d'accompagnement.

Par ailleurs, des démarches de reconnaissance MDPH ont été entreprises afin d'objectiver le besoin en accompagnement et de travailler les futures orientations vers des structures plus adaptées au handicap.

Il est à noter que la problématique de l'addiction est très présente chez certains jeunes qui ont pu se remobiliser et ont pu solutionner même partiellement leur comportements à risque. Toutefois, nous en comptant 3 situations complexes dont l'adhésion aux soins est toujours en cours de suivi. (*cf annexe IV*)

2.6.3 Nomenclature des besoins

Les besoins des jeunes se traduisent principalement dans :

- L'accès aux soins (santé physique et mentale);
- L'accès à la scolarisation (mise à niveau, apprentissage de la langue et intégration d'un parcours scolaire);
- L'accès aux droits (régularisation administrative, Insertion professionnelle);
- L'accès à l'autonomie locative (tenue du logement, hygiène corporelle, gestion des repas, gestion du budget) ;
- L'accès à la citoyenneté (relations sociales, mobilité, accès à la culture et aux loisirs).
- L'émergence accrue des suivis psychiatriques en 2021 a convoqué un développement du volet « soins psy » et un partenariat renforcé et étroit avec les acteurs du secteur notamment dans les hospitalisations et la fluidité des orientations MDPH.

2.6.4 Evolution de la population et repérage des nouveaux besoins

La configuration actuelle de la population renvoie à une évolution de l'âge de la grande fraction des jeunes vers la majorité. Ainsi, cela traduit des besoins, davantage prononcés pour l'accompagnement vers l'insertion et l'accès à la pleine autonomie notamment locative.

En effet, le parcours du jeune est défini par une temporalité n'excédant pas l'âge des 21 ans atteignables pour certains dans les deux années qui se profilent. Aussi eu égard à la fragilité du public, cette temporalité va se poser comme une contrainte aux soins notamment en lien avec la santé mentale. A ce titre, les différentes séances des suivis psychologiques révèlent des besoins de soutien pour les parcours de traumas dont beaucoup de jeunes en sont concernés.

Cet état de fait, interroge, dès lors, la pratique éducative qui se doit de suivre les fluctuations tendanciennes des besoins de la population.

En outre, la forte demande enregistrée pour des prises en charge de jeunes relevant à la fois de l'ASE et du champ du handicap constitue, également, l'une des évolutions marquantes dans les pratiques éducatives, voire, des modalités d'accueil. A ce titre, des dispositifs expérimentaux ont pu être mis en œuvre notamment sous forme de petites unités d'accompagnement renforcé avec des ratios d'encadrement souvent élevés. Cette orientation qui n'est que l'inscription de nos pratiques dans les lignes institutionnelles de l'AAPISE à savoir « adapter la structure du service aux besoins de l'utilisateur » se verra davantage appelée à s'agrandir compte tenu du grand besoin exprimé sur le territoire.

2.7 Les professionnels face aux besoins émergents

Le service est porté par une équipe pluridisciplinaire de 18 professionnels regroupant des éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, des surveillants de nuit (mobiles et des SSIAP1 sur site), trois contrats d'apprentissage dont deux éducateurs spécialisés et un moniteur éducateur sont également intégrés aux effectifs, encadrés par une équipe de direction constituée d'une cheffe de service, une psychologue, un comptable, une assistante et d'un directeur, poste que j'occupe parallèlement à la direction du pôle.

La complémentarité des modes opératoires en journée et en soirée traduit le socle des interventions garantissant le lien et la continuité de la prise en charge. Aussi, bien que la semi- autonomie soit moins chronophage en présentiel éducatif mais plutôt dans la maîtrise des dispositifs d'accès aux droits, le choix de maintenir un lien quotidien avec l'ensemble des jeunes en situation de fragilité traduit un prolongement du suivi hors les murs.

Des professionnels, externes au service, intervenant ponctuellement dans le cadre d'activités ciblées (aide aux devoirs – cours de français) viennent renforcer le dispositif de prise en charge. De même qu'un appui des équipes de prévention spécialisée, intégrées au pôle, dans la remobilisation de certains jeunes permet d'assurer un levier complémentaire dans les réponses aux besoins. Par ailleurs, des formations en interne sont prévues dans les axes de l'inter-culturalité et de l'accompagnement de l'adolescent.

Des réunions hebdomadaires que j'anime sont positionnées tous les jeudis avec un ordre du jour co-construit avec l'équipe. Des comptes rendus de relevés de décisions réalisés tour à tour par les membres de l'équipe ou les stagiaires du social sont toujours faits après les réunions. Ces temps de réunion et de régulation permettent de questionner l'organisation, d'impulser une dynamique collective et d'échanger autour des situations des

jeunes, de responsabiliser chacun(e), d'interroger notre fonctionnement, de réajuster et planifier le travail à suivre.

Cette organisation se voit toutefois, de plus en plus questionnée par l'accroissement des profils dits « complexes » exprimant des nouvelles problématiques liées, notamment aux soins et à la santé mentale. Des réponses médicales se voient convoquées et s'imposent comme une nouvelle offre à apporter tout comme le renforcement des effectifs sur le volet des ratios et de la formation étant donné que les problématiques liées au handicap à dominante autisme restent peu connues des professionnels.

2.7.1 Vers une convocation de compétences évolutives

La pyramide des âges, des professionnels du service, définit une configuration en « poire » ce qui renvoie à une proportion plus élevée de jeunes salariés dans la 20aine de même que les catégories d'âge des trentenaires et des quarantenaires sont supérieures aux 50 et 60aine. (cf annexe VI)

Les besoins croissants en personnel éducatif liés notamment aux profils complexes des situations d'accompagnement, induit des ratios d'encadrement importants et par la même des recrutements à envisager pour l'exercice à venir.

En outre, la dimension de la santé convoque le besoin d'une coordination de parcours de soins des jeunes, aussi, le recrutement d'une infirmière coordinatrice du soin est-il à envisager. Des tractations avec les services du département font état également de l'éventuelle transformation de poste en 0.2 ETP de Médecin psychiatre afin de garantir le parcours de soins à la fois physiologique et mental des jeunes qui expriment de plus en plus de besoins notamment pour les publics avec une reconnaissance MDPH.

La segmentation des besoins des jeunes est par ailleurs une question qui interroge la continuité de l'accompagnement, notamment pour la cohérence des projets personnalisés ainsi, le projet de former un éducateur de l'équipe en « coordinateur de parcours éducatif » serait un gage de qualité de la prise en charge.

Pour l'année en cours, et en concertation avec le siège j'ai déjà inscrit des formations au titre de l'adaptation au poste pour les professionnels du service afin qu'ils s'adaptent aux nouveaux enjeux de l'accompagnement social et qu'ils gagnent en compétences. Parmi les formations envisagées (en interne ou en externe) : sauveteur secouriste du travail, formation sur la radicalisation ...

2.7.2 Effets de seuil d'un cadre organisationnel limitatif des parcours pour les cas complexes

Avec l'accroissement des nouveaux profils dits en « situation complexe », l'organisation de l'équipe s'est très vite confrontée à des transformations dont l'inscription d'une stabilité des modalités opératoires n'avait de cesse d'être remise en question. En effet, un volet conséquent du travail orienté sur l'extérieur avec des démarches ouvertes sur le travail partenarial hors des murs de l'institution s'est très vite retrouvé réduit et limité à des créneaux qu'il était nécessaire de planifier en amont. Aussi, la réactivité et la disponibilité des professionnels pour répondre au calendrier des impératifs pour l'accès aux partenaires, notamment du champ de l'insertion et de la scolarité des MNA et des jeunes majeurs se sont vues elles aussi mises à mal par le besoin croissant en présentiel des situations dites « complexes ». En effet, une grande fraction de l'organisation des accompagnements vers l'extérieur s'est subvertie en présence de proximité à l'intérieur des locaux afin de ménager la fatigabilité des jeunes sous médication qui réclament des temps de calme et de repos après les activités. En outre, les temps de travail administratif et les réunions de régulation d'éducateurs avec leurs référés ont été réduits de par l'impératif du présentiel de proximité.

Cette configuration a été davantage accentuée d'une part, par les difficultés liées au recrutement dont beaucoup de structures en ont souffert pendant le contexte sanitaire et d'autre part, principalement par le concours de proximité d'un ratio d'encadrement de un pour un. En effet, l'accompagnement de certains jeunes dont la dépendance et le facteur risque lié à la pathologie psychique nécessite une présence permanente de l'éducateur auprès du jeune. Par moment de crise, ce taux peut être amené à 1,5 pour 1 afin de parer à toute mise en danger. Ces épisodes de renforcement des ratios induisent à leur tour un management situationnel en l'occurrence une réorganisation immédiate des effectifs et par déclinaison des missions projetées dans la semaine. En somme, chaque situation est génératrice d'une nouvelle planification.

A ce titre, les plannings se voient de leur côté inscrits dans une plasticité nécessitant une adaptation in situ avec parfois des enjeux d'amplitude qui bouleversent l'organisation de la vie personnelle des équipes. En effet, il arrive parfois qu'à l'approche d'une fin de service d'un professionnel, un passage à l'acte de l'un des jeunes induit immédiatement un rallongement horaire qu'il convient de réguler dans le respect de la législation tout en veillant à assurer le remplacement subséquent. C'est dire toute l'adaptation et la réactivité nécessaire pour assurer la couverture du besoin en accompagnement et la continuité du suivi.

Du côté des professionnels, il est évident que l'émergence d'une certaine souffrance est perceptible à la fois dans cette dynamique changeante et itérative mais aussi à l'égard de

la pathologie des jeunes dont ils se retrouvent parfois démunies de solutions avec l'incompréhension des souffrances de l'autres.

2.8 Du constat des nouveaux besoins à l'objectivation de l'expression de la problématique

2.8.1 La problématique

Comme évoqué en amont, la création du service Meristeme a été initialement pensée comme un prolongement de l'offre de la prévention spécialisée dont les missions sont inscrites exclusivement dans la politique publique de la protection de l'enfance en direction des jeunes essonniens comme le souligne son agrément. Or, les circonstances de l'ouverture du service étaient marquées par une urgence de mise à l'abri d'une trentaine de mineurs non accompagnés suite à la fermeture d'un établissement hôtelier où ils étaient accueillis dans le contexte sanitaire de la Covid 19. Dès lors, toute l'organisation et les missions du service ont été repensées en adéquation avec les besoins des MNA notamment avec un accompagnement social plus prononcé et un volet de suivi administratif omniprésent, notamment, vers l'ouverture des droits.

Ainsi, tout au long de l'année 2021 qui fut la première année d'exercice et d'installation du service, les professionnels se sont inscrits dans des modes opératoires axés sur des prises en charge préparant des jeunes âgés de 16 à 21 ans vers l'accès à l'autonomie dans le respect des missions définies par l'agrément du service.

Cependant, eu égard à l'inconditionnalité des accueils et à l'absence de toute sélection des dossiers d'admission, les nouveaux profils des jeunes orientés traduisaient pour plusieurs un parcours marqué par des ponctuations liées à des ruptures de prises en charges antérieures dans une multitude d'établissement passant d'un service vers un autre avec des fractures de parcours notamment scolaire, de soins et de mise en échec des dispositifs mis en place pour répondre aux besoins de ces derniers. Comme le souligne Claire BRISSET citée par BARREYRE Yves (2010), « *à défaut d'organisation concertée, chaque acteur semble trop souvent fonctionner dans une logique propre. Cela risque d'aboutir à des dysfonctionnements et à des prises en charge inadaptées : des difficultés graves pour les établissements accueillant des mineurs ayant des troubles du comportement s'ils ne travaillent pas de façon concertée avec la pédopsychiatrie ; (...) l'impossibilité de trouver des prises en charge adaptées pour certains enfants dont les difficultés relèvent de la compétence de plusieurs institutions* »⁵³.

⁵³ Barreyre, J-Y & Fiacre, P. (2010) « Quand le projet fait fuir le sujet... », Vie sociale, vol. 4, no. 4, pp. 87-98.

Disposant d'un bon maillage auprès du secteur de la psychiatrie de par sa vocation initiale, l'AAPISE à travers son réseau de partenaires en santé mentale avait permis au service Meristeme d'apporter des solutions, d'abord, de reconnaissance du handicap psychique puis des prises en charge adaptées, notamment, par des orientations vers des établissements internes plus compétents dans l'accompagnement du handicap.

2.8.2 Les cas complexes un nouveau profil à accompagner

Conforté par certaines expériences de parcours réussis dans des prises en charge à la fois dans le champ de l'aide sociale à l'enfance et du handicap, le service Meristeme s'est vu de plus en plus sollicité par les services de la DPPE du Conseil Départemental de l'Essonne pour l'accueil de jeunes de moins de 16 ans accompagnés le plus souvent par des IME avec des dérogations à l'agrément. Ces situations dites « complexes » de par la double prise en charge et la nécessité d'une pluralité de compétence interrogeaient constamment la pratique éducative et remettait en question toute l'organisation du service. Pour précision, il n'existe aucun texte officiel qualifiant ou définissant les cas complexes toutefois « *les situations estimées complexes en protection de l'enfance et dans le champ du handicap sont fréquemment celles d'enfants dont les besoins d'accompagnement sont multiples. Or l'élaboration de projets d'accompagnement globaux et partagés reste difficile à réaliser. Dès le début des années 2000, plusieurs textes officiels ont invité les acteurs à travailler en concertation. La circulaire co-signée par la DPJJ, la DGS, la DHOS et la DGAS du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté établit une relation directe entre les écarts de cultures professionnelles et le manque de coopération entre les acteurs* »⁵⁴

De son côté MONOD, G (2019) souligne également qu'aucun texte ne définit ce qu'est un « cas complexe » dans le cadre de la protection de l'enfance, mais c'est davantage un consensus de la part des professionnels pour le décrire comme étant la situation d'un enfant (ou d'une fratrie) et de sa famille pour laquelle existe un (ou multiples) blocage à la mise en place du cadre éducatif, protecteur et soignant, ordonné par le Juge des enfants, en réponse à des défaillances et/ou négligences et/ou maltraitances parentales.

L'auteur⁵⁵ met davantage l'accent sur le qualificatif en lien avec la pathologie psychique des enfants. Ainsi, il énonce en outre que « *la problématique des cas complexes est donc à*

⁵⁴ « Expérimentation des conditions et des outils nécessaires à l'évaluation des situations d'enfants relevant du secteur médico-social et de la protection de l'enfance » Etude réalisée par le CREAI Nouvelle-Aquitaine en collaboration avec le CREAI Ile de France, Synthèse Novembre 2019, consultable sur https://www.creai-idf.fr/images/Visuels_ETUDES/synthese-rapport-ASE-MDPH.pdf P2 P2 (Consulté le 10/07/2022)

⁵⁵ Monod, G (2019). « Les cas complexes dans la protection de l'enfance », Pratiques en santé mentale, vol. 65, no. 4, 2019, pp. 39-44. P40 Consultable sur <https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2019-4-page-39.htm> (visité le 12/07/2022)

distinguer de celle du manque de moyens : ils sont qualifiés ainsi parce que les causes premières des difficultés rencontrées ne sont pas le manque des ressources nécessaires-humaines, matérielles ou cadres de lois adaptés – mais sont les mouvements psychiques des enfants pris en charge »⁵⁶.

2.8.3 Des politiques catégorielles pour un besoin commun

Confronté à un manque accru de places et à l'inadaptation des modes d'hébergement des structures existantes sur le territoire essonnien, notamment des limites des placements familiaux, le Conseil Départemental sollicite de plus en plus des structures de l'aide sociale à l'enfance pour des prises en charge adaptées à ce jeune public comme est le cas avec le service Meristeme.

Or, relevant de deux politiques publiques différentes, en l'occurrence le Handicap et la Protection de l'Enfance, chacune d'elle relègue la primauté de la responsabilité à l'autre. *« La décentralisation de la protection de l'enfance met ainsi en évidence une première contradiction liée d'un côté, à la volonté d'encourager la libre administration des collectivités territoriales pour assurer la mise en œuvre d'une action adaptée en fonction des besoins exprimés sur chaque territoire, et de l'autre, le maintien d'une égalité de traitement des individus au niveau national »⁵⁷.*

Par ailleurs, comme le souligne le rapport 2015 sur les droits de l'enfant, cette catégorie d'usagers sont *« Des enfants doublement vulnérables, qui devraient en toute logique bénéficier d'une double attention et d'une double protection, mais qui vont paradoxalement, parce qu'ils se trouvent à l'intersection de politiques publiques distinctes, être les victimes de l'incapacité à dépasser les cloisonnements institutionnels, l'empilement des dispositifs et la multiplicité des acteurs, ainsi que les différences de cultures professionnelles »⁵⁸,*

En effet, bien que des textes fussent promulgués en faveur de cette coordination et de travail conjoint, il en demeure qu'en l'état des choses des parcours de jeunes alliant placement et handicap se voient encore dans les logiques segmentaires. Comme le souligne BEC, E (2017), *« La protection de l'enfance et le handicap recouvrent deux champs d'action encore insuffisamment reliés, tant au niveau des politiques publiques qu'au niveau des acteurs de terrain, dont les cloisonnements sont préjudiciables aux enfants en situation de handicap et bénéficiant d'une mesure de protection. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et celle du 14 mars 2016 relative la protection*

⁵⁶ Monod, G (2019). « Les cas complexes dans la protection de l'enfance », Pratiques en santé mentale, vol. 65, no. 4, 2019, pp. 39-44. P40 Consultable sur <https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2019-4-page-39.htm> (visité le 12/07/2022)

⁵⁷ Capelier, Flore. Comprendre la protection de l'enfance. L'enfant en danger face au droit. Dunod, 2015

⁵⁸ « Défenseur des droits - Rapport 2015 sur les droits de l'enfant. Extraits : Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles (extrait) », Journal du droit des jeunes, vol. 349, no. 9, 2015, pp. 36-56.

de l'enfant invitent pourtant aux renouvellements des pratiques. Mais faute de coordination suffisante, l'intervention simultanée à ces différents titres morcelle encore la prise en charge de l'enfant au détriment d'une vision globale et partagée de ses besoins fondamentaux »⁵⁹.

Récemment, l'ARS et le CD de l'Essonne, tendent vers des solutions conjointes pour répondre aux besoins de ce public. Dans cette optique liée à une commande commune des deux acteurs, il convient d'interroger les modalités de ce type de prise en charge convoquant « l'hybridation » de deux politiques publiques. C'est dans cette perspective que se formule la problématique de ce mémoire à savoir : **comment inscrire une logique de parcours dans deux politiques catégorielles en l'occurrence avec une notification MDPH et un placement ASE ?**

2.8.4 Le changement multidimensionnel

Conduire ou accompagner le changement est l'une des missions les plus répandue d'un directeur d'établissement. A différentes échelles, cette notion intervient sur les dimensions conventionnelles, organisationnelles, opérationnelles, notamment sur le rythme de l'institution, voire, des missions des professionnels dont il n'est pas chose aisée de bouleverser des pratiques ancrées et traduites le plus souvent comme une culture qui définit l'identité même de l'institution. En ce sens, la résistance au changement traduit le plus souvent un facteur limitant, important, de l'évolution d'une institution allant dans certains cas jusqu'à l'immobilisme ou à une « impasse institutionnelle » comme l'énonce Angel Vincent & Steiner Dirk D (2013) citant (Oreg 2006) : « *Dans le contexte organisationnel, l'attitude de résistance au changement entraîne des conséquences sur plusieurs indicateurs, comme la satisfaction au travail, l'attachement organisationnel, ou encore l'intention de démissionner de l'organisation (Oreg, 2006)*⁶⁰.

Les auteurs⁶¹ soulignent que parmi ses déterminants, des facteurs individuels et situationnels sont en cause. Individuels d'une part, car suivant les personnalités des individus, les réactions face au changement ne sont pas les mêmes et chacun serait plus ou moins prêt à résister en fonction de sa personnalité « résistante » (Oreg, 2003). Situationnels d'autre part, car suivant la façon dont le changement est mis en place ; il convoquerait des pensées en lien avec un sentiment de justice ou d'injustice qui apparaît comme particulièrement important dans l'acceptation du changement.

⁵⁹ Emilie BEC, « Profils et situations d'enfants relevant du champ du handicap et de la protection de l'enfance » Note documentaire (CREAI-ORS LR) Octobre 2017 16P. p8 consultable sur : <https://doccitanie-sante.fr/wp-content/uploads/2019/02/NOTE-MDPH-ASE-doccitanie.pdf>

⁶⁰ Vincent, A et Dirk, S D (2013), « Je pense, donc je résiste » : théorie de justice et personnalité dans l'explication de la résistance au changement », Revue internationale de psychologie sociale, 2013/1 Tome 26, p. 61-99.

⁶¹ Idem.

Or, les changements opérés au sein d'une institution qu'ils soient dans une logique d'évolution des pratiques ou de la transformation de l'offre, traduisent une incidence directe sur le parcours de l'utilisateur et dans le cas présent des jeunes qui le subissent de facto dans la mesure où il est l'expression de la réponse apportée par les équipes aux besoins des jeunes. En effet, « *les périodes ou situations de transition, qu'elles soient liées à l'enfant/adolescent ou au dispositif d'accueil ou de suivi de celui-ci, sont identifiées comme mettant en difficulté l'enfant/adolescent, ainsi que les professionnels et sa famille, et méritent, de ce fait, une attention accrue*⁶² » C'est dans cet ordre d'idée que la corrélation entre la continuité du parcours des jeunes, dits en « situations complexes », et le changement se doit d'être mise en relief afin de penser l'accompagnement de ce dernier.

Accompagner le changement c'est, dans une certaine mesure, tendre à lever les résistances mettre du sens sur la nouvelle organisation et essentiellement arguer la cohérence et la raison utilitaire de l'orientation donnée. C'est en somme une convocation du « raisonnable » chez le professionnel comme le souligne FOUURIAT, M (2013) « *Le primat de la raison qui définit l'approche rationnelle du changement et du fonctionnement des organisations constitue aussi un présupposé important de la conception de l'homme et de l'action humaine. L'homme est doté de raison, par conséquent il devient logique de considérer les acteurs comme «raisonnables», c'est-à-dire capables d'accepter, d'adhérer, dans le monde du travail, à des consignes, à des solutions à partir du moment où celles-ci sont présentées comme rationnelles et objectives*⁶³ ».

En outre, il convient de penser les attitudes face à un changement imposé car celles-ci dépendent en grande partie d'une expertise et appréciation des responsables du changement, notamment de la façon et des modalités de sa mise œuvre et des résultats escomptés. Or, « *en situation de changement et donc d'incertitude, les individus sont particulièrement attentifs au caractère juste ou injuste de la situation (van den Bos & Lind, 2002). Ce jugement pourrait avoir également un impact sur l'attitude face au changement* »⁶⁴. En effet, mettre en œuvre un changement au sein d'une organisation c'est susciter une faculté d'adaptation et du ressentiment chez le professionnel, aussi les dimensions sous-jacentes à la transformation de l'institution se doivent d'être soutenue notamment au titre de la qualité de vie au travail. Comme le souligne certains auteurs

⁶² Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, mesure 30-2 du plan Autisme 2008-2010, HAS

⁶³ Foudriat, M. (2013) « Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux ». Perspectives théoriques croisées. Presses de l'EHESP, 2013, page 52

⁶⁴ Vincent, A & Dirk S D (2013), « « Je pense, donc je résiste » : théorie de justice et personnalité dans l'explication de la résistance au changement », Revue internationale de psychologie sociale, 2013/1 Tome 26, p. 61-99.

« l'adaptabilité et l'agilité sont devenues des vertus cardinales dans le monde du travail. Chacun d'entre nous ressent en permanence des émotions et le changement en est un déclencheur majeur⁶⁵ ».

Par ailleurs, il est à souligner que ce sont les séquences inscrites dans la dynamique du changement qui sont les plus à même d'être considérées comme des phases à observer et sur lesquelles intervenir plutôt qu'une attente d'évaluation d'un résultat escompté. En somme, il est question d'une évaluation dynamique tout au long du processus. Ainsi comme l'énonce M, Foudriat (2013) *« Quand l'observation est faite à la fin du processus réel du changement, c'est davantage la continuité des phases et des événements qui risque d'être retenue alors qu'une observation réalisée lors du déroulement même du processus sera plus pertinente pour appréhender les ruptures, les bifurcations, les discontinuités au niveau de la dynamique.⁶⁶ ».*

Toutefois, il me semble important de souligner que sur le plan pratique, la conduite du changement au sein des équipes interroge sur la question de la formation et de la charge de travail avec, d'une part, des profils d'utilisateurs exigeants en accompagnement sur des ratios d'encadrement parfois de 1 pour 1, et d'autre part, la difficulté à recruter un personnel compétent formé aux problématiques du handicap psychique et mental au risque d'induire de l'épuisement chez les professionnels. Sachant que *« Cet épuisement s'inscrit dans une peine à s'adapter à des changements incessants dans les orientations formulées pour l'action éducative... Ceci conduit certains professionnels à perdre ou à ne plus voir le sens de leurs actions éducatives⁶⁷ ».*

Dès lors, c'est dans cette articulation entre un changement à opérer et une inscription dans deux politiques publiques, convoquées par les besoins émergents des profils dits complexes que va se décliner ma démarche d'objectivation.

2.9 Ma démarche d'objectivation

De ma place de directeur, ma mission consistera en la mise en œuvre de la réponse à la commande de l'autorité départementale et à l'exécution d'une lettre de mission définie par le conseil d'administration de l'association et de la direction générale. La volonté de la gouvernance étant de *« favoriser les multiples expressions du cycle de vie des personnes accompagnées dans une conception de la cité ouverte aux parcours de vie, inclusive, servicielle, résiliente, cohésive et durable⁶⁸ »* : l'élargissement du champ d'action et

⁶⁵ Huet C, Rohou G, Thomas L, 2020 « Outil 14. La courbe du changement », in : *La boîte à outils du Bien-être au travail*. Paris, Dunod, « BâO La Boîte à Outils », pages 48-49

⁶⁶ Foudriat, M. (2013) « Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux ». Perspectives théoriques croisées. Presses de l'EHESP, page 45

⁶⁷ Quilliou-Rioual, Mikaël, et Morgane Quilliou-Rioual. Communication professionnelle et travail en équipe pluridisciplinaire en ESSMS. En 29 notions. Dunod, 2020.

⁶⁸ Source : Projet associatif de l'AAPISE

l'hybridation des politiques publiques trouve un réel écho avec la mise en place du projet, à savoir, **la création et le pilotage d'unités d'accueil pour mineurs avec une notification MDPH et en placement ASE**, arrimée à la structure d'accueil existante de jeunes majeurs et grands mineurs dont j'assure la direction et qui évoluera, à terme, vers un service.

Il est ainsi question d'élargir l'offre pour des usagers dont les solutions sont très peu existantes sur le territoire et de prendre en compte toute la dimension de « la double vulnérabilité » en tentant de réduire à l'échelle associative, la multiplicité des acteurs notamment avec les professionnels du service qui interviennent encore auprès d'un public candidat à la semi-autonome et d'assurer une continuité du parcours à travers une cohérence dans la prise en charge.

Telle l'ouverture du service Mersiteme qui avait pris appui sur les compétences de la prévention spécialisée, tant la similitude entre les publics est relative et proche : la mise en place de la future unité mobilisera la ressource associative hors du pôle.

Il est question d'élargir les prises en charge et de les inscrire dans le concours des structures du pôle enfance notamment les IME, le pôle adulte avec le SHAVS et le pôle travail protégé à savoir les ESAT (voir annexe1). Au-delà d'un partenariat interne à l'association, il s'agit d'inscrire le parcours de l'utilisateur porteur de handicap dans une transversalité. Ainsi les espaces interstitiels entre les institutions qui constituaient des ruptures du cheminement se verraient appelés à « l'hybridation » au même titre que le champ de la protection pour la future unité.

2.9.1 Le protocole d'enquête :

Dans une logique de rupture avec la subjectivité et d'un rapprochement au plus près des besoins liés à la nature de la problématique, il me semble pertinent de circonscrire les questionnements soulevés par ce projet aux acteurs impliqués de manière concrète dans la prise en charge des jeunes en « situation complexe ». Par ailleurs, bien que j'aie évoqué en amont des éléments d'appréciation de la question qui reposent sur mes propres observations et mes retours d'expérience, il est nécessaire de rompre avec les prénotions. Ainsi, comme le souligne Paugam, S (2012) : « *La construction d'un objet d'études passe par la déconstruction, au moins partielle, de ces prénotions ou de ces préjugés qui constituent des obstacles épistémologiques. En second lieu, parce que le travail sociologique passe par la mise en énigme de ce qui semble aller de soi* »⁶⁹.

⁶⁹ Paugam, S. (2012) « 1 – S'affranchir des prénotions », in Serge Paugam éd., *L'enquête sociologique*. Paris, Presses Universitaires de France, pp. 5-26.

Dès lors, il convient de recueillir et croiser les points de vue de certaines personnes ressources : « *il s'agit de personnes qui, par leur position, leur action ou leurs responsabilités, ont une bonne connaissance du problème⁷⁰* », et dans le cas présent, les éléments de réponse se traduisent à l'interface des acteurs de l'ARS, de la DPPE et des professionnels en charge de l'accompagnement de ces jeunes auprès desquels j'ai mené des entretiens et recueilli les points de vue.

Ma méthodologie d'enquête a reposé sur une approche qualitative axée sur les entretiens semi directifs. En effet, ma démarche s'inscrit dans une logique compréhensive en mettant en avant la description des processus plutôt que l'explication des causes; celle-ci comme le souligne Imbert, G (2010) est à la fois inductive, au sens où l'on acquiert la compréhension du phénomène de manière progressive, et elle est récursive, dans la mesure où elle invite à réitérer les étapes de la recherche si nécessaire. L'objectif étant de saisir le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu par les acteurs et l'enquêteur dans une dynamique de co-construction du sens⁷¹.

2.9.2 Les retours d'enquête

Les retours synthétisés de ces entretiens évoquent pour les services de la DPPE que les difficultés des prises en charge des cas « complexes » sont liées aux profils même des enfants confiés. Ces enfants souffrent de problématiques diverses et variées et le plus souvent ils ont besoin d'une prise en charge psychiatrique et un accompagnement renforcé sur le plan psychologique et éducatif. Néanmoins la limite à laquelle se heurte les services du département de l'Essonne se traduit le plus souvent dans l'accès aux soins de ces jeunes : « *Si l'aide sociale à l'enfance est en mesure d'assurer les besoins de l'enfant en terme de l'accompagnement psychologique et éducatif renforcés, il n'en demeure pas moins que la difficulté d'accès aux réseaux de soins dont la compétence relève des ARS, empêche les services de l'ASE d'offrir des prises en charge adaptées à un public en grande souffrance⁷²* ».

Les raisons énumérés par notre interlocuteur de la DPPE relative à ces difficultés sont multiples et peuvent se traduire en grande partie dans :

- Une pénurie de médecins pédopsychiatres et des unités de soins psychiatriques pour le jeune public sur le territoire de l'Essonne ;
- Une sectorisation des réseaux de soins qui limite dans certains cas l'accès aux soins, en raison des considérations administratives ;

⁷⁰ Quivy, R & Van Campenhout, L (1995) *Manuel de recherches en sciences sociales*, Paris, DUNOT. Page 65

⁷¹ Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102, 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023> (visité le 20/07/2002)

⁷² Discours recueilli auprès d'un professionnel de la DPPE du Conseil Départemental de l'Essonne

- Des difficultés de poser des articulations entre les professionnels de l'aide sociale à l'enfance et ceux du soin, voire avec les professionnels de l'éducation nationale ;
- Une pénurie des établissements spécialisés dans la prise en charge des situations complexes ;
- L'incapacité des partenaires historiques de répondre aux besoins des enfants complexes

En effet, selon notre interlocuteur, les difficultés d'accès aux soins, notamment dans le champ de la pédopsychiatrie, convoquent les limites des établissements et des dispositifs de prises en charge dès les premières semaines d'accueil de certains jeunes en « situations complexes ». Aussi, face à l'incapacité d'apporter une solution viable au maintien desdits jeunes dans les structures ; ces dernières n'ont d'autres alternatives, une fois les équipes épuisées, que de recourir à une nouvelle orientation en sollicitant les services de l'ASE qui doivent à nouveau chercher une place pour le jeune dans une autre structure. « *Pour certaines situations c'est un ballet perpétuel entre les foyers d'accueil d'urgence du département et les établissements agréés du territoire, c'est dire le fractionnement continu du parcours de ces jeunes*⁷³ ». A défaut de stabilisation et de prise en charge de la santé mentale de certains « cas complexes », les ruptures de parcours, tel que le souligne ce professionnel du CD91, sont assimilables à une succession d'intermittence continue des allers et retours du jeune entre les services de l'ASE et les structures d'accueil que beaucoup d'acteurs de la protection de l'enfance observent dans l'impuissance.

En guise de réponses, les services de l'ASE avaient mis en œuvre certaines solutions avalisées par le conseil départemental de l'Essonne et qui ont toutefois pu constituer des leviers à pérenniser, notamment, dans le champ de l'innovation et la prise en charge partielle de certains soins : « *Afin d'accompagner les enfants en grande souffrance, le CD91 a mis en place des projets innovants, et face à la faible mobilisation de l'ARS (pour ne pas dire l'absence de mobilisation), a financé des dépenses de soins alors même que cela n'est pas de son ressort. Dans ce cadre, des projets incluant un accompagnement éducatif renforcé et une prise en charge médicalisée ont été autorisés ces dernières années*⁷⁴ ».

Par ailleurs, des accueils alternatifs ont été autorisés afin de réduire la tension sur les structures peu adaptées ainsi que pour assurer un répit pour les aidants. Ainsi selon notre interlocuteur « *Le CD91 a autorisé des petites structures assez souples dans leur gestion et leur fonctionnement pour créer des modèles de prise en charge personnalisées tout en incluant la prise en charge de soins par le recrutement des pédopsychiatres* ».

⁷³ Discours recueilli auprès d'un professionnel de la DPPE du Conseil Départemental de l'Essonne

⁷⁴ Idem

Aussi, ce dernier souligne que le département de l'Essonne a autorisé des séjours de rupture à l'étranger capable d'offrir des prise en charge très adaptés autant au niveau du soin qu'au niveau de l'accompagnement socio-éducatif.

Toutefois, notre personne ressource affirme que « *l'évolution constante des enfants présentant des troubles de comportement, ou de déficit intellectuel, impose l'intégration de l'ARS dans le développement d'une offre adaptée d'une part, et de faire évoluer le fonctionnement des dispositifs de soins (ITEP, IME, unités psychiatriques etc...) afin de gagner en souplesse et de faciliter en conséquence l'accès aux soins aux jeunes concernés*⁷⁵ ».

Il est à souligner que dans le cadre de la stratégie nationale de la prévention et la protection de l'enfance, le CD91 a contractualisé avec l'ARS dans l'objectif d'améliorer la prise en charge des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance , en créant une équipe mobile dont l'objectif est de développer des actions de sensibilisation et de formation auprès des professionnels : assistants familiaux , professionnels des établissements ASE, etc. L'équipe pourra aussi assurer des prestations directes auprès des jeunes, par exemple pour préparer leur arrivée dans un établissement ou pour mieux gérer une crise⁷⁶.

Les propos recueillis auprès du Responsable du Département Autonomie de la délégation territoriale de l'Essonne de l'Agence Régionale de Santé (ARS) confirme la double orientation conjuguée par une transformation de l'offre sur le territoire et un co-financement des deux autorités de tarification (C.D et ARS) des situations complexes émergeant au sein des deux registres : Handicap et protection de l'enfance. Le directeur de l'autonomie décline le modèle de l'innovation envisagé en affirmant que « *le souci auquel nous sommes confrontés est la vague de départ en Belgique depuis la filière de la psychiatrie des mineurs autant que celle des majeurs... J'ai récemment demandé aux différentes associations gestionnaire de ESMS de nous faire un retour concernant les données quantitatives portant sur les prises en charges d'enfants et jeunes adultes relevant à la fois de l'ASE et l'ARS, au sein des IME, Impro, ITEP et autres établissements financés par la CPAM et conventionnés par l'ARS. L'examen des données renseignées sur le territoire nous enjoint à agir de toute urgence auprès de nos collègues du conseil départemental. La prévalence de cette catégorie de public confirme les données nationales communiquées par les différents rapports. Le recours à d'autres formes de prise en charge devient urgent, mais j'ai conscience que c'est à nos administrations respectives d'apporter les solutions en*

⁷⁵ Idem

⁷⁶ Idem

conjuguant nos efforts vers des co-financements pouvant favoriser les parcours pour sortir de l'impasse⁷⁷ ».

Les retours des équipes lors des entretiens exploratoires menés dans ce sens traduisent une appréhension chez certains : *« il m'est difficile de reconsidérer aujourd'hui ma façon de faire alors que j'ai exercé des années dans la protection⁷⁸ »* En l'occurrence, la question de l'évolution de l'offre et du changement dans les pratiques.

Pour d'autres la prise en charge associée est déjà en vigueur et la transformation de l'offre aura peu d'incidence dans la mesure où certains usagers sont dans le parcours de notification MDPH : *« On accompagne déjà des MNA avec notifications et d'autres pour qui nous travaillons sur la constitution du dossier de reconnaissance MDPH au final c'est déjà un public qu'on connaît⁷⁹ »*. En effet, comme évoqué en amont, l'inconditionnalité de l'accueil inscrite dans les valeurs de l'AAPISE, amène souvent les professionnels à accompagner certains de leurs référés dans des démarches liées aux soins et à l'ouverture des droits en lien avec la reconnaissance MDPH. Par conséquent, il serait erroné d'évoquer une révolution dans la pratique des équipes dans la mesure où celles-ci sont déjà confrontées à la problématique, dans cet ordre d'idée, cette disposition peut constituer un levier pour introduire les nouvelles missions et « démystifier » le fantasme d'un grand bouleversement.

Néanmoins, il y a lieu de souligner que la résistance au changement ne s'était pas jusqu'à lors exprimée d'une manière ouverte eu égard à la nature même dudit changement qui n'était pas perçue comme étant une injonction de l'institution, voire, « subit » mais plutôt un aspect différencié de la pratique. Dès lors, Il est question que j'inscrive une formalisation d'un changement partiellement opéré dans les pratiques et de rompre avec les représentations de la typologie de « l'enfant placé » en associant les équipes à cette mise en place dans une finalité d'appropriation des modes organisationnels en ayant « pris part ».

Plusieurs retours de professionnels soulignent les difficultés liées à la violence chez les jeunes en « situation complexe » dont certains sont accompagnés d'une empathie liée aux ruptures des parcours. Ces ressentis traduisant les complications du quotidien des éducateurs sont néanmoins atténués par un engagement et une implication qu'il conviendrait de soutenir par la formation et une valorisation sur le plan humain : *« Il y a des moments où je pense à aller vers la petite enfance car parfois c'est vraiment difficile de*

⁷⁷ Propos recueillis auprès d'un cadre du Département Autonomie de la délégation territoriale de l'Essonne de l'Agence Régionale de Santé (ARS)

⁷⁸ Retour d'enquête exploratoire : Réponse d'un éducateur exerçant au sein du service Meristeme

⁷⁹ Retour d'enquête exploratoire : Réponse d'un autre éducateur du service Meristeme

gérer les situations de crise, mais au même temps je culpabilise et je me dis si tout le monde cherche le confort qui va s'occuper des plus difficiles. Pour certains on est le 5eme ou 6eme service qu'ils intègrent je n'ose imaginer tous les changements qu'ils ont connus avec toutes ces ruptures ⁸⁰ ? ».

En effet, l'engagement professionnel, comme le définissent, Jorro, A. & De Ketele, J. (2013) est « *l'ensemble dynamique des comportements qui, dans un contexte donné, manifeste l'attachement à la profession, les efforts consentis pour elle ainsi que le sentiment du devoir vis à vis d'elle et qui donne sens à la vie professionnelle au point de marquer l'identité professionnelle et personnelle* »⁸¹. Bien qu'il constitue une dimension personnelle sur le plan pratique il n'en demeure pas moins ; un véritable facteur que je dois prendre en compte dans le volet managérial, ceci dans la mesure où l'implication recherchée va au-delà du rapport du professionnel à ses tâches, car c'est une « part affective de soi » qui lui est réclamée dans les accompagnements au quotidien. Aussi ce paramètre me semble-t-il, compte tenu du contexte, une dimension pertinente à penser dans la future organisation.

Pour certains professionnels, la question de la violence exprimée par les jeunes traduit une pénibilité qu'il y a lieu de reconnaître et de gratifier par une valorisation salariale et davantage de temps de récupération. A ce titre, je tiens à préciser qu'avec le concours de la direction générale, j'ai, jusque-là, soutenu les efforts d'adaptation des professionnels en mettant en place des primes de pénibilité. Néanmoins, il y a lieu de souligner que les logiques conventionnelles laissent peu de marge de manœuvre pour une grande modification des grilles salariales ou des temps de travail effectif. Aussi, la question de la valorisation doit- elle être révisée d'une manière cohérente « *J'aime mon travail et c'est mon choix d'exercer auprès des adolescents même avec les épisodes des crises de violence chez certains jeunes en souffrance, mais je pense qu'il y a tout de même une certaine équité à penser pour les salaires et les congés de ceux qui prennent plein la gueule dans l'accompagnement au quotidien*⁸² ».

Pour le recueil de la parole des familles des jeunes enfants, un parent avait accepté l'entretien sous couvert d'anonymat, aussi ce fut un échange très marquant et parfois bouleversant dans la mesure où la question de la séparation est parfois une alternative à la prise en charge liée au soin. En effet, certaines familles par absence de places en

⁸⁰ idem

⁸¹ Jorro, A. & De Ketele, J. (2013). L'engagement professionnel en éducation et formation. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.jorro.2013.01> (Consulté le 30/07/2022) disponible sur : www.furet.com/media/pdf/feuillestage/9/7/8/2/8/0/4/1/9782804181840.pdf

⁸² Retour d'enquête exploratoire : Réponse d'une éducatrice exerçant au sein du service Meristeme Mohand FOUAL- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2022

établissements d'accueil pour enfant en situation de handicap sur le territoire français, se voient contraintes de solliciter des prises en charge en Belgique. De là, la problématique de la distance et l'éloignement induisent un sentiment de culpabilité voire, d'abandon lequel sentiment est mal vécu par les parents. Dépassées par la difficulté de prendre en charge la problématique croissante du handicap, les familles se voient contrainte en l'absence d'une structure d'accueil recourir à l'alternative d'une autre forme « d'abandon » en sollicitant un placement au sein de l'ASE.

« La finalité qu'on cherche est d'assurer un lieu d'accueil adapté pour notre enfant. Passer par le circuit du handicap cela nous laisse sans solution ou c'est l'envoi de notre enfant en Belgique quand une place est disponible ; Or, nous aurions bien souhaité ne pas recourir au placement ASE bien que cela nous donne au moins une opportunité de rapprocher notre enfant mais nous le vivons comme un abandon. Cela nous coûte et le prix est de faire le deuil de notre rôle de parents.⁸³ »

L'accroissement de la complexité des besoins des jeunes arrivants à l'âge de l'adolescence met les familles dans une situation d'impuissance. Aussi, les placements sont parfois « subits » de par l'absence d'un soutien dans la prise en charge. En outre, si des structures dotées de moyens se voient atteindre des limites dans l'accompagnement de ces jeunes, que peuvent faire des parents soumis aux obligations professionnelles et démunis de moyens ? *« On voit bien que la prise en charge est compliquée même pour les établissements mais c'est à chaque fois la même chose : un mois de placement et on nous apprend qu'il va changer d'établissement⁸⁴ »*

Par ailleurs, même les retours en familles sont parfois difficilement gérables pour des parents ayant d'autres problématiques associées, car en atteignant le stade de l'adolescence, la complexité des problèmes de l'enfant qui grandit accroît la difficulté de l'accompagnement : *« quand il était petit je pouvais le contenir et le protéger de lui-même quand il est en crise, mais maintenant qu'il est presque adulte j'arrive à peine à le retenir et avec ses autres frères et sœurs ce n'est pas évident à deux avec sa maman qui doit aussi s'occuper des autres⁸⁵ ».*

Les échanges avec les jeunes, notamment avec ceux qui verbalisent et qui parviennent à formuler leur mal être en dehors des situations de crise, pointent le besoin de passer davantage de temps avec la famille. L'une des jeunes qui avait été orientée par les services de la pédopsychiatrie du secteur réclamait souvent des retours auprès de ses frères et sœur.

⁸³ Retour d'enquête auprès d'un parent d'une jeune en situation complexe

⁸⁴ Retour d'enquête auprès d'un parent d'une jeune en situation complexe

⁸⁵ Idem

A ce titre, les équipes m'avaient remonté qu'elle avait mémorisé le calendrier des weekends à domicile. En effet, il m'a été donné d'observer que chez certaines fratries dont les retours à domicile ne se font que pour un seul des enfants par weekend, les départs et les retours de l'un induisent systématiquement des épisodes de crise de violence chez les autres et que les professionnels ont parfois des difficultés à contenir. Le recours anticipé à des stratégies d'atténuation et d'apaisement permet certes de gérer les situations sur le moment, néanmoins le lien avec la famille est une question qui se pose constamment quand ces dernières sont dans l'incapacité d'accueillir leur enfant faute de soutien. C'est dans cette perspective qu'une équipe mobile peut constituer une valeur ajoutée au travail entrepris en institution. Des dispositifs pilotes en sont actuellement à l'œuvre dans certains établissements et semblent donner des résultats satisfaisants. En effet, l'un des IME de l'AAPISE a pu mettre en place une équipe intervenant en journée auprès de jeunes en situation d'autisme et à ce titre celle-ci a été partiellement associée à ce profil de prise en charge. Une piste de réflexion que j'exposerai dans la déclinaison du projet se profile actuellement comme une solution conjointe avec un service de Répit récemment autorisé par l'ARS. En effet, le soutien des familles est une importante dimension dans la continuité des parcours des jeunes dits en « situation complexe » et il convient de penser la continuité du lien à travers des leviers complémentaires.

2.10 Eléments de contextualisation différenciés : Le graphique de MOFF

Forces :	Faiblesses :
<ul style="list-style-type: none"> - Une expertise capitalisée dans les champs de la protection et de la prise en charge du handicap - Une trésorerie facilitatrice de la mise en œuvre - L'appui permanent de 3 pôles : handicap et travail protégé ainsi que d'un pôle enfance - Une mutualisation des moyens - Une direction générale et gouvernance soutenantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Dispositif peu connu des professionnels - Résistance au changement de certains professionnels - Délais de mise en œuvre relativement serrés et courts - Une difficulté de recrutement de professionnels spécialisés
Opportunités :	Menaces :
<ul style="list-style-type: none"> - Une volonté des politiques publiques (ARS et CD) à tendre vers des prises en charge communes - Un maillage territorial important de l'association ainsi que des deux services - Un dispositif innovant et appui des tutelles publiques - Forte demande des tutelles pour ce type de prise en charge - Dimension expérimentale induisant un large choix de supports et d'outils éducatifs et organisationnels 	<ul style="list-style-type: none"> - Risque à ne pas caractériser l'éligibilité à l'accompagnement dans le cadre d'un double financement en cas de sortie du dispositif de la protection de l'enfance - Risque de subir une insuffisance de concertation entre les deux interlocuteurs ERS et CD particulièrement en cas de mouvement de personnel dans la chaîne de communication - Implantation contrainte par un voisinage peu accueillant - Le contexte sanitaire peu favorable aux démarches

3 TROISIEME PARTIE- UN DISPOSITIF EXPERIMENTAL D'INCUBATION DES PARCOURS

3.1 Les unités résidentielles pour grand mineurs et jeunes majeurs de l'aide sociale à l'enfance en situation de handicap.

3.1.1 Cadre d'intervention

Le cahier des charges défini par les deux services ARS et aide sociale à l'enfance s'appuie sur le cadre de l'instruction interministérielle du 24 juin 2021 relative au déploiement d'unités de vie résidentielles visant à « *la création de petites unités résidentielles médico-sociales pour adultes avec des troubles du spectre de l'autisme le plus souvent associés à des comorbidités relevant d'autres troubles du neurodéveloppement, constituées de 2 groupes de 3 personnes, soit 6 personnes au total. Elles fonctionneront 365 jours par an et 24h sur 24* »⁸⁶. Le cahier des charges définit l'accompagnement de grande proximité à partir duquel devra être structuré le projet des unités résidentielles. Cet accompagnement sera notamment conditionné à « *une transversalité et une mutualisation solide entre les secteurs médico-social et sanitaire* »⁸⁷ ; Le cahier des charges spécifie deux niveaux d'exigence :

- « *Un niveau de formation et de supervision important, des pratiques éducatives et thérapeutiques garantissant le respect des RBPP publiées par la Haute Autorité de Santé (HAS)*⁸⁸ ;
- *Une architecture et un aménagement des différents espaces adaptés aux besoins des personnes et à la qualité de vie au travail pour les professionnels* ».

3.1.2 Population ciblée

Les jeunes qui seront accueillis dans ces unités résidentielles « *relèvent de situations très complexes résistantes à toute stratégie médicale ou éducative* »⁸⁹.

Ces unités au nombre de 3 accueillant chacune 2 grands mineurs ou jeunes majeurs, s'adressent plus particulièrement aux jeunes de 16 ans et plus présentant des troubles sévères du spectre de l'autisme, « *le plus souvent associés à des comorbidités relevant d'autres troubles du neuro- développement mais la limite d'âge sera toutefois modulable en fonction de la complexion de la personne (des dérogations pourront être envisagées suivant les situations cliniques)* ».

⁸⁶ INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DIA/DGCS/SD3B/DGOS/R4/CNSA/A1-3/2021/134 du 24 juin 2021 relative au déploiement d'unités de vie résidentielles pour adultes autistes en situation très complexe adossées à des établissements médico-sociaux dans le cadre de la stratégie nationale autisme au sein des troubles du neurodéveloppement 2018-2022.

⁸⁷ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/creation-de-8-unites-specialisees-dans-laccueil-dadultes-avec-troubles-du-spectre-de-lautisme-en> Consulté le 30 juin 2021

⁸⁸ www.has-sante.fr

⁸⁹ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/creation-de-8-unites-specialisees>. Op cit Consulté le 30 juin 2021

Le cahier des charges définit avec une certaine critérisation ce que recouvre la notion de situation complexe. Il est notamment indiqué que : « *La situation peut être qualifiée de très complexe lorsqu'elle confronte par ailleurs les équipes de façon permanente aux limites de leur accompagnement dans différents lieux communément dédiés pourtant à l'accueil et au soutien spécialisé d'adultes en situation complexe* ».

3.2 Les enjeux stratégiques du co-financement impliquant une administration déconcentrée et décentralisée de l'État

3.2.1 Une hybridation des politiques publiques :

La déclinaison de la Stratégie nationale de santé, le plan « Ma santé 2022 » qui prévoit une transformation du système de soins a pour objectif principal le décloisonnement : décloisonnement du financement, décloisonnement de l'organisation des soins, décloisonnement des exercices professionnels et des formations.

Afin de répondre aux besoins et attentes des personnes accompagnées et de réduire les risques de ruptures dans les parcours de vie des publics les plus fragiles, « *l'approche-parcours se veut décloisonnée et centrée sur la personne et son environnement de vie, et repose sur une prise en charge intersectorielle, pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle* »⁹⁰.

La logique d'hybridation des parcours revêtant un caractère stratégique s'inscrit clairement dans l'objectif central de favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap et de soutenir des parcours de santé et de vie fluide et sans rupture. Le rapport « Zéro sans solution » remis par Denis Piveteau en 2014 et sa déclinaison opérationnelle à travers la mission « Réponse Accompagnée Pour Tous » (dite RAPT) de Marie-Sophie Desaulle en 2015 visent à transformer l'offre médico-sociale à différents niveaux :

↳ *Par un changement de paradigme dans lequel la logique de parcours supplante la logique de places ;*

↳ *Par un recours en priorité au droit commun, les réponses spécialisées devant rester une exception ;*

↳ *Par l'affirmation du principe de subsidiarité et de coresponsabilité territoriale partagée : aucun acteur ou institution ne peut répondre à tous les besoins d'une personne, « chaque acteur étant à la fois insuffisant et indispensable »⁹¹. Dans ce cadre, chaque acteur peut occuper une place, un rôle spécifique, en fonction de son champ d'expertise et de ses compétences, aux côtés d'autres acteurs, dans une logique de complémentarité. Les professionnels de l'accompagnement médico-social interviendront en complémentarité avec des acteurs du droit commun, du champ social et du champ sanitaire.*

⁹⁰ <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/quelle-strategie-regionale-pour-reduire-les-risques-de-ruptures-dans-les-parcours-de-vie-despublics-les-plus-fragiles>. Consulté le 17/07/2022.

⁹¹ Barreyre, J-Y & Fiacre,P.(2010) « Quand le projet fait fuir le sujet... », op cit
Mohand FOUAL- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2022

C'est clairement dans ce modèle, déjà éprouvé avec succès par l'AAPISE, que devront se construire les missions dédiées à la protection de l'enfance.

Par conséquent, il s'agit non plus de penser des réponses spécifiques à destination des personnes faisant l'objet d'un placement, mais bien d'adapter le milieu ordinaire afin que les personnes en situation handicap cumulant des difficultés justifiant leur placement ou résultant de celui-ci, y trouvent leur place.

3.2.2 Une incubation des parcours sur le territoire de l'Essonne

Cette hybridation des politiques publiques pour mieux servir le parcours de l'enfant placé, est renforcée par les dernières orientations pilotées par l'Etat dans la direction des départements. L'impact territorial qui s'en est suivi se construit dans un registre d'une transformation de l'offre pilotée par le conseil départemental de l'Essonne suivant une logique expérimentale d'incubation de parcours.

En effet dans le cadre du contrat État/département, les conseils départementaux s'engagent donc à mobiliser, sur leur territoire, les ressources de l'État et des partenaires afin d'aider les jeunes à sécuriser leurs parcours. Le document de référence se structure ainsi autour des engagements suivants :

- Un engagement préalable : Le maintien du lien, d'une référence
- Des engagements pour permettre aux jeunes d'accéder à leurs droits :
 - ↳ Le logement
 - ↳ Les ressources et l'accès au droit
 - ↳ L'insertion sociale, professionnelle et la mobilité
 - ↳ La couverture santé et l'accès au soin

C'est ainsi que l'expérimentation de modèles innovants pouvant mettre en œuvre des solutions transférables en prenant appui sur des organisations plastiques ait pu échoir à l'AAPISE à travers son service « Méristème ».

3.2.3 Une transformation de l'offre

Compte-tenu du taux de prévalence élevé des enfants en situation de handicap accueillis au sein des dispositifs de protection de l'enfance, une attention particulière sera portée à l'accompagnement de ces publics vulnérables présentant des besoins spécifiques.

D'après un rapport publié par le défenseur des droits en 2015, « 70 000 enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance seraient concernés »⁹² Un document plus récent mentionne que « 25% des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance bénéficient d'une reconnaissance de la MDPH »⁹³.

⁹² Le Défenseur des droits, des droits pour des enfants invisibles », rapport 2015, p. 2.

⁹³ Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022, p. 36.

Compte-tenu de leur fragilité, les enfants en situation de handicap et leurs familles seraient particulièrement exposés « à des dénis de leurs droits : à la santé, à la scolarité, à une vie en famille, à la protection de la violence sous toutes ses formes... »⁹⁴.

A cela s'ajoutent le cloisonnement des dispositifs de protection de l'enfance et du handicap, le morcèlement des réponses apportées, l'inadaptation de l'offre sanitaire et médico-sociale (délais d'attente pour une prise en charge en CMP, pénurie en pédopsychiatrie, insuffisance de places dans les établissements et services médico-sociaux, etc.), les difficultés de scolarisation en milieu ordinaire, l'inadéquation de l'accompagnement au sein des structures « classiques » de l'aide sociale à l'enfance, etc. Autant de problématiques qui exposent ces jeunes à des ruptures de parcours et complexifient le quotidien des familles.

La prise en charge en protection de l'enfance couplée à la situation de handicap constitue indéniablement une double problématique dont les spécificités doivent être considérées en fonction de la nature et la lourdeur du handicap, qu'il soit physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique. Ces situations impliquent une multiplicité d'intervenants et une pluralité de projets (Projet individualisé, projet pour l'enfant, plan personnalisé de compensation, projet personnalisé de scolarisation, etc.) qu'il conviendra de faire converger.

Cette transformation de l'offre est dictée par un environnement de plus en plus complexe. En effet de cette complexité, ressort d'une nécessaire coordination entre divers partenaires : multiplication et diversification des intervenants ; enchevêtrement des dispositifs de soin, d'accompagnement, de scolarisation ; recours grandissant aux services de droit commun ; pertinence à cibler les réponses et à faire du sur-mesure ; variabilité et instabilité des parcours ; nécessité de réduire les coûts. Dans ce contexte les acteurs agissant auprès des publics traditionnellement ciblés par une politique publique catégorielle, devront produire une offre nécessairement augmentée par recours à une multiplicité de commandes sociales.

3.2.4 Une zone d'implantation à forte capacité servicielle

Les unités résidentielles seront implantées au cœur d'un écrin de verdure de 97 hectares dans le parc du château de Bruyères-le-Châtel. Classé « espace naturel sensible », cet endroit unique permet de bénéficier de la quiétude des lieux et, le cas échéant, de pratiquer une activité physique.

Située à moins de 40 kilomètres au sud de Paris, cette commune urbaine est desservie par de grands axes routiers (N20, A10 et N104), réseaux ferrés (ligne C du RER – gare Breuillet-Bruyères-le-Châtel) et autres transports en commun (ligne 91-04 reliant Briis-

⁹⁴ Le Défenseur des droits, des droits pour des enfants invisibles », rapport 2015, p. 1.

sous-Forges à Evry). Proche du plateau de Saclay (20kms), la ville de Bruyères-le-Châtel abrite le technopole TERATEC (pépinière réunissant plus de 80 entreprises), ainsi que le centre CEA-DAM-Île -de-France et le futur Big Data Center.

La zone d'implantation permet de bénéficier de ressources essentielles, telles que les centres hospitaliers d'Arpajon (5 kms) et de Bligny (8 kms), disposant de plateaux techniques performants (cardiologie, hématologie, dermatologie, médecine interne, oncologie, pneumologie, maladies infectieuses, soins intensifs et soins palliatifs, etc.). L'offre de soins sera prochainement complétée par une maison de santé pluridisciplinaire installée en centre-ville.

Bruyères-Le-Châtel dispose également d'un tissu associatif particulièrement dynamique comptant une trentaine d'associations, offrant ainsi la possibilité de développer un lien social. Parmi elles, se trouvent « La Lisière », dont l'activité est « dédiée aux arts de la rue et aux arts dans et pour l'espace public », avec laquelle l'AAPISE entretient un partenariat privilégié.

3.2.5 Une structuration articulée à une rationalité organique modulaire :

Les unités résidentielles doivent être organisées suivant le modèle de petites unités intégrées accolées les unes aux autres dans un domaine boisé où se trouvent un accueil de répit et une entreprise adaptée. Une quatrième unité située dans la ville d'Arpajon, commune distante de 4KM, valorise la logique du parcours et se conçoit comme un palier d'autonomie pour l'accès au droit commun.

Le projet des unités résidentielles favorise le concept d'évaluation continue des compétences sociales suivant le parcours envisagé dans le cadre du projet du grand mineur ou du jeune majeur. La circularité selon les paliers d'autonomie soutient des évolutions d'étape autant qu'elle construit la maturité du jeune vers le singulier en devenir.

La mise en acte du projet des unités résidentielle sur le mode séquentiel évolutif a délimité un champ organique devant promouvoir le principe du raccourcissement de la ligne hiérarchique et la multiplication des liaisons transversales entre accompagnateurs intervenant sur 3 paliers d'autonomie.

La traduction mécanique de l'agrément des unités résidentielles sur le mode organique s'appuie sur une systématisation du fonctionnement par palier d'autonomie aboutissant à la dispersion des ressources humaines chargées d'assurer une rotation des parcours sur un registre vertical (passage d'un palier d'autonomie inférieur vers un palier d'autonomie supérieur). Cette organisation, nécessite une communication sourcée et des régulations fréquentes parmi les équipes. Cette dernière prévention devra trouver un consensus dans le *modus operandi* qu'il convient de préparer en amont.

3.3 Management et situation complexes : Les prérequis d'une coopération augmentée :

3.3.1 « Méristème » : Un réceptacle de deux équipes recomposées :

Alors que l'agrément initial du dispositif « Méristème » comprend 40 grands mineurs et jeunes majeurs répartis dans des appartements diffus et encadrés par une équipe de 8 ETP, voilà que le projet du dispositif des unités résidentielles vient reconfigurer l'organisation de l'équipe en transformant autant sur le plan quantitatif que qualitatif les ressources humaines tout en y adjoignant d'autres modalités d'accompagnement.

En effet le nouveau projet qui vient de connaître une montée en charge subite devrait stabiliser une équipe à la fin de l'automne 2023 de 32 salariés toute fonctionnalité confondue avec notamment un concours médical et paramédical particulièrement remarqué.

Cette interdisciplinarité des fonctions rendue indispensable par une crise de croissance de l'activité, modifie significativement l'identité du service « méristème » qui se voit subitement propulsé vers une multimodalité d'organisation de l'offre. Cette évolution systémique engagée dans un calendrier contraint (*cf Annexe VII*) m'amène à structurer une stratégie devant s'appuyer sur des expertises fonctionnelles différentes tout en veillant à ce que la disparité des expertises ne produise pas de rupture dans la cohésion de l'équipe et pas davantage dans la globalité du projet. Pour cela, j'ai opté pour une méthode intégrative des savoirs différenciés, pouvant formaliser un degré d'accord suffisant entre les différents professionnels. Il s'agit de la méthode du consensus formalisé.

3.3.2 Un plan de communication performatif :

Le plan d'action stabilisé en séance du CODIR du pôle tenu le 27 mai 2022, en présence de la direction générale qui avait pour fonction de définir le périmètre stratégique, comprend les items que je résume par les objectifs suivants :

- Étayer la fonction de direction et structurer l'ordonnancement des missions de « Méristèmes » suivant une définition multimodale de son organisation pour l'optimisation dans sa diversification de l'offre ;
- Situer l'action des professionnels dans un contexte d'évolution des politiques publiques ;
- Définir les conditions d'admission des situations complexes ;
- Structurer les différents registres d'accompagnement et les activités définies ;
- Définir les parcours de soins ;
- Piloter la gestion des risques de l'organisation ;
- Prévoir la sortie du dispositif de l'aide sociale à l'enfance ;
- Organiser la formation des professionnels ;

- Mettre en œuvre et concilier la Qualité de Vie et des Conditions de Travail avec la performance globale ;
- Déployer l'agilité organisationnelle et traiter les situations complexes (Management des savoirs et *soft skills* (Management de l'imprévu) ;
- Formaliser une trame pour un RETEX (retour d'expérience) afin de transférer les savoirs constitués sur le terrain.

3.3.3 Démarche et Méthodologie :

La démarche cible une approche centrée sur un accompagnement *in situ* visant les professionnels présents, dans leur situation, avec leurs besoins, leurs attentes, mais également suivant leurs représentations.

La pédagogie mobilisée est de nature inductive : L'intervention s'appuie sur ce que les professionnels sont, à partir de ce qu'ils savent, de manière à favoriser les rencontres et le partage de leur patrimoine de connaissance.

La méthodologie est empruntée au modèle du « *consensus formalisé* ». En tant que projet ressortissant d'une dynamique de consensus, son objectif est de « *formaliser le degré d'accord entre praticiens* » *en identifiant et sélectionnant, par une cotation itérative (avec retour d'information)*⁹⁵, les points de convergence pouvant constituer le socle de l'action partagée.

Cette méthode conçoit l'implication des professionnels suivant 3 catégories :

- 1- Le groupe de pilotage : Il sera constitué des membres du CODIR, un représentant du CSE et/ou CSST et un professionnel non IRP. J'assurerai l'animation en ma qualité de directeur de pôle. Ce groupe sera composé de 6 à 8 membres.

Le groupe de pilotage rédige l'argumentaire référencé à la littérature scientifique, au cadre réglementaire des politiques publiques, orientation territoriales, choix et autres options rattachés à l'éthique de l'AAPISE. Il examine les recommandations de bonnes pratiques et toute autre pratique remarquable.

Le groupe de pilotage rédige des propositions à soumettre au groupe de cotation. Il rédige, à partir des résultats de la cotation, la version initiale des propositions à soumettre au groupe de lecture.

L'issue de la phase de lecture, donne lieu à une finalisation du texte au cours de la réunion plénière avec le groupe de cotation.

- 2- Le groupe de cotation : Il est proposé aux représentants éducatifs (éducateurs formés à l'éducation structurée), administratifs, médicaux et paramédicaux (psychologue, psychomotriciens, psychiatres). J'assurerai également l'animation de ce groupe. Composé de 6 à 8 membres, ce groupe donnera un avis éclairé par la

⁹⁵ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-01/fiche_consensus_formalise.pdf

pratique quotidienne de l'activité et formulera des propositions par retour de navette au groupe de pilotage.

- 3- Le groupe de lecture : Ce groupe sera constitué autant que faire se peut de l'ensemble des professionnels qui ne sont pas dans les deux groupes précédents. Il donne un avis formalisé sur le fond et la forme de la version initialement stabilisée par le groupe de pilotage et de cotation, en particulier sur son applicabilité, son acceptabilité et sa lisibilité.

La répartition du personnel sur les trois groupes fera l'objet d'une concertation avec l'équipe de direction. Je recommanderai tout de même une parité homme-femme et une représentativité des fonctionnalités avec une répartition des fonctions cadres.

3.4 Mise en œuvre du projet des unités résidentielles :

3.4.1 De l'orientation à l'admission : une évaluation de coréférence du parcours dans le cadre d'un PAG

Le projet d'unités résidentielles aura, prioritairement pour cible, les personnes éligibles à un plan d'accompagnement global (PAG), c'est-à-dire les personnes handicapées qui se retrouvent sans solution d'accompagnement ou dont la prise en charge n'est plus adaptée à leurs besoins. Autrement dit, il s'adresse aux personnes qui bénéficient de décisions d'orientation vers des établissements ou services médico-sociaux qui ne peuvent se réaliser. L'AAPISE a déjà participé à plusieurs Groupes Opérationnels de Synthèse au terme desquels des solutions adaptées furent échafaudées pour éviter une rupture d'accompagnement.

- De l'orientation à l'admission

Conformément à l'instruction ministérielle « *N° DIA/DGCS/SD3B/DGOS/R4/CNSA/A1-3/2021/134 du 24 juin 2021 relative au déploiement d'unités de vie résidentielles pour adultes autistes en situation très complexe adossées à des établissements médico-sociaux dans le cadre de la stratégie nationale autisme au sein des troubles du neuro-développement 2018-2022* »⁹⁶, et afin d'appuyer les MDPH dans l'identification des personnes à orienter vers ces unités résidentielles, il est préconisé que « *les acteurs devront mettre en place une instance régionale de coordination des admissions chargée de réguler les orientations et les admissions au sein de ces unités et placée sous l'égide de l'ARS* »⁹⁷.

Cette instance régionale dite de « *coordination des admissions* » placée sous l'égide de l'ARS, *permet de prioriser des situations préalablement repérées par les acteurs et établit une liste des personnes dont le profil relève d'une unité de résidentielle.*

⁹⁶ Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2021/16 du 15 septembre 2021 Page 76

⁹⁷ *idem*

Cette instance permet également de coordonner les admissions entre plusieurs départements ou territoires : Lors des réunions, les acteurs échangent sur les différentes situations individuelles, sur la base de leur connaissance des situations et des critères de priorisation, dans l'objectif d'identifier les situations individuelles les plus prioritaires à l'admission au sein des unités résidentielles ; Ces réunions permettent également de créer une dynamique partenariale autour de l'accompagnement des adultes autistes en situation très complexe ;

L'AAPISE qui sera partie prenante de ces réunions, s'engagera à accueillir et à accompagner nominativement les situations individuelles identifiées. Il est précisé par cette instruction que « *Le déploiement d'une telle instance ne modifie pas les prérogatives des directeurs d'ESMS en matière d'admission (L. 241-6 et D. 312-35 du code de l'action sociale et des familles [CASF])* ».

- **De l'admission à l'étude des besoins**

Selon les conditions fixées par le protocole ASE-ARS, « *le Département est chargé de l'orientation de l'enfant (par le biais d'une instance de régulation) dans le lieu d'accueil qui correspond à ses besoins. La mesure se met en œuvre sous l'autorité et la responsabilité du Président du Conseil départemental, représenté par la direction de la prévention et de la protection de l'enfance* ».

En tant qu'organisme gestionnaire, l'AAPISE sera amenée à participer à des instances institutionnelles de protection de l'enfance du Département (groupes techniques d'orientation, instances de régulation...).

En effet pour ces jeunes en situation de handicap confiés à l'aide sociale à l'enfance, le service Mersiteme travaillera en étroite collaboration avec la MDPH de l'Essonne où l'AAPISE, siège au sein de la cellule PAG, afin de faire en sorte que les préconisations du rapport « zéro sans solution » soient mises en œuvre. Ce partenariat permettra « de construire avec les personnes ou leurs familles des solutions d'accompagnement » par le biais d'une réponse individualisée.

De par la mobilisation et les engagements de l'AAPISE pour la prévention des ruptures de parcours, les situations des personnes ayant bénéficié d'un Plan d'Accompagnement Global (PAG) dans le cadre du dispositif « Une réponse accompagnée pour tous » seront étudiées avec la plus grande attention.

Convaincue de la nécessité de transformer l'offre pour répondre aux besoins spécifiques des personnes accompagnées, le Service Mersiteme s'inscrira pleinement dans la dynamique partenariale à l'œuvre au sein du département de l'Essonne et établira des modalités de coopération avec les différents partenaires institutionnels. Il est donc attendu que la procédure d'admission comprenne trois volets :

a. Une étude de la demande et d'évaluation des besoins (protocole de préadmission)

Ce premier volet comprend une série d'entretiens préparatoires avec la famille/représentants légaux et les structures qui ont accueilli la personne, pour disposer des informations essentielles pouvant renseigner le service Mersiteme sur le parcours de la personne et ses potentialités.

Cette première étape devra nous renseigner sur les outils utilisés pour stabiliser une définition sur les éléments du diagnostic. Il sera question, le cas échéant, d'outils à construire en tenant compte de la thérapie médicamenteuse et ses conséquences sur la sédation des troubles comportementaux.

Ce protocole de préadmission aura à positionner prioritairement un certain nombre d'évaluations complémentaires intéressantes, notamment, les éléments relevant du diagnostic global pouvant révéler d'éventuelles comorbidités somatiques et psychiatriques, du bilan somatique complet et l'évaluation du fonctionnement. Le service Mersiteme s'engage au titre de ce projet à une évaluation fonctionnelle des troubles du comportement par le biais de méthodes recommandées et notamment l'EPOCAA.

Par ce biais, il sera question de mobiliser à travers cette épreuve une échelle d'évaluation descriptive du comportement dont l'usage permet :

- D'évaluer qualitativement et quantitativement des comportements (fréquence et gravité) et d'objectiver des observations dans le cadre d'un bilan initial.
- D'adapter et de mesurer en continu les modalités d'accompagnement dans la phase du pré-projet psycho-éducatif et thérapeutique ainsi que dans la phase post-projet.
- De mesurer la progression du sujet et les effets des protocoles éducatifs et thérapeutiques.

b. Le protocole d'admission

Cette deuxième étape s'attachera à déterminer le mode de communication adapté pour destiner une information précise sur les conditions d'accueil et d'accompagnement du jeune en situation de handicap et s'attacher à recueillir son consentement et celui de sa famille tout en tenant compte des limites de l'expression de la personne elle-même, mais également des conditions de placement et des droits des parents notifiés dans le cadre de l'ordonnance de placement provisoire.

Il sera question à cette occasion de l'évaluation des traitements médicamenteux prescrits au jeune relevant de la situation complexe et les effets sur son comportement et sa relation sociale.

A cette occasion il sera tenu compte de l'expérience et des compétences du grand mineur ou jeune majeur pour participer aux décisions qui le concernent. Ce préalable est

nécessaire pour déterminer le rythme d'immersion de la personne suivant ses capacités ou ses prédispositions (immersion progressive ou immédiate) dans un objectif d'adaptation.

c. Le protocole d'accompagnement et les domaines d'intervention en fonction des intérêts, besoins et rythmes des personnes

Une réunion clinique pluri professionnelle de synthèse avec les équipes chargées de l'accompagnement sera organisée en y impliquant autant que possible les intervenants extérieurs (médecin, kinésithérapeutes, etc.). Si ce protocole doit être accessible à toute l'équipe, il est d'autorité recommandée que cette démarche, aura à prendre en compte la diversité et la singularité des situations familiales.

A cette occasion et avec l'accord du jeune, et conformément aux recommandations de la HAS, il est préconisé de permettre aux proches de « *s'impliquer dans l'accompagnement et de collaborer avec les professionnels, dans le respect de la place de chacun et de celle définie avec l'adulte autiste lui-même* »⁹⁸. Ces modalités sont adaptées aux spécificités et aux besoins de la personne. « *Avec l'accord de l'adulte autiste, organiser les modalités de participation des parents ou des proches leur permettant, s'ils le souhaitent, d'être à l'initiative d'un questionnaire qui leur soit propre sur le fonctionnement général de la structure d'accueil et d'être davantage associés à la vie de celle-ci* ».

3.4.2 Élaboration du contrat de séjour ou du DIPC

Selon la nature administrative ou judiciaire du placement, un contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge est établi lors de l'admission et remis à chaque personne et, le cas échéant, à son représentant légal, au plus tard dans les quinze jours qui suivent l'admission. A la différence du contrat de séjour élaboré dans le cadre d'un accueil provisoire et signé dans le mois qui suit l'admission, l'article D.311 du CASF prévoit que le DIPC peut être contresigné par les titulaires de l'autorité parentale à la suite d'une mesure d'assistance éducative prononcée par l'autorité judiciaire.

Selon les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM/HAS, la participation du mineur doit « *être recherchée lors de la rédaction des différents documents définissant son accompagnement et au moment d'éventuelles modifications en cours de prise en charge* »⁹⁹. Il convient également de « *proposer au mineur de signer les différents documents rédigés par les professionnels (projet personnalisé, DIPC, etc.), si celui-ci est*

⁹⁸ « Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte » recommandations de bonnes pratiques HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/20180213_recommandations_vdef.pdf Consulté le 24/07/2022

⁹⁹ ANESM/HAS, *L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance*, décembre 2014, p. 29.

en capacité de comprendre le sens d'une signature »¹⁰⁰. De même, « quel que soit le type d'accompagnement (milieu ouvert, hébergement, prévention spécialisée, etc.), la participation des parents doit être recherchée »¹⁰¹.

Afin de symboliser le passage de l'enfance à l'âge adulte, le jeune majeur sera invité à signer un nouveau contrat de séjour ou DIPC. A cette occasion, un livret d'accueil du jeune majeur lui sera remis.

3.4.3 Projet personnalisé et projet pour l'enfant (PPE)

A) L'articulation nécessaire de deux architectures de projet distinctes

Aux termes de l'article L.311-3 du CASF et à l'instar de tous les autres établissements et services sociaux et médico-sociaux, les unités résidentielles pour jeunes relevant de l'aide sociale à l'enfance doivent garantir à toute personne accueillie « *la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne* ».

Selon les RBPP, « *l'objectif de l'accompagnement personnalisé du mineur est de l'aider à construire son projet de vie. En s'exprimant et en participant à la définition de cet accompagnement, le mineur devient ainsi acteur. Il peut faire, en connaissance de cause, des choix qui conditionneront son avenir. Il en est de même pour l'expression et la participation des parents quand ils s'investissent dans l'accompagnement de leur enfant. Ils se trouvent alors renforcés dans leurs compétences parentales. Ils peuvent ainsi résoudre une partie des difficultés ayant conduit à une mesure de protection de l'enfance* »¹⁰².

Il apparaît en effet indiqué de « *faire **participer chaque mineur** à la construction de son projet personnalisé en fonction de son degré de maturité* »¹⁰³, en veillant à prendre le temps nécessaire pour expliciter le projet et à utiliser un vocabulaire adapté. Dans le cadre d'une communication limitée en raison d'une situation de handicap, d'autres formes de communication non verbale seront mises en œuvre, telles que l'utilisation de supports écrits (méthodes d'écriture simplifiée de type FALC), visuels (images, photographies, dessins, pictogrammes), tactiles, l'emploi de la gestuelle, ou encore, le recours à des appareils technologiques (moyens informatiques, etc.).

¹⁰⁰ Idem, p. 30.

¹⁰¹ Idem, p. 33.

¹⁰² Idem, p. 28.

¹⁰³ Idem, p. 30.

Comme évoqué précédemment et hormis les cas de limitation ordonnés par une décision de justice, l'**association de la famille**, en tant que titulaires de l'autorité parentale, sera également systématiquement recherchée.

Par ailleurs, l'**ensemble des professionnels** intervenant au sein des unités résidentielles, ainsi que les **partenaires extérieurs** gravitant autour de la situation du mineur ou du jeune majeur seront régulièrement mobilisés en vue de satisfaire aux exigences de co-construction de chaque projet personnalisé.

Afin de garantir une certaine cohérence de l'accompagnement, le projet personnalisé doit nécessairement être construit en articulation avec le projet pour l'enfant.

Prévu à l'article L.223-1-1 du CASF, le projet pour l'enfant est construit en cohérence avec les objectifs fixés dans la décision administrative ou judiciaire et vise à garantir le développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social du mineur. Établi sous la responsabilité du président du conseil départemental en concertation avec les titulaires de l'autorité parentale, ce document accompagne le jeune tout au long de son parcours au titre de la protection de l'enfance. « *Le projet pour l'enfant prend en compte les relations personnelles entre les frères et sœurs, lorsqu'elles existent, afin d'éviter les séparations, sauf si cela n'est pas possible ou si l'intérêt de l'enfant commande une autre solution* ».

Toutefois, « *cette multiplicité de documents peut rendre confuse la compréhension de leurs objectifs respectifs* »¹⁰⁴. En effet, « *le PPE peut sembler doubler le DIPC que doit mettre en œuvre tout service d'hébergement* »¹⁰⁵. En fonction de la temporalité d'élaboration de ces deux documents, des redondances sont susceptibles d'apparaître. Afin d'éviter cet écueil, l'AAPISE travaillera conjointement avec les services de l'aide sociale à l'enfance et l'ARS afin d'harmoniser l'architecture du PPE avec celle du DIPC.

B) La méthodologie de mise en œuvre du projet personnalisé

La formalisation des projets individualisés s'effectuera notamment à partir Référentiel d'Observation des Compétences Sociales (ROCS) qui est structuré en cinq dimensions : vie quotidienne, vie sociale, vie affective, corps/santé et environnement. La grille d'évaluation est renseignée par le référent éducatif à partir de sa propre observation et de celle de l'équipe.

Concernant plus spécifiquement les enfants en situation de handicap accueillis au sein des unités résidentielles, cette évaluation sera complétée par la nomenclature des besoins et des prestations SERAFIN-PH comportant 3 domaines :

- **Santé** : « *la santé somatique et psychique, les besoins en lien avec la déficience de la personne, une maladie ou tout autre problème de santé lié ou non à sa déficience.*

¹⁰⁴ Idem, p. 28.

¹⁰⁵ ONPE, *Le PPE : état des lieux, enjeux organisationnels et pratiques*, La documentation Française, juillet 2016, p. 135.

-Autonomie : les activités de la vie quotidienne (entretien personnel), la communication et la prise de décision, la mobilité.

-Participation sociale : l'implication des personnes dans des situations de vie réelle, notamment l'école, l'université, le travail, le logement, la gestion des ressources... ».¹⁰⁶

« Ce langage commun échangé à l'occasion de la structuration et de la mise à jour des projets personnalisés permet de rendre opérationnelle **la co-construction des projets avec les personnes accompagnées** en premier lieu, mais aussi avec leur entourage et leurs représentants légaux le cas échéant »¹⁰⁷. Les objectifs et les prestations adaptées à la personne seront ensuite inscrits dans le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge.

Lors de la définition du projet personnalisé, les professionnels intervenant au sein des unités résidentielles doivent prendre en compte les choix et préférences des jeunes accueillis, tout en considérant les contraintes liées à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement. Conformément aux RBPP, « une grande attention sera portée au rythme de la personne ; le projet personnalisé ne peut conserver ou acquérir un sens pour elle que si le rythme des actions est adapté à son propre rythme de pensée et d'action »¹⁰⁸.

Les professionnels demeureront également vigilants à ne jamais se substituer aux actions pouvant être réalisées par les mineurs et jeunes majeurs accueillis, de manière à promouvoir leurs capacités d'autonomie, à développer leur sens des responsabilités et à exercer leur libre arbitre. Cette recherche du « juste accompagnement » doit permettre à ces jeunes d'acquérir une certaine confiance afin d'être en mesure de s'émanciper progressivement de l'institution.

C) Suivi et évaluation périodique du projet personnalisé

Réévalué au moins une fois par an, le projet personnalisé tiendra compte du degré de maturité et des capacités d'autonomie de chaque jeune, en considération de ses besoins et attentes. Ce document recensera les actions à mettre en place et se déclinera sous forme d'objectifs concrets en cohérence avec les évaluations.

Dans la mesure du possible, le jeune sera associé à l'évaluation et au réajustement de son projet personnalisé. La participation des titulaires de l'autorité parentale sera une nouvelle fois systématiquement recherchée.

Par ailleurs le protocole de suivi des parcours PAG fait l'objet tous les ans d'un examen d'évaluation dans le cadre d'une réunion de cadrage organisée par la cellule PAG de la

¹⁰⁶ <https://handicap.gouv.fr/les-aides-et-les-prestations/reforme-de-la-tarifcation-des-etablissements-de-services-pour-personnes/article/serafin-ph> Consulté le 30/07/2022

¹⁰⁷ CNSA, *Guide de bonnes pratiques sur les usages qualitatifs des nomenclatures des besoins et des prestations SERAFIN-PH*, Octobre 2020, p. 12.

¹⁰⁸ ANESM, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, décembre 2008, p. 17.

MDPH de l'Essonne à laquelle sont conviés les représentants de l'ARS et du CD en présence du rapporteur référent de parcours au sein de « Méristème ».

3.4.4 Principes généraux de l'accompagnement et modalités d'intervention

L'accompagnement médico-social mis en place au sein du dispositif s'articulera à partir des RBPP et se fonde sur un socle de valeurs, principes, connaissances, savoir-faire, savoir-être, conformes à la charte éthique associative élaborée par l'AAPISE promouvant la bientraitance.

Afin de garantir la sécurité des mineurs et jeunes majeurs accueillis, l'organisme gestionnaire conduira une politique de prévention des violences au sein des unités résidentielles et traitera toutes situations de violence, dans le strict respect des recommandations professionnelles¹⁰⁹ et des dispositions législatives en vigueur.

Ces principes visent à garantir le bien-être des mineurs et jeunes majeurs accueillis dans le cadre d'un accompagnement de qualité et « se caractérisent par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation »¹¹⁰. Les professionnels intervenant au sein des unités résidentielles peuvent ainsi adapter leurs interventions aux besoins singuliers et problématiques spécifiques des publics concernés.

A) Des formes d'accueil et d'accompagnement diversifiées

Le développement de la modularité s'inscrit dans le respect des dispositions de l'article 2 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie qui prévoit que « *la personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions* ».

Afin de répondre aux différentes missions qui leur sont confiées, les unités résidentielles seront donc ouvertes toute l'année sans interruption, 365 jours par an, 24h/24 et 7j/7.

Ainsi, en fonction de la situation individualisée de chaque mineur ou jeune majeur, les accueils pourront être envisagés à temps complet, à titre temporaire ou séquentiel. Un accueil d'urgence sera également proposé afin qu'une réponse immédiate puisse être apportée à des fins d'évaluation et d'orientation.

B) Spécificités de l'accompagnement au regard d'une prédominance des troubles du neurodéveloppement

« Le trouble du développement intellectuel (TDI), au même titre que les troubles du spectre autistique, de l'hyperactivité/déficit attentionnel, de l'apprentissage, est considéré comme un trouble du neurodéveloppement. Ils se caractérisent par une perturbation du développement cognitif et/ou affectif, entraînant un important retentissement sur le

¹⁰⁹ HAS/ANESM, « *La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil* » (mars 2018)

¹¹⁰ ANESM, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Janvier 2012, p.1.

fonctionnement personnel, scolaire, professionnel et familial. L'étendue des perturbations sur le plan développemental est variable allant de limitations très spécifiques (trouble du langage, des fonctions exécutives, mémoire, attention, perception, interactions sociales, etc.) à une altération globale des aptitudes et compétences »¹¹¹. D'autres troubles (sommeil, régulation du comportement alimentaire, anxiété, etc.) peuvent également apparaître, venant ainsi complexifier l'accompagnement au sein d'un collectif.

Les interventions déployées auprès des jeunes présentant des troubles du neuro-développement visent à répondre à une grande diversité de situations pour « *permettre une meilleure inclusion sociale par l'emploi, l'habitat, la pair-aidance, ainsi que l'accès aux sports et à la culture (...); une fluidification des parcours garantissant l'accès aux soins somatiques »¹¹². Quant à l'accès à la scolarité, « *les enfants présentant un TDI peuvent intégrer un établissement scolaire. Il est important de valoriser dans cet environnement, leur capacités à acquérir et développer des connaissances et ce, à tout âge »¹¹³. Les spécificités de l'accueil et de l'accompagnement de ces jeunes nécessitent de garantir un processus d'amélioration continue de la qualité afin de « *mieux comprendre pour mieux adapter les ESMS et mieux accompagner les personnes dans leurs singularités*¹¹⁴ ».**

L'inscription dans cette démarche implique pour l'ensemble des professionnels intervenant au sein des unités résidentielles de :

-Connaitre et comprendre les troubles du neuro-développement. Malgré l'hétérogénéité de troubles présentés, des difficultés communes sont repérées notamment chez les jeunes avec autisme et autres TSA. Ainsi, la dyade autistique définit les deux grands domaines où s'exprime la symptomatologie : d'une part, les difficultés dans le domaine de la communication et des relations sociales, et d'autre part, les difficultés liées aux comportements et aux intérêts répétitifs et restreints. Le repérage des centres d'intérêts, des capacités, des émergences, des difficultés, des potentialités et capacités, mais aussi des désirs, attentes et demandes, de la personne concernée, est alors essentiel.

-Centrer les pratiques sur le jeune co-acteur de son parcours. Il s'agit notamment de veiller au respect des droits de la personne, de faciliter son accès à l'information, ou encore de promouvoir ses capacités d'auto-détermination. Un repérage des besoins en lien avec les attentes du jeune et, le cas échéant, de sa famille permettra d'analyser tous les paramètres d'une situation, de formuler des hypothèses de travail qui devront être vérifiées et réajustées de manière permanente, ou encore, de fixer des objectifs fonctionnels.

¹¹¹ HAS, *L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel*, février 2021, p. 1.

¹¹² Secrétariat chargé des personnes handicapées, *Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement*, 2018, p. 92.

¹¹³ HAS, *L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel*, février 2021, p. 3.

¹¹⁴ idem

-Systématiser la démarche d'évaluation du fonctionnement de la personne : Parmi les éléments à considérer, la **communication** représente une composante centrale à prendre en compte afin d'évaluer les besoins en termes d'expression et de compréhension. Étroitement lié aux capacités de communication, l'apprentissage des codes sociaux et plus globalement des habiletés sociales aura un impact sur les facteurs d'intégration et d'inclusion.

De même, le **profil sensoriel** du jeune (hypo ou hyper sensibilité) va déterminer des aménagements à envisager dans le quotidien. *D'autres paramètres liés à la dimension cognitive et émotionnelle* (reconnaître, exprimer et réguler), aux **capacités d'autonomie**, ou à la **gestion de la douleur sur le plan somatique**... doivent également être appréhendés. Concernant ce dernier point, le 3^{ème} plan autisme (2013-2017) préconise d'améliorer l'accès aux soins somatiques des personnes autistes et le développement de l'évaluation, de la prévention et de la prise en charge de la douleur, en se formant, actualisant et réactualisant ses connaissances pour prendre en compte les particularités de fonctionnement des personnes avec autisme ; en écoutant ce que disent les personnes avec autisme de la manière dont se traduisent ces particularités ; en ayant une posture adaptée à leur fonctionnement et en lien avec les exigences d'une situation sociale.

-De son environnement (social, matériel) : Cette dimension s'initie en travaillant avec le jeune, **en individualisant l'accompagnement**, pour lui permettre d'accéder à un maximum d'autonomie (autonomie supervisée) ; **en structurant l'environnement** (activité/tâche, organisation de l'environnement, espace et temps).

Pour cela, il sera nécessaire d'utiliser et de **construire des outils** si besoin, *notamment dans les domaines de la communication, la socialisation et la compréhension de l'environnement.*

Ces outils permettent de questionner, d'enrichir et d'affiner la pratique des personnels et de la faire progresser au regard de l'évolution des besoins singuliers d'un public nécessitant un accompagnement spécifique : prendre en compte les particularités de fonctionnement de la personne ; ne pas attendre la demande pour proposer une intervention ; utiliser une communication concrète ; observer les difficultés en situation ; travailler les difficultés des personnes par des actions éducatives ; annoncer les actions.

En effet, de par la singularité de la prise en charge des personnes avec TSA, et afin de prévenir les situations de stress, une attention particulière est portée à la mise en place de repères spatio-temporels. Il conviendra ainsi « *de veiller à la stabilité de ses repères en mettant en place une organisation offrant un cadre régulier et sécurisant pour effectuer la routine quotidienne (...) de structurer l'environnement, en permettant le repérage et la permanence de l'affectation des lieux(...)* De même, *l'instauration de repères temporels*

*favorisera la prévisibilité des événements afin de structurer le déroulement de la journée, tout en veillant au respect des rythmes de vie et de la fatigabilité de la personne.*¹¹⁵ ».

-Des comportements problématiques : Les aspects somatiques « sont à considérer en premier lieu quand les aspects déficitaires sont majeurs notamment en termes de communication et que la survenue de troubles du comportement est fréquente »¹¹⁶.

-Des facteurs de risques et de protection : Cette évaluation vise à garantir l'intégrité physique et psychique des personnes accompagnées, compte-tenu des problématiques spécifiques liées aux séquelles consécutives aux lésions cérébrales.

-Autre focus sur les troubles psychiques : Parmi les spécificités relatives au handicap psychique, il convient de souligner que les troubles « sont souvent variables, intermittents et évolutifs. (...) Par ailleurs, les personnes peuvent avoir des compétences réelles pour certaines activités et des difficultés majeures dans d'autres. (...) Elles ont besoin d'un suivi médical régulier. (...) Des troubles cognitifs (mémoire, anticipation, organisation du temps et de l'espace, etc. sont souvent associés, de façon temporaire ou permanente. (...) Elles peuvent avoir des difficultés « à faire », à initier l'action »¹¹⁷.

Compte-tenu des troubles présentés par la personne en situation de handicap psychique, une articulation entre les soins et l'accompagnement s'avérera souvent nécessaire. En fonction des priorités définies avec le jeune dans le cadre de son projet personnalisé, les domaines d'accompagnement pourront concerner la vie relationnelle et familiale, l'habitat, la vie quotidienne et courante, l'emploi et les activités, la santé.

Souvent habitées par un manque de confiance et un déficit en matière de reconnaissance sociale, les personnes en situation de handicap psychique éprouvent souvent un besoin de réassurance pour mener à bien leurs projets d'inclusion sociale et professionnelle.

L'intervention des professionnels doit également permettre une ouverture sur le monde extérieur, de manière à rompre le sentiment d'isolement et/ou de solitude par une plus grande participation à la vie sociale. Les actions d'accompagnement réalisées visent également à prévenir la souffrance psychique, repérer les conduites addictives et prévenir les ruptures de soins.

C) La référence éducative

Conformément aux préconisations proposées par l'AAPISE, « la référence éducative » sera réalisée par le service Mersiteme qui devra, en lien avec les Pôles les Enfants Confiés

¹¹⁵ HAS, *L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel*, février 2021, p. 1.

¹¹⁶ Caim, *L'approche environnementale dans l'accompagnement du trouble du spectre de l'autisme à l'âge adulte*, *L'information psychiatrique* 2018/8, P. 643-650.

¹¹⁷ Idem, p. 8

(services de l'ASE), anticiper et préparer, en amont de l'admission et dans la mesure du possible, l'accueil de l'enfant dans la structure.

Pour chaque enfant accueilli, le référent éducatif de l'établissement aura pour mission de : Contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre du Projet Pour l'Enfant (PPE) ; Rédiger les rapports d'échéance et participer aux synthèses et audiences ; Travailler en collaboration et en concertation, autant que de besoin, avec les différents intervenants et acteurs de la vie de l'enfant ; Mettre en place des conditions nécessaires à la participation des parents dans la vie de l'enfant en tenant compte de l'intérêt de celui-ci ; Valoriser et utiliser les compétences familiales dans le développement de l'enfant ; Collaborer et travailler en équipe avec tous les professionnels intervenant autour de l'enfant, particulièrement les Pôles Enfants Confiés du Département ; Informer le Pôle Enfant Confié de tout évènement important de la vie de l'enfant, de l'évolution de la situation, des éventuelles difficultés rencontrées, etc ».

D) Accompagnement de la scolarité et à la formation professionnelle

Le Code de l'éducation prévoit que « *Tout enfant, tout adolescent présentant un handicap ou un trouble invalidant de la santé est inscrit dans l'école ou dans l'un des établissements mentionnés à l'article L. 351-1, le plus proche de son domicile, qui constitue son établissement de référence* ». A cet effet, « *un projet personnalisé de scolarisation définit et coordonne les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap* »¹¹⁸.

En dépit des dispositions législatives et réglementaires précitées, il apparaît néanmoins que « *pour les enfants en situation de handicap et/ou ayant une mesure de protection de l'enfance, ce droit à l'éducation, à travers une scolarisation qui s'adapte à leurs besoins, est mis à mal par plusieurs facteurs* »¹¹⁹, en raison notamment de l'instabilité de leur situation, des attendus de l'école en matière de résultats académiques, ou encore des représentations négatives à l'œuvre au sein de notre société.

Conformément aux recommandations de la HAS, une attention particulière sera portée à la scolarité des enfants accueillis au sein des unités résidentielles, afin de les aider à devenir acteurs de leur scolarité en prenant en compte leurs besoins et attentes. En fonction des difficultés repérées, l'équipe éducative s'emploiera à mettre en place les outils adéquats en vue de faciliter la communication et la compréhension de l'enfant (supports vidéo, images, pictogrammes, etc.). Au-delà de la participation de l'élève, qui sera systématiquement encouragée, les parents, en tant qu'ils exercent l'autorité parentale, seront associés et tenus informés tout au long du déroulement de la scolarité de leur enfant.

¹¹⁸ Code de l'éducation, art. D. 351-5.

¹¹⁹ HAS, *Accompagner la scolarité et contribuer à l'inclusion scolaire*, septembre 2021, p. 6.

Au quotidien, les enfants et adolescents seront accompagnés par l'équipe éducative dans les salles d'étude de la maison commune ou au sein même de leurs unités de vie, afin d'apprendre leurs leçons et de réaliser leurs devoirs dans les meilleures conditions.

Afin d'accompagner chaque jeune dans son projet, le dispositif d'unités résidentielles envisage de faire appel à un organisme de soutien scolaire extérieur dispensant des cours de soutien individuels ou petits groupes.

Dans le souci de fluidifier la formation et la professionnalisation des jeunes, des partenariats seront recherchés dans les centres de formation pour apprentis (CFA) situés en Essonne ou dans les départements limitrophes, ainsi que dans d'autres organismes de formation préparant aux métiers du cheval (maréchal-Ferrant, palefrenier-soigneur, etc.), de la forêt, du paysage, etc.

E) Focus sur les activités sportives et sport adapté

La dimension « sport, santé, bien-être » fait partie intégrante de tous les projets des établissements et services de l'AAPISE. Dotée d'une section sport adapté depuis 2009, l'AAPISE compte de nombreux licenciés pratiquant leur sport en loisir ou en compétition. Parmi eux se trouvent des sportifs de haut niveau, puisque 3 personnes en situation de handicap figurent sur la liste ministérielle et 5 autres évoluent en équipe de France.

Fort de son engagement, l'AAPISE contribuera à promouvoir une politique sportive volontariste en articulation avec les fédérations, les regroupements d'associations uni-sport et multisports et autres entités sportives.

Ainsi, le service Mersiteme entend travailler en étroite collaboration notamment avec le Comité départemental de sport adapté de l'Essonne qui a pour mission de développer la pratique sportive, sauvegarder et diffuser l'olympisme, préserver le patrimoine sportif départemental. Cette collaboration devrait être facilitée par la proximité géographique des lieux. Dans le cadre de ce projet, le service Mersiteme s'emploiera également à établir des partenariats avec les clubs sportifs ordinaires afin d'encourager la mixité des publics pour une pratique sportive partagée.

F) Parcours de soins : une réponse individualisée aux besoins de santé

Aux termes de l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique, « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne ».

En pratique, sont constatées des « *difficultés d'accès aux soins des enfants protégés (...), des ruptures dans les parcours de vie et de soins ainsi que l'insuffisance de*

l'échange et du partage d'informations (...), une méconnaissance réciproque des professionnels »¹²⁰.

La prise en compte de la santé et du bien-être des mineurs et jeunes majeurs accueillis au sein du dispositif d'unités résidentielles représente un axe essentiel du projet d'établissement. Après un premier recueil d'éléments lors de l'admission, les professionnels devront demeurer attentifs à l'évolution des besoins de santé, tant sur plan somatique que psychique. Cette appréciation permettra une déclinaison opérationnelle du volet « santé, bien-être et prévention » dans le DIPC et le projet personnalisé. Cette prise en compte de la santé en termes de prévention primaire et secondaire sera réalisée en s'appuyant sur les compétences médicales et paramédicales disponibles en interne ou à l'externe. Afin de garantir la sécurité et la qualité des interventions, des procédures et des protocoles de soins seront élaborés (circuit du médicament, gestion des crises, hospitalisation, etc.).

Au sein du dispositif d'unités résidentielles, les jeunes pourront bénéficier d'une prise en charge par un psychologue de l'établissement ou un psychologue en libéral. La mission première des psychologues sera d'accompagner les enfants pour qu'ils comprennent leur placement et qu'ils réussissent à l'accepter. Ces professionnels seront également présents pour aider les enfants à dépasser des événements traumatiques du passé et mettre du sens sur les événements présents difficiles qu'ils seraient à même de vivre (décisions du juge, etc...). L'expertise des psychologues sera essentielle devant les différentes difficultés et comportements des enfants : les difficultés scolaires, l'agressivité, les troubles de l'attention, la boulimie, l'anorexie, la scarification, la cleptomane, l'hyperactivité ou encore le syndrome d'abandon ou de toute expression de mal-être : ne serait pas envisageable voire impossible au vue de la situation, le psychologue les accompagnera dans ce traumatisme pour les amener à prendre acte de cet événement traumatique de manière à ne pas, ou plus, vivre dans le malheur et à se reconstruire d'une façon socialement acceptable. Ces professionnels fonctionneront en système de rendez-vous auprès des enfants mais auront également des moments où ils pourront être sollicités à l'improviste autant par les enfants que par les membres de l'équipe.

Les mineurs et les jeunes majeurs bénéficieront également d'un accompagnement à la vie relationnelle, affective et sexuelle qui sera adapté à leur âge et à leur situation. La question de l'éducation à la sexualité (intimité, rapports sexuels, contraception, grossesse, infections sexuellement transmissibles, orientation et identité sexuelle, etc.), de la prévention des violences sexuelles et sexistes (agression, harcèlement, bizutage, etc.), des dangers du numérique (pornographie, cyberharcèlement, etc.) apparaît également essentielle.

¹²⁰ HAS, coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie, avril 2021, p. 2.

Toutes ces thématiques seront abordées à l'occasion d'entretiens individuels ou d'actions collectives de prévention et d'éducation à la santé. Des documents d'information et de prévention publiés par Santé Publique France (affiches, dépliants, flyer, brochures...) seront laissés à disposition des jeunes au sein de la maison commune.

Connaissant et ayant identifié les ressources sanitaires et médico-sociales du territoire, des partenariats seront recherchés avec les établissements et services concernés par la santé des jeunes (hôpitaux, pédiatrie, psychiatrie, pédopsychiatrie, médecins traitants, PMI, centre de planification et d'éducation familiale, CSAPA, unités d'accueil médico-judiciaire, pharmacies locales, etc.).

Au-delà des psychologues de l'établissement qui apporteront un soutien aux membres de l'équipe dans leurs missions et afin de soutenir l'ensemble des professionnels dans leurs pratiques, des formations relatives à la santé seront inscrites chaque année dans le plan de développement des compétences (hygiène, alimentation, sexualité, addictions, conduite à risque, handicap et pathologies psychiatriques, secret professionnel et partage des informations à caractère secret, etc.).

Des réunions d'analyse des pratiques professionnelles seront également instaurées afin de conduire une réflexion sur les différentes situations.

3.4.5 Structure organisationnelle, managériale, matérielle et financière

A) Organisation de ressources humaines

La ventilation des ressources humaines (*cf annexes VIII et IX*) s'est littéralement calibrée suivant le planning proposé par l'instruction ministérielle comprenant l'ensemble des postes et qualifications demandés à l'exception de la surveillance de nuit qui est externalisée avec un concours médico-sociale de soutien formé à l'autisme.

B) Budget prévisionnel

Le budget prévisionnel (*cf annexe IX*) comprend les charges d'exploitation des 3 groupes atténuées par des recettes en laissant une part non négligeable pour les charges du groupe 2 afférentes au personnel qui représente 68 % des charges totales. Ce choix est rendu possible grâce aux différentes mutualisations valorisées par une capitalisation des ressources abritées par le site de Bruyères-Le-Châtel.

C) La formation

Le principe des formations qui seront dispensées tiendra compte des aspects théoriques et de la supervision qui y sera prodiguée au titre de la formation action. S'agissant de l'aspect théorique cela comprendra les intitulés suivants assortis de leurs objectifs :

- **Intitulé de la formation :**

- T1M1 « Connaissances actualisées sur le Trouble du Spectre de l'Autisme ».

- « Approches TEACCH, mise en place de l'ABA et troubles du comportement ».

- **Objectif de la formation :**

Module 1 : Définir ce qu'est un Trouble Neuro-Développemental et plus spécifiquement un Trouble du Spectre de l'Autisme. Décrire les particularités des personnes présentant un TSA. Analyser les enjeux socio-politiques liés à l'autisme. Identifier les outils du diagnostic et de l'évaluation du fonctionnement.

Module 2 : programme spécifique. Identifier les différentes interventions et approches recommandées. Déterminer les modalités pratiques de leur mise en place.

Combiner ces différentes techniques et outils dans un accompagnement coordonné et personnalisé. Utiliser de façon complémentaire les approches TEACCH et ABA.

D) La qualité de vie au travail (QVT)

Eu égard aux retours d'enquête, notamment, sur les difficultés vécues par les professionnels sur le terrain, les déterminants de la QVT seront traités et adaptés au sein des unités résidentielles et comprendront un ensemble de dimensions (cf *annexe X*).

3.5 Implication et participation des familles

Il s'agit d'organiser, par cette démarche, l'aide et le soutien apportés aux familles dans la reconnaissance du statut d'adulte en devenir de leur enfant et à connaître ses droits. Ce préalable tend à accompagner, notamment, le rite de passage de l'adolescence à l'âge adulte afin de mieux appréhender les enjeux liés à :

- L'accession à une vie la plus autonome et indépendante possible ;
- La continuité, la cohérence et l'adaptation des interventions lors du passage de l'adolescence à la vie d'adulte ;
- La préparation au changement de statut et d'environnement.

Ainsi et conformément aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS, il s'agit particulièrement de :

- Réaliser ou actualiser toutes les évaluations, y compris l'évaluation du fonctionnement, comportant un examen somatique de la personne autiste avant le passage à l'âge adulte, afin d'ajuster avec elle et ses parents son projet personnalisé, notamment pour faciliter cette transition et maintenir un mode de communication adapté et fonctionnel ;
- Accompagner les parents/les aidants à ces changements afin que le passage de leur enfant de l'adolescence à l'âge adulte ne soit pas vécu comme une mise à l'écart ou une atteinte à leur compétence parentale ;

- Anticiper l'évolution des besoins et des attentes des adolescents autistes : » en considérant les accompagnements, les interventions et les transitions dans un parcours continu de vie.

Le service Mersiteme appliquera le protocole de préparation des réunions de synthèse semestrielle. Un premier entretien de co-évaluation précédant la synthèse aura lieu avec la famille et concernera les indicateurs de résultats attendus de l'activité réalisée auprès de l'adulte autiste au sein des unités résidentielles.

A cette occasion, il sera pris en compte les attentes des familles pour qu'elles s'approprient le projet de leur proche et qu'elles le portent ;

A ce titre la famille sera impliquée dans le projet de la personne via un partage d'information régulier sur le fonctionnement de l'unité.

Il est également prévu des temps de formation destinés aux familles s'appuyant sur leurs connaissances et expériences.

Ces formations seront poursuivies dans le temps, afin de favoriser notamment et progressivement les retours en famille et éventuellement avec une évolution des modalités d'accompagnement. Ces formations doivent permettre aux proches de s'approprier certaines techniques d'accompagnement utiles au quotidien (guidance).

Un temps sera dédié à la famille pour visiter l'unité résidentielle. L'ensemble des aspects intéressant le mode d'accueil, notamment les fonctions de l'architecture, le fonctionnement des espaces dit d'apaisement (protocole, rôle thérapeutique, prescription médicale/ RBPP comportements), et les différentes activités prévues seront expliqués. Le service Mersiteme s'assurera que les collaborations avec le sanitaire, la médication, l'organisation des activités en journée, le rôle de chaque professionnel, seront bien identifiés par les familles.

Conformément à l'instruction ministérielle, il sera prévu de partager avec la famille le suivi du projet personnalisé de la personne (avec ses temps de réévaluations), en utilisant l'outil le plus adapté à la famille (numérique, téléphonique, rencontres, etc.).

Le projet aura à expliciter les modalités de soutien, d'accompagnement, d'accueil de la famille ainsi que de mise à disposition d'un espace de résidence sur le site pour les personnes qui, du fait de leurs fragilités, ne peuvent pas revenir en famille.

3.6 Un dispositif territorial de coopération et d'appui au parcours de santé

Le cahier des charges intéressant le présent projet prévoit que les unités soient impérativement « articulées d'une part à des plateaux techniques sanitaires, en particulier somatiques, et d'autre part aux autres structures médico-sociales en proximité via des conventions dédiées ». Les modalités de coopération et d'appui sanitaire envisagées pour

les unités résidentielles portées par le service Meristeme se structurent suivant 4 directions :

1. Un soutien à l'accès aux soins somatiques : Il s'agit à travers cette préoccupation de prévenir la survenue des comportements-problèmes dont l'origine provient de non traitance de la dimension somatique. A ce titre, le premier appui de l'AAPISE sera les services offerts par la maison médicale de Bruyères-Le-Châtel avec laquelle il est convenu de mettre en œuvre une convention pour l'accueil prioritaire des grands mineurs et jeunes majeures en situation de handicap.

2. Une continuité de la prise en charge psychiatrique si nécessaire : Le rattachement de la commune de Bruyères-Le-Châtel au G04 de l'inter-secteur psychiatrique de l'EPS Barthélémy DURAND, et l'implantation des unités résidentielles sur le site de Bruyères-Le-Châtel, présentent une opportunité quasi naturelle pour maintenir une continuité dans l'offre de soin psychiatrique rattachée à cet établissement de santé de référence, mais également au « *centre régional douleur et soins somatiques en santé mentale, autisme, polyhandicap et handicap génétique rare* », avec lequel l'AAPISE, en sa qualité de partenaire historique, aura à réaliser un partenariat devant garantir jeunes majeures en situation une entrée prioritaire pour le traitement des problématiques somatiques.

3. Le partage de pratiques et d'expertises entre sanitaire et médico-social : Outre l'accès aux soins qui sera garanti par un recours organisé à des services somatiques spécialisés, le service Mersiteme prévoit des échanges en terme d'expertise et une capitalisation de savoir-faire avec la cellule PAG de la MDPH, la psychiatrie de secteur, les association partenaires comme « *défi autisme* » qui assure des prestations de services pour les jeunes autistes accueillis dans les établissements de l'AAPISE. L'association OASIS qui a multiplié des accueils en séquentiel des publics pris en charge par les établissements gérés par l'AAPISE, sera également une ressources complémentaire dans la valorisation du patrimoine de connaissance intéressant les spécificités de l'autisme dans l'expression de ses problématiques de prise en charge. Enfin, l'association « Chalouette Autisme » œuvrant sur le territoire d'ARPAJON en lien constant avec les établissements gérés par l'AAPISE, est dépositaire d'une expertise qu'il nécessaire de recueillir pour garantir une offre d'accompagnement idoine dans le cadre des unités résidentielles.

4. Un appui spécifique en situation de crise : S'agissant de ce dernier aspect, il y a lieu de considérer la proximité géographique entre la commune de Bruyères-Le-Châtel et le centre hospitalier de Bligny (4 KM) pour envisager une priorité dans les accueils en urgence. L'EPS Barthélémy DURAND sera toujours un recours pour des accueils temporaires de stabilisation en cas de crise aiguë dont pourraient être le siège certains adultes autistes.

3.7 ÉVALUATION

L'évaluation définie pour ce projet portera sur trois catégories de mesure de la performance : La première intéresse l'évaluation par diagnostic ou l'évaluation *ex ante* : elle concerne la réalisation des constats, des diagnostics situationnels et populationnels qui valorise la raison utilitaire du projet ; La seconde porte sur l'évaluation dynamique ou *in itinere*. Cette dernière a pour fonction de mesurer l'efficacité des actions concrètes définies dans le cadre du projet à travers une construction isolant 4 dimensions et cinq critères qui en déclinent chacune d'entre elles. La troisième évaluation intéresse les retombées des actions et consacre leur dimension projective. Elle porte la dénomination d'évaluation *ex post* ou évaluation projective.

3.7.1 Évaluation *ex ante* (diagnostics et données quantitatives) :

Indicateur 1 : Caractériser le contexte relationnel de l'enfant

C1 : Les relations durablement insuffisantes ou possiblement mobilisables

C2 : Une participation empêchée ou active des liens d'appartenance

C3 : Les réseaux sociaux (familial, amical, affinitaire... famille d'accueil)

Indicateur 2 : Identifier les besoins en accompagnement

C1 : Isoler l'exposition à des ruptures

C2 : Qualifier les besoins d'accompagnement médicaux et socio-éducatifs.

C3 : Identifier l'appétence à la dépense physique

Indicateur 3 : Déterminer les profils des populations ciblées

C1 : Isoler l'occurrence des accueils précédant l'admission

C2 : Définir la pathologie

C3 : Déterminer le besoin en concours de proximité quotidien

Indicateur 4 : définir les besoins d'accueil et d'accompagnement les week-ends

C1 : Quantifier l'isolement relationnel subi les week-ends, jours fériés et vacances

C2 : Isoler les demandes spécifiques pour maintenir une vie quotidienne choisie

C3 : Caractériser le rôle des proches aidants pour envisager les suppléances à leurs absences

3.7.2 Évaluation *in itinere* (approche dynamique)

D1- Aménager le projet global aux accompagnements spécifiques

C 1 : Dédier des offres d'accompagnement hebdomadaires à des actes individualisés.

C 2 : Co-définir avec les personnes accompagnées la nature de leurs besoins en associant les regards complémentaires de la plate-forme animée par les partenaires

C 3 : Rechercher l'expression de la volonté des personnes en formalisant le projet et son suivi.

D2- Implication collective des jeunes

Tout projet construit a pour objet premier la personne aidée ; toute action menée se doit de répondre à ses besoins exprimés clairement, ou suggérés.

C1- Permettre aux bénéficiaires de verbaliser concrètement leurs besoins

L'implication des bénéficiaires sera effective si ces derniers trouvent l'espace de parole approprié pour exprimer leurs besoins quotidiens et leurs préoccupations. Il s'agira d'évaluer dans le projet les modalités d'échanges, de prise en compte des besoins et l'adaptation du dit projet en fonction de ces remontées.

C2- Légitimer les bénéficiaires comme acteurs principaux du projet

Il s'agira par ce critère de définir des modes de participation des bénéficiaires à des réunions thématiques, à des réunions plénières ; de les aider à faire également remonter leurs réflexions au Conseil de la Vie Sociale, afin qu'ils soient convaincus que le projet ne sera pas seulement mis en œuvre pour eux, mais également par eux et par leur volonté. Il est bien entendu que l'intégration du CVS au comité de pilotage du projet est une nécessité pour la réussite et la pérennité du projet.

C3- Faire participer les bénéficiaires à l'évaluation du projet

L'implication des bénéficiaires ne serait pas complète s'ils ne participaient pas à l'évaluation du projet. Ainsi ils pourront exprimer leur ressenti sur les évolutions apportées par ce dernier lors d'entretiens individuels, à l'occasion des synthèses, ou en répondant à un éventuel questionnaire de satisfaction, ou bien encore en faisant remonter leur réflexion au CVS.

D3- Implication dans une dynamique partenariale

Cette dernière dimension ayant pour objet la participation de partenaires, permettra d'apporter une réflexion nouvelle, un regard extérieur et bienveillant sur les pratiques d'accompagnement actuelles et avenir par l'implication de ces partenaires choisis, afin de favoriser et de valoriser la dynamique de changement.

C1- Identifier les partenaires ressources : apprendre à se connaître

Pour débiter ce protocole d'implication de nouveaux partenaires, il sera utile avec ce premier critère de répertorier de prime abord ces derniers, et d'avoir une interconnaissance, ceci afin de rendre lisible les missions et les actions de chacun d'eux.

C2- Constituer un réseau : travailler ensemble

Il s'agit ici pour ce deuxième critère d'être en capacité de formaliser un travail commun. Cela passerait par des réunions de travail afin de formuler des objectifs communs, inscrits dans des conventions de partenariat.

C3- Portage d'actions communes

Pour ce dernier critère, il serait intéressant de valider l'implication des partenaires dans une démarche de partage de connaissances, d'expériences et de savoir-faire, au travers de réunions/formations selon des thématiques prédéfinies et visant les problématiques émergentes ciblées par le projet.

Une fois le projet construit et évalué au fur et à mesure de son avancée, il sera nécessaire de passer à la phase projective de son évaluation.

3.7.3 Évaluation ex post

Il s'agit ici d'évaluer les actions menées, l'atteinte des objectifs fixés par des critères que sont les indicateurs de résultats définis dans la démarche de mise en œuvre du projet. Ces critères constituent un moyen simple et fiable de mesurer l'impact qualitatif et quantitatif des actions menées afin de faciliter la mise en œuvre du changement décidé.

1^{er} objectif :

Faciliter et Fluidifier les démarches d'accès à la prise en charge.

Cerner au mieux l'expression des besoins pour davantage garantir le parcours.

Indicateurs de résultat :

Quantifier les temps d'attente des bénéficiaires après la première demande.

Réactivité à l'accueil des bénéficiaires orientés dans le cadre d'un PAG.

2ème objectif :

Objectiver la définition des dimensions du PPE selon une conception impliquant famille, usagers et professionnels.

Indicateurs de résultat :

La satisfaction objectivée par un questionnaire.

Définition du type d'accueil de jour, en séquentiel, ou en temporaire et de la pertinence des réponses apportées.

3ème objectif :

Garantir la continuité et la cohérence des accompagnements.

Indicateurs de résultat :

Réalisation d'un suivi décroisé du projet d'accompagnement personnalisé.

Evaluation concluante de la cellule PAG de la MDPH en présence des partenaires.

4ème objectif :

Maintien et restauration des ressources des familles.

Garantir un lien permanent avec les familles.

Indicateurs de résultat :

Participation des familles aux synthèses en pensant sur les décisions qui les concernent.

Nombres de rencontres avec les familles et présence de lien avec la personne de confiance.

5^{ème} Objectif :

Réduire et maîtriser les facteurs de risque.

Inscrire la démarche dans les pratiques.

Indicateurs de résultat :

Production des recommandations de bonnes pratiques et des pratiques remarquables.

Réalisation des procès d'accompagnement cadrés par une formation action.

CONCLUSION

Le service « Méristème », se veut un dispositif de productions des parcours enchâssé dans les logiques de silos où s'ordonnent les politiques publiques ciblant la protection de l'enfance.

L'écriture de ce mémoire a été pour moi un exercice autant pour l'objet d'étude qu'il m'était donné de considérer que pour le sujet d'inquiétude que je me devais de partager avec les acteurs engagés dans la réponse accompagnée pour les jeunes enfants placés en situation de handicap.

Si les dernières dispositions réglementaires apportent des réponses (dont on laissera au temps le soin d'en évaluer la pertinence) quant aux sorties dites sèches des jeunes relevant de la protection de l'enfance, je peux témoigner que le parcours s'expose au risque de rupture à l'entrée comme à la sortie du dispositif de l'aide sociale à l'enfance. Les situations dites complexes en sont l'illustration parfaite de notre incapacité collective à protéger la fragilité qui n'est pas complice de nos habitudes.

Mais pour des raisons qui tiennent au défi lancé par notre examen de conscience, reconnaissons, sans ambages, que les cloisons qui empêchent les parcours de devenir sont souvent l'apanage de nos institutions qui abritent des pratiques éculées et dont le secteur peine à se séparer.

Le secteur médico-social n'a pas été construit historiquement ni dans une perspective de concurrence, ni avec des critères de performance. Or la qualité de service rendu aux personnes accompagnées se préoccupe d'abord de ce que celles-ci puissent attester de la bonne réception de ces services. Ce n'est donc pas l'ordonnement de l'offre qui décide de sa qualité mais sa réception.

La transition de cycle dans la gouvernance des politiques publiques à travers le passage d'une logique de mission à une logique de contrat faisant valoir, notamment, un maillage des besoins sur le modèle des politiques sociales globales et non plus uniquement catégorielles (Handicap, jeunesse, psychiatrie, addiction...), implique une vision autant qu'une décision.

La vision voudra qu'aucun acteur ou institution ne peut répondre à tous les besoins d'une personne, « *chaque acteur étant à la fois insuffisant et indispensable* »¹²¹. Dans ce cadre, chaque acteur peut occuper une place, un rôle spécifique, en fonction de son champ d'expertise et de ses compétences, aux côtés d'autres acteurs, dans une logique de complémentarité. La décision osera agir, mais sans conclure, elle interrogera toujours.

¹²¹ BARREYRE, J-Y & Fiacre, P (2010) « Quand le projet fait fuir le sujet... », Vie sociale, vol. 4, no. 4, 2010, pp. 87-98.

Bibliographie

Ouvrages :

CAPELIER, Flore. (2015), *Comprendre la protection de l'enfance. L'enfant en danger face au droit*. Paris, Dunod,

COLETTE, B et BONNEFOY, M et GAUTIER-COIFFARD, Y. (2017) : *Jeunes enfants en situation de handicap. Les accompagner dans les soins, l'éducation, la vie sociale*. Érès, 2017

HUET C, ROHOU G, THOMAS L, 2020 « Outil 14. La courbe du changement », in : *La boîte à outils du Bien-être au travail*. Paris, Dunod, « BâO La Boîte à Outils », pages 48-49

PAUGAM, S. (2012) « 1 – S'affranchir des prénotions », in Serge PAUGAM éd., *L'enquête sociologique*. Paris, Presses Universitaires de France, pp. 5-26.

QUIVY, R & VAN CAMPENHOUT, L (1995) *Manuel de recherches en sciences sociales*, Paris, Dunod, Page 65

QUILLIOU-RIOUAL, Mikaël, et QUILLIOU-RIOUAL, Morgane (2020) *Communication professionnelle et travail en équipe pluridisciplinaire en ESSMS*. En 29 notions. Dunod.

ROUZEL J,(2020) « Chapitre 10. Rites et rythmes dans l'espace institutionnel », in : *Le quotidien en éducation spécialisée*. Sous la direction de Rouzel Joseph. Paris, Dunod, « Santé Social ».

Articles

BARREYRE, J-Y & Fiacre, P (2010) « Quand le projet fait fuir le sujet... », *Vie sociale*, vol. 4, no. 4, 2010, pp. 87-98.

BEC, E (2017) « Profils et situations d'enfants relevant du champ du handicap et de la protection de l'enfance » Note documentaire (CREAI-ORS LR) Octobre 2017 16P. p8 consultable sur : <https://doccitanie-sante.fr/wp-content/uploads/2019/02/NOTE-MDPH-ASE-doccitanie.pdf>

BENNEVAULT, B & Dr PAVELKA M, (2 mai 2019), « Apports de la pédopsychiatrie à la protection de l'enfance » Audition API par la Mission parlementaire d'information sur l'Aide Sociale à l'Enfance (Audition Assemblée nationale du 2 Mai 2019).

DELFORTRIE, J. (2017) « De la Protection de l'Enfance à la protection de l'enfant. Questions de « poings » de vues de parents et de professionnels », *Le Sociographe*, vol. h10, no. 5, 2017, pp. 31-60.

DE MONTIGNY-GAUTHIER, P & DE MONTIGNY, F (2014), *Théorie du parcours de vie*, Cahier de recherche n° 6, Gatineau, QC : CERIF/UQO. P3

FIARD, D. & DEGENNE, C. (2018). L'approche environnementale dans l'accompagnement du trouble du spectre de l'autisme à l'âge adulte. *L'information psychiatrique*, 94, 643-650. <https://doi.org/10.1684/ipe.2018.1858>

FRECHON, I & MARQUET, L (juillet 2016) « Comment les jeunes placés à l'âge de 17 ans préparent-ils leur avenir ? » Documents de travail 227, Paris, INED.

FOUDRIAT, M. (2013) « Le changement organisationnel dans les établissements sociaux et médico-sociaux ». Perspectives théoriques croisées. Presses de l'EHESP.

GHERGHEL A & SAINT-JACQUES, M-C 2013, « la théorie du parcours de vie, une approche interdisciplinaire dans l'étude des familles » Département de sociologie, presses de l'Université Laval, Montréal 92 p. Disponible sur : <https://www.revueintervention.org-la-theorie-du-parcours-de-vie-une-approche-interdisciplinaire-dans-letude-des-familles>

IMBERT, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102, 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

LEDÉSSERT, B & BOULAHTOUF H. (avril 2016) Étude épidémiologique sur la santé des mineurs et jeunes majeurs confiés à l'aide sociale à l'enfance en Languedoc-Roussillon. Montpellier : Creai-ORS Languedoc-Roussillon. Disponible en ligne : https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2021/02/2016_POSER.pdf.

MONOD, G (2019). « Les cas complexes dans la protection de l'enfance », *Pratiques en santé mentale*, vol. 65, no. 4, 2019, pp. 39-44. P40 Consultable sur <https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2019-4-page-39.htm>

ROBIN, P (2021). « Considérés par le bas, les parcours en protection de l'enfance », *Vie sociale*, vol. 34-35, no. 2-3, 2021, pp. 159-170 P162. Consultable sur <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2021-2-page-159.htm>

VINCENT, A et DIRK, S D (2013), « Je pense, donc je résiste » : théorie de justice et personnalité dans l'explication de la résistance au changement », *Revue internationale de psychologie sociale*, 2013/1 Tome 26, p. 61-99.

Sites Consultés :

<https://annuaire.action-sociale.org/etablisements/protection-de-l-enfance/maison-d-enfants-a-caractere-social-177.html>

https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Conv_Droit_Enfant.pdf

https://www.essonne.fr/fileadmin/2-sante-social-solidarite/enfance/DPPE/Schema-Enfance-Familles_01-2.pdf

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piecejointe/2019/01/20181205cont_ributioncncph-snprotectionenfance.pdf

<https://handicap.gouv.fr/une-reponse-accompagnee-pour-tous>

<https://handicap.gouv.fr/les-aides-et-les-prestations/reforme-de-la-tarifcation-des-etablissements-de-services-pour-personnes/article/serafin-ph>
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-01/fiche_consensus_formalise.pdf
<https://www.has-sante.fr> « coordination-entre-services-de-protection-de-l-enfance-et-services-de-pedopsychiatrie »-note-de-cadrage
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045137445
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045136891
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000039417598
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000029892021
<https://www.lesechos.fr/pme-regions/ile-de-france/lessonne-ameliore-la-prise-en-charge-des-enfants-aux-troubles-complexes-1389974>
<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/quelle-strategie-regionale-pour-reduire-les-risques-de-ruptures-dans-les-parcours-de-vie-des-publics-les-plus-fragiles>.
[Santé, Protection sociale, Solidarité - N° 11 du 15 décembre 2016 \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr)
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf

Rapports

Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2021/16 du 15 septembre 2021

Convention internationale des droits de l'enfant, Convention des Nations-Unies du 20 novembre 1989. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/questions-reponses/271821-droits-de-lenfant-5-questions-sur-la-convention-internationale-cide>.

Cour des comptes. Chambres régionales & territoires des comptes « La protection de l'enfance. Une politique inadaptée au temps de l'enfant » rapport public thématique. Page 37. Novembre 2020. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/communiques-presse/rapport-de-la-cour-des-comptes-la-protection-de-lenfance-une-politique-inadaptee>

« Défenseur des droits - Rapport 2015 sur les droits de l'enfant. Extraits : Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles (extrait) », Journal du droit des jeunes, vol. 349, no. 9, 2015, pp. 36-56.

Rapport remis par le Dr Marie-Paule MARTIN-BLACHAIS à Laurence Rossignol, Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes « Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance » disponible sur :

demarche-de-consensus-sur-les-besoins-fondamentaux-de-l-enfant

« Expérimentation des conditions et des outils nécessaires à l'évaluation des situations d'enfants relevant du secteur médico-social et de la protection de l'enfance » Etude réalisée par le CREA I Nouvelle-Aquitaine en collaboration avec le CREA I Ile de France, Synthèse Novembre 2019, consultable sur https://www.creai-idf.fr/images/Visuels_ETUDES/synthese-rapport-ASE-MDPH.pdf

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DIA/DGCS/SD3B/DGOS/R4/CNSA/A1-3/2021/134 du 24 juin 2021 relative au déploiement d'unités de vie résidentielles pour adultes autistes en situation très complexe adossées à des établissements médico-sociaux dans le cadre de la stratégie nationale autisme au sein des troubles du neurodéveloppement 2018-2022. Disponible sur : <https://www.inshea.fr/fr/content/instruction-interminist%C3%A9rielle-relative-aud%C3%A9ploiement-d%E2%80%99unit%C3%A9s-de-vie-r%C3%A9sidentielles-pour>

Observatoire National de la protection de l'enfance « Protection de l'enfant : les nouvelles dispositions issues de la loi N°2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance ». Mars 2016. Disponible sur : <https://www.onpe.gouv.fr/loi-2016>

ONPE, *Le PPE : état des lieux, enjeux organisationnels et pratiques*, La documentation Française, juillet 2016, p. 135.

Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance 2020-2022, p. 36. Consultable sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_de_prevention_et_protection_de_l_enfance_vf.pdf

ONPE, IDEFHI, Rapport de recherche sous la responsabilité scientifique de L. JAMET, La prévention des ruptures de parcours pour les jeunes bénéficiant de mesures de protection de l'enfance : des motifs et facteurs de rupture à l'élaboration de stratégie d'action, 2018-2020, 198 pages. Disponible sur : [/www.reseaudesparents67.fr/UserFiles/File/ressources/rapport-de-recherche-idefhi-etude-rap-vf.pdf](http://www.reseaudesparents67.fr/UserFiles/File/ressources/rapport-de-recherche-idefhi-etude-rap-vf.pdf)

« Prévenir les ruptures dans les parcours en protection de l'enfance » Avis du Conseil économique, social et environnemental sur le rapport présenté par M. Antoine DULIN,

rapporteur au nom de la section des affaires sociales et de la santé. Disponible sur https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2018/2018_17_protection_enfance.pdf

Rapport de l'IGAS : Alexandre DENIEUL, Thierry LECONTE, François SCHECHTER, Margot CAVELY, « L'accueil de mineurs protégés dans des structures non autorisées ou habilitées au titre de l'aide sociale à l'enfance », 2020-018R Novembre 2020. Disponible sur : <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2020-018r.pdf>

Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté Référentiel d'accompagnement pour les sorties de l'aide sociale à l'enfance Février 2019. Disponible sur : <https://www.onpe.gouv.fr/ressources/document-referance-accompagner-sorties-laide-sociale-lenfance>.

Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement, (2018), Secrétariat chargé des personnes handicapées, p. 92. Disponible sur : https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf

Recommandations

ANESM/HAS, *L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance*, décembre 2014, p. 29.

ANESM, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, décembre 2008, p. 17.

ANESM/HAS, « *La prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil* » (mars 2018)

ANESM, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Janvier 2012, p.1.

CNSA, *Guide de bonnes pratiques sur les usages qualitatifs des nomenclatures des besoins et des prestations SERAFIN-PH*, Octobre 2020, p. 12.

HAS, *L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel*, février 2021.

HAS, *Accompagner la scolarité et contribuer à l'inclusion scolaire*, septembre 2021.

HAS, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, mesure 30-2 du plan Autisme 2008-2010*,

HAS, *Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte* » recommandations de bonnes pratiques HAS. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-02/20180213_recommandations_vdef.pdf

HAS, *coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie*, avril 2021.

Autres sources :

Projet associatif de l'AAPISE

Discours recueilli auprès d'un professionnel de la DPPE du Conseil Départemental de l'Essonne

Propos recueillis auprès d'un cadre du Département Autonomie de la délégation territoriale de l'Essonne de l'Agence Régionale de Santé (ARS)

Retour d'enquête exploratoire, auprès éducateurs exerçant au sein du service Meristeme

Retour d'enquête auprès d'un parent d'une jeune en situation complexe

Liste des annexes

Annexe I : Organigramme de l'Association

Annexe II : Répartition des types de prises en charge

Annexe III : Répartition des jeunes du service AAPISE MERISTEME selon l'âge

Annexe IV : Répartition des jeunes pris en charge par l'AAPISE en 2021 selon leur pays d'origine.

Annexe V : Répartition des problématiques chez les profils dits "complexes"

Annexe VI : Pyramide des âges du personnel

Annexe VII : Diagramme de G

Annexe VIII : Tableau des effectifs

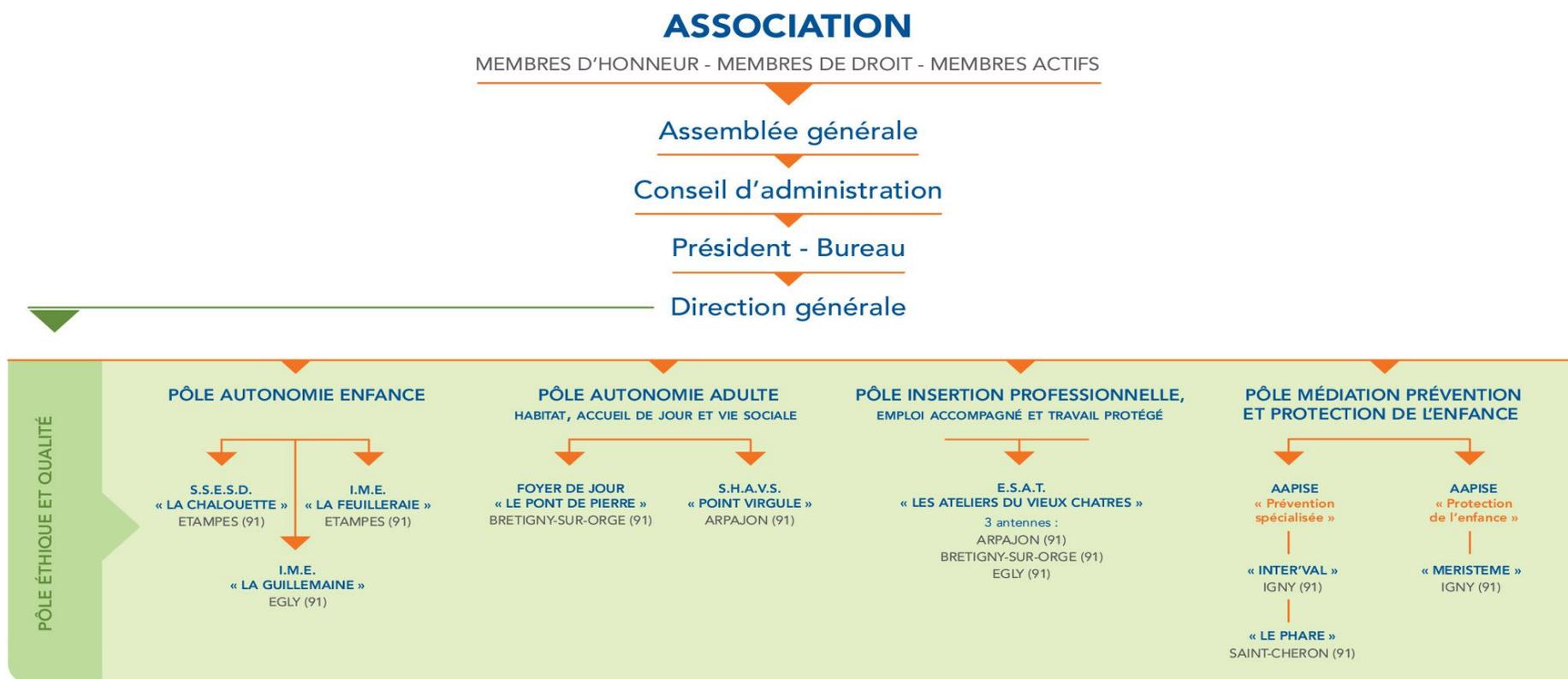
Annexe IX : Ventilation du personnel

Annexe X : Budget prévisionnel

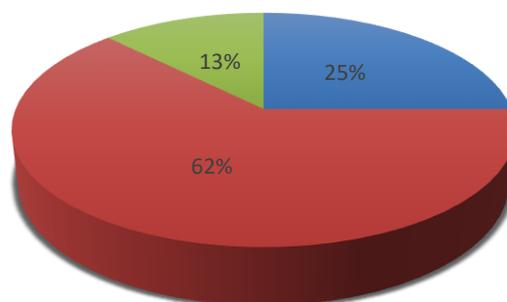
Annexe XI : Dimensions de la QVT

Annexe XII : Note architecturale

Annexe I : Organigramme de l'Association

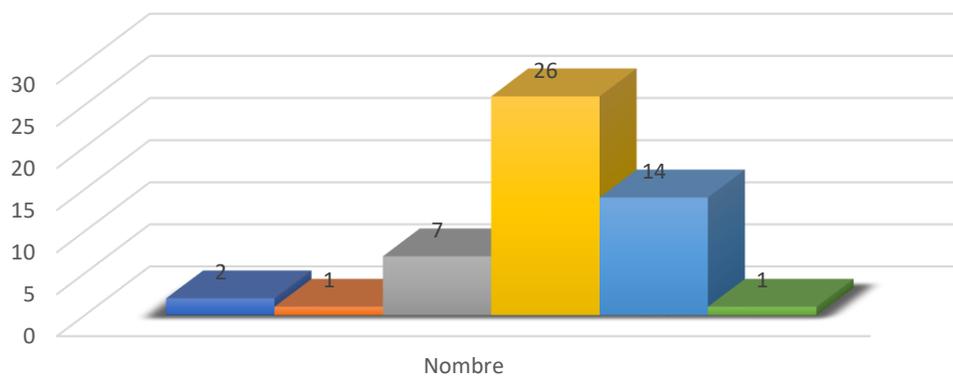


ANNEXE II: Répartition des types de prises en charge



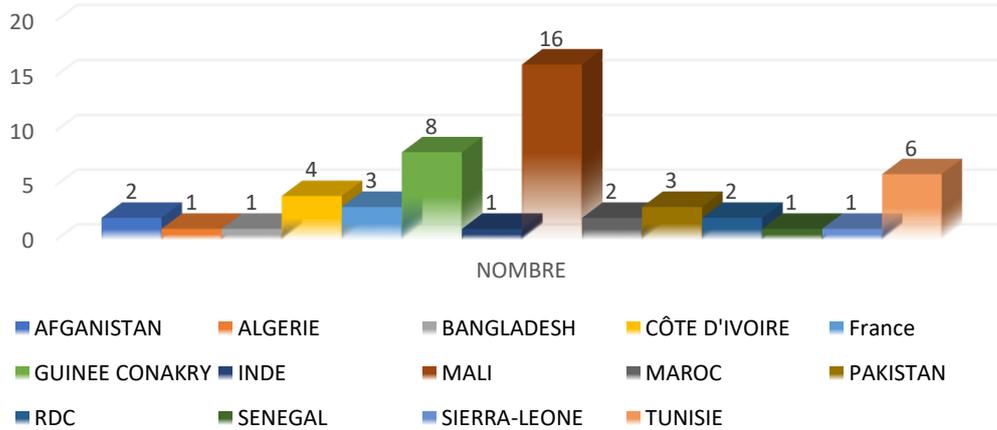
■ Collectif renforcé ■ Semi-autonomie ■ Dispositif complexe

Annexe III: Répartition des jeunes du service AAPISE MERISTEME selon l'âge

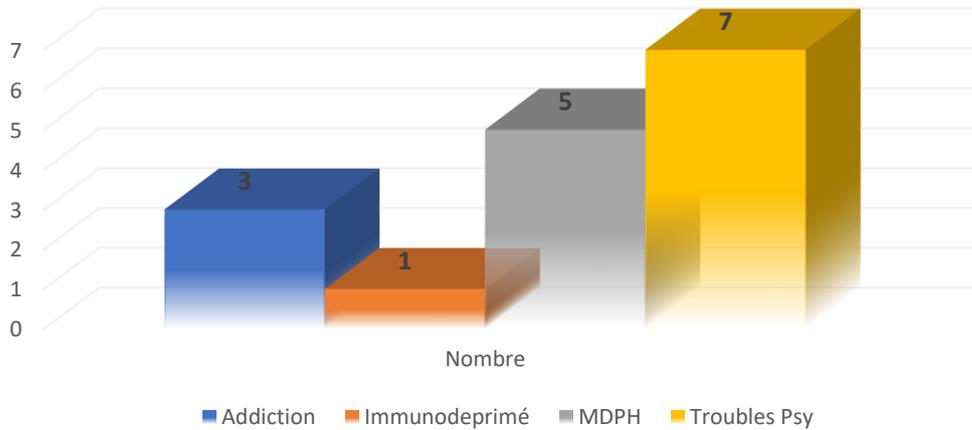


■ 15 ans ■ 16 ans ■ 17 ans ■ 18 ans ■ 19 ans ■ 20 ans

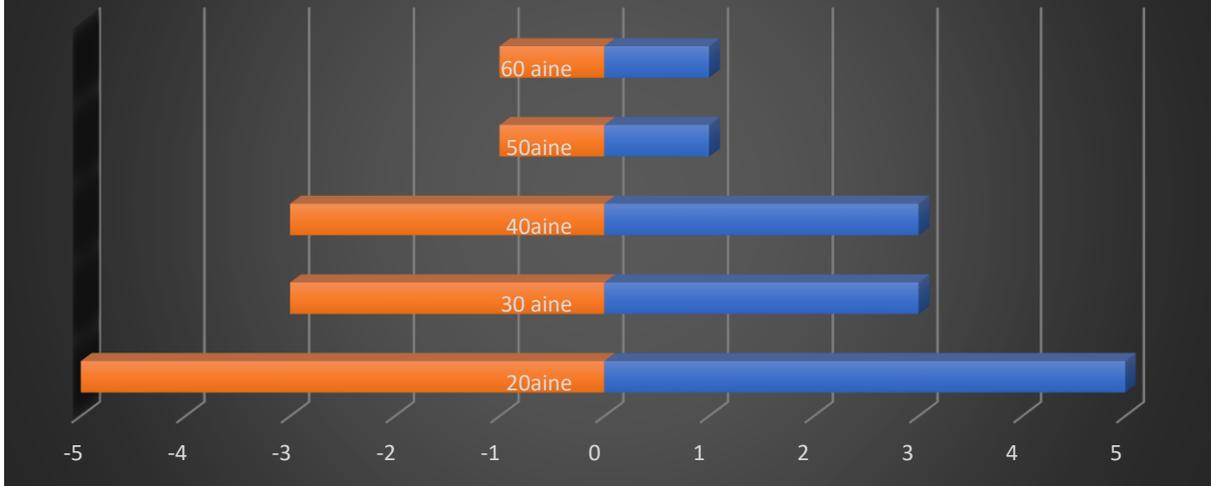
Annexe IV: Répartition des jeunes pris en charge par l'aapise en 2021 selon leur pays d'origine.



Annexe V: Répartition des problématiques chez les profils dits "complexes"



Annexe VI: Pyramide des âges du personnel



ANNEXE VII Diagramme de Gantt		2022				2023			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
ACTION	PILOTE								
Constitution d'un comité de pilotage	Représentants des groupes de pilotage, de cotation et de lecture.	■							
Élaboration du BP et dialogue financier avec les deux autorités de tarification	Président, directions (générale, de pôle et de service)		■						
Recrutement de l'Équipe encadrante	Direction des ressources humaines, direction générale et de pôle			■					
Élaboration d'un plan de communication	Direction de pôle, de service et équipe encadrante, CSE			■					
Recrutement de l'équipe éducative	Direction des ressources humaines, direction du service				■				
Rédaction du projet de service	COFIL (représentants des trois groupes) et équipe								
Construction et aménagement des locaux	Direction du service et gestionnaire immobilier			■	■	■			
Accueil des usagers en montée en charge	ASE, DPPE, ARS direction du service et équipe						■	■	■

Annexe VIII : Tableau des effectifs

Catégorie		Budget prévisionnel 2022																
		Annexe 11 - TABLEAU DES EFFECTIFS DU PERSONNEL BUDGETES EN N-1 ET VARIATION DU TABLEAU DES EFFECTIFS EN N																
		A Temps plein 2021		B Temps partiel 2021		C Total 2021		Variation en équivalent temps plein 2022		Nombre d'équivalents résultant du budget exécutoire								
Nombre d'agents (1)		Nombre d'agents (2)		Nombre d'équivalent temps plein (3)		Nombre d'agents (4) = (1) + (2)		Nombre d'équivalent temps plein (5) = (1) + (3)		En plus		Proposée		En moins		(6) = (5) + (7) - (7)		
1) Direction/Encadrement																		
- Chef de service													0,30					0,30
-																		
TOTAL 1													0,30					0,30
2) Administration/Gestion																		
-																		
TOTAL 2																		
3) Services Généraux et restauration																		
- Agent service intérieur													3,00					3,00
- Ouvrier qualifié													0,20					0,20
TOTAL 3													3,20					3,20
4) Socio-éducatif																		
- Moniteur Educateur /Educateurs spécialisé													4,00					4,00
- Educateurs sportifs													1,40					1,40
- Accompagnants éducatif													10,00					10,00
-																		
TOTAL 4													15,40					15,40
5) Paramédical																		
- Psychologue													0,20					0,20
-																		
TOTAL 5													0,20					0,20
6) Médical																		
-																		
TOTAL 6																		
TOTAL GENERAL													19,10					19,10

Annexe IX : Ventilation du personnel

AAPISE TABLEAU DES EFFECTIFS CIBLES

AGENCE FRANÇAISE POUR LA PÉDAGOGIE, LA FORMATION ET L'INNOVATION SCOLAIRE

Du lundi au vendredi

Horaires	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10	10,5	11	11,5	12	12,5	13	13,5	14	14,5	15	15,5	16	16,5	17	17,5	18	18,5	19	19,5	20	20,5	21
AS/AESE	2																												
AS/AESE Horaires coupés 8h-11h45 - 16h15-20h	0,5																												
Éduc spé	1																												
Moniteur éducateur	1																												
Rééducateur/Éduc sportif	0,4+0,5																												
Agent de service	1																												
Ouvrier d'entretien	0,2 lissé sur la semaine																												
Nuit: AS/AES	2																												
Chef de service	0,3 lissé sur la semaine																												
Psychologue	0,2 lissé sur la semaine																												
	2																												
	+ astreinte de nuit																												

TOTAL ETP 14,6

Samedi et dimanche

Horaires	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10	10,5	11	11,5	12	12,5	13	13,5	14	14,5	15	15,5	16	16,5	17	17,5	18	18,5	19	19,5	20	20,5	21
AS/AESE	2																												
AS/AESE Horaires coupés 8h-11h45 - 16h15-20h	0,5																												
Éduc spé	1																												
Moniteur éducateur	1																												
Educateur sportif	0,5																												
Agent de service	1																												
Nuit: AS/AES	2																												
	+ astreinte de nuit																												

TOTAL ETP 12,5

Annexe X :
Budget
prévisionnel

<u>Activité</u>		Budget Proposé 2022
Nombre de places ou de lits	Permanent	6
Nombre de jours d'ouverture		365
Nombre de journées d'ouvertures		2 190
Taux d'occupation		90%
Nombre de journées facturables		1 971

<u>Financier</u>	ARS	<u>Financt :</u>	Prix journée
Coût moyen à la place			208 333 €
Prix de journée moyen			
- Avec reprise de résultat			634,20 €
- Sans reprise de résultat			634,20 €

<u>Effectif</u>		
ETP		19,10
Taux d'encadrement hors externalisation surveillant nuit		3,18
Coût moyen ETP		45 646 €
Taux de charges		52,3%

Section d'investissement

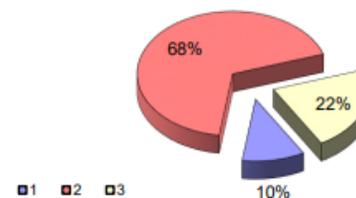
FRI Début Exercice		
Emplois	Investissements	325 000
	Remboursements d'emprunts	-
	Reprise provisions / subv / amort	
Ressources	Dotations aux amortissements	45 000
	Réserves règlementées / fonds propres	325 000
	Subventions / nouvel emprunt / sorties	
FRI Fin Exercice		45 000

Commentaires

	Budget Proposé 2022
GI Produits de la tarification	1 250 000
GII Autres produits relatifs à l'exploitation	39 420
GIII Autres produits calculés (reprise provisions)	-
Reprise de l'excédent	-
TOTAL DES PRODUITS	1 289 420
GI Coûts liés à l'exploitation	136 643
GII Coûts liés au personnel	871 838
GIII Coûts de fonctionnement de la structure	235 939
GIII Coûts d'investissement	45 000
Reprise du déficit	-
TOTAL DES CHARGES	1 289 420
RESULTAT	0

		-
Mesures Nouvelles		1 250 000
GI Coûts liés à l'exploitation		136 643
GII Coûts liés au personnel		871 838
GIII Coûts de fonctionnement de la structure		235 939
GIII Coûts d'investissement		45 000
Pdts Autres Produits		-39 420
Mesures de reconduction		
GI Coûts liés à l'exploitation		
GII Coûts liés au personnel		
GIII Coûts de fonctionnement de la structure		
GIII Coûts d'investissement		
Pdts Autres Produits		
Reprise du résultat		
Variation annuelle		1 250 000
		1 250 000

2022



**CADRE NORMALISE DE PRESENTATION DU BUDGET PREVISIONNEL D'UN ETABLISSEMENT ET SERVICE SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL
RELEVANT DU I DE L'ARTICLE L.312-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES**

SECTION D'EXPLOITATION : DEPENSES

GRUPE I : DEPENSES AFFERENTES A L'EXPLOITATION COURANTE		Réal 2020	Budget exécutoire 2021	Budget prévisionnel proposé 2022			Dépenses autorisées	Budget exécutoire
				Recon- ductions	Mesures nouvelles	Total		
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5) = (3) + (4)	(6)	(7)
ACHATS								
601	Achats stockés de matières premières et de fournitures							
602	Achats stockés - autres approvisionnements							
603	Variation des stocks							
606	Achats non stockés de matières et fournitures				20 000	20 000		
607	Achats de marchandise							
709	Rabais, remises, ristournes accordés par l'établissement							
713	Variations des stocks, en cours de production, produits (en dépenses)							
SERVICES EXTERIEURS								
6111	Sous-traitance: prestations à caractère médical							
6112	Sous-traitance: prestations à caractère médico-social				25 000	25 000		
6118	Sous-traitance: autres prestations de service							
AUTRES SERVICES EXTERIEURS								
6241	Transports de biens							
6242	Transports d'usagers				15 000	15 000		
6247	Transports collectifs du personnel							
6248	Transports divers							
625	Déplacements, missions et réceptions							
626	Frais postaux et frais de télécommunications				5 000	5 000		
6281	Prestations de blanchissage à l'extérieur				8 000	8 000		
6282	Prestations d'alimentation à l'extérieur				48 643	48 643		
6283	Prestations de nettoyage à l'extérieur				12 000	12 000		
6284	Prestations d'informatique à l'extérieur				3 000	3 000		
6287	Remboursement de frais							
6288	Autres prestations							
TOTAL GROUPE I					136 643	136 643		

**CADRE NORMALISE DE PRESENTATION DU BUDGET PREVISIONNEL D'UN ETABLISSEMENT ET SERVICE SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL
RELEVANT DU I DE L'ARTICLE L.312-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES**

SECTION D'EXPLOITATION : DEPENSES

 GROUPE II : DEPENSES AFFERENTES AU PERSONNEL		Réel 2020	Budget exécutoire 2021	Budget prévisionnel proposé 2022			Dépenses autorisées	Budget exécutoire
				Recon- ductions	Mesures nouvelles	Total		
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)=(3)+(4)	(6)	(7)
621	Personnel extérieur à l'établissement				95 046	95 046		
622	Rémunérations d'intermédiaires et honoraires				3 000	3 000		
631	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts)				45 342	45 342		
633	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes)				13 476	13 476		
641	Rémunération du personnel non médical				494 855	494 855		
642	Rémunération du personnel médical							
643	Rémunération du personnel handicapé							
645	Charges de sécurité sociale et de prévoyance				179 371	179 371		
646	Personnes handicapées							
647	Autres charges sociales				20 749	20 749		
648	Autres charges de personnel				20 000	20 000		
TOTAL GROUPE II					871 838	871 838		

**CADRE NORMALISE DE PRESENTATION DU BUDGET PREVISIONNEL D'UN ETABLISSEMENT ET SERVICE SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL
RELEVANT DU I DE L'ARTICLE L.312-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES**

SECTION D'EXPLOITATION : DEPENSES

GROUPES III : DEPENSES AFFERENTES A LA STRUCTURE

	Réal 2020	Budget exécutoire 2021	Budget prévisionnel proposé 2022			Dépenses autorisées	Budget exécutoire
			Reconductions	Mesures nouvelles	Total		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)=(3)+(4)	(6)	(7)
612							
6132				110 000	110 000		
6135				15 000	15 000		
614				4 000	4 000		
6152				3 000	3 000		
6155							
6156				5 000	5 000		
616				5 200	5 200		
617							
618				668	668		
623							
627							
635				3 000	3 000		
637							
AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE							
651							
654							
655				90 071	90 071		
657							
658							
CHARGES FINANCIERES							
66							
CHARGES EXCEPTIONNELLES							
671							
673							
675							
678							

**CADRE NORMALISE DE PRESENTATION DU BUDGET PREVISIONNEL D'UN ETABLISSEMENT ET SERVICE SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL
RELEVANT DU I DE L'ARTICLE L.312-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES**

SECTION D'EXPLOITATION : DEPENSES

	Réal 2020	Budget exécutoire 2021	Budget prévisionnel proposé 2022			Dépenses autorisées	Budget exécutoire
			Recon- ductions	Mesures nouvelles	Total		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)=(3)+(4)	(6)	(7)
GROUPE III : DEPENSES AFFERENTES A LA STRUCTURE (suite)							
<i>Dotations aux amortissements, aux dépréciations, aux provisions et engagements</i>							
6811 Dotations aux amortissements des immobilisations incorporelles et corporelles				45 000	45 000		
6812 Dotations aux amortissements des charges d'exploitation à répartir							
6815 Dotations aux provisions pour risques et charges d'exploitation							
6816 Dotations aux dépréciations des immobilisations incorporelles et corporelles							
6817 Dotations aux dépréciations des actifs circulants							
686 Dotations aux amortissements et aux provisions: charges financières							
687 Dotations aux amortissements et aux provisions: charges exceptionnelles							
6871 dont dotations aux amortissements exceptionnels des immobilisations							
68725 dont dotations aux amortissements dérogatoires							
68741 dont dotations aux provisions réglementées destinées à renforcer la couverture du BFR							
68742 dont dotations aux provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations							
687461 dont dot. aux provisions réglementées: réserves des plus-values nettes d'actif immobilisé							
687462 dont dot. aux provisions réglementées: réserves des plus-values nettes d'actif circulant							
68748 dont autres							
6876 dont dotations aux dépréciations exceptionnelles							
689 Engagements à réaliser sur ressources affectées							
6894 dont engagements à réaliser sur subventions attribuées							
6895 dont engagements à réaliser sur dons manuels affectés							
6897 dont engagements à réaliser sur legs et donations affectées							
TOTAL GROUPE III				280 939	280 939		
TOTAL GENERAL (GROUPE I + GROUPE II + GROUPE III)				1 289 420	1 289 420		
	RAN 2020	RAN 2021			Report à nouveau 2022		
002 Déficit de la section d'exploitation reporté							
005 Amortissements comptables excédentaires différés							
TOTAL DEPENSES D'EXPLOITATION				1 289 420	1 289 420		

**CADRE NORMALISE DE PRESENTATION DU BUDGET PREVISIONNEL D'UN ETABLISSEMENT ET SERVICE SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL
RELEVANT DU I DE L'ARTICLE L.312-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES**

SECTION D'EXPLOITATION : RECETTES

GROUPE I : PRODUITS DE LA TARIFICATION		Réel 2020	Budget exécutoire 2021	Budget prévisionnel proposé 2022			Dépenses autorisées	Budget exécutoire
				Reconductions	Mesures nouvelles	Total		
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5) = (3) + (4)	(6)	(7)
731	Produits à la charge de l'assurance maladie (hors EHPAD)				1 250 000	1 250 000		
732	Produits à la charge de l'Etat							
733	Produits à la charge du département (hors EHPAD)							
734	Produits à la charge de l'usager (hors EHPAD)							
735	Produits des EHPAD - Secteur des personnes âgées							
7351	dont produits à la charge de l'assurance maladie							
7352	dont produits à la charge du département							
7353	dont produits à la charge de l'usager							
738	Produits à la charge d'autres financeurs							
TOTAL GROUPE I					1 250 000	1 250 000		
GROUPE II : AUTRES PRODUITS RELATIFS A L'EXPLOITATION		Réel 2020	Budget exécutoire 2021	Budget prévisionnel proposé 2022			Dépenses autorisées	Budget exécutoire
				Reconductions	Mesures nouvelles	Total		
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5) = (3) + (4)	(6)	(7)
70	Produits sauf 7082				39 420	39 420		
7082	Participations forfaitaires des usagers							
70821	dont forfaits journaliers							
70822	dont participations des personnes handicapées prévues au 4° alinéa de l'article L.242-4 du CASF							
70823	dont participations aux frais de repas et de transport dans les ESAT							
70828	dont autres participations forfaitaires des usagers							
71	Production stockée							
72	Production immobilisée							
74	Subventions d'exploitation et participations							
75	Autres produits de gestion courante							
603	Variation des stocks (en recettes)							
609	Rabais, remises et ristournes obtenus sur achats							
619	Rabais, remises et ristournes obtenus sur services extérieurs							
629	Rabais, remises et ristournes obtenus sur autres services extérieurs							
6419	Remboursements sur rémunérations du personnel non médical							
6429	Remboursements sur rémunérations du personnel médical							
6439	Remboursements sur rémunérations des personnes handicapées							
6459/69	Remboursements sur charges de sécurité sociale et de prévoyance et sur autres charges sociales							
779								
6489	Fonds de compensation des cessations anticipées d'activité							
6611	Intérêts des emprunts et dettes (en recettes)							
TOTAL GROUPE II					39 420	39 420		

**CADRE NORMALISE DE PRESENTATION DU BUDGET PREVISIONNEL D'UN ETABLISSEMENT ET SERVICE SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL
RELEVANT DU I DE L'ARTICLE L.312-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES**

SECTION D'EXPLOITATION : RECETTES

	Réal 2020	Budget exécutoire 2021	Budget prévisionnel proposé 2022			Dépenses autorisées	Budget exécutoire
			Recon- ductions	Mesures nouvelles	Total		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5) = (3) + (4)	(6)	(7)
GROUPE III : PRODUITS FINANCIERS ET PRODUITS NON ENCAISSABLES							
76 Produits financiers							
PRODUITS EXCEPTIONNELS							
771 Produits exceptionnels sur opérations de gestion							
773 Produits sur exercices antérieurs							
775 Produits de cessions d'éléments d'actif							
777 Quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice							
778 Autres produits exceptionnels							
AUTRES PRODUITS							
781 Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions (à inscrire dans les produits d'exploitation)							
786 Reprises sur dépréciations et provisions (à inscrire dans les produits financiers)							
787 Reprises sur dépréciations et provisions (à inscrire dans les produits exceptionnels)							
78725 dont reprises sur amortissements dérogatoires							
78741 dont reprises sur provisions réglementées destinées à renforcer la couverture du BFR							
78742 dont reprises sur provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations							
787461 dont reprises sur provisions réglementées: réserves des plus-values nettes d'actif immobilisé							
787462 dont reprises sur provisions réglementées: réserves des plus-values nettes d'actif circulant							
78748 dont autres reprises (sur provisions réglementées)							
7876 dont reprises sur dépréciations exceptionnelles							
789 Report des ressources non utilisées des exercices antérieurs (M22 bis)							
79 Transferts de charges							
791 dont transfert de charges d'exploitation							
796 dont transfert de charges financières							
797 dont transfert de charges exceptionnelles							
TOTAL GROUPE III							
TOTAL GENERAL (GROUPE I + GROUPE II + GROUPE III)				1 289 420	1 289 420		
	RAN 2020	RAN 2021			Report à nouveau 2022		
002 Excédent de la section d'exploitation reporté							
005 Amortissements comptables excédentaires différés							
TOTAL RECETTES D'EXPLOITATION				1 289 420	1 289 420		

Annexe XI : Dimensions de la QVT au sein du Service Meristeme

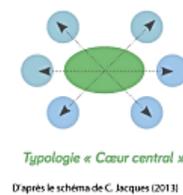
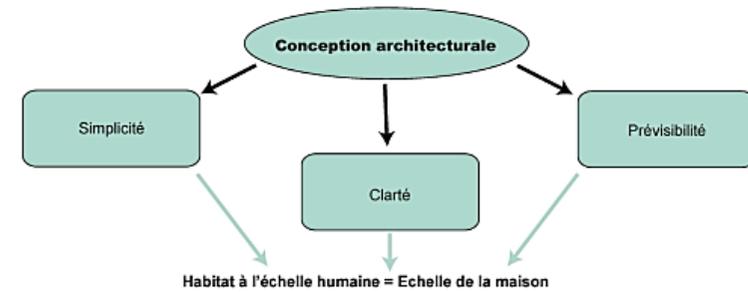
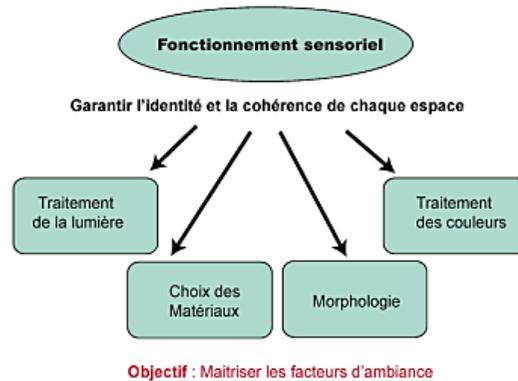
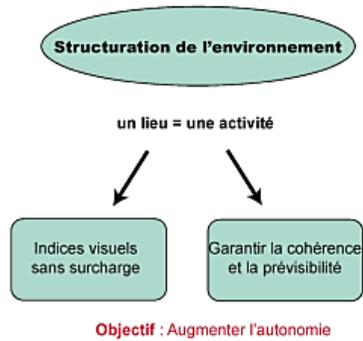
<p>Contenu du travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clarté au travail ; • Autonomie dans le travail ; • Moyens pour réaliser le travail ; • Clarté des consignes ; • Gestion de l'activité • Répartition de la charge de travail 	<p>Santé au travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise en compte de la santé ; • Diffusion de DUERP ; • Mise en œuvre du plan d'action ; • Aménagement des lieux et postes ; • Optimisation de déplacements professionnels • Répartition de la charge de travail 	<p>Compétences, parcours professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parcours d'intégration ; • Entretiens individuels ; • Gestion des compétences ; • Plan de formation ; • Adaptation des compétences ; • Utilisation des compétences
<p>Égalité professionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conciliation vie professionnelle et vie personnelle ; • Aménagement des horaires ; • Usage des outils de communication ; • Égalité professionnelle. Femmes/hommes ; • Pyramide des âges ; • Prise en compte du handicap. 	<p>Management, engagement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaissance de la stratégie, du projet de la structure ; • Clarté des rôles ; • Diffusion des procédures de travail ; • Temps d'échange sur le travail ; • Transparence de la politique de rémunération ; • Informations sur les changements 	<p>Relations au travail, climat social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relation au travail ; • Organisation des réunions internes ; • Diffusion des supports internes ; • Rôle des instances ; • Éléments conviviaux ; • Lieux de pause

Annexe XII : Note architecturale

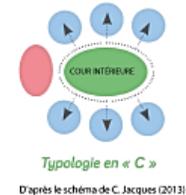
UNITÉS RÉSIDENTIELLES DE REPIT DE 6 PLACES - BRUYERES-LE-CHATEL (91)



PRINCIPES DE CONCEPTION



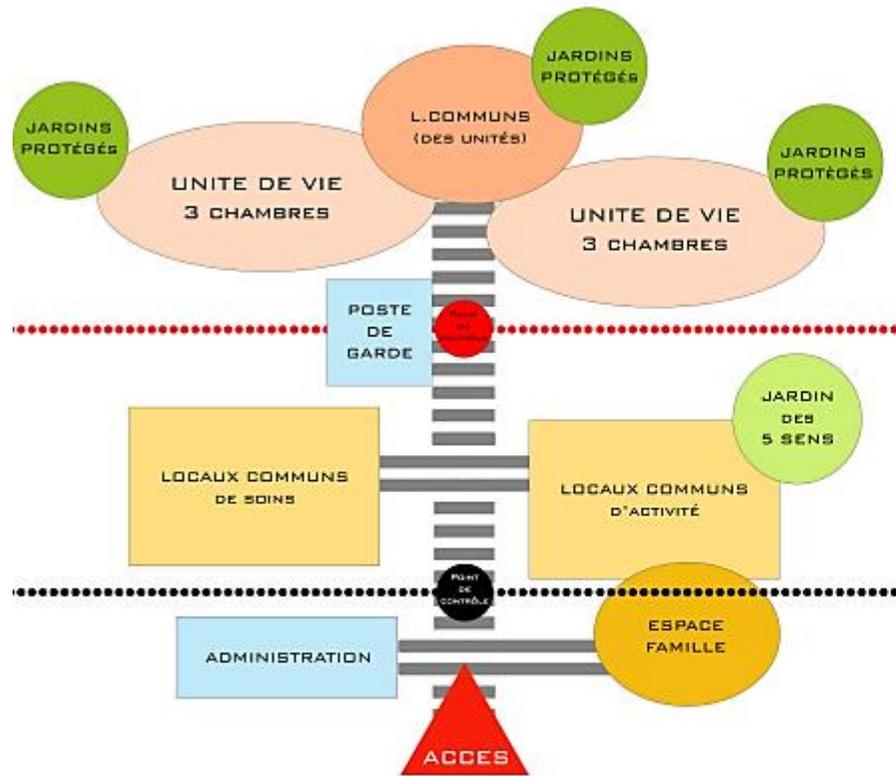
Typologies à privilégier



D'après le « Guide pédagogique et technique pour l'aménagement de l'espace »
Centre Hospitalier de Rouffach - CRA Pôle adultes 68 - Association Adèle de Glaubitz
Réalisé par Perrine Bellusso, Marie Haegel, Karol Hamist Corinne Kathrein, et Aurore Massias-Zeder - 2017

D'après le « Guide pédagogique et technique pour l'aménagement de l'espace »
Centre Hospitalier de Rouffach - CRA Pôle adultes 68 - Association Adèle de Glaubitz
Réalisé par Perrine Bellusso, Marie Haegel, Karol Hamist Corinne Kathrein, et Aurore Massias-Zeder - 2017

UNITÉS RÉSIDENTIELLES DE REPIT DE 6 PLACES - BRUYERES-LE-CHATEL (91)



UNITÉS RÉSIDENTIELLES DE REPIT DE 6 PLACES - BRUYERES-LE-CHATEL (91)



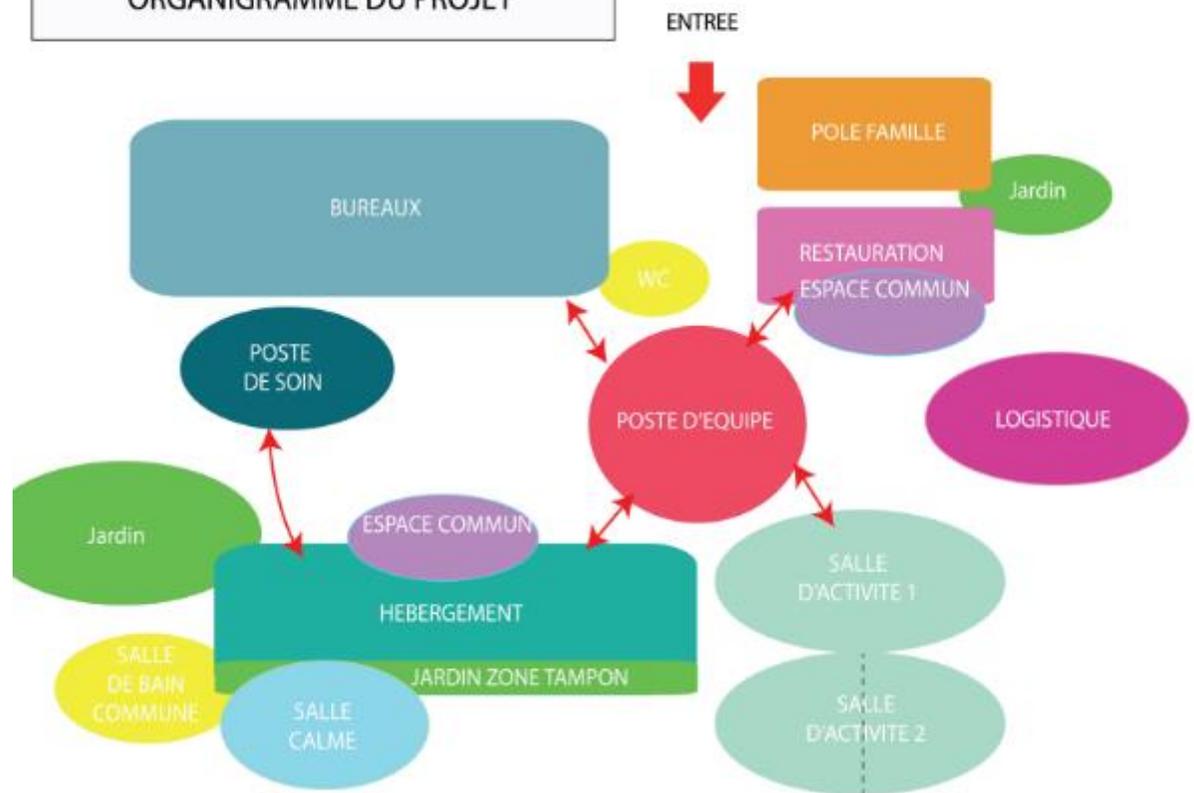
Maison deRépit			
Tableau des surfaces utiles programme			
Surfaces programme			
Fonctions	Nbre d'espaces	SU unitaire	SU totale
1- Accueil, locaux administratifs			
Sas	1	PM	0,00
Accueil	1	20,00	20,00
Administration			
bureau direction	1	12,00	12,00
bureau polyvalent	1	pm	pm
bureau médecin et ou orthophoniste	1	12,00	12,00
Infirmier	1	10,00	10,00
sanitaire public	1	3,50	3,50
local photocopie archives / fournitures	1	5,00	5,00
Locaux du personnel			
détente / repos personnel	1	18,00	18,00
vestiaire personnel	1	15,00	15,00
sanitaire personnel	2	3,50	7,00
Total accueil, locaux administratifs communs			102,50
2- ESPACES DE VIE INDIVIDUELS			
2-1 unité 1			
Chambre simple avec sdb	3	19,00	57,00
espace calme	1	5,00	5,00
2-2 unité 2			
Chambre simple avec sdb	3	19,00	57,00
espace calme	1	5,00	5,00
2-3 espaces communs			
Séjour	1	40,00	40,00
salle a manger	1	30,00	30,00
cuisine de distribution		pm	pm
salle de bains therapeutique (VOIR ESP COM)		pm	pm
2-4 Logistique			
Poste de garde	1	8,00	8,00
Linge propre et Linge sale		pm	pm
Total Espaces de vie			202,00
3 - Espaces communs et ateliers			
3-1 Ateliers Communs			
atelier Cuisine therapeutique	1	25,00	25,00
Atelier Expression artistique	1	25,00	25,00
Salle de Sport PM	1		0,00
Salle Informatique	1	20,00	20,00
Bibliothèque	1	5,00	5,00
salle snoezelen	1	12,00	12,00

Surfaces programme			
Fonctions	Nbre d'espaces	SU unitaire	SU totale
Atelier -salle de jeux	1	pm	pm
Atelier	1	30,00	30,00
Home Cinéma	1	35,00	35,00
Salle de Musique	1	pm	pm
Salle à Manger	1	30,00	30,00
San public	2	3,00	6,00
Salle de Bains therapeutique	1	18,00	18,00
vestiaire	1	pm	pm
total Ateliers Communs			206,00
3- Logistique			
3-1 Office de Rechauffage			
hall livraison, stockage froid	1	5,00	5,00
déconditionnement légumes	1	6,00	6,00
office	1	16,00	16,00
laverie	1	8,00	8,00
Réserve épicerie sèche	1	5,00	5,00
stockage déchets	1	6,00	6,00
entretien cuisine		PM	
bureau	1	6,00	6,00
sanitaire cuisine			
vestiaire homme		15,00	30,00
douche			
vestiaire femme	1		
total Office restauration PREVOIR UN RELAIS DANS LALLOYAUX			82,00
3-2 Service du linge			
lingerie	1	10,00	10,00
buanderie	1	10,00	10,00
total Lingerie			20,00
3-2 entretien - réserves - locaux techniques			
local entretien	1	10,00	10,00
local poubelles	1	8,00	8,00
San	1	3,00	3,00
local ventilation	1	8,00	8,00
TGBT			
Local informatique			
réserve	1	25,00	25,00
total entretien - réserves			54,00
TOTAL SU			666,50

UNITÉS RÉSIDENTIELLES DE REPIT DE 6 PLACES - BRUYERES-LE-CHATTEL (91)



ORGANIGRAMME DU PROJET



FOUAL

Mohand

Novembre 2022

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

ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Parmentier Paris Ile de France

Piloter, en protection de l'enfance, un dispositif d'accompagnement de grands mineurs et de jeunes majeurs en situation de handicap, pour prévenir les ruptures de parcours.

Résumé :

La révolution législative introduite par la loi 2-2002 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale s'est cristallisée dans la remise de l'usager au centre du dispositif. Or, ce droit, bien qu'affirmé dans les textes, se voit relégué dans sa mise en pratique à la disposition et aux capacités des établissements à dépasser les cloisonnements induits par les politiques catégorielles.

En effet, plusieurs profils de jeunes relevant à la fois de placement ASE et porteurs de handicap se voient souffrir la continuité du parcours faute de prise en charge adaptée. Ainsi ces derniers se retrouvent dans des espaces interstitiels à la lisière de politiques publiques cloisonnées et leur prise en charge reste, à ce jour, un défi permanent pour les établissements eu égard aux besoins pluriels en compétences auxquelles ils n'ont pas accès, notamment, en matière de santé mentale. Ces profils qualifiés de « cas complexes » mettent ainsi à l'épreuve, la capacité des acteurs médico-sociaux à œuvrer conjointement.

C'est dans cette optique que ce mémoire, se veut comme l'une des mises en lumière de cette problématique tout en mettant en œuvre des éléments de réponse pour inscrire une continuité de parcours au titre de la démarche « Une réponse accompagnée pour tous » (RAPT) issue des préconisations du rapport Piveteau « Zéro sans solution ». Ceci en vue de proposer une réponse individualisée à chacun des jeunes accueillis au sein du service rattaché au pôle que je dirige.

Il est ainsi question d'une mise en place de petites unités d'accueil avec des paliers de stabilisation et d'autonomie pour des jeunes dits en « situation complexe » ; d'inscrire et accompagner un changement à la fois dans l'organisation du service ; et par la même dans les pratiques tout en élargissant le champ partenarial en vue d'une évolution et transformation de l'offre.

Mots clés :

Protection de l'enfance – Handicap – Hybridation – Jeune en situation complexe – Parcours - Ruptures – Equipe – Changement – Management – Transformation de l'offre - Santé mentale – PPE – Coordination

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.