



**METTRE EN OEUVRE EN PROTECTION DE L'ENFANCE UN
PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIO-ÉDUCATIF
POUR FAVORISER LA CONTINUITÉ DES PARCOURS DES
JEUNES EN TRÈS GRANDE DIFFICULTÉ**

Carole OLIVETTE

2023

cafedes

Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord mon Père, mes frères et sœurs qui m'ont soutenue de près ou de loin, et qui se reconnaîtront. Une pensée particulière va pour ma sœur Nathalie et pour Cécile, merci pour votre soutien !

Merci également à tout le personnel d'AEPC Concorde, à Mme Mazerat sa directrice générale, et particulièrement à Toufik Oukaci pour son aide précieuse et ses encouragements.

Je remercie également tous ceux qui par leur contribution et leur accueil, m'ont permis d'avoir un regard plus clair sur le public des jeunes en difficulté : Anne Lequenne, Sébastien Louchet, Yannis Gansel, les éducateurs d'AEPC Concorde et de Graine de Vie, la directrice de l'association Métabole et le directeur du DAP actuel ainsi que tout le personnel du DAP.

Enfin, je tiens à remercier spécialement mon guide mémoire Mr Antenat, pour son soutien et sa patience et Mme Paquin pour sa compréhension.

Sommaire

Introduction	5
<CHAPITRE I Contextualisation >	7
1.1 Les jeunes dits en très grande difficulté de l'ASE : tentative de définition	7
1.1.1 Le public et ses caractéristiques	7
1.1.2 Des jeunes aux spécificités difficilement repérables statistiquement	9
1.2 Le contexte législatif et institutionnel de leur accompagnement	16
1.2.1 Les Projets régionaux de santé Ile-de-France 2018-2022, 2023- 2028 et le projet territorial de santé mentale de Seine-Saint-Denis 2020-2025.....	16
1.2.2 Le plan de santé mentale du 14 novembre 2021	18
1.2.3 Les circulaires et bulletins officiels.....	19
1.2.4 Les lois et décrets	19
1.2.5 Les recommandations de la HAS de 2019 concernant le dispositif de recueil et de traitement des informations préoccupantes :	21
1.2.6 Les stratégies nationales.....	22
1.2.7 Le 3ème Schéma Départemental de Seine-Saint-Denis 2019 et sa feuille de route 2022.....	22
1.3 Le contexte territorial : la protection de l'enfance en Seine-Saint-Denis .	23
1.3.1 Le contexte socio-démographique de la Seine-Saint-Denis.....	24
1.3.2 Le contexte social et en matière de soins psychiques	25
1.3.3 La situation de la protection de l'enfance en Seine-Saint-Denis	27
1.4 Les apports théoriques sous-tendant ma réflexion	28
1.4.1 Les concepts liés à la psychologie clinique et à la psychopathologie.....	28
1.4.2 Les concepts liées aux apports des recherches en neurosciences et leur incidence sur le développement de l'enfant et son parcours d'adulte	32
1.4.3 Les concepts liés au domaine médico-social.....	33
1.4.5 L'apport des recherches en neurosciences et de la pédopsychiatrie	35
< CHAPITRE II Constat, diagnostic et problématique liés à l'accompagnement des jeunes dits « TGD »	39
2.1 Notre association et son champ d'action dans l'accompagnement des jeunes dits « TGD »	39
2.1.1 Sa création, ses missions, son public	39

2.1.2	Ses moyens humains et logistiques en faveur de l'accompagnement des jeunes dits «TGD»	39
2.1.3	Le projet MétaDap et le partenaire Métabole	40
2.2	Constat : un public peu présent dans les statistiques, aux besoins spécifiques insuffisamment pris en charge	43
2.2.1	Évaluation des dispositifs pour jeunes dits « TGD » de la Seine-Saint-Denis retravaillé	45
2.2.2	Diagnostic de la protection de l'enfance en Seine-Saint-Denis.....	46
2.3	Éléments d'enquête interne	47
2.3.1	Les entretiens semi-directifs	47
2.3.2	Les entretiens à partir de questionnaires ouverts	47
2.4	Analyse et diagnostic	49
2.4.1	Intérêt de la démarche	49
2.4.3.	Analyse des données (statistiques, médico-sociales et internes).....	51
2.4.4.	Diagnostic : forces, faiblesses, opportunités et menaces d'AEPC ?.....	53
2.4.4.1	État des lieux de l'association en regard du projet MultiDap 22 : atouts (forces et opportunités) de l'association.....	53
2.4.4.2	Les faiblesses et les menaces : diagnostic au niveau du dispositif DAP de l'association	55
2.5	Problématique	57
2.6	Hypothèses	58
< CHAPITRE III Plan d'action: le Projet MultiDap 22>		61
3.1	Présentation et caractéristiques du projet	61
3.1.1	Les objectifs du projet.....	61
3.1.2	La déclinaison du projet en 4 unités de parcours	61
3.1.2	La planification et le fonctionnement du projet d'établissement MultiDap 22 ..	64
3.1.5	Le réseau interne et externe	67
3.1.6	Les modes de financement de soins envisagés	68
3.2	Mise en œuvre du projet	68
3.2.1	Pilotage et organisation institutionnelle du projet	68
3.2.2	Le management appliqué au sein du MultiDap 22	70
3.2.3	Le coût du projet, la recherche de financements et de partenariats	71
3.2.4	La communication interne et externe	73
3.2.5	Les moyens et ressources mobilisables.....	73
3.2.6	Les résistances et contraintes possibles	74
3.2.7	Points de vigilance	75
3.3	Évaluation de la mise en œuvre du projet	76

3.3.1 Les différentes formes d'évaluations	76
3.3.2 Les indicateurs de réussite.....	77
3.4 Les enjeux.....	77
Conclusion.....	79
Bibliographie	81
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ACEs : acronyme en anglais de « Adverse Childhood Experiences » qui est traduit par « expériences négatives de l'enfance ».

ADF : Assemblée de départements de France

AED : Accompagnement Éducatif à Domicile

AEMO : Action Éducative en Milieu Ouvert

AEPC : Association d'Education et de Protection Concorde

AI : Association intermédiaire

ANR : Agence nationale de la recherche

AP-HP : Assistance Publique -Hôpitaux de Paris

APJM : Accueil Provisoire Jeune Majeur

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

AVC : Accident Vasculaire cérébral

CAC : Centre d'Accueil et de Crise

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CDEF : Centre Départemental Enfants et Familles

CER : Centre Éducatif Renforcé

CESE : Conseil Économique Social et Environnemental

CIEJ : Centre d'Initiatives pour l'Emploi des Jeunes

[CIM-10] : classification Internationale des Maladies, 10^{ème} révision

CIO : Centre d'Information et d'Orientation

CHI : Centre Hospitalier Intercommunal

CISP-2 : Classification Internationale des Soins Primaires, deuxième édition

CLIP : Coordination Locale de l'Information Préoccupante

CM : Capacité de mentalisation

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico Psycho-pédagogique

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRIP : Cellule de Recueil d'Informations Préoccupantes

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CTPS : Consultation thérapeutique psychosociale

DAP : Dispositif d'Accueil Personnalisé

DAP : Délégation de l'autorité parentale
DAPI : Dispositif d'Accueil et de Prévention Infantile
DGAS : Direction Générale des Affaires Sociales
DGS : Direction Générale de la Santé
DIH : Dispositif Intégré Handicap
DNDR : Dotation Nationale de Développement des Réseaux
DSOE : Service de l'Observatoire Départemental
DTPJJ : Direction Territoriale de la Protection Judiciaire et de la Jeunesse
DU : Diplôme Universitaire
DUD : Document Unique de Délégation
E2C : Ecole de la deuxième Chance
EGF : Échelle d'évaluation globale de fonctionnement
EMDR : Eye Movement Desensitization Processing
ENE : Expérience Négative de l'Enfance
ESMS : Établissements Sociaux et Médico-sociaux
ESPT : Etat de Stress Post Traumatique
FAQSV : Fonds d'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville
EGF : Échelle d'Évaluation Globale de Fonctionnement
ESPT : État de Stress Post Traumatique
GAEJ : Groupe pour l'Aide à l'Éducation des Jeunes
GHT : Groupements hospitaliers de territoires
GHU : Groupement Hospitalier Universitaire
GPEC : Gestion Prévisionnelle de l'Emploi et des Compétences
GRIF : Groupement de Recherche Île-de-France
HAS : Haute Autorité de Santé
HMO : équivalent d'une mutuelle
INSEE : Institut National des Statistiques et de l'Économie
IOE : Investigation et orientation éducative
IP : Information Préoccupante
JCLT : Jeunesse Culture Loisirs et Technique
MAM : Maison d'Assistants Maternels
MDA : Maison des Adolescents
JCLT : Jeunesse Culture Loisirs et Technique
MDFT : Multidimensional Family Therapy
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MIJE : Mesure Judiciaire d'Investigation Éducative
MNA : Mineur Non Accompagné
MTT : Multimodal Trauma Treatment

ODAS: Observatoire National du développement et de l'Action Sociale
ODPE : Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance
OLINPE : Dispositif d'Observation Longitudinale Individuelle et Nationale en Protection de l'Enfance
ONDRP : Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales
ONED : Observatoire National de l'Enfance en Danger
PAEJ : Point d'Accueil et Écoute Jeunes
PG : Psychiatrie Générale
PIJ : Psychiatrie Infanto-Juvenile
PIR-GAS : Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PPE : Projet pour l'Enfant
PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale
RSA : Revenu de Solidarité Active
SEPAD : Service Éducatif de Protection et d'Accompagnement à Domicile
SESSAD : Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile
SIAO : Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation
SNATED : Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger
SPIP : Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSD : Seine-Saint-Denis
TARGET: Trauma Affect Regulation Guide for Education and Therapy
TCA: Trouble du Comportement Alimentaire
TF-CBT : Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy
UFITAA: Unité Familiale Interhospitalière pour les Troubles du Comportement Alimentaire de l'Adolescent
UNIDEP: Unité de Diagnostic et d'Évaluation Pluri-Professionnelle

Introduction

On sait qu' «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 »¹ relevant de plusieurs modes de prise en charge (sanitaire, sociale, médico-sociale, judiciaire), besoins mis en évidence par le rapport sur la Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, [...] visant plus largement à compenser les conséquences sur la santé globale des expériences négatives vécues dans l'enfance (Adverse Childhood Experiences – ACE).»²

La réforme de la loi du 14 mars 2016, stipule que « la protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits. »

En tant que directrice d'un dispositif d'accompagnement psycho-socio-éducatif dédié aux jeunes dits en très grande difficulté (TGD) de Seine-Saint-Denis appelé DAP (Dispositif d'Accueil Personnalisé) dans le cadre d'une association reconnue d'utilité publique, je suis confrontée à la nécessité d'accompagner ces jeunes en qui « outre la souffrance psychique [...] se caractérisent par des parcours de vie faits de ruptures successives traduisant les échecs répétés des prises en charge - échec scolaire, exclusion des institutions induisant de ce fait des attitudes de ruptures et de rejet et le renvoi sur d'autres filières de prise en charge, souhaitées plus contenantes».⁴ À la croisée de l'éducatif et du soin, du handicap et parfois de la justice ces jeunes représentent un enjeu éducatif fort, aussi bien pour les politiques publiques que pour nous, professionnels, et « ils nous mettent en difficulté à les accompagner ou les soigner ». (Desveaux, 2016)⁵. Selon le Haut Comité de la Santé Publique, leur santé physique et mentale est (...) « une préoccupation majeure de santé publique (...) qui mérite une attention encore plus aiguë [...], notamment s'ils relèvent d'une décision judiciaire ». Face à une offre de soins adaptés insuffisante et coûteuse en pédopsychiatrie, nous avons monté un partenariat avec une autre association s'occupant de soins psycho-cliniques pour jeunes en TGD, pour un service d'accompagnement

¹ Arrêté du 28 novembre 2019 modifiant l'arrêté du 3 juin 2019 relatif à l'expérimentation pour un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039450911>

² Cahier des charges annexé à l'arrêté du 28 novembre 2019 relatif à l'expérimentation pour un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés : Projet d'expérimentation dans le cadre de l'article 51 de la FLSS 2018.

⁴ Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté. [publié le 3 mai 2002]

⁵ Jean Baptiste Desveaux « Penser le soin des adolescents en institution à partir des apports de Winnicott », *Journal de la psychanalyse de l'enfant* 2016/1 (Vol. 6), p. 131-166.

psychosocial personnalisé⁶ initié en 2016, partenariat qui a pris fin pour des raisons budgétaires à la demande du Conseil départemental de Seine-Saint-Denis. Un travail de substitution du suivi psychologique des jeunes a été amorcé avec les services de soins de droit commun (psychologues libéraux ou en CMP) et ce, dès septembre 2019.

Courant 2020, il nous a été demandé de réduire progressivement le nombre de jeunes accueillis de 16 à 12. De 25 places en 2016, nous sommes passés à 8 en 2021, et cela dans la perspective de ne plus accueillir de jeunes dits en TGD en 2023.⁷

Le problème reste entier et une double contradiction existe : celle d'un public encore mal répertorié dans les statistiques, aux problématiques multiples, aux besoins spécifiques nécessitant un accompagnement multidimensionnel et dont on veut faire disparaître la qualification de «TGD» mais toujours présent, confronté à une offre de soins psychiatriques et psychothérapeutiques insuffisante, coûteuse, et difficilement finançable au niveau de notre ligne budgétaire, dans un contexte de cloisonnement entre le médical et le social , avec des perspectives de parcours de soins incertaines à la sortie, et que nous nous efforçons d'accompagner dans notre dispositif au mieux de nos moyens.

Dans la première partie de ce mémoire, je vais définir ce public et contextualiser le territoire, de la Seine-Saint-Denis où nous l'accompagnons. Je vais circonscrire les apports théoriques sur lesquels je me suis basée pour ma recherche.

Dans une deuxième partie, je vais présenter, en m'appuyant sur des recherches et enquêtes de terrain, un diagnostic de la situation de leur accompagnement psycho-social en Seine-Saint-Denis, et proposer une analyse me permettant de poser une problématique.

Dans une troisième et dernière partie, je vais présenter mon plan d'action, qui, en plus d'améliorer l'existant, inclura deux nouveaux dispositifs thérapeutiques expérimentaux dans le cadre du cahier des charges de 2023 - en utilisant les leviers du parcours et du projet pour l'enfant, ainsi que celui du parcours institutionnel – (qui) nécessite de poursuivre le renforcement des partenariats par le Conseil Départemental avec les services de l'État et l'hospitalier. »⁸

⁶ « MÉTABOLE » est une association à but non lucratif régie par la loi de 1901. Créée à l'initiative d'un groupe de professionnels du champ psychothérapeutique et socio-éducatif qui participaient depuis le milieu des années 80 au développement de réponses nouvelles aux besoins des adolescents en difficulté, elle inscrit son projet de « Service d'Aide Psycho-sociale » dans le champ d'intervention de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

⁷ AEPC Concorde, rapport d'activités et rapport de gestion 2021, p. 68.

⁸ *Ibid.*

<CHAPITRE I Contextualisation >

Dans cette première partie, malgré le manque de données et de statistiques, je vais réunir et broser les caractéristiques de ces jeunes dits en très grande difficulté, en m'appuyant sur des recherches faites par des associations et le département de Seine-Saint-Denis, ainsi que par la psychiatrie. J'ai également voulu inscrire cette recherche dans le contexte social et territorial du département de la Seine-Saint-Denis, en pleine de soins pédopsychiatriques et psychiatriques, et faisant face à une situation sociale difficile et à des besoins en soins en croissance. J'indiquerai ensuite les différents concepts qui sous-tendent ma réflexion et les finalités de mon plan d'action.

1.1 Les jeunes dits en très grande difficulté de l'ASE : tentative de définition

1.1.1 Le public et ses caractéristiques

Pour Yannis Gansel, psychiatre, ces jeunes sont qualifiés de « patate chaude » ou de « jeunes à difficultés multiples » ou « situation à difficultés multiples », soit une population d'enfants et d'adolescents « qui sont (...) dans les marges des institutions, dans les interstices entre les institutions, qui circulent entre travail social, psychiatrie, justice des mineurs pour les plus âgés, dont les difficultés n'arrivent pas à être saisies, définies et prises en charge par un seul de ces secteurs. »⁹ Dans son livre intitulé *Vulnérables ou dangereux ?* Yannis Gansel les définit selon trois critères : leur violence (subie ou agie, envers eux-mêmes ou envers autrui), leur souffrance et leur exclusion des institutions. Pour Sébastien Louchet,¹⁰ ils ont été appelés « les incasables » terme montrant simplement l'incapacité des établissements de les accompagner, ou encore « jeunes en très grande difficulté » (en Seine-Saint-Denis) : *« c'est un public difficile qui met en échec l'institution ; ils n'ont pas de parcours type : socialement, ils peuvent venir de milieux sociaux aisés ou précaires, psychologiquement, ce sont des jeunes qui ont vécu des traumatismes, qui ont des conduites psychopathiques, des troubles du comportement, qui n'arrivent pas à suivre un parcours scolaire classique, ou qui sont déscolarisés. Au niveau relationnel, ils n'arrivent pas à créer du lien. Leur parcours se caractérise par des placements du fait de ces traumatismes. Au niveau de l'accompagnement, ce sont des jeunes qui sont à la fois à la frontière de l'éducatif, du handicap, de la délinquance, de la psychiatrie et qui relèvent de*

⁹ Entretien du 6 mai 2022 (extrait partie 1). Yannis GANSEL a écrit le livre *Vulnérables ou dangereux ?* aux éditions ENS (2019). Il est pédopsychiatre et expert judiciaire auprès de la cour de Lyon et Doctorant en anthropologie (EHESS).

¹⁰ Auteur du mémoire de DEIS : « L'incasable. A la recherche de réponses nouvelles, la fonction instituante des incasables » 2018. IRTS Parmentier, Paris. Il a travaillé avec les jeunes difficiles, en MECS, pour la Sauvegarde 93, en C.E. (Centre d'Éducation) ainsi qu'en C.E.R. (Centres Éducatifs Renforcés).

la PJJ, de la pédo- psychiatrie et de l'éducatif. Ces jeunes sont pour la plupart dans l'agir immédiat, le passage à l'acte : violence, fugue, mises en danger. Ce sont des jeunes en situation complexe, qu'on cherche à catégoriser, comme ils sont rejetés par les établissements».

Pour Patrick Alécian, « Ils se caractérisent principalement par la rupture (...), ont épuisé un peu toutes les solutions dans des foyers d'accueil ou des dispositifs classiques, des M.E.C.S., des internats [...], n'arrivent pas à se poser en institution dite « normale. » Ils manifestent leurs difficultés par des signes qui peuvent être d'ordre pédagogique (échec scolaire, absentéisme scolaire...), médical (accidents en deux roues, tentatives de suicide, amaigrissement, comportements thérapeutiques inadaptés dans l'évolution d'une maladie chronique comme l'asthme ou le diabète...), éducatif (déviances, conduites addictives, délinquantes, violences, isolement, troubles sexuels.), [...] signes, (qui) malgré des réponses des adultes concernés, sont réitérés (aggravation) ou provoquent une désorganisation du cadre familial et/ou du cadre institutionnel concerné. (Circulaire DGAS p. 54). Ces comportements particulièrement intenses se manifestent de manière diverse. Tous ont en commun de porter atteinte gravement à la sécurité de la personne elle-même, et/ou aux droits d'autrui et/ou aux normes sociales. (p.4)

Le Département de Seine-Saint-Denis les qualifie de jeunes en très grande difficulté ou « TGD », d'après sept critères et selon le travail de recherche qu'il a mené avec l'O.N.E.D., le G.R.I.F., la P.J.J. et les partenaires locaux de la protection de l'enfance. Le G.A.E.J. (Groupe pour l'Aide à l'Éducation des Jeunes) 93 a été créé, réunissant le Centre Départemental Enfants et Familles et trois associations du 93 : Devenir, notre association, et la Sauvegarde, afin de proposer une prise en charge personnalisée adaptée à la problématique de chaque jeune et de les inscrire dans « le droit commun de l'accueil », tout en préservant les liens avec les intervenants antérieurs. Dans le projet d'établissement précédent du MétaDap, auquel ont collaboré l'association partenaire et la nôtre, on peut lire la caractérisation qui en découle : « Est qualifié de TGD tout enfant ou adolescent remplissant au moins trois de ces (sept) critères relevant eux-mêmes de trois registres :

Comportement	Mobilisation des intervenants	Effets de la prise en charge
Violences répétées du jeune contre lui-même : tentative de suicide/ automutilations, et/ ou fugues répétées et/ ou repli sur soi/ passivité	Multiplicité des lieux d'accueil	Impossibilité de mettre en œuvre le projet éducatif au moment de l'admission à l'A.S.E.
Violence répétée du jeune contre l'environnement, les personnes et / ou les biens	Multiplicité des instances de concertation dans lesquelles les situations de ces enfants ont été abordées (commission de cas complexes et de parcours)	Impossibilité du jeune à bénéficier des prestations offertes par les lieux d'accueil
	Multiplicité des intervenants (ASE, pédopsychiatrie, secteur médico-social, professionnels) relevant d'autres champs de compétence	

1.1.2 Des jeunes aux spécificités difficilement repérables statistiquement

Ce public en grande difficulté n'est pas singularisé dans les données statistiques générales, comme nous le montre l'enquête de la DREES auprès des établissements et services de l'ESPE concernant les jeunes (enfants, adolescents et jeunes adultes) faisant l'objet d'une mesure de placement (y compris dans le cadre d'un placement à domicile) et hébergés dans cinq catégories d'établissements relevant de l'ASE : les maisons d'enfants à caractère social (MECS), les foyers de l'enfance, les pouponnières, les villages d'enfants et les lieux de vie et d'accueil. « Certaines problématiques relatives à la protection de l'enfance restent toutefois encore mal connues, notamment les caractéristiques sociales, démographiques et de santé des personnes concernées, les causes d'entrée, et les parcours dans et après la sortie de la protection de l'enfance. »¹¹ Le rapport de la Cour des Comptes de 2009 avait souligné la nécessité pour les départements de disposer de systèmes d'information plus performants en matière de protection de l'enfance [...] pour connaître la situation locale et [...] alimenter un appareil statistique défaillant, que [...] des limites importantes persistent, tant du point de vue de la dématérialisation des outils de gestion que de l'efficacité du partage de l'information entre les différents acteurs concernés. (Comptes, p. 64)

Si l'on se réfère à ce rapport, on peut déplorer « le manque de travail avec la pédopsychiatrie et le peu de diffusion des études départementales (qui) peuvent expliquer la difficulté d'obtenir des statistiques sur ces jeunes en grande difficulté. Selon la Cour des Comptes, malgré l'ambition de la loi du 14 mars 2016 de prévenir les sorties « sèches » de l'aide sociale à l'enfance, les conditions d'existence de ces jeunes ne sont ni connues ni analysées, comme les juridictions financières l'avaient déjà signalé dans leur rapport public thématique de 2009. Il cite l'étude Elap¹³ ainsi que celle du département de l'Aisne sur le devenir des enfants. Selon ce rapport, on peut à la fois comprendre le désir des jeunes de ne plus revenir vers la protection de l'enfance pour l'informer des suites de leur parcours, que leur droit à l'oubli est légitime, mais déplorer également l'absence de ces informations cruciales pour évaluer « l'efficacité des actions conduites dans le domaine de la protection de l'enfance et leur impact sur le devenir des enfants, et d'autre part, d'adapter davantage leurs dispositifs aux besoins. » (p. 119)

¹¹ Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques ; <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/protection-de-lenfance-et-de-ladolescence>.

¹³ Elap est une étude sur les conditions de vie, la préparation et l'accès à l'autonomie des jeunes accueillis à l'ASE ainsi que sur leur devenir et leurs conditions de sortie du dispositif d'aide. Site internet : <https://elap.site.ined.fr/resultats/publications/>

N'ayant pas de statistiques concernant ce public, j'ai recherché ce qui pouvait recouper leurs caractéristiques dans différentes sources.¹⁴

1/ L'hébergement et le placement via les statistiques de la DREES

Fin 2017, les mesures de placement représentent 52 % des 344000 mesures de protection mises en œuvre par les services de l'ASE, soit un peu plus de 177 000 enfants, adolescents et jeunes adultes (...) (Cf. annexe 1 A/ B/)

2/ La situation de danger via les données du SNATED

Ces situations de danger donnent lieu à la transmission d'informations préoccupantes ou IP. D'après l'Étude annuelle relative aux appels du SNATED en 2018, la Seine-Saint-Denis fait partie des 6 départements qui concentrent 20% des IP (532) et qui enregistrent une IP sur cinq avec Paris (674), le Nord (659), Les Bouches-du-Rhône (617), le Pas-de-Calais (532), le Rhône (464)

En 2018, 58,4 % de ces enfants en situation de danger ont moins de 11 ans. Lorsqu'il y a danger, la situation donne lieu à une IP dans deux tiers des situations. Cependant, cette proportion est variable selon l'âge de l'enfant¹⁵:

3/ Le retard scolaire des jeunes hébergés selon la DREES

En 2020, 97 % des jeunes de 6 à 15 ans hébergés sont scolarisés, contre 100 % de la même classe d'âge dans l'ensemble de la population. À 11 ans (âge d'intégrer le collège) fin 2017, 40 % des enfants hébergés en établissement sont scolarisés à l'école primaire, contre 10 % pour l'ensemble des enfants de 11 ans. (DREES 2020). L'étude de l'antériorité au placement montre la présence de difficultés avant l'entrée dans le dispositif.¹⁶

4/ Les statistiques de l'ONPE (rapport 2019) concernant :

- le nombre de mineurs bénéficiant d'une mesure ou d'une prestation relevant du dispositif de protection de l'enfance : estimé à 312500 sur la France entière (hors Mayotte), il représente un taux de 21,7 pour 1000 des mineurs (Cf annexe 1C) soit une augmentation de 1.6 % du nombre de mineurs par rapport à 2018.

- le nombre de mineurs ayant fait l'objet de la saisine d'un juge des enfants en protection de l'enfance. En 2019, ils sont 112 706 mineurs, soit près de 30 000 cas de plus qu'en 2011.

¹⁴ Note : bien après ma démarche de recherches, lors de la lecture du rapport de la Cour des Comptes, j'ai constaté que celle-ci avait puisé dans les mêmes sources que moi, ne trouvant pas de statistiques).

¹⁵SNATED : Service National d'Accueil Téléphonique de l'Enfance en Danger. Étude Annuelle relative aux appels du SNATED en 2018, GIP Enfance en Danger. p. 37.

¹⁶ Dorla. E., Approche Diachronique de des parcours scolaires des enfants accueillis en protection de l'enfance. Une succession de difficultés à surmonter.» Thèse soutenue le 10 décembre 2021. Lien internet : <https://efis.parisnanterre.fr/blog/etude-sur-les-parcours-scolaires-des-enfants-places-a-laide-sociale-a-lenfance/>

5/ le nombre d'enfants décédés dans le cadre intrafamilial. ¹⁷

En 2019, 94 mineurs victimes d'infanticides ont été enregistrés par les forces de sécurité, l'auteur pouvant être un membre de la famille ou une personne extérieure à celle-ci. (Cf. annexes 2A et B). 53 sont décédés dans le cadre intrafamilial. Dans ce rapport on peut corréliser une liste de critères à certains qualifiant les jeunes dits « TGD » et aux expériences négatives de l'enfance que je décrirai plus loin. Ces données sont importantes pour faire le lien entre ces événements, les traumatismes qu'ils génèrent et leurs conséquences sur la vie d'adulte de l'enfant et sur sa santé.

1.1.3 Leurs problématiques

Ils ont besoin d'un accompagnement pluridimensionnel notamment sur les plans médicaux, psychothérapeutiques, au vu des caractéristiques suivantes :

A/ Des troubles psychiques, du comportement et un handicap

Selon le cahier des charges 2022 précité, les situations de handicap sont surreprésentées chez les enfants et les adolescents en protection de l'enfance¹⁹, ainsi que des problématiques de santé mentale.

Pour S, éducatrice anciennement employée dans un dispositif pour jeunes dits « TGD » du 93, que j'ai interrogée, « *ce sont des jeunes qui relèvent de deux versants, celui des troubles psychiques et de la PJJ, dont le comportement est fluctuant ; certains relèvent de la psychiatrie voire du handicap, avec un comportement excessif.* » Pour A. D, chef de service du service AJIR²⁰, et du dispositif spécifique AIR, que j'ai interviewée : « *ce sont des jeunes très effractés (...) cumulant des difficultés. On en a beaucoup (...) au niveau des jeunes vulnérables (...), on fait plus de dossiers MDPH qu'avant ; on a eu des jeunes qui ont malheureusement décompensé ; effectivement, on travaille avec la psychiatrie de Ville-Evrard, on dépend du 16^{ème} secteur, (...) j'ai développé un partenariat (...) avec la psychiatrie (...) qui monte les dossiers MDPH. Je me suis battue !*»

¹⁷ L'ONPE s'appuie depuis 2017 sur les données des services de police et de gendarmerie, centralisées par le Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI) , qui dispose d'une base de victimes construite à partir des données figurant dans les procédures judiciaires enregistrées par les services de police et de gendarmerie. Ainsi le SSMSI propose une estimation du nombre de victimes mineures dont l'enregistrement en 2019 par les forces de sécurité est associé à des infractions d'homicides intentionnels et de violences suivies de mort sans intention de la donner. Ce chiffrage est produit à partir de la base des victimes d'homicide. (p. 6)

¹⁹ Rapport du Défenseur des droits sur les droits de l'enfant : - *Des droits pour des enfants invisibles*. 2015.

²⁰ Service de suite et d'hébergement de l'association Devenir située à Neuilly-Plaisance, accueillant 22 jeunes en difficulté (dont 7 relèvent du dispositif AIR permettant un accompagnement individuel renforcé). 4 de ces jeunes sont des ex-TGD, dont un ancien accueilli du DAP d'AEPC Concorde.), entretien du 27 juin 2022.

B/ Une prise en charge de l'ASE intervenant trop tardivement dès la petite enfance

Je me suis appuyée sur les résultats de la recherche St Exupéry, (2011-2014) menée par l'équipe de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHU d'Angers, citée par l'auteur de l'article comme «*l'une des rares en Europe*», qui décrit le devenir sur 20 ans (de 1994 à 2001) de 129 placés avant l'âge de 4 ans dans un établissement de l'ASE du Maine et Loire (49) et dont les parcours ont été retracés naissance à la majorité. Elle éclaire sur les modalités de leur prise en charge et met en évidence plusieurs déterminants péjoratifs de leur devenir, notamment la gravité et la durée de l'exposition au risque. Je me contenterai d'en citer des éléments.

Les trois indicateurs utilisés dans cette étude étaient : l'EGF (Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement), l'échelle PIR-GAS et le délai alerte-placement. Les éléments recueillis dans l'enquête montrent qu'une grande partie de ces enfants sont ou ont été confrontés à de telles souffrances et que ces situations ont un impact sur leur devenir à l'âge adulte. (pp. 347-348).

Cette étude a permis de dégager deux facteurs observés à l'admission qui influencent l'évolution de ces enfants vers un handicap social ou psychique : un délai long entre signalement et placement et des indicateurs précoces de gravité de leur situation insuffisamment diagnostiqués. (Cf. annexe 3).

« Le long délai moyen entre alerte et placement est à mettre en perspective avec la gravité de l'état physique et psychique de ces enfants à l'admission. Cet état, malgré un suivi social préexistant dans la grande majorité des situations, va de pair avec un sous- diagnostic des maltraitances physiques et psychologiques ainsi que des carences. Il en ressort qu'à l'âge adulte, un quart des enfants conservent un handicap psychique et une inadaptation sociale et sont dépendants des prestations sociales. À l'opposé, un autre quart évolue favorablement ; il s'agit d'enfants pris en charge suffisamment tôt, avec des troubles somatiques et psychologiques encore réversibles » (p.356).

Cette recherche met aussi en évidence des facteurs protecteurs, tels qu'une prise en charge précoce, qui, si développée, peut influencer sur les évolutions péjoratives, ainsi que l'amélioration du dépistage. (p. 346).

Parmi les 27 enfants qui présentent des difficultés à l'âge adulte, 16 cumulent au moins trois critères de difficulté et 11 en cumulent au moins deux.

Les caractéristiques de ces 27 enfants à l'admission ainsi que leurs parcours ont été comparés à ceux des autres enfants de l'observation.

Il en ressort que ces enfants ont en moyenne cinq à six mois de retard entre leur premier signalement et leur placement et que leur relation avec leurs parents avant le placement est plus négative. (PIR-GAS moyen de 26 contre 30) (p. 362)

Lorsque la durée alerte-placement moyenne (7 à 20 mois) est multipliée par environ 3, l'instabilité des placements est multipliée au moins par 8 et (...) les enfants placés avant l'installation irréversible de troubles psychiques et de l'attachement paraissent avoir mieux réussi à s'appuyer sur d'autres adultes de confiance pour grandir et à prendre leur distance avec leur famille d'origine. (p.366)

Dans cette recherche, et qui est essentiel pour notre travail, il a été mentionné que parmi les 150 enfants de 0 à 3 ans confiés à l'ASE de Seine-Saint-Denis en 2002, on observe des inadéquations entre l'analyse de la situation et les réponses apportées dans près d'un quart des dossiers (Séverac, 2003). Ce qui peut présager de leur parcours par la suite.

C/ Des conséquences à long terme en matière de santé physique et psychique

Les maltraitances subies dans l'enfance (d'ordre physique, psychologique, émotionnel, sexuel ou impliquant des carences éducatives ou des négligences lourdes...) peuvent affecter le fonctionnement cérébral et impacter parcours de vie et de santé de ces jeunes à l'âge adulte : traumatismes, stress post-traumatique, troubles sociaux et psycho-sociaux, entre autres. Elles peuvent aussi générer des problèmes de comportement, d'addictions, des affections chroniques.

Selon une étude du CREA²¹ Rhône-Alpes, les jeunes en situation difficile seraient 21% en famille d'accueil et 26% en établissements à caractère social à disposer d'un dossier MDPH et 17% à avoir bénéficié d'une prise en charge en établissement médico-social d'éducation spéciale. 15% d'entre eux ont bénéficié de mesures complexes partagées du fait de leurs difficultés lourdes de prise en charge liées à leurs pathologies psychiatriques et de leurs troubles du comportement, pendant une durée moyenne de 2,5 ans, relevant à la fois d'une prise en charge en établissement médico-social d'éducation spéciale pour la scolarisation, parfois deux simultanément (pour assurer scolarité et hébergement) et d'une prise en charge en pédopsychiatrie.

Les auteurs de l'étude Saint Exupéry précitée déclarent que « les politiques publiques [...] semblent ignorer la réalité de l'inscription précoce dans le handicap de la population des enfants en situation sociale difficile ou maltraités, ce qui représente pourtant un grand nombre d'enfants » [...] et que « si l'enquête de la DREES permet de connaître le nombre d'enfants de l'ASE pris en charge en éducation spéciale, on regrette que son enquête sur ces établissements n'apporte pas de connaissances complémentaires sur ces enfants. » (p. 19). Ceci semble aller vers une amélioration, au vu des nouveaux plans de santé territoriale dont je parlerai plus tard.

D/ Des difficultés relationnelles et d'intégration dans un groupe

²¹ Centre Régional d'Études, d'action et d'informations.

Elles se traduisent par un comportement agressif, avec de la violence verbale, et/ ou physique avec possibilité de passage à l'acte dangereux pour le jeune lui-même ou les autres personnes. Ceci influe sur son parcours, le met à mal ainsi que l'institution.

E/ Des difficultés d'insertion et de projection sociales

Ces jeunes ont des difficultés à anticiper le moment de la sortie, à se projeter sans prise en charge ASE/ PJJ ; à comprendre la différence de réponse institutionnelle avant/ après l'âge de la majorité (ou après une prise en charge « en contrat jeune majeur »). On constate « une disproportion des attentes de certains jeunes par rapport à l'accompagnement dans le secteur de l'insertion [...] des difficultés à se débrouiller seul : souvent, durant la prise en charge ASE, beaucoup de choses semblent avoir été faites pour le jeune mais sans lui ; sentiment d'isolement très fort en sortie d'un dispositif très englobant/encadrant avec accompagnement « resserré », une perte brutale d'interlocuteurs pour le jeune ; et [...] une souffrance [...] liée à des stéréotypes sur leur passé et leur parcours (Fabry, 2021, p.128)

1.1.4 Leur âge

Ces jeunes en grande difficulté peuvent être pris en charge dès 22 mois. Notre dispositif accueille des jeunes entre 6 et 18 ans, voire 21 ans, confiés par le Conseil Départemental dans le cadre d'une prise en charge administrative dans les conditions suivantes : pour les mineurs, sur Ordonnance Provisoire de Placement (OPP) d'un juge des enfants confiant la situation au département de Seine-Saint-Denis au titre de l'assistance éducative (article 375 à 375-8 du Code Civil) et sur décision du Président du CD dans le cadre d'un accueil provisoire à l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) (article 222-5 du CASF). Pour les majeurs de moins de 21 ans, cela s'effectue sur décision du Président du CD de Seine-Saint-Denis dans le cadre d'un accueil provisoire jeune majeur-APJM (article 222-5 du CASF). (DAP 2019).

1.1.5 Des jeunes dont la maltraitance et le non recensement ont un coût

Les chiffres de l'Observatoire de l'action sociale décentralisée (ODAS, 2006) situent le nombre d'enfants reconnus maltraités par an à 19 000 et ceux de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales (ONDRP, 2011) estiment à 17 889 les cas de « mauvais traitements et abandons d'enfants de moins de 15 ans. » (p. 348).

Cette maltraitance a un coût : la Cour des Comptes estime la prise en charge des 300 000 enfants protégés à une fourchette de 6 à 10 milliards d'euros, tous postes confondus (prise en charge ASE, éducation spécialisée, soins pédopsychiatriques, suivi judiciaire, suivi de la protection judiciaire de la jeunesse et, le cas échéant, mesures pénales) à la charge des départements et de l'État.

En France, très peu d'études (Dumaret, 1995 ; Chevillard-Doumert, 1983 ; Mascaro, 2012 ; Ganne, 2013) ont évalué la prise en charge à long terme de jeunes enfants placés. (Dr Daniel Rousseau et al., p.350), au contraire de l'étude américaine de Felitti qui considère les carences et négligences précoces ainsi que les maltraitements infantiles comme un problème de santé publique aigu. Le nombre d'enfants concernés n'est pas négligeable, mais c'est particulièrement la gravité des conséquences à long terme, sur le plan personnel et sur le plan collectif, qui doit être retenue. Selon le rapport de la cour des Comptes, « *si la prise en charge de la santé sur le plan somatique (généraliste, dentiste, etc.) est mise en œuvre sans trop de difficulté, le traitement des souffrances et troubles psychiques est souvent beaucoup plus complexe, faute de moyens humains et en raison de la difficulté à mobiliser les jeunes adolescents sur ces sujets. Certaines structures disposent d'un temps de psychologue, nécessaire dans la prise en charge d'enfants dont le parcours est difficile, mais elle remplit le plus souvent une fonction d'évaluation, qui vise à apporter des clefs de compréhension aux équipes éducatives et non une fonction thérapeutique.* » (p. 109)

Ce rapport mentionne également que plusieurs types d'études départementales sur la santé ont été recensées. Elles sont soit citées – car réalisées en amont de l'élaboration du schéma ou publiées par d'autres acteurs que le département – soit décrites dans le schéma – mais la plupart (...) ne sont pas directement diffusées par les départements. Certains, départements comme le Cantal, ont défini un indice de vulnérabilité, ou mis en place des groupes de travail autour de la thématique de l'accompagnement des jeunes les plus en difficulté. (p.30)

Les observatoires régionaux de la santé (ORS) sont également cités dans l'étude sur la santé et l'accompagnement des jeunes dits « complexes » du Département de Haute-Savoie.^{22 23} Certains professionnels entendus dans le cadre de cette étude ont regretté les possibilités limitées de travailler avec le secteur de la pédopsychiatrie (...) et indiqué une hausse du besoin d'accompagnement psychologique pour les mineurs. Ils décrivent une situation que l'on peut analyser comme un « effet ciseau » avec la baisse de l'offre (les liens avec le secteur de la pédopsychiatrie) et l'augmentation de la demande de soins (les besoins d'accompagnement psychologique des jeunes). » (p. 41). Cependant, d'autres

²² Exemple : A. Jobard, J-M Floch, F-P Gitton (Insee), Dr. F. Baudier, D. Sekri, D. Carel (URCAM), A. Hochart, Dr. A-S Woronoff (ORS), J. Hostein (ARH), R. Noblet, P. Lucas, L. Nourry, Dr. A. Jeannot, D. Jandot, M-C Chanez (DRASS). *La santé observée en Franche-Comté* [en ligne].

http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=16&ref_id=12760

²³ Conseil départemental de la Haute-Savoie : étude sur la « création du premier dispositif expérimental d'accueil transitoire (DEAT) à la Roche-sur-Foron destiné à accueillir des enfants à difficultés multiples confrontés à la fois à un problème de protection et à un problème de santé relevant du handicap » menée avec le conseil départemental de la Haute-Savoie, le CREA Rhône-Alpes, l'ORS Rhône-Alpes et l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Rhône-Alpes.

départements ont mesuré l'importance de la mise en place de dispositifs de prévention précoce de et d'accompagnement par des thérapies adaptées de ce public vulnérable :

Ainsi dans le Schéma départemental des Pyrénées Atlantiques (cité dans le rapport de l'ONED) on peut lire :

« Aujourd'hui de nombreuses découvertes en neurosciences ont été faites. Il apparaît nécessaire d'en faire bénéficier les enfants confiés. Deux concepts fondamentaux sont à prendre en compte pour la promotion de la santé globale de l'enfant : le besoin fondamental d'attachement du bébé et la mémoire traumatique ainsi que ses conséquences psychologiques et physiologiques (hausse du cortisol)/ neurologiques (cerveau archaïque hyper stimulé et en vigilance permanente d'où une sécrétion anormale de l'hormone du stress). Ces constats justifient la nécessité d'agir dès le plus jeune âge et en anténatal pour mieux prévenir et accompagner la souffrance psychologique par des thérapies adaptées. »

On ne peut que saluer cette initiative et espérer qu'elle s'étende à l'échelle nationale.

Notons que depuis la loi du 7 février 2022, les signalements des faits de violences se font obligatoirement sur la base d'un référentiel unique partagé (référentiel national d'évaluation des informations préoccupantes), mis en place par la Haute Autorité de Santé, et généralisé pour les départements.²⁴ Ceci permettra effectivement de mieux repérer les enfants en situation de danger et de prévenir les situations complexes, et, donc, les accompagnements.

1.2 Le contexte législatif et institutionnel de leur accompagnement

1.2.1 Les Projets régionaux de santé Ile-de-France 2018-2022, 2023-2028 et le projet territorial de santé mentale de Seine-Saint-Denis 2020-2025

A/ Le projet régional de santé (PRS-2) 2018-2022 d'Ile-de-France met en avant les enfants comme cible prioritaire afin de réduire les retards de diagnostic ou d'entrée dans les soins, a fortiori concernant les plus jeunes sur la tranche 0-4 ans, et sur le renforcement de l'offre malgré les difficultés qui pèsent sur la démographie des professionnels de santé.

B/ Le PRS-3 (2023-2028) en concertation depuis juillet 2023, qui sera publié en novembre 2023, préconise que « des gouvernances territoriales renouvelées devront relier

²⁴ HAS, Le cadre national de référence : évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger [janvier 2021], [en ligne], [consulté le 10.08. 2022], disponible sur internet : https://has-sante.fr/jcms/p_3120418/fr/evaluation-globale-de-la-situation-des-enfants-en-danger-ou-risque-de-danger-cadre-national-de-reference

contractuellement, dans des champs de responsabilité et d'autonomie explicites, les usagers et les acteurs de santé avec l'Agence régionale de santé fédérant les porteurs des politiques publiques à même d'influer sur les déterminants de santé ou d'agir sur la promotion de la santé et en premier lieu, les collectivités territoriales. Cette gouvernance devra permettre d'élaborer des diagnostics partagés, de prioriser les actions à mettre en œuvre et de catalyser les initiatives issues du terrain. [...] Dans ce cadre, les réponses aux besoins et les modalités de prise en charge doivent être pensées autour d'équipes intégrant fonctionnellement, dans le respect des modes d'exercice, la pratique ambulatoire et en établissement. Les projets soutenus seront portés sur la base des propositions des acteurs locaux (p.24).

Dans son Axe de transformation n° 3, il préconise de « partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soin accessible, adaptée et de qualité. [...], de faciliter l'accès des patients aux professionnels de santé en ville sur l'ensemble du territoire (fiches 3.1 et 3.2), d'améliorer la coordination des prises en charge en renforçant les structures d'exercice coordonné, les liens ville-hôpital et la coopération entre l'ensemble des acteurs du système de santé (fiches 3.1 à 3.3), de renforcer l'offre de soins non programmés en ville et à l'hôpital (fiche 3.4), de favoriser la gradation des soins en s'appuyant sur les GHT, l'AP-HP, les coopérations public-privé et les hôpitaux de proximité et l'évolution des plateaux médico-techniques (fiche 3.5) [...] et de mobiliser les professionnels et les usagers pour garantir la qualité et la pertinence des soins (fiche 3.12). (p. 34).²⁵

Ce document fondamental me donne toute légitimité pour mettre en place des partenariats avec les établissements et centres de santé, notamment dans le cadre de la création de notre UTETA et de notre DAPI. (voir plan d'action en partie 3), mais également pour en montrer la pertinence auprès des gouvernances territoriales (Conseil Départemental, Région, ARS) afin d'obtenir le financement des soins psychiatriques, voire psychothérapeutiques de nos jeunes.

C/ Le projet territorial de santé mentale de Seine-Saint-Denis 2020-2025

Il est la base de mon travail de réformation du DAP actuel car Il prend en compte les enjeux de l'accompagnement des jeunes de 12 à 25 ans ayant des troubles psychiques (p.8). et priorise « le repérage précoce des troubles psychiques, la facilitation de l'accès aux soins, l'organisation de parcours sans rupture » en ayant pour objectif « de renforcer les compétences des personnes en matière psycho-sociale, notamment dans les champs de l'éducation et de la parentalité (Décret PTSM de juillet 2017). Il vise à « renforcer

²⁵ Projet Régional de Santé Ile-de-France, 2023-2028. Cadre d'orientation stratégique. [en ligne], [consulté le 25.08.2023]. [Disponible sur internet] : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/111768/download ?inline>

l'articulation entre l'ASE et la psychiatrie notamment dans le suivi des situations complexes et lors des phases de transition. » (p.15) J'ai retenu son axe 2 concernant l'offre spécifique pour les adolescents et les adultes (p.16), l'offre destinée aux enfants et aux familles (p.192), (...) l'offre sanitaire et médico-sociale à destination des enfants (p.197), (...) le repérage des troubles par les acteurs de premier niveau et faciliter l'orientation (p. 209), le fait d' « organiser des parcours pour éviter les ruptures de prise en charge » (p. 217) et sa fiche action N°1.2.2 : « Renforcer les moyens et l'offre des structures ambulatoires prenant en charge des adolescents (CMP et CATTp ados, CMP-IJ, CMPP) pilotée par l'ARS, la commission de pédopsychiatrie de la CPT-93 et la MDA selon le calendrier 2020-2024, afin de leur permettre de bénéficier de soins ambulatoires et thérapeutiques disponibles et sans délais d'attente, correspondant à leurs problématiques spécifiques et adaptés à leur temporalité, de leur proposer des groupes thérapeutiques ; de promouvoir le travail de réseau en partenariat, en améliorant la coordination avec les acteurs territoriaux au travers notamment de réunions pour les situations complexes ; de renforcer la collaboration avec les familles autour du soin apporté à leur enfant et « de donner les moyens de développer « l'aller-vers ». » (pp. 18-20) Citons également la fiche action N°1.2.6 : « Poursuivre et renforcer les actions en faveur de la prise en charge des troubles psycho-traumatiques chez les adolescents et les jeunes adultes. » (Cf. annexe 4) selon laquelle « l'objectif est de permettre que tout jeune de 12 à 25 ans présentant un trouble psycho-traumatique dans le département puisse être pris en charge conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles. » (p.27)

1.2.2 Le plan de santé mentale du 14 novembre 2021

Ce plan se veut une réponse aux besoins sanitaires et sociaux des personnes souffrant de troubles mentaux, et un appui pour les institutions et les professionnels œuvrant en faveur des jeunes en grande difficulté. Ses actions et ses axes favorisent le développement des partenariats entre (...) le ministère de l'Éducation nationale et le ministère de la Justice (...) afin, d'une part, de renforcer les moyens psychopédagogiques autour des besoins des enfants et pour faciliter le repérage précoce des signes de mal-être et les comportements violents en milieu scolaire, d'autre part, de développer un cadre de prise en charge adéquat à la spécificité des troubles des mineurs les plus en difficulté. Il préconise l'élaboration de contrats pluriannuels de santé mentale entre les préfets, les conseils généraux, les municipalités, les agences régionales de l'hospitalisation afin d'en faciliter l'articulation et donc de faciliter l'accompagnement de ces jeunes. Il prône la création de conseils locaux de santé mentale afin de développer des partenariats entre les acteurs des différents champs (sanitaire, social, médico-social, Éducation nationale, justice...) et prévoit la poursuite du renforcement des capacités d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-

juvénile. Ceci permet de mieux prendre soin de façon spécifique de ces jeunes et de faire tout de suite le lien entre mal-être et décrochage scolaire, très présent chez nos jeunes dits « TGD » mais également dans la protection de l'enfance en général. Mais surtout, il permet de renforcer notre travail avec le scolaire et de mieux tenir compte de ce domaine dans la mise en place de l'accompagnement spécifique de ces jeunes.

1.2.3 Les circulaires et bulletins officiels

La circulaire de la DGAS de 2002²⁶ définit les orientations prenant en compte la nécessité, reconnue par tous les professionnels, d'une élaboration pluridisciplinaire et partenariale, des réponses aux besoins d'éducation et de santé mentale de ces mineurs et souhaite « inscrire en priorité les réponses aux besoins d'éducation et de santé de ces mineurs dans les programmes de santé ou de l'enfance et de prévoir le cadre d'intervention qui doit permettre une meilleure association des compétences de chacun des champs, judiciaire, éducatif, sanitaire et social ». ²⁷ Ces réponses sont préconisées en matière, tout d'abord, de prévention des vulnérabilités, ensuite, de soins pédopsychiatriques, hospitaliers et ambulatoires, enfin en matière de financement des actions de prévention. Ce décret me sert de base pour justifier la création du DAPI, pour des enfants en grande difficulté dès 6 ans afin qu'ils puissent continuer à être accompagnés tout au long de leur parcours.

1.2.4 Les lois et décrets

La loi de 2002.2 prône un accompagnement individualisé, adapté et de qualité de la personne afin de favoriser son autonomie, son insertion et son développement, en respectant son consentement éclairé, ou à défaut, de la personne qui la représente légalement, y compris par délégation. Selon le principe 5 de la Déclaration des Droits de l'Enfant, « L'enfant physiquement, mentalement ou socialement désavantagé doit recevoir le traitement, l'éducation et les soins spéciaux que nécessite son état ou sa situation. »²⁸ Ceci est à mettre en avant pour justifier l'accompagnement spécifique de notre public.

La loi du 5 mars 2007 met l'accent sur la collaboration avec les familles dans la mise en œuvre des réponses apportées, en vue de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, de les

²⁶ Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté. [publiée le 3 mai 2002].

²⁷ MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, Direction générale de la santé, direction générale de l'action sociale, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, MINISTÈRE DE LA JUSTICE ; Direction de la protection judiciaire de la jeunesse ; Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté. [publié le 3 mai 2002] ; [en ligne] ; [consulté le 31 mai 2022.] ; disponible sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-21/a0212069.htm>

²⁸ Déclaration Universelle des Droits de l'Enfant. [en ligne] ; [consulté le 19 février 2022]. Disponible sur internet : https://solidarites-santé.gouv.fr/IMG/pdf/Declaration_DroitsdelEnfant.pdf.

accompagner et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. Elle rend obligatoire le projet pour l'enfant ou PPE. Selon le Média Social, 11 départements n'appliqueraient toujours pas ce PPE en 2014.²⁹ Je m'appuierai sur cette loi pour mettre l'accent sur les soins psychothérapeutiques dans le cadre du PPE de nos jeunes et de travailler à favoriser une alliance thérapeutique, voire de la thérapie familiale selon les situations des enfants et des jeunes que nous accueillons au sein du DAP et de notre antenne du DAPI.

La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant complète celle de 2007. Axée sur les besoins fondamentaux de l'enfant et sur les modalités de sa prise en compte tout au long de son parcours, elle permet de sécuriser ce dernier et de le rendre cohérent, depuis la prévention, le repérage et l'évaluation du risque de danger, jusqu'à la préparation de l'accès à l'autonomie. Elle précise le PPE qui « vise à garantir son développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social. [...] dans une approche pluridisciplinaire et détermine la nature et les objectifs des interventions menées en direction du mineur, de ses parents et de son environnement, leur durée et délai de mise en œuvre, le rôle du ou des parents et, le cas échéant, des tiers intervenant auprès du mineur. Il mentionne, en outre, l'identité du référent du mineur. » (...) Le président du conseil départemental est le garant du projet pour l'enfant. » (...) (article L.223-1-1 du CASF). C'est sur cette loi que je m'appuie pour faire valoir le dispositif que je souhaite mettre en place à destination des jeunes en très grande difficulté. Le décret du 28 septembre 2016 détaille tout le contenu de ce projet pour l'enfant (PPE). Je m'y attellerai et insisterai pour que toutes nos équipes s'en saisissent afin de pouvoir déployer tous les aspects de ce nouveau projet d'accompagnement.

Le Décret n° 2017-813 du 5 mai 2017³⁰ relatif aux expérimentations vise à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes. Ce décret est la base même de notre projet car il légitime l'accompagnement psychothérapeutique de nos jeunes et en fait une obligation. L'article 223-6 du code pénal stipulant que « quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Ce texte me paraît indispensable pour insister sur le rôle de l'État -et le nôtre- dans le dépistage précoce des situations de

²⁹Source : https://www.lemediasocial.fr/leprojet-pour-l-enfant-encore-en-projet-dans-certains-departements_GMiQ0r

³⁰ **Décret n° 2017-813 du 5 mai 2017** relatif aux expérimentations visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes, [en ligne], [consulté le 13.08.2022], disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034602624>

violence chez les familles et notre responsabilité dans la mise en place ou non de réponses et de moyens de prise en charge précoce et rapide des situations intrafamiliales complexes et à risque. Si nous poussons plus loin, l'on peut pointer du doigt le fait qu'à chaque situation de danger sous-évaluée et à laquelle une réponse n'a pas été donnée suffisamment tôt, et qui génère des problématiques de handicap ou de maladie chronique irréversible chez ces enfants, la responsabilité de l'État devrait être engagée, qu'il devrait être condamné à payer une amende, voire des dédommagements. Et nous de mêmes.

La loi du 7 février 2022 vise à améliorer la situation des enfants protégés par l'aide sociale à l'enfance (ASE) en interdisant les placements à l'hôtel, en mettant fin aux sorties "sèches" à la majorité, et en prônant une meilleure protection contre les violences. C'est cette loi qui nous servira de base pour justifier la création de notre unité DAP pour les 21-25 ans et l'UTETA (dont je reparlerai en partie 3) car il s'agit de sécuriser leur sortie du dispositif.

Les Assises de la santé mentale de mars 2023

Ses axes 1 et 2 préconisent la mise en place de dispositifs de dépistage de la souffrance psychique des enfants (p. 9) et la poursuite d'un maillage territorial de l'offre de soins psychiatriques, notamment le déploiement du dispositif «monparcourspsy», ainsi que le renforcement et la restructuration de la coopération entre les différents acteurs dans le territoire (personnes concernées, professionnels, collectivités institutions publiques et privées...) en mettant à profit l'élaboration des nouveaux schémas régionaux de santé (SRS) portés par les ARS, en s'appuyant sur le cadre fédérateur des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et de leur mise en œuvre contractuelle, et en mobilisant les nouveaux outils de la réforme des autorisations et du financement de la psychiatrie.

1.2.5 Les recommandations de la HAS de 2019 concernant le dispositif de recueil et de traitement des informations préoccupantes :

Elles se concentrent sur les thématiques d'accompagnement et de soutien parental, de recueil d'informations préoccupantes et d'évaluation de ces situations et proposent une boîte à outils dont plusieurs fiches conseil (Cf. annexe 5), et un guide méthodologique intitulé « Le cadre national de référence : évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger : trame de rapport d'évaluation ». Cette boîte à outils peut nous servir dans le cadre du dispositif DAPI dont je parlerai en partie 3, en collaboration avec les instances publiques et de soins (PMI, CMPP, pédopsychiatres de ville, etc...) dans un souci de désengorger les services concernés et de faciliter une prise en charge plus rapide de l'enfant.

1.2.6 Les stratégies nationales

- la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté du 13 septembre 2019

Elle a pour but de pour mettre fin aux sorties sans accompagnement et de prévenir les sorties sèches de l'aide sociale à l'enfance, via le renforcement du rôle de la PMI en prévention, la mise en place d'un protocole départemental de prévention, la normalisation de l'usage du projet pour l'enfant (PPE), la mise en place d'une commission pluridisciplinaire visant à examiner les situations de risque de délaissement parental ou d'inadaptation des statuts des enfants confiés depuis plus d'un an, l'élaboration d'un protocole départemental en faveur de l'autonomie, la redéfinition de la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance, confortant le rôle de chef de file du Département, notamment à travers les Observatoires départementaux de protection de l'enfance (ODPE).

- la stratégie nationale publiée par instruction interministérielle en août 2022

Co-pilotée par le ministère de la Santé et de la Prévention et le ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse, elle associe tous les secteurs en position d'éducation des enfants et des jeunes. Elle fixe un objectif visant à ce que les enfants nés en 2037 soient la première génération à grandir dans un environnement continu de soutien au développement des compétences psycho-sociales. Elle définit pour les 15 prochaines années un cadre commun à tous les secteurs, incluant les étapes et les moyens à mobiliser, et prévoit une déclinaison opérationnelle au travers de feuilles de route pour chaque secteur, par période de 5 ans. Les premières feuilles de route sectorielles sont attendues en 2023.³⁴ Parmi ses actions, elle s'est engagée à renforcer les CMP-IJ (action 14), développer l'accueil familial thérapeutique (action 13) et à renforcer les MDA (action 12).

1.2.7 Le 3ème Schéma Départemental de Seine-Saint-Denis 2019 et sa feuille de route 2022

Son objectif est de limiter les entrées dans le cadre de l'urgence ; construire des réponses adaptées aux besoins des enfants en s'appuyant sur l'ensemble des compétences et des ressources des différents acteurs sur les territoires»³⁵. Il est un levier et un allié dans la prise en compte de la complexité de l'accompagnement de ces jeunes en très grande

³⁴ Ministère de la santé et de la prévention. Santé mentale et psychiatrie, synthèse du bilan de la feuille de route, état d'avancement du 3 mars 2023. p. 31. Santé mentale : François Braun fait le point sur l'avancement des actions de la Feuille de route Santé mentale et Psychiatrie - Ministère de la Santé et de la Prévention (sante.gouv.fr)

³⁵ Direction de l'Enfance et de la famille. Service d'Aide Sociale à l'Enfance. Rapport au Conseil Départemental ; Schéma départemental de Prévention et de Protection de l'Enfance en Seine-Saint-Denis : une feuille de route partenariale et évolutive ; séance du 18 avril 2019.; p3 ;[en ligne], [consulté le 21 mai 2022], disponible sur internet : https://ressources.seinesaintdenis.fr/IMG/pdf/7._schema_prevention_et_protection_enfance.pdf

difficulté et un facilitateur, un interlocuteur et un appui privilégié en vue d'obtenir des financements et un soutien pour le nouveau dispositif que je vais créer, comme l'a précisé le schéma régional de 2028-2035 cité précédemment.

Parmi les 10 engagements prioritaires, on peut citer les 1, 2 et 4 :

- accompagner chaque enfant suivi grâce au Projet Pour l'Enfant pour que tous les acteurs s'engagent en faveur de leur épanouissement et leur bien-être,
- prévenir les placements à l'aide de mesures éducatives à domicile, en accueil de jour, dans les relais parentaux, la prévention spécialisée...
- développer des dispositifs conjoints avec l'État pour les enfants porteurs de troubles psychiques ». (p.4)

On peut citer également la fiche action 9 : Renforcer la continuité du parcours en protection de l'enfance (p. 66) et la fiche action 10 : Prévenir les ruptures dans les parcours d'accueil. (p. 70)

La feuille de route 2022 en matière d'accompagnement des jeunes dits « TGD » est incluse dans ce schéma. Elle nous a été adressée par le Conseil Départemental de la Seine-Saint-Denis le 17 mars 2022 à l'issue de l'évaluation de tous les dispositifs jeunes dits « TGD » du 93, dont celui du DAP, en novembre 2021. Elle conclut à « l'intérêt d'une prise en charge spécifique pour les situations les plus complexes tout en accentuant la modularité des réponses (I), avec pour objectif de mettre fin à l'emploi du terme « TGD » pour moins stigmatiser ce public. Il nous avait été proposé en tant que directrice de consacrer le 1^{er} semestre 2022 à la préparation de l'évolution de ce dispositif (II) (Cf. annexe 5).

1.3 Le contexte territorial : la protection de l'enfance en Seine-Saint-Denis

Ce département a choisi de mener une politique de prévention permettant de repérer et d'accompagner des situations de vulnérabilité, que ce soit à travers l'intervention de la PMI et de l'ASE, des services d'accueil de jour, du service social départemental jusqu'à celle de la prévention spécialisée. De plus, la loi de janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, ainsi que celle d'août 2004, relative aux responsabilités locales, indiquent que la réalisation des schémas d'organisation sociale et médico-sociale relève de la responsabilité des Conseils départementaux. Le 3^{ème} Schéma départemental de protection de l'enfance et appui à la parentalité (2020-2024) s'est inscrit dans le cadre de cette nouvelle loi sur la protection de l'enfance du 14 mars 2016 avec une feuille de route adaptée au territoire. Son objectif est de mieux répondre aux besoins de santé des enfants accompagnés en protection de l'enfance, en s'appuyant sur le rapport sur les besoins fondamentaux et les travaux du groupe national du CNPE (conseil national de protection de l'enfance). (PRST 2020-2025, p. 216).

De leur côté, les pédopsychiatres du département, organisés au sein d'une commission pédopsychiatrie de la CPT-93, souhaitent agir plus préventivement sur la population des enfants placés à l'ASE pour diminuer le nombre d'intervention en urgence. Il tient compte d'un contexte démographique spécifique à ce département, que je vais évoquer.

1.3.1 Le contexte socio-démographique de la Seine-Saint-Denis

Le contexte socio démographique influe sur les problématiques socio-économiques, de santé et familiales et permet de relier ces éléments afin de donner des explications aux situations complexes, de maltraitance ou de violence dans lesquelles peuvent évoluer les enfants susceptibles d'être placés par ce département.

D'après l'INSEE, la Seine-Saint-Denis, en 2015, se positionne comme le 3ème département le plus peuplé d'Ile-de-France avec un taux de natalité particulièrement élevé, la plus jeune population de France (22,6% de moins de 15 ans en 2015 comparé à 18,2% en France métropolitaine) et un taux des moins de 20 ans (28,9 %) supérieur à celui de Paris (19,3 %) et au taux régional (25,7 %) (p.14). Il recense le plus de familles nombreuses (3 enfants ou plus) et un taux de pauvreté important, ce qui peut contribuer au phénomène de mise en danger des enfants.

Par ailleurs, 71,5 % des familles avec enfant(s) de moins de 25 ans sont composées d'un couple, soit moins qu'en moyenne régionale (74,8 %). Enfin, 19 % des 15-64 ans et 35% des jeunes de moins de 25 ans du département sont au chômage (p.15) et le département compte 10,6 % de bénéficiaires du RSA en 2017 contre 5 % nationalement.

Le seuil de pauvreté relatif à 60% du revenu médian est fixé à 1015€ par mois, soit 12 180€ par an pour une personne seule et 2132€ par mois et 25 584€ par an, pour un couple avec 2 enfants de moins de 14 ans.

Analyse comparative

Source : Insee (2015)	Seine-Saint-Denis	Ile de France	France métropolitaine
Revenu médian des ménages	16 762€	22 639€	20 556€
Taux de pauvreté	29,0%	15,9%	14,9%
Taux de chômage des 15-64 ans	19,0%	12,8%	14,2%

Source Schéma Départemental Prévention et protection de l'enfance 2019, p.14.

Le département a bénéficié de dynamiques métropolitaines positives, avec la création croissante d'emplois, dont plus du tiers dans le secteur tertiaire. Mais ce développement ne profite que très peu aux habitants, du fait de l'installation de nouvelles entreprises ayant leurs propres salariés.³⁶

³⁶ . Schéma de prévention et protection de l'enfance en Seine-Saint-Denis. Rapport 2019-une feuille de route partenariale et évolutive. Disponible sur internet : https://ressources.seinesaintdenis.fr/IMG/pdf/7._schema_prevention_et_protection_enfance.pdf

1.3.2 Le contexte social et en matière de soins psychiques

Tout d'abord, malgré cette dynamique de développement économique positive, on voit des inégalités se creuser et des services tels que ceux de la santé rester en sous-effectifs.

La santé mentale est identifiée comme une des huit thématiques du projet régional de santé 2018-2022 (PRS2) de Seine-Saint-Denis, avec une file active d'un peu plus de 38 000 patients dont 80% sont ambulatoire.³⁸ Le taux d'équipement en ESMS en Seine-Saint-Denis reste en 2018, de 15% de moins que la moyenne régionale et de 38% de moins que la moyenne nationale. (p.28) Les difficultés concernent les secteurs sanitaire, médico-social, de l'éducation nationale et associatif. Les besoins en santé mentale de la population infanto-juvénile sont insuffisants à toutes les étapes du développement de l'enfant : prévention, accès au diagnostic et aux soins psychiques, accès aux établissements médico-sociaux, accès aux accompagnements sociaux et à la protection de l'enfance, accès aux soins somatiques, accès à l'hébergement et au logement, accueil et gestion des situations de crise, situations d'enfants dits « sans solutions. » (p. 24).

On constate une pénurie du département en pédopsychiatres, notamment en libéral et en CMP-IJ pour répondre aux besoins de soins des enfants et les suivre. Ceux-ci peuvent attendre entre six mois et 2 ans pour être pris en charge. Cette difficulté est renforcée par le manque de structures d'amont de prévention (RESAD pour les enfants), de structures d'aval (places et structures en médico-social) ou d'un appui alternatif [...]. Les enfants sont donc presque exclusivement dépendants du secteur public pour les soins psychiques (p. 26)³⁹.

Il bénéficie de 33 centres médico-psychologiques (CMP) infanto-juvéniles, répartis sur le territoire de manière homogène et de 22 centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP). Les 11 Centres Médico Psycho Pédagogiques (CMPP) destinés au public de 0 à 20 ans, sont insuffisants et inégalement répartis dans le département, pour une file active de 4466 enfants en 2016. Les 4 Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) sont engorgés, et les listes d'attente sont très longues, alors que la prévention et la rapidité de prise en charge sont indispensables pour lutter contre des évolutions péjoratives d'enfants en situation de handicap. Les dispositifs spécifiques experts sont L'UNIDEP à Jean Verdier, unité de diagnostic de niveau 3 de l'autisme, à vocation départementale, le Centre du langage et des troubles des apprentissages à Avicenne, L'UFITAA (2018) à Jean Verdier qui fait partie du Réseau TCA Ile de France (*ibid.*). En Seine-Saint-Denis, on trouve :

³⁸ La file active est le nombre total des patients vus au moins une fois dans l'année soit en hospitalisation, soit en consultation, soit à domicile» (ANFH, 2017), PTSM, p. 22.

³⁹ PTSM de Seine Saint Denis, p. 24.

	IME	ITEP	SESSAD	CMPP
Nombre de structures	37	2	20	11

Source : Schéma Départemental Prévention et protection de l'enfance 2019, p.14.

Le public des 6-18 ans relevant de la psychiatrie ambulatoire est pour une grande majorité sans affectation par manque de places dans des établissements recommandés par la MDPH et environ 90 sont même pris en charge hors de France, notamment en Belgique.⁴¹ Dans le système sanitaire, on peut noter une discontinuité des soins psychiatriques pour enfants et adolescents : la collaboration entre PIJ et PG est souvent entravée par le manque de coordination. Ainsi, 50% des suivis sont marqués par une discontinuité de près de 6 mois entre la transition PIJ vers PG, et cette période est caractérisée par près de 50% de « perdus de vue. » (*ibid.* ; p.30) Ces « perdus de vue » font souvent partie de ceux que nous accueillons au sein de notre dispositif.

Or, il est à noter que Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 a préconisé d'éviter des ruptures de prises en charge aux âges de transition, de mener une politique d'identification, prévention et résolution partagées entre PIJ et PG des situations complexes et/ou sans solution.

Les offres de soins psychiatriques du département

Plusieurs établissements offrent différents types de soins : offre ambulatoire non sectorisée sous forme de consultations et centre de jour pour adolescents à l'Hôpital Avicenne à Bobigny, offre sectorisée des CMP et CATTP de Bondy pour les consultations et activités thérapeutiques, en co- sectorialité avec le secteur adulte, avec les CMP et CATTP Ados Neuilly à Neuilly-sur-Marne, consultations pour adolescents au sein de la Maison des Adolescents CASADO à Saint-Denis, Accueil Jeune au CHI Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois. La difficulté concerne les ados sortant d'hospitalisation temps plein, et/ou avec des troubles les plus sévères pour lesquels des places supplémentaires d'HDJ pourraient être nécessaires et nécessiterait une évaluation. Leur nombre est aujourd'hui estimé à environ 400 enfants par la MDPH 93. (PRST 93)

Les autres lieux d'accompagnement des enfants et jeunes en grande difficulté

⁴¹ Selon le projet territorial de santé mentale (PTSM) entre 2010 et 2017, 469 places supplémentaires installées en SSD pour les enfants. Malgré ce rattrapage le taux par habitant reste de 15% inférieur à la moyenne régionale du fait du dynamisme de la démographie.

Le secteur sanitaire n'est pas le seul concerné par la prise en charge des adolescents ; des structures telles que maison des adolescents (MDA) et les points accueil et écoute jeunes (PAEJ) sont des lieux de prévention, de dépistage et de partenariats entre les différents acteurs de l'adolescence et les familles. (*ibid.* ; p 28)

Citons enfin le DIH (dispositif intégré handicap), dispositif expérimental ouvert en septembre 2016 et financé par l'ARS. Ce dispositif a accompagné, depuis 2017, 46 situations de 16 « parcours complexe » dont 36 enfants entre 4 et 15 ans, et a réalisé de nombreuses rencontres avec les acteurs du territoire, ayant permis un diagnostic de territoire. Cependant, ceci est à nuancer car, selon le PTSM de Seine-Saint-Denis :

« Les enfants et adolescents pris en charge par l'ASE constituent une population à risque de développer une pathologie psychiatrique et un trouble du langage. Ainsi un jeune de l'ASE a 3,5 fois moins de chance de bénéficier de séances d'orthophonie pour un trouble du langage. (...) L'arrivée de l'enfant dans le dispositif ASE ne s'accompagne pas d'une évaluation systématique somatique et psychique. Le plus souvent, l'enfant ou l'adolescent est vu par les pédopsychiatres et/ou les pédiatres au moment d'une crise. » (p. 216.)

1.3.3 La situation de la protection de l'enfance en Seine-Saint-Denis

1.3.3.1 Les dispositifs d'accueil généraux

Selon le schéma départemental de 2019, le Département se situe parmi les premiers en France pour l'activité en protection de l'enfance.

Le nombre de mesures de l'ASE y est en effet conséquent : 8 774 en 2017, dont 3393 en AED (actions éducatives à domicile) et AEMO (actions éducatives en milieu ouvert) confondues, et 4963 mesures de placement. Sur le territoire d'implantation de l'association AEPC Concorde (circonscription de Clichy-sous-Bois, Coubron, Montfermeil) concerné par nos dispositifs MétaDap et DAP traités dans ce mémoire, on comptait, au 31 décembre 2017, 205 mesures d'AED et AEMO confondues et 284 mesures de placement pour des jeunes de 0 à 19 ans, soit un taux de 2,3 à 2,6% de mesures ASE pour cette circonscription seule, en deuxième position après la circonscription de Bobigny, sur tout le Département. (Cf. annexe 7) En 2018, l'activité connaît une évolution importante avec plus de 5 000 enfants confiés et 360 familles en accueil mères enfants.

Néanmoins, compte tenu des difficultés sociales, mais également du dynamisme démographique du territoire, ce nombre de mesures reste relativement limité, proportionnellement au nombre de jeunes y habitant. Selon la DREES, le taux d'intervention en protection de l'enfance n'est, en effet, pas plus élevé en Seine-Saint-Denis qu'à l'échelle de la France métropolitaine.

Les modes d'accueil d'urgence sont en augmentation constante depuis 2011 (83% en 2017 contre 62% en 2011), l'accueil d'urgence hors MNA (Mineurs Non Accompagnés) comptant pour 70% de l'ensemble. Selon une étude sur l'urgence réalisée par la DSOE, cet accueil concerne pour la plupart des jeunes de 15 ans ou plus et représente entre 20 et 30% de courts séjours (moins d'un mois). Il concerne des jeunes en fugue provenant ou non du département, avec des situations connues ou non des professionnels de la protection de l'enfance.

1.3.3.2 Les dispositifs d'accueil pour jeunes en grande difficulté

Le dispositif pour jeunes dits « TGD » est spécifique au 93. Mis en place en 2016, il « permet d'accueillir des enfants qui ont plus que d'autres besoin d'un accompagnement renforcé pour construire leur parcours et qualifiés d'enfants « en très grande difficulté. » (courrier du Département du 17 mars 2022 aux centres d'accueil). Cinq associations de la Protection de l'Enfance s'occupent de ce type de public sur la Seine-Saint-Denis, dont AEPC Concorde, Rencontre 93, SOS, la Bienvenue et Devenir. Le Département a redéfini la nouvelle feuille de route 2022 pour ce dispositif, qui a fait l'objet d'une évaluation en 2021, à laquelle le dispositif pour jeunes dits « TGD » du DAP d'AEPC Concorde a participé en septembre 2021. De plus, des dispositifs ou services de suite pour jeunes ex « TGD » ont été mis en place : Accompagnement Individuel Renforcé (AIR) issu du service de suite AJIR de l'association Devenir pour 7 jeunes ex « TGD », et d'associations telles que Les Nouveaux Cèdres, Rencontre 93, la Bienvenue et En temps.

1.4 Les apports théoriques sous-tendant ma réflexion

1.4.1 Les concepts liés à la psychologie clinique et à la psychopathologie

- Le concept de l'attachement de Bowlby

Bowlby avait proposé spécifiquement que les troubles de l'attachement puissent être une cause majeure de psychopathologie, caractérisée par l'anxiété chronique et par le manque de confiance en soi et dans les relations aux autres. C'est ce que nous retrouvons chez les jeunes du DAP qui nous sont confiés.

- Les concepts du « handling », du « holding » et d' « object presenting » de Winnicott sont trois modalités issues des soins de la mère envers son nourrisson (1960, 1962b) Winnicott précise qu'aux premiers âges, soigner psychiquement un nourrisson, revient à lui prodiguer des soins physiques, (...) et émet un parallèle assez direct entre les modalités psychothérapeutiques et celles relevant des soins maternels. Ces modalités doivent se retrouver dans l'accompagnement psychothérapeutique proposé à nos jeunes particulièrement carencés dans ce domaine, et qui doivent influencer sur nos partenariats de soins.

- Le concept d'alliance thérapeutique

C'est une relation dans laquelle le thérapeute instaure un cadre qui stabilise le processus thérapeutique où le patient se sent en confiance, sa demande écoutée et accueillie dans sa réalité et qui lui permettant d'investir sa psychothérapie en responsabilité, de manière autonome et d'avoir accès à son psychisme. Ceci suppose que le thérapeute renonce au pouvoir sur son patient, qu'il gère la relation asymétrique qui s'établit, l'objectif étant de créer les conditions de l'abandon de résistance pour rendre l'expression spontanée plus facile, et d'avoir accès à toute la gamme de manifestations psychiques du patient, depuis les plus pathologiques aux mieux intégrées. Il s'agit également de garantir la protection de l'identité et de la dignité du patient et de faire preuve d'empathie à son égard.

Elle est à distinguer du transfert positif infantile en ce sens qu'elle est un processus conscient délibérément voulu par le clinicien, au contraire du transfert qui est inconscient. L'établissement d'un climat de confiance non verbalisée est d'autant plus à rechercher si la relation précoce à la mère a été défailante. Cette notion présentée par Sigmund Freud a été enrichie par l'approche humaniste de la psychologie de Carl Rogers et développée par William W. Meissner en 1996. (Vasconcellos-Bernstein, 2013). Ceci est crucial pour nos jeunes qui manifestent beaucoup de méfiance et ont du mal à se confier, à « revisiter » les épisodes traumatiques de leur vie et à accepter la psychothérapie. Cette alliance thérapeutique est préconisée par le Projet Territorial de Santé Mentale de Seine-Saint-Denis de 2020-2025 afin de collaborer avec les parents dans le cadre de thérapies familiales. Je dois m'assurer que les thérapeutes que nous engagerons la pratiquent.

- Les concepts de « care » et de « cure »

- le « care »

Dans son article intitulé « L'éthique du care, une nouvelle façon de prendre soin », Agatha Zielinsky le définit par prendre soin, donner de l'attention, manifester de la sollicitude... (p.2)

Originnaire des États-Unis, cette théorie de Carol Gilligan est un paradigme moral de « capacité à prendre soin d'autrui », « souci prioritaire des rapports avec autrui. » (Gilligan, 1982, p.37) Joan Tronto le définit comme « une activité caractéristique de l'espèce humaine, qui recouvre tout ce que nous faisons dans le but de maintenir, de perpétuer et de réparer notre monde, afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nos personnes et notre environnement, tout ce que nous cherchons

à relier en un réseau complexe en soutien à la vie. »⁴³ Selon Tronto⁴⁴, le « care » implique quatre aspects :

- le *caring about*, « se soucier de », de constater l'existence d'un besoin, de reconnaître la nécessité d'y répondre, et d'évaluer la possibilité d'y apporter une réponse (évaluation de ce qui est possible). Le *care* implique ici à la fois l'engagement de la perception (constater) et de l'intelligence pratique (évaluer).

- l'aspect du *taking care of*, ou le fait de « prendre en charge » ou d'assumer une responsabilité par rapport à ce qui est constaté, d'agir en vue de répondre au besoin identifié. C'est (...) une forme d'efficacité, (...) un ensemble de moyens que l'on ne déploiera que si l'on est assuré de la fin et (...) où il n'y a guère de marge pour l'incertitude.⁴⁵ (appelée aussi contingence) qui est l'endroit où nous devons exercer notre capacité de décision ou d'action (définie par Aristote comme l'éthique).

Cela suppose que notre personnel soit en capacité de pratiquer l'écoute active et l'empathie nécessaires à cette prise en charge dans un contexte parfois difficile (celui de l'intériorité des jeunes et celui de l'environnement de travail. Ici, la formation est primordiale (voir en partie 3).

- le *care giving*, « prendre soin », qui désigne la rencontre directe d'autrui à travers son besoin, l'activité dans sa dimension de contact avec les personnes, de singularité du soin : singularité des personnes et de la situation, et plus directement la dimension relationnelle vers quoi converge le soin, (...) contact direct avec les personnes (cf. toutes les tâches concernant le corps) et la « tâche » de prendre soin qui implique une qualité morale de la compétence : entrer en relation avec autrui et lui procurer efficacement ce qui pourvoit à ses besoins, ce qui implique également les compétences humaines :

- l'attention (...) comme disposition impliquant une certaine forme de passivité mais également de perception : « apprendre à voir » (Merleau-Ponty) ou accepter de ne pas se détourner de ce qui est vu. Cette attention fait intervenir de l'empathie (...) qui joue également, à partir de la conscience d'un soi vulnérable. Il s'agit, déjà, au niveau de l'attention, d'introduire une dimension de réciprocité dans le *care* : la reconnaissance de mes besoins de soins me permet de l'appliquer pour les autres. Paul Ricoeur donne à ce « care » un sens de « sagesse pratique » (...) qui articule la vertu morale et l'activité : intelligence des situations particulières, réponse adéquate et adaptation au contexte. (...) qui nous permet de saisir la vulnérabilité, les besoins ou les préoccupations d'autrui.⁴⁶

⁴³ Joan Tronto, *Un Monde vulnérable. Pour une politique du care*, Editions La Découverte, 2009, pp. 13-143.

⁴⁴ *Ibid.*, pp. 147-150.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 148.

⁴⁶ Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre*, Seuil, 1990.

Je suis convaincue que le personnel impliqué dans l'accompagnement de nos jeunes doit s'approprier ces notions dans ses pratiques. Cela devra être abordé en formation.

- le « cure »

À la différence du *care*, le *cure* vise le traitement médical et l'éradication de la maladie. (LEHMANN, 2005). Dans l'accompagnement de nos jeunes, il s'agit d'équilibrer ces deux aspects du soin, car ce qui est important et au cœur de notre démarche c'est le mode de relation établi avec la personne, voire l'aide à la construction ou à la reconstruction de son mode de relation. Pour cela, il est important que nos éducateurs aient été formés à la notion de traumatisme et de stress post traumatique afin de comprendre le fonctionnement de nos jeunes.

- les concepts de traumatisme (dont complexes) et de stress post traumatique

Marie PELAEZ RUIZ, dans sa thèse, définit ces deux concepts :

- Le trauma ou traumatisme (leviers de notre dispositif)

« Le traumatisme est le résultat d'une non-décharge affective, n'ayant pu être exprimée par une réaction adéquate comme des larmes ou de la colère lors de l'incident » (Villar-Documet, 2011). [...] Le nombre et la nature des événements qui peuvent mener au traumatisme [...] sont subjectifs et « tous les individus ne sont pas à risque égal devant la traumatisation » (Côté, 1996). Pour être traumatisé, il faut en effet s'être senti menacé dans son intégrité physique et/ou psychique et avoir ressenti une peur intense, un sentiment de désespoir ou d'horreur (Magnan, 2009 ; Black, Woodworth et Tremblay, 2012). Chez les jeunes, les effets négatifs du traumatisme se marquent au niveau du développement physique, psychique et émotionnel.

Il existe deux types d'événements traumatiques : les traumatismes non-interpersonnels ou psychotraumatismes de type I (ex : accidents de voiture, désastres naturels, etc.) et les traumatismes interpersonnels ou psychotraumatismes de type II (ex : être victime de violences répétées). Chez les enfants et les adolescents, c'est généralement suite à ce dernier type de trauma qu'on assiste à la formation d'un état de stress post-traumatique (...) le monde (est v) comme extrêmement insécurisant en conséquence de quoi il adoptera une série de stratégies psychiques de défense (comportements d'évitement, d'hyperexcitation, d'engourdissement émotionnel ou d'agression) qui, à long terme, deviendront pathologique. (p.1)

- Le stress post-traumatique ou « trauma complexe »

Le stress post-traumatique est défini comme un « traumatisme complexe », un trouble anxieux qui se caractérise par une détresse psychologique persistante survenant lorsque les effets négatifs d'un traumatisme perdurent longtemps après la survenue de celui-ci (Born, 2010 ; Villar-Documet, 2011). Même si le développement d'un ESPT dépend du contexte et des caractéristiques des individus, la majorité de ceux qui souffrent de stress

post-traumatique présentent les manifestations suivantes : engourdissement émotionnel (inhibition) et/ou hyperréactivité (agitation) ; dissociation ; vécu d'angoisse et détresse ; sentiment d'injustice et colère ; troubles de l'attention et de la mémoire ; troubles du sommeil, de l'appétit, etc. (Allwood & Bell, 2008 ; et Lowaerts, 2011). Par rapport aux adultes, les jeunes sont plus vulnérables à l'anxiété, à la dépression, au suicide et à la dépendance (Kerig & Becker, 2010). Effectué à l'aide du DSM-IV-R, le diagnostic de l'ESPT comprend au minimum : un symptôme de reviviscence répétée, trois symptômes d'évitement/ d'engourdissement émotionnel et deux symptômes neurovégétatifs. Ils doivent durer plus d'un mois et entraîner « une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement général ou l'incapacité à mener à bien certaines obligations. » (Anseau, 2012). (p.2) Nos jeunes du DAP sont concernés par ce phénomène au vu des critères par lesquels la commission « TGD » de Seine-Saint-Denis les a répertoriés (voir en partie 1). En tant que directrice, je ne peux pas faire abstraction de cet élément et je me dois de répondre aux besoins de soins de nos jeunes, d'autant plus qu'ils sont fondés sur des recherches ayant prouvé le lien entre des facteurs adverses de leur enfance, leurs traumatismes et diverses manifestations et pathologies dans leur vie d'adultes.

1.4.2 Les concepts liés aux apports des recherches en neurosciences et leur incidence sur le développement de l'enfant et son parcours d'adulte

D'après le centre Alberta Family Wellness :

« Il n'y a pas que les gènes qui déterminent la santé d'une personne au cours de sa vie : les expériences vécues aux stades critiques du développement influencent la développement du cerveau et augmentent ou réduisent le risque ultérieur de troubles physiques ou mentaux comme la dépendance. »⁴⁷

Le GPB Social Network on Toxic Stress affirme la chose suivante :

« Grâce aux progrès de la science et des technologies, nous avons maintenant de nouvelles occasions émergentes d'utiliser judicieusement l'information biologique pour évaluer comment les expériences défavorables et les interventions préventives affectent les fondements de la santé et du développement chez les jeunes enfants avant que de graves problèmes ne surviennent. »

JPB Research Network on Toxic Stress, page d'accueil

⁴⁷ Alberta Family Wellness Initiative ; Page d'accueil. Certification De L'Histoire Du Cerveau » [en ligne] ; [consulté le 24.01.2022], disponible sur internet : Certification De L'Histoire Du Cerveau » Alberta Family Wellness Initiative ; <https://www.albertafamilywellness.org>.

Ces recherches sur le stress toxique lancées en mars 2015 dans le cadre d'un programme innovant ont montré l'importance de détecter les enfants les plus sensibles à l'adversité et son rôle au niveau de leurs difficultés de développement lors de la période de l'enfance, période cruciale pour le développement et où se construisent les compétences sociales, cognitives et émotionnelles. Ce développement peut être compromis par des facteurs environnementaux, dont l'un des plus important est celui des expériences négatives de l'enfance (Adverse Childhood Experiences, ou ACE de Felitti) que je décrirai plus loin.

1.4.3 Les concepts liés au domaine médico-social

- La bientraitance

Elle est au cœur même de la démarche d'accompagnement des jeunes et de la loi⁴⁸, et, selon la HAS, une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'utilisateur, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins. S'articulant autour de quatre repères : l'utilisateur co-auteur de son parcours ; la qualité du lien entre professionnels et usagers ; l'enrichissement des structures et des accompagnements grâce à toutes contributions internes et externes pertinentes et le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance, elle bénéficie du statut particulier de recommandation -cadre au regard des productions de l'Agence.

- Le concept d'«empowerment»

Issu des milieux de recherche et d'intervention anglophones, il signifie littéralement « renforcer ou acquérir du pouvoir ». Il [...] renvoie à des principes, tels que la capacité des individus et des collectivités à agir pour assurer leur bien-être ou leur droit de participer aux décisions les concernant. (Calvès, 2009) Il s'agit aussi d'une méthode éducative qui « aide l'homme à prendre conscience de sa problématique, de sa condition de personne, donc de sujet et lui permet d'acquérir « les instruments qui lui permettront de faire des choix. » [...] « Le but de l'éducateur n'est pas seulement d'apprendre quelque chose à son interlocuteur, mais de rechercher avec lui les moyens de transformer le monde dans lequel il vit. » (Freire P., 1974, p .9).

- La notion de parcours

En protection de l'enfance, cette notion désigne la trajectoire de vie des enfants confiés ou placés et dont le garant de continuité est le Conseil Départemental depuis la loi du 5 mars 2007. Il implique l'enfant comme acteur et son accompagnement avant et après le

⁴⁸ Anesm, avril 2009. Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile Services d'aide, d'accompagnement et de soins intervenant au domicile d'adultes vulnérables relevant des articles L.312-1 et L.313-1-1 du code de l'Action sociale et des familles.

placement, notamment dans le cadre de la loi du 5 mars 2007 et de la loi de protection de l'enfant du 1^{er} mars 2016. (Robin, 2016)

- Le parcours de vie

Selon la CNSA, « la notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel des dimensions de sa vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne. Utilisée dans le champ de la santé (au sens large de l'OMS), la notion de parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la « période » et transition du bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage ». Il comprend l'environnement familial, religieux et culturel, le logement, l'emploi, l'environnement social, citoyen.

- Le parcours de santé et de soins

Selon la HAS, les parcours de santé résultent de la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, dans le cadre de dépenses maîtrisées. Pour cela, les professionnels doivent s'organiser de telle sorte que soient délivrées les bonnes prestations aux bons patients, au bon moment et par les bons professionnels. Il comprend la prévention primaire et [...] sociale, [...] dure tout au long de notre vie et concerne les personnes malades mais également les personnes en bonne santé car il prend en compte la prévention de santé.

Le parcours de soins comprend et décrit la prise en charge d'un patient/usager dans lequel interviennent les acteurs du système sanitaire hospitalier et ambulatoire. Sa coordination est un défi pour la majorité des personnes. Il comprend le soin de 1^{er} recours, le retour/maintien à domicile et l'accompagnement médico-social. (URMAD)

- Le « faire - avec »

Cette notion fait appel à une fonction éducative et implique pour l'éducateur de réfléchir au sens, aux finalités et aux moyens de mise en œuvre de l'éducation centrée sur le jeune dans sa globalité mais aussi au regard de la spécificité de la situation dans laquelle il se trouve. Éduquer revient à « conduire hors de », à sortir l'être à éduquer de ce qu'il est. Il sort de son environnement, abandonne ses représentations, agrandit le cercle de ses relations, etc. La part qui lui est faite est d'autant plus importante, sa participation d'autant plus active qu'il est en difficulté, qu'il se trouve éloigné de la réalité à laquelle l'éducateur voudrait qu'il accède : c'est bien la réalité du jeune qui fait l'action éducative et qui définit la nature et les modalités du *faire avec*. (Casanova, 2008). Il est au cœur de l'accompagnement psycho-socio-éducatif de nos jeunes dits « TGD » car il témoigne de la qualité et la capacité pour nos éducateurs de s'adapter à ces jeunes et de les ramener à la construction de leur parcours, avec un étayage. Mais il concerne aussi les autres acteurs, notamment ceux qui leur apportent des soins, dans une démarche d'« aller-vers ».

- L' « aller vers »

Cette notion fait référence à la circulaire de mars 1960 et sa politique de secteur des soins psychiatriques donnant à la psychiatrie de secteur la mission d'être un secteur d'accueil, d'accompagnement, polyvalent, mobile, au service des besoins de différents types de public et dans des contextes institutionnels divers [...] L'aller-vers est aussi une pratique basée sur une décision médicale et paramédicale et qui implique un déplacement vers le lieu de vie ou l'environnement du patient. C'est ce que notre psychologue actuel du DAP pratique envers nos jeunes.

Cette notion sera au cœur même de nos choix psychothérapeutiques, vu que la situation de nos jeunes exige une mobilisation de plusieurs modalités d'accompagnement donc une mobilité des intervenants, notamment des psychothérapeutes, dans le cadre de leur PPE.

- Le PPE (ou projet pour l'enfant)

Selon la loi de 2016, il « vise à garantir son développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social. Ce document accompagne le mineur tout au long de son parcours au titre de la protection de l'enfance ». (le Média Social).

En résumé, il s'agit de construire avec le jeune son projet, de l'accompagner en tenant compte de son parcours de vie (expériences, difficultés et problématiques), de ses besoins et aspirations en tant qu'acteur de son projet, en élaborant un parcours de soins qui lui est adapté par des partenariats avec tous les secteurs et acteurs concernés par son accompagnement (médical, social, éducatif, institutionnel). Pour s'assurer que son parcours de vie soit le plus serein possible et sans rupture, ou, s'il est déjà compromis par des événements traumatiques, de l'étayer et de l'accompagner en vue d'une reconstruction dans la durée, dans une démarche de bientraitance. Il s'agit enfin, par l'accompagnement socio-éducatif, de lui donner des outils pour mieux se comprendre lui-même et pour construire son propre parcours, d'en faire une personne capable de prendre sa vie en main et de faire ses propres choix pendant et après cet accompagnement chez nous.

1.4.5 L'apport des recherches en neurosciences et de la pédopsychiatrie

Pour mieux comprendre l'impact des traumatismes infantiles sur les trajectoires psychopathologiques de nos jeunes du DAP, et mieux penser leur accompagnement, je me suis appuyée sur des recherches, dont je donnerai un léger aperçu. Un traumatisme n'est pas défini par sa cause mais par ses effets. Les traumatismes relationnels précoces « actifs » et « passifs » tels que la maltraitance ou la négligence entraînent un stress chronique [...] (Delvenne, Moureau p. 341) Ce stress précoce toxique va provoquer une hyperréactivité ultérieure pour des stress mineurs avec des conséquences mentales et physiques qui persistent jusqu'à l'âge adulte. Le risque psychopathologique de dépression, d'anxiété, d'état de stress post-traumatique mais aussi de syndrome métabolique et de

maladies cardio-vasculaires sera accru (Mc Ewen & al., 2008). (p.342) Ce stress précoce toxique peut [...] avoir pour conséquence une diminution de la mémoire à long terme (Carrion & al. 2007), qui engendre des difficultés à se souvenir d'événements traumatiques [...] (Lupien & al. 2005). Les changements structurels [...] qui leurs sont associés sont extrêmement progressifs, et s'observent seulement à l'âge adulte (Woon & al. 2008). On constate aussi [...] une diminution du nombre de neurones au niveau du cortex préfrontal, susceptible d'entraver les fonctions exécutives et attentionnelles nécessaires aux apprentissages scolaires (Loman & al 2013, De Bellis & al. 2013), Enfin, dans les situations de défaut d'investissement et de négligences graves, le stress précoce et continu peut atteindre le cerveau en développement d'une manière définitive, [...] entraver [...] certaines fonctions comme la possibilité d'éprouver de l'empathie [...] ou entraîner une impossibilité à tolérer la frustration et à contenir la violence. (Cicchetti & al 2003, p.343)

Chez les jeunes enfants, les études épidémiologiques estiment la prévalence de troubles de santé mentale entre 7 et 16 % pour les 0-3 ans et entre 13 et 27 % pour les 3-5 ans (Dougherty et coll., 2015 ; Skovgaard, 2010). Les premières années de la vie constituent une période sensible du développement [...] (changements substantiels- [...] sur les plans neurocognitifs et socio-émotionnels), avec un impact important sur la santé mentale et l'adaptation ultérieure de l'individu (Troller-Renfree et Fox, 2017). Cette sensibilité développementale [...] est susceptible de fragiliser des enfants à risque de développer des problèmes de santé mentale, mais [...] également une fenêtre privilégiée pour prévenir ces difficultés [...]. Pour y arriver, il importe non seulement de répertorier la nature des difficultés présentes chez ces enfants, mais également d'évaluer les mécanismes intimement liés à ces difficultés et pouvant constituer des facteurs de risque et de protection. Ces jeunes peuvent présenter ce que Stéphane Roy appelle un déficit de la mentalisation [...] qui est un facteur de risque important pour le développement de plusieurs psychopathologies (Sharp et Venta, 2013) et qui se retrouve chez les individus ayant subi des maltraitances et des négligences. Ils possèdent une relation d'attachement insécure, [...] dans le cas de familles socialement défavorisées, de mères dépressives, s'ils ont été négligés ou maltraités, surtout s'ils souffrent d'un syndrome de stress post-traumatique et ce, même, après placement en famille d'accueil. De plus, la maltraitance est un facteur de risque majeur d'attachement désorganisé lié au développement potentiel d'une psychopathologie avec des troubles du comportement externalisés. (George & al. 1979, Lyons-Ruth & al. 2005) (p.346)

Cependant, « la plasticité cérébrale nous permet d'espérer, et les études neurobiologiques le montrent, que l'investissement relationnel, affectif, et bien entendu psychothérapeutique, peut de manière manifeste modifier l'organisation structurelle du cerveau est dès lors aussi, l'organisation psychique et cérébrale de nos patients. » (Moureau, 2016, p.11)

Je reprendrai les propos de Maurice Berger, selon lequel « la tâche demandée aux professionnels est lourde : être une figure d'attachement sécurisante, c'est-à-dire s'engager sur la durée, la fréquence des contacts, l'accessibilité, la sensibilité aux signes de mal-être émis par l'enfant, ou l'adolescent qui va mettre un certain temps pour commencer à se sentir en confiance. Aussi est-il nécessaire qu'un individu chargé de la fonction hiérarchique - moi en tant que directrice - tienne, entre autres, le rôle de tour de contrôle concernant ce cap. » (Berger, p. 165) en garantissant la stabilité des équipes en vue de sécuriser ce parcours de soins.

L'évaluation de la qualité de l'environnement familial est également un élément important de la prévention des situations complexes. Le Cadre de référence au cœur de l'attachement de 2010 (travaux québécois mentionnés par Maurice Berger), est un outil précieux qui vise à évaluer l'impact de l'environnement familial autour de trois axes essentiels : l'évaluation de l'attachement parental choisi. La sensibilité de la figure d'attachement se manifeste principalement par : la détection des signaux émis par l'enfant petit, l'interprétation juste des signaux, la sélection d'une réponse appropriée, l'application rapide de la réponse sélectionnée. La GED (Grille d'Evaluation du Développement) est un outil que je souhaiterais voir utiliser pour le dispositif du DAPI (dispositif d'accompagnement préventif infantile)

L'intervention nécessaire en l'absence d'accord des parents est un élément important.

Selon le rapport de la Cour des Comptes, la France se caractérise par l'absence d'évaluation des compétences parentales, contrairement à ce qui existe dans d'autres pays, et par le faible recours à des outils tels que le délaissement ou la délégation de l'autorité parentale, introduits par la loi de 2016. Elle affirme que le projet pour l'enfant devrait intégrer ces différentes dimensions, afin de clarifier les relations avec les parents et d'inscrire dans le long terme le projet de vie de l'enfant (p 120) [...].

Je suis pour le fait de privilégier et favoriser la collaboration avec les parents. Cependant, certains refusent les soins pour leurs enfants, ou sont en incapacité de décider en vue de leur bien-être. Aussi, je ferai appel à la loi de 2016 qui délègue l'autorité parentale dans le cadre du DAP⁴⁹, ou de la déclaration judiciaire de délaissement parental, afin de mettre en place des soins pour le jeune dans le cadre du PPE. Si nous ne le faisons pas, nous sommes nous-même maltraitants en négligeant d'apporter du soin à l'enfant. Je pars du principe qu'ils sont confiés pour des raisons de carence éducative, psychosociale et affective, en vue d'être protégés et soignés.

En mobilisant ces outils, je pourrai ainsi élaborer un PPE sur le long terme, et contrer également le dispositif actuel basé sur des mesures de 6 mois à deux ans qui favorise les ruptures de parcours.

⁴⁹ DAP : délégation de l'autorité parentale

Au vu des problématiques de ces jeunes, nous ne pouvons pas et ne devons pas faire l'économie d'un accompagnement psycho-socio-éducatif à la pointe des nouvelles découvertes. Nous sommes responsables des enfants qui nous sont confiés et de leur assurer, autant qu'il nous est possible, un meilleur parcours que celui pour lequel il se retrouvent chez nous. C'est la mission de la protection de l'enfance. Leur vie déjà abîmée est trop importante pour que nous nous permettions de faire du « bricolage ». Nous devons nous donner les moyens de les accompagner en mutualisant toutes les expertises en présence. Et nous le pouvons, puisque nous avons enfin le « feu vert » de l'ARS, de la Cour des Comptes, des instances de l'État et des lois en faveur de ces jeunes en difficulté.

Tous ces concepts, recherches et tentatives de définition vont me servir à faire un diagnostic et une analyse des différents dispositifs et moyens présents pour aider ces jeunes en difficulté, à commencer par celui spécifique dans le cadre de notre association, créé en 2010. Je vais analyser l'état de l'accompagnement de ces jeunes au sein de notre association et ce, par des enquêtes de terrain, questionnaires et par une mise en perspective par rapport à d'autres dispositifs existant à l'échelle nationale.

< CHAPITRE II Constat, diagnostic et problématique liés à l'accompagnement des jeunes dits « TGD »

Dans cette partie, je vais présenter notre association et ses missions, son dispositif spécifique d'accueil des TGD et son fonctionnement, le public accueilli et le cadre légal dans lequel il s'inscrit. Puis je vais établir un diagnostic des offres d'accès de soins psychiatriques qui leur sont proposées sur le territoire de la Seine-Saint-Denis. Je vais aussi évoquer le contexte des politiques publiques qui soit favorise, soit minimise la prise en charge psychique de ces jeunes aux problématiques multiples. Enfin, je proposerai quelques pistes de réflexion en extrayant une problématique quant à la difficulté de parcours de ces jeunes.

2.1 Notre association et son champ d'action dans l'accompagnement des jeunes dits « TGD »

2.1.1 Sa création, ses missions, son public

Association d'intérêt général, habilitée au titre de l'assistance éducative (articles 375 et suivants du Code Civil) par l'État, le Ministère de la Justice, le Département de la Seine-Saint-Denis et au titre de l'Ordonnance du 2 Février 1945 relative à l'Enfance délinquante, elle s'inscrit dans la circonscription de Clichy-Sous-Bois- Montfermeil-Coubron depuis plus de 50 ans dans le cadre du dispositif de protection judiciaire de la Jeunesse et de celui de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Elle accueille 285 garçons et filles, dans ses maisons d'enfants de Montfermeil, Clichy-sous-Bois, Coubron, Gagny, Neuilly-Plaisance, Villemomble dans son SEPAD, sa PFGM et autres dispositifs. Elle a mis en place deux dispositifs spécialisés pour jeunes dits « en très grande difficulté » tels que le DAP, qui s'est vu compléter par deux nouvelles antennes du DAP 75 (Paris) et DAP 92 (Hauts-de-Seine) par conventions en 2021 et autorisées en mai 2022. L'association est administrée par un Conseil d'Administration de quinze à dix-huit membres élus par l'Assemblée Générale pour trois ans, (Cf annexe 6). Le Conseil est renouvelable par tiers chaque année. Il se réunit tous les deux mois en alternance avec le Bureau. (concorde- aepc.com)

2.1.2 Ses moyens humains et logistiques en faveur de l'accompagnement des jeunes dits « TGD »

Notre association bénéficie d'un patrimoine immobilier assez conséquent (bâtiments, appartements) qu'elle loue à des particuliers ou qui lui appartient, d'un réseau de partenaires institutionnels, médico-sociaux et culturels de longue date dont celui d'Idée 93 regroupant les 30 associations de la protection de l'enfance du 93. Son personnel

permanent possède déjà une expertise pour l'accompagnement de jeunes en très grande difficulté. C'est d'ailleurs l'une des premières à avoir mis en place dès 2009 un dispositif expérimental pour ses jeunes au sein de l'une de ses M.E.C.S mais également les Relais Ados pour garçons et filles. Cependant, je me concentrerai plus spécifiquement sur notre dispositif du DAP.

- Le dispositif du DAP 2012-2016 : de l'expérimentation à l'officialisation

Il a commencé par la réponse à un appel à projet du Département en matière d'accueil de jeunes en difficulté appelé DAP (Dispositif d'Accueil Personnalisé) pour garçons et filles.⁵²

2.1.3 Le projet MétaDap et le partenaire Métabole

- Le partenariat avec l'association Métabole et le projet MétaDAP 2016

En 2014, l'association a créé un partenariat avec une association clinique, Métabole, pour la création en janvier 2016 d'un dispositif de consultation thérapeutique psychosociale dans le cadre d'une réponse conjointe [...] à un appel à projets du département de Seine-Saint-Denis pour la création de 55 places d'accueil pour des jeunes dont la situation est qualifiée de « très grande difficulté » (TGD) et pour laquelle 25 places ont été obtenues dans le cadre de ce dispositif appelé MétaDap.

- Le profil de l'association partenaire Métabole

Association de la protection de l'enfance régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, elle a reçu l'autorisation au titre de l'article L312-1-1-1° (établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans relevant des articles L. 221-1, L. 222-3 et L. 222-5). Créée en 1994, elle gère deux établissements sociaux autorisés par les départements de Paris et de Seine-Saint-Denis qui accueillent et accompagnent 155 garçons et filles âgés de 15 à 21 ans, en grande souffrance psychique, présentant des troubles du comportement et de la conduite, voire de la personnalité, confiés par les services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE). Son projet (...) se caractérise par un accompagnement psycho-social réalisé par un psychologue clinicien-psychothérapeute

⁵² Dans le rapport moral d'activité et de gestion 2021 d'AEPC Concorde, l'équipe de direction générale évoque ces jeunes des relais ados comme « des profils très compliqués combinant MDP/ PJJ/ ASE qui mettent quelquefois l'accompagnement à mal, dont le profil se complexifie, et qui tend à user prématurément les personnels, et dont la majorité pourraient être qualifiés de « TGD ». », ce qui me porte à croire que ce type de public est de plus en plus présent au sein des dispositifs.

proposant une offre de soin dynamique qui utilise le projet social du jeune comme média au service de la relation thérapeutique.⁵⁵

- Les raisons de notre partenariat avec Métabole

Notre association possède les moyens logistiques, le savoir-faire et les locaux en vue de l'accompagnement socio-éducatif de ce public. L'association Métabole est connue pour son expérience et son expertise en matière d'accompagnement psycho social personnalisé décloisonnant les pratiques professionnelles. Cet accompagnement est conduit par un professionnel unique, psychologue-psychothérapeute, qui articule accompagnement socio-éducatif et psychothérapie. Loin devant les autres associations candidates, nous avons obtenu 6 millions d'euros sur les 7 millions alloués par le Conseil Départemental.

- L'accompagnement psychologique proposé au MétaDap

Nos deux associations avaient mutualisé leur expertise dans ce projet MétaDap, avec un produit phare : la consultation thérapeutique psycho-sociale (CTPS), pour assurer l'accompagnement psycho-social et la coordination médicale (psychiatrie et pédopsychiatrie) des jeunes en situation de très grande difficulté accueillis au sein du DAP d'une part, et apporter un soutien aux équipes éducatives de notre association (réflexion clinique, analyse des pratiques, etc.), d'autre part. Cette CTPS fait intervenir le jeune comme acteur de sa thérapie et lui donne un soutien transversal à travers un réseau partenarial. Dans notre partenariat, il avait été convenu une consultation thérapeutique psycho-sociale par contractualisation, dont la convention a été signée par les présidents des deux associations le 1/01/2016 pour une période de trois ans et prolongée par tacite reconduction.⁵⁶ Pour ses autres activités de sa consultation thérapeutique, Métabole prévo(yait) la signature de conventions-cadres éventuellement assorties d'avenants.

Le dispositif était constitué entre autres d'un coordinateur (interlocuteur des référents de l'ASE qui travaillait en collaboration avec trois accompagnateurs psycho-sociaux psychologues cliniciens), de vingt à trente éducateurs spécialisés, d'un accompagnateur psycho-social (1 pour 3 jeunes) ; psychologue clinicien formé en psychothérapie, qui évalue psychologiquement le jeune à son arrivée, élabore et conduit le projet thérapeutique du jeune.

⁵⁵ Cette association a été créée par un groupe de professionnels intervenants dans le champ du travail social et de la psychologie clinique d'orientation psychanalytique dans le but de mettre en œuvre et de développer un projet innovant au profit des grands adolescents et jeunes adultes (16-21 ans) relevant de l'Aide sociale à l'Enfance (ASE) et confrontés à des troubles psychologiques plus ou moins graves susceptibles d'invalider leur insertion sociale et professionnelle.

⁵⁶ Projet d'établissement MétaDap; p 10.

- **Le profil des jeunes accueillis**

Il s'agissait de garçons et filles âgés de 6 à 18 ans, voire 21 ans sous réserve d'éligibilité au contrat jeune majeur confiés par le Conseil Départemental dans le cadre d'une prise en charge administrative dans les conditions suivantes : mineurs, sur Ordonnance Provisoire de Placement (OPP) d'un juge des enfants confiant la situation au département de Seine-Saint-Denis au titre de l'assistance éducative (article 375 à 375-8 du Code Civil), sur décision du Président du Conseil Départemental dans le cadre d'un accueil provisoire à l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) (article 222-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles-CASF), majeurs de moins de 21 ans, sur décision du Président du Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis dans le cadre d'un accueil provisoire jeune majeur-APJM (article 222-5 du CASF)

- La caractérisation institutionnelle de ces jeunes « en très grande difficulté »

Identifiés comme « en très grande difficulté » (ou profils « TGD ») par l'ASE de Seine-Saint-Denis, ces jeunes ont fait l'objet d'une étude commandée par le Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis, réalisée par l'ONED (aujourd'hui ONPE) et soumise au Groupement de Recherche Ile-de-France (GRIF), ce qui a permis de les caractériser comme jeunes « en très grande difficulté » selon sept critères identifiés déjà mentionnés en partie 1.1.

- Leurs caractéristiques psychologiques et psychosociales

Certains de ces jeunes étaient en grande difficulté psychologique, psychiatrique et sociale. Ils présentaient de multiples symptômes, toujours cumulés, dans un parcours familial aux traumatismes multiples. Selon le projet d'établissement du MétaDap, ils se caractérisent par la mise en échec répétitive des différents placements en établissement, en service d'accueil familial, lieu de vie, qui ne permet ni la mise en place d'une évaluation psychologique (...) ni une prise en charge éducative et sanitaire continue. Leur caractérisation en « TGD » est faite par la commission TGD de Seine-Saint-Denis.

- **Leurs besoins en matière d'accompagnement psycho-socio-éducatif**

Selon S, éducatrice spécialisée ayant travaillé au MétaDap et que j'ai interrogée : « *Ce sont des enfants ayant besoin de différents types d'accompagnement selon leurs problématiques : ethnopsychiatrie, psychothérapie « classique » mais certains relèvent de la psychiatrie car ont des affections bipolaires, de schizophrénie, et l'accompagnement du MétaDap proposé s'avérait limité pour ce type de public, les éducateurs n'étant pas formés au handicap, la plupart étaient intérimaires et non préparés à ce type de public.* »

C'est ce même constat que reprend le Département de Seine-Saint-Denis dans sa feuille de route du 16 mars 2022 qui prône un accompagnement pluridimensionnel (médical, psychothérapique, social, éducatif et pédagogique).

Ce dispositif d'accompagnement du MétaDAP s'est avéré coûteux (700 euros en moyenne par jeune en prix de journée). Il a maintenu un effectif d'accueil de 16 jeunes durant l'exercice 2019 et le Conseil Départemental du 93 a mis fin au partenariat avec Métabole le 31 décembre 2019, en réponse à des difficultés budgétaires.

2.2 Constat : un public peu présent dans les statistiques, aux besoins spécifiques insuffisamment pris en charge

Voici ce qu'on peut lire dans le cahier des charges de 2018, qui ne peut être plus explicite et qui fait état de la situation réelle :

« 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 (...).⁵⁸ 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. Le rapport sur la Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, remis à la ministre en charge des familles le 28 février 2017, met en évidence des besoins spécifiques visant plus largement à compenser les conséquences sur la santé globale des expériences négatives vécues dans l'enfance (Adverse Childhood Experiences – ACE).⁵⁹

- Un accès aux soins difficile et des parcours de soins mal coordonnés et mal adaptés.

Cet accès aux soins est souvent difficile. [...] Peu disposent d'un dossier médical à la sortie. Leurs parcours de soins sont mal coordonnés, alors même qu'ils peuvent s'avérer très complexes, du fait des besoins de suivi et de soins et du nombre de professionnels impliqués. En outre, l'offre de soins adaptés n'est pas toujours suffisante, notamment dans le secteur de la pédopsychiatrie. Les délais d'attente dans un centre médico-psychologique peuvent être de plusieurs mois. Enfin, l'accès aux soins peut se heurter à des difficultés financières. Notamment, les consultations de psychologues libéraux et les consultations en psychomotricité dont ils ont besoin ne sont aujourd'hui pas remboursés par la sécurité sociale, hors dispositifs dédiés sanitaires ou médico-sociaux pour lesquels les délais

⁵⁸ Stratégie Nationale de prévention et de protection de l'enfance. p.19.

⁵⁹ Voir l'étude de Felitti : <https://www.ifemdr.fr/etude-de-felitti-sur-les-experiences-negatives-de-lenfance/>

d'attente peuvent excéder un an dans certains territoires.⁶⁰ Seuls 33 % des enfants bénéficient d'une évaluation médicale et psychologique obligatoire dans le cadre du projet pour l'enfant (PPE). Moins d'un enfant sur deux pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) dispose d'un PPE avec un volet relatif à la santé.

- Une absence d'évaluation des compétence parentales

Cette évaluation est quasiment inexistante, comparé à d'autre pays, l'on utilise très peu des outils tels que le délaissement ou la délégation de l'autorité parentale, introduits par la loi de 2016. (Comptes 2020, p. 120.)

- Un accès aux soins difficile financièrement

Enfin, l'accès aux soins peut se heurter à des difficultés financières, notamment en ce qui concerne les consultations de psychologues libéraux. Les budgets consacrés à ces soins sont parfois rejetés par le Département. (Cf. annexe 10)

- Une connaissance très partielle de l'enjeu sociétal de l'accompagnement de ce type de public de la part des institutions

On constate « une connaissance très partielle de l'enjeu sociétal, médico-social de l'accompagnement spécifique aux TGD de la part des instances politiques, des institutions (école) et des établissements : priorisation de l'éducatif au détriment du thérapeutique. En outre, les professionnels du domaine socio-éducatif confondent souvent les pathologies psychiatriques avérées qui relèvent d'une prise en charge en psychiatrie avec la souffrance psychique d'enfants ou d'adolescents qui sont les conséquences psychiques de l'âge et du contexte socio-anthropologique » (Rapport IGAS n°2004027 Jourdain-Menninger/Stroll-Maffesoli). Les outils d'accompagnement sont incomplets et il faut mettre en place de nouveaux moyens d'accompagnement.

- Des établissements non habilités pour des accompagnements thérapeutiques

Je me contenterai de citer la cour des Comptes, qui affirme que :

« Plus souvent que dans le reste de la population, les enfants protégés sont concernés par des problématiques multiples, sociales et familiales, mais également médicales ou relevant du handicap. Si, en moyenne, 13 % des jeunes accueillis en établissement ont également une reconnaissance de leur handicap, cette proportion peut atteindre plus de 50 % dans certaines structures. (Comptes, p.108)

Or nous ne sommes pas habilités à traiter les problématiques psychiques de nos jeunes. Car nous dépendons du Département et non de l'ARS.

- Une temporalité inadaptée aux besoins des enfants

⁶⁰ Journal Officiel : Arrêté du 28 novembre 2019 modifiant l'arrêté du 3 juin 2019 relatif à l'expérimentation pour un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039450911>

Cette temporalité se caractérise par un retard de traitement, tant au niveau de la prévention, que des informations préoccupantes, en matière de décisions de justice, d'orientations durables après une mesure d'urgence et qui peuvent être préjudiciables à son développement. « La temporalité dans laquelle la politique de protection de l'enfance est conçue et mise en œuvre doit être profondément modifiée dans l'intérêt des enfants. Les des neurosciences montrent que les besoins de l'enfant doivent être pris en compte très rapidement pour permettre son développement dans les meilleures conditions. (Comptes, p.12) Les études disponibles montrent que plus de 60% des jeunes protégés relèvent d'une prise en charge psychothérapeutique, actuellement insuffisante et intervenant trop tardivement, et que cette prise en charge s'avère coûteuse dans le temps.

Consciente de cette réalité, il me paraît nécessaire de décloisonner l'intervention des professionnels et de créer des partenariats avec des structures ou partenaires de soins utilisant de nouveaux protocoles d'aide psychothérapeutique correspondant davantage aux attentes des jeunes et à leurs besoins. Je veux repenser l'accompagnement psychosocial (concilier et articuler les logiques de soutien ou de soin psychologique d'une part et d'insertion sociale et professionnelle de l'autre) mais également travailler avec des partenaires institutionnels (écoles, centres médicaux, CMP, autres) et les familles à la mise en place de dispositifs de prévention des ruptures de parcours, par un suivi dès 5 ans dans le cercle familial, puis dans notre dispositif du DAP et à la sortie du dispositif. Je veux également proposer une approche psychothérapeutique tenant compte des avancées en neurosciences.

Un manque de coordination des différents acteurs locaux et nationaux

Dans son rapport, la Cour des Comptes souligne que la protection de l'enfance est une politique décentralisée qui, comme d'autres, souffre de faiblesses récurrentes de la part des pouvoirs publics, que l'on peut expliquer par l'insuffisante coordination des différents acteurs au niveau national ou local et à des liens insuffisants avec d'autres politiques comme la santé, l'éducation ou l'insertion professionnelle, avec lesquelles la protection de l'enfance doit mieux s'articuler.

Pour illustrer cela et soutenir mon propos en faveur d'un dispositif plus innovant et plus adapté, je vais également m'appuyer sur l'évaluation par le Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis des dispositifs pour jeunes dits « TGD ».

2.2.1 Évaluation des dispositifs pour jeunes dits « TGD » de la Seine-Saint-Denis retravaillé

Ce rapport d'évaluation menée par le Conseil Départemental du 93 en 2021 a été envoyé à notre établissement du DAP en mars 2022. Selon ce rapport : « le dispositif n'atteint pas l'objectif d'un retour vers un dispositif classique [...] non atteignable pour une partie du public accueilli. La plupart des structures investissent bien les volets de la prise en charge

qui concernent les problématiques spécifiques des enfants accueillis mais font face à un manque de solution de la part des institutions (éducation, psychiatrie, handicap). Le dispositif stabilise les enfants dans les structures et limite la dégradation de leur situation mais il ne permet pas à la majorité des enfants de l'améliorer [...] en raison de l'âge déjà élevé lors de la prise en charge. [...] Il n'est pas efficient avec le public adolescent fugueur et qui n'investit pas l'accompagnement. Il ajoute que le développement de la prévention et une prise en charge plus tôt et plus adaptée pour les enfants devraient permettre de gagner en efficacité mais qu'on ne constate pas un meilleur niveau de diplôme des éducateurs dans les structures ou la mise en place d'outils de suivi individualisé pour les enfants. »

Nous pouvons de manière plus large relier cela à l'état de la protection de l'enfance en Seine-Saint-Denis, dont nous allons faire un diagnostic :

2.2.2 Diagnostic de la protection de l'enfance en Seine-Saint-Denis

Selon le schéma départemental de 2019, ce département se situe parmi les premiers en France pour l'activité en protection de l'enfance, avec un nombre de mesures de l'ASE conséquent (8 774 en 2017) dont 3393 en AED (actions éducatives à domicile) et AEMO (actions éducatives en milieu ouvert) confondues et 4963 mesures de placement.

Sur le territoire d'implantation de notre association, concerné par nos dispositifs DAP et MétaDap, on comptait, au 31 décembre 2017, 205 mesures d'AED et AEMO confondues et 284 mesures de placement pour des jeunes de 0 à 19 ans, soit un taux de 2,3 à 2,6% de mesures ASE pour cette circonscription seule. Ce chiffre la situe en deuxième position après la circonscription de Bobigny, sur tout le Département. Néanmoins, compte tenu des difficultés sociales, mais également du dynamisme démographique du territoire, ce nombre de mesures reste relativement limité, proportionnellement au nombre de jeunes y habitant. Selon la DREES, le taux d'intervention en protection de l'enfance n'est, en effet, pas plus élevé en Seine-Saint-Denis qu'à l'échelle de la France métropolitaine.⁶²

- Un nombre d'informations préoccupantes en légère augmentation

Selon le schéma départemental, leur évolution est restée relativement stable entre 2013 et 2017, avec une tendance à la hausse entre 2016 et 2017. L'analyse faite dans le cadre du schéma de prévention du département (p. 14) montre que l'évaluation de ces IP est en régression de 6% en 2016, ce qui pose question, notamment en matière de prévention et de qualification des situations de grande difficulté permettant la mise en place d'un accompagnement adéquat dès l'enfance, et des conséquences que peut entraîner une prise en charge tardive de ses problématiques multiples au niveau du développement

⁶² L'ensemble des données présenté est issu du recueil réalisé par le service de l'ASE à partir des données entrées dans le logiciel de suivi des situations, IODAS. *Op. cit.* ; p. 11.

psycho-socio-éducatif de l'enfant. Cependant, [...] (comme nous l'avons vu et ce qui me préoccupe), ces statistiques nationales englobent les cas complexes et [...] il est difficile d'obtenir des données précises sur les situations préoccupantes de ces enfants et jeunes. Cependant, le nouveau cadre national de référence⁶³ paru en janvier 2021 a voulu rectifier cela par des recommandations diverses.

- Une prévalence des modes d'accueil d'urgence

Ce mode d'accueil est en augmentation constante depuis 2011 (83% en 2017 contre 62% en 2011), l'accueil d'urgence hors MNA (Mineurs Non Accompagnés) comptant pour 70% de l'ensemble. Selon une étude sur l'urgence réalisée par la DSOE (Direction de la stratégie, de l'Organisation et de l'Évaluation), cet accueil concerne majoritairement des jeunes de 15 ans ou plus et représente entre 20 et 30% de courts séjours (moins d'un mois) et des jeunes en fugue provenant ou non du département, avec des situations connues ou non des professionnels de la protection de l'enfance.⁶⁴

Pour appuyer mon argumentation, et afin d'évaluer les besoins du terrain et la pertinence de mon projet, j'ai décidé de procéder à des enquêtes tant au sein de l'association que dans des structures partenaires de cette dernière, accompagnant des jeunes dits « TGD ».

2.3 Éléments d'enquête interne

2.3.1 Les entretiens semi-directifs

Je les ai menés avec différents intervenants : notre DG et DGA, l'ancien directeur du MétaDap, l'ancien chef de service et l'ancien coordinateur de ce même dispositif, l'un des deux chefs de service du DAP actuel, son coordinateur, deux anciennes éducatrices spécialisées du MétaDap qui travaillent actuellement sur le DAP.

2.3.2 Les entretiens à partir de questionnaires ouverts

Ceux-ci ont eu lieu pour le directeur actuel du SEPAD (Service Éducatif de Protection et d'Accompagnement à Domicile) de notre association, l'actuelle chef de service d'un service de suite accueillant d'anciens jeunes dits « TGD » du 93, le psychologue du DAP actuel, Mr Yannis Gansel, psychiatre à Lyon⁶⁵, et le directeur adjoint d'un dispositif pour jeunes en grande difficulté sur le 92. Je ne mettrai que quelques extraits en annexe, à titre d'exemple et en vue de ce qui me paraît important (Cf. annexe 11).

2.3.3 Évaluation diagnostique des dispositifs « TGD » d'AEPC Concorde : MétaDap et Dap

⁶³ Cadre de référence : évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger.

⁶⁴ Op; cit. ; p. 15. De quoi ?

⁶⁵ Auteur du livre auteur du livre « Vulnérables ou dangereux » en bibliographie.

- Le MétaDap : des avis divergent sur le dispositif

Les avis des anciens personnels du MétaDAP divergent sur l'efficacité de ce dispositif, certains estimant les déplacements et les soins coûteux, non adaptés. D'autres, comme son ancien directeur, estiment qu'il était bénéfique aux jeunes de par son accompagnement psycho-social au plus près des besoins hors cabinet (parcs, activités) : *«Des bilans permettaient de savoir si les jeunes avaient besoin d'un suivi plutôt renforcé de type CMP un pédopsychiatre sur place faisait des suivis plus poussés, plus élaborés avec des traitements etc., on avait des psychologues, un médecin psychiatre, une DG clinique qui s'occupait des suivis. (...) on était armés, bien armés (...) c'est un projet coconstruit et qui devait définir un objectif commun : la réussite de ces jeunes-là à tous les niveaux».*

Selon le psychologue du DAP actuel, il répondait au cahier des charges fixé par le Conseil Départemental au service de ces jeunes- et à leurs besoins spécifiques dans l'immédiateté, la prise en charge sans condition (à partir de 6 ans) et sans exclusion du dispositif. Mais la réalité est selon lui, toute autre.

Aujourd'hui, ce dispositif n'existe plus, et l'objectif pour le Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis est que les jeunes ne soient plus « officiellement » estampillés « TGD » pour éviter la stigmatisation. Mais suffit-il de ne plus les catégoriser pour que le problème soit réglé ? Or, en l'absence de réelles statistiques, la commission TGD est très utile pour mettre en place un accompagnement spécifique pour ces jeunes. Si par contre, cette mesure part du fait qu'ils sont majoritairement « TGD », que met-on en place pour les répertorier et assurer leur accompagnement ? Cela ne montrerait-il pas qu'il y a de grosses lacunes dans l'accompagnement de ces jeunes et que l'on veut encore plus faire taire les chiffres ?

- Évaluation de l'accompagnement psycho-socio-éducatif des «TGD» du DAP

Le DAP actuel met en scène un personnel éducatif et des jeunes adolescents en très grande difficulté.

Face à cela, les moyens de la psychiatrie ne cessent de se réduire de sorte que l'offre de soin psychique, notamment des CMPP, est insuffisante dans un contexte de massification des problèmes psychologies et psychopathologiques, notamment chez les jeunes, comme me l'a confirmé l'ancien directeur du MétaDap :

«Aujourd'hui, soit vous vous retrouvez sur des listes d'attente longues comme le bras, pour aller en CMP, il n'y a pas de place, soit vous avez la chance d'avoir un jeune qui avait déjà un suivi et on essaie de recoller les morceaux pour que le suivi puisse continuer, soit vous passez par un libéral et que l'on est à des séances à 60 euros la séance, alors on paye, on paye et des fois c'est des factures qui peuvent être rejetées, on paye, c'est pris sur le budget.» (Cf. annexe 12 b). L'ancien directeur du MétaDap ajoute que les dispositions

prises après sa fermeture, bien qu'à saluer, relèvent du « bricolage ». Cela caractérise bien le côté hasardeux du suivi de ces jeunes lié à des manques institutionnels et de moyens.

2.4 Analyse et diagnostic

2.4.1 Intérêt de la démarche

Selon le cahier des charges du Ministère de la Santé et des Solidarités du 26 décembre 2021, « La loi prévoit que chaque enfant ou adolescent bénéficie, à son entrée dans le dispositif de protection de l'enfance, d'une évaluation médicale et psychologique, qui sert de base au volet du projet pour l'enfant (PPE) relatif à son développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social, pour déterminer notamment les besoins de soins qui doivent être intégrés au document (art. L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et décret du 28 septembre 2016). Cette évaluation doit être actualisée au moins annuellement, pour servir de base au rapport de situation prévu à l'article L. 223-5 du CASF. Il s'agit pour moi d'appliquer cette loi en proposant à titre expérimental et, toujours selon ce cahier des charges, « un parcours de soins coordonné pour les enfants et les adolescents protégés ou sous protection judiciaire, incluant une prise en charge somatique et en santé mentale précoce, reposant sur la création d'un forfait annuel par enfant ou adolescent pris en charge à 100 % par la sécurité sociale.» Je me propose également d'appliquer les 3 résolutions prioritaires prises par la feuille de route de janvier 2022 et la loi de 2016, d'interpeller et de solliciter le Conseil départemental du 93 en matière de financements et de faire financer par l'ARS l'accompagnement psychothérapeutique adapté aux parcours de ces jeunes, comme évoqué dans le Projet Régional de Santé Publique (PRS2) de 2020-2025 du Département de Seine-Saint-Denis dans plusieurs de ses fiches actions ainsi que dans le PRS 3 de 2028-2032.

Cette démarche s'inscrit dans un cadre de référence national défini par la Haute Autorité de santé (HAS) pour l'évaluation médicale et psychologique dont doivent bénéficier les mineurs concernés par une mesure de protection judiciaire ou une prestation d'aide sociale à l'enfance. (p.3).

2.4.2 Les rapports d'évaluation et l'évolution du DAP

Dans celui de 2021 il est mentionné que notre partenariat conventionné avec l'association Métabole en 2016 (pour le dispositif MétaDap), qui mobilisait un budget de 1800 euros mensuel par enfant, a pris fin pour des raisons budgétaires à la demande du Conseil départemental de Seine-Saint-Denis.

- Observations au niveau du suivi psychologique sur les 3 ans et la transition du MétaDap au Dap

D'après les bilans des rapports d'activité de 2019 à 2021 que j'ai consultés :

- Sur l'année 2019 (année du dispositif MétaDap)

L'accompagnement de ces jeunes dits «TGD» nécessite, outre un suivi social, des soins et/ ou un accompagnement médico-social. En effet, 13% des jeunes du MétaDap ont une notification MDPH et 56% ont un suivi en CMP et en CMPP de jour.

La collaboration avec notre partenaire clinique Métabole a pris fin en décembre 2019. Malgré un travail de co-construction reconnu avec les équipes éducatives en faveur des jeunes les plus complexes, des difficultés et contraintes budgétaires ont eu raison de ce partenariat aux modalités innovantes, impactant l'établissement MétaDap et entravant le suivi psychologique des jeunes dits « TGD ». La rupture de convention avec Métabole nous a amenés à préparer et accompagner les jeunes et les équipes éducatives à la nouvelle organisation du service, à débiter un travail de séparation entre jeunes et thérapeutes. (Dap 2019), à effectuer un travail de substitution de leur suivi psychologique avec les services de soins de droit commun dès septembre 2019. Selon une éducatrice de l'époque, « *cette expérience a été très marquante et douloureuse pour l'un des jeunes, ça a été vraiment vécu comme une rupture.*» Mais les jeunes ont pu bénéficier d'une stabilité d'accueil et d'un accompagnement personnalisé. (p.51)

- Sur l'année 2020

Le projet qui a suivi, à savoir le retour au dispositif du DAP, (Dispositif d'Accueil Personnalisé) de 2020, a développé des compétences afin de pouvoir répondre aux besoins de tous ces jeunes, mais avec un budget par jeune réduit de moitié, et une consultation en CMP mensuelle par jeune. Nous avons trouvé [...] une alternative à la prise en charge psychologique assurée par Métabole [...] pour les équipes éducatives sous forme de GAP (groupe d'analyse des pratiques).

Courant 2020, le Conseil Départemental du 93 nous a demandé de réduire progressivement le nombre de jeunes accueillis de 16 à 12 places.

Nous avons dû nous séparer d'un mini-collectif d'accueil de 4 jeunes et d'en redéployer 3 sur les autres structures de l'association. Au total, 19 jeunes ont été accueillis, dont 3 en cours d'année. Nous n'avons eu qu'un séjour de rupture, ce qui prouve qu'ils se sentent en sécurité et arrivent à acquérir une certaine stabilité dans le contexte que leur propose le DAP ; notre partenariat avec l'espace santé -jeune de l'Hôtel-Dieu, la CPAM de Seine-Saint-Denis et le centre de bilan santé de Meaux en Seine-et-Marne (pp.54-56).

Pour l'exercice 2020, nous observons que 42% des jeunes du DAP ont une notification MDPH et 68% ont un suivi en CMP et en CMPP de jour, soit trois fois plus qu'en 2019. Les équipes sont en étroite collaboration avec les professionnels des établissements spécialisés (ITEP, IME, IMPRO, ESAT), les centres d'information et d'orientation et la

MDPH de Seine-Saint-Denis, 3 pharmacies et 4 cabinets médicaux permettent de répondre de manière réactive aux besoins des jeunes.

- L'accompagnement psycho-social

Il s'est fait sous forme d'une formule nouvelle, via le recrutement d'un psychologue clinicien mobile, pour un travail au plus près des jeunes sur le terrain : temps partagés sur les repas, consultations dans les lieux de vie. Cette nouvelle approche a très bien été acceptée par les jeunes. À l'issue de mon entretien avec notre psychologue, il est apparu nécessaire de recruter un second psychologue, au vu de l'effectif en augmentation. Cependant, pour l'ancien directeur du MétaDap : *« lorsqu'on a construit le projet, on n'a pas construit ce qu'il y a aujourd'hui ; ce qu'on a aujourd'hui ce sont les conséquences du refus, des factures rejetées par le CD, donc à partir du moment où on vous dit de ne plus les représenter cette facture-là puisqu'on ne va pas vous les payer, ben on fait quoi, on fait du « low cost, le low cost c'est sans cette dimension clinique. »*

- En 2021-2022

De 25 en 2016, nous sommes passés à 8 places en 2021, et dans une perspective de ne plus accueillir de jeunes dits « TGD » en 2023.⁶⁶ La feuille de route de 2022 a eu pour conséquences la fermeture d'un mini-collectif, malgré la demande constante des circonscriptions, réduisant le dispositif à deux mini-collectifs pour accueillir les 8 jeunes concernés . Le DAP étant habilité pour 25 places, avons sollicité l'accord du Département de la Seine-Saint-Denis pour maintenir une activité afin de pérenniser les emplois, et de répondre aux besoins des départements de Paris et des Hauts-de-Seine dans la prise en charge des jeunes aux problématiques multiples, en diminuant le nombre de professionnels et en les mutant sur d'autres structures de l'association. L'effectif d'accueil pour les jeunes de la Seine-Saint-Denis ayant été diminué, l'établissement a été contraint de muter un mini-collectif d'une capacité de quatre jeunes situé à Montfermeil au bénéfice de ceux de Paris et de Hauts-de-Seine nouvellement accueillis au sein des DAP 75 et 92.

En 2023

Ils sont 8 jeunes pour le DAP 93, 3 pour le DAP 75 et 10 pour le DAP 92.

2.4.3. Analyse des données (statistiques, médico-sociales et internes)

Au vu de mes lectures et vu la situation actuelle de notre dispositif, je ne peux que constater l'insuffisance des soins proposés au niveau psychologique, notre population 68% est suivie à raison d'une visite par mois. Mes interviews auprès des directeurs du SEPAD et de l'ancien dispositif du MétaDap, montrent que les familles en situation complexe dont les enfants nous sont adressés et repartent « bredouille », que des dizaines de jeunes

⁶⁶ L'habilitation de 15 ans du dispositif MétaDap a pris fin en janvier 2022. AEPC Concorde, rapport d'activités et rapport de gestion 2021, p. 68.

reviennent dans le dispositif au bout de deux ans et que rien n'est su de leur devenir, malgré les efforts pour les rediriger auprès d'associations partenaires ; que la relation avec les parents est très peu évoquée et que certains de ces jeunes dits «TGD» dont la scolarisation reste difficile sont sans perspective d'avenir professionnel à la sortie du dispositif. L'absence de recherches statistiques fiables ne représente pas une base sur laquelle s'appuyer pour construire un réel parcours leur correspondant et permettant de voir leur évolution. Ils « disparaissent » du système et rien ne nous permet de les suivre régulièrement jusqu'à 25 ans.

Ils doivent sortir du système de protection de l'enfance à 18 ans, être autonomes, sans garantie d'un contrat jeune majeur (qui n'est pas forcément mis en place dans tous les départements). Cela ne nous permet pas de penser un projet à long terme en matière de soins et de scolarité, d'insertion professionnelle , voire de suivi de leur parcours de soins, au moins jusqu'à 25 ans.

De ce fait, notre accompagnement, plus particulièrement en termes de soins psychothérapeutiques, relève plus du « bricolage » que d'un réel parcours calqué sur leur PPE. De plus, le coût de ces soins relève du budget alloué par le Département, non de l'ARS (alors que 40% de nos jeunes sont déclarés à la MDPH et près de 70% sont suivis en consultation pédopsychiatrique et psychiatrique) et pèse d'autant plus sur notre budget. J'ajoute qu'en tant que garants des soins de ces enfants en proie au stress post traumatique pour la majorité d'entre eux, nous sommes, avec l'État, hors-la -loi et ne tenons pas nos engagements, en leur proposant des soins insuffisants dans le cadre de leur PPE à titre individuel. Je reprendrai les propos de Nadège Séverac (Severac, 2019) en déplorant que notre vision de la maltraitance reste encore focalisée sur le dommage au corps (physique ou sexuel), tandis que la détresse suscitée par la violence psychologique ou la négligence est toujours réduite à une souffrance psychique peu préhensible et en conséquence assez banalisée, que l'État commence enfin à mesurer les « dégâts » collatéraux causés par les parcours chaotiques de ces enfants pour mettre en place un vrai plan de prévention et d'accompagnement, qu'il contribue également à l'absence de soins et à la maltraitance de ces enfants ne leur donnant pas les moyens à la fois thérapeutiques et financiers de se faire soigner et en réduisant les budgets des soins psychiatriques et pédopsychiatriques.

- Le maintien des liens avec la famille

Je souhaite privilégier le lien avec la famille et rester fidèle à l'engagement de notre association. « Même dans les situations les plus dégradées, la prise en charge du jeune doit être généralement occasion de restauration des liens, de re-situation de la place de chacun, de relecture des difficultés permettant un regard nouveau. Ainsi, l'établissement aura pour mission, – à chaque fois que possible -, de favoriser le retour des jeunes en famille, de façon fréquente ou espacée, au moment des week-ends (parfois seulement au

repas du dimanche midi) ou des vacances. »⁶⁷ et l'inclure dans cette alliance thérapeutique dans le cadre du projet DAPI (Cf. partie 3)

2.4.4. Diagnostic : forces, faiblesses, opportunités et menaces d'AEPC ?

2.4.4.1 État des lieux de l'association en regard du projet MultiDap 22 : atouts (forces et opportunités) de l'association

- Une association à taille humaine, engagée et ayant de l'expertise

Elle possède plus de dix ans d'expertise dans l'accompagnement socio-éducatif de ce public. Depuis mars 2021, les départements de Paris et des Hauts-de-Seine ont décidé de lui confier des jeunes en grande difficulté via deux dispositifs: le DAP 75 et 92.

Elle est un élément moteur du groupement des associations de la protection de l'enfance IDEE 93 et son budget pèse 17 M d'euros.

Son réseau de partenaires est étendu et comprend : la mairie de Montfermeil, des cabinets médicaux, d'autres associations du secteur : Devenir, SOS, cabinets médicaux environnants, CMPP, CMP, entre autres. (Cf. plan d'action en partie 3)

Le personnel est dédié et dévoué, avec une expertise de l'accompagnement. Les conditions de travail sont bonnes et elle privilégie les moments de convivialité (barbecues, séminaires). Elle tient à garder cet aspect et le personnel s'y sent bien.

- Des locaux facilitant les réunions

L'association dispose de locaux spécifiques situés à Montfermeil où sont localisés les bureaux de la direction. Ils permettent la tenue de réunions d'équipe, la réception des familles et d'autres professionnels d'institutions partenaires. en plein centre de Montfermeil et proche des unités de vie. Nos bureaux du DAP sont également à Montfermeil et proches d'un mini-collectif.

- Le choix et l'emplacement des mini collectifs

Les mini-collectifs et les appartements sont situés en majorité dans la ville de Chelles et à Neuilly-Plaisance (77). L'objectif est que ces établissements soient situés prioritairement à proximité d'une ligne RER afin de faciliter les déplacements. Ce sont des hébergements diffus : appartements en semi-autonomie renforcée, de proximité que l'on peut proposer aux jeunes à partir de 16 ans. Nous avons 3 unités d'hébergement, (maisons de ville) pilotées par un coordinateur au sein d'une équipe éducative, et placées sous l'autorité fonctionnelle d'un chef de service. La durée de séjour est de 3 ans en moyenne.

- Le type d'accueil et d'accompagnement proposé à l'établissement du DAP

⁶⁷ AEPC, page d'accueil.

L'accueil (gîte et couvert) et un accompagnement socio-éducatif qui constituent le principal de l'établissement DAP. L'administration est assurée par l'association AEPC. Cette modalité d'accueil est variée, modulable et adaptée aux différents besoins de ces jeunes et à leur évolution. Nous proposons un accompagnement socio-éducatif et psychologique par une équipe pluridisciplinaire en lien étroit avec les services de l'Aide Sociale à l'Enfance, les services de psychiatrie et de pédopsychiatrie du département et, plus largement, les différents intervenants impliqués dans les situations dans une dynamique de partenariat et une logique de réseau.

- Un engagement pris d'accueillir de manière inconditionnelle, même dans l'urgence

L'association a pris l'engagement d'accueillir sans conditions, et à ne pas provoquer de rupture avec les jeunes admis, et à procéder, en cas de besoin, aux réorientations qui s'imposent sur la base des évaluations et des bilans réalisés. Nous savons également la nécessité de pouvoir procéder à des accueils en urgence de jeunes dont la situation nécessite une protection immédiate, même si les jeunes qualifiés «TGD» admis dans la structure le sont par le biais de l'instance centralisé et de l'ASE.⁶⁸

- Des équipes sur place et formées à l'accompagnement des TGD

Cette équipe comprend moi-même en tant que directrice avec délégation (précisée dans le DUD conformément au décret 2007-221 du 19 février 2007) dans les domaines suivants : animation et conduite du projet, management, animation et gestion des ressources humaines, gestion budgétaire, financière et comptable, coordination avec les institutions et les intervenants extérieurs. Elle est également composée de 2 chefs de service (dont un gérant le DAP 75 et 92), de 2 à 3 éducateurs pour encadrer 5 jeunes, d'1 psychologue clinicien mobile à 32 heures hebdomadaires ; d'un prestataire, par convention, d'intérimaires recrutés auprès d'organismes partenaires de longue date, afin de pérenniser et de stabiliser les équipes. À cela s'ajoutent des partenaires divers et de longue date :

- Pour la santé physique/ santé mentale/ psychiatrie

Nous travaillons avec le centre ado de Neuilly, le réseau des CMP de Paris et de Seine-Saint-Denis, Ville Évrard, le centre d'accueil et de crise de Neuilly (Seine-Saint-Denis), la MDPH de Paris et de Seine-Saint-Denis, les centres médicaux de Montfermeil, Coubron et Chelles

- Pour les bilans, scolarité, formation, emploi et orientation professionnelle : le réseau des CIO de Paris et de Seine-Saint-Denis, le réseau des missions locales de Paris et de Seine-Saint-Denis-les MGI de Paris et de Seine-Saint-Denis, Essor 93, Inter Logement, le

⁶⁸ AEPC ; Projet d'établissement DAP version 2020 ; p.8.

SIAO, les centres maternels ARES Service⁶⁹, le service d'orientation spécialisée du JCLT⁷⁰, le CIEJ

- Pour l'hébergement/ logement : FJT, ALJT, CLJT, FJT les 3 rivières
- Pour l'hébergement/ suivi social post 21 ans : Studéa, Inter Logement (associations adhérentes), Essor 93, le SIAO.⁷¹
- Pour les papiers d'identité/ régularisation administrative : la permanence administrative et juridique de Paris-Passeport d'attache (ATPM), la préfecture de Paris et de Bobigny.
- Pour le cannabis/ les addictions : la Corde Raide, la Consult, la Terrasse, le service d'addictologie de l'hôpital Paul Brousse, le centre Émergence de l'Institut Montsouris, la CAARUD et le CSAPA. D'autres partenaires travaillent avec nous, comme la maison de justice et du droit et le SPIP Pantin. Ceci n'est pas exhaustif, car depuis juillet 2022, les conventions (DAP 75 et DAP 92) amènent de nouveaux partenariats en cours d'élaboration.

2.4.4.2 Les faiblesses et les menaces : diagnostic au niveau du dispositif DAP de l'association

Notre dispositif du DAP met en scène un personnel éducatif et des jeunes adolescents en très grande difficulté (« TGD »).

Ce personnel éducatif est confronté à des difficultés quotidiennes dues à l'accompagnement de ces jeunes en rupture de parcours. Nous avons du mal à maintenir les équipes du fait d'un recrutement difficile (l'association essaie de ne faire appel à l'Intérim qu'en cas de nécessité, mais doit se résoudre à cette initiative en l'absence de personnel). De même la formation à l'accompagnement de nos jeunes souffre de cette situation.

De plus, nos outils d'accompagnement sont incomplets et il est nécessaire de mettre en place de nouveaux moyens d'accompagnement. Même si nous disposons de personnel médical, nous ne sommes pas habilités pour des prises en charge thérapeutiques dans le cadre des autorisations qui nous sont accordées par le département, seule l'ARS pouvant accorder une telle autorisation. (Comptes, p.108) Or notre principale difficulté réside dans la continuité des soins. (p.109). De même, et comme le souligne ce rapport, notre structure dispose d'un temps dédié de psychologue, nécessaire dans la prise en charge d'enfants

⁶⁹ Le Groupe Ares, Association pour la Réinsertion Economique et Sociale, est le premier acteur de l'insertion par l'activité économique en Ile de France. Créée en 1991, sa vocation première est de favoriser l'insertion de personnes en grande exclusion (SDF, jeunes sans qualification, personnes handicapées...) en leur offrant un travail et un accompagnement social adaptés.

⁷⁰ Le JCLT est une association et un établissement du groupe SOS Jeunesse. Le Service d'orientation est agréé et financé par l'Aide sociale à l'enfance de Paris (convention depuis 1981) et l'Aide sociale à l'enfance du département des Yvelines (convention depuis 1990). La consultation est gratuite. Site : https://www.groupe-sos.org/media/doc/structures/livret_d_accueil_service_orientation_specialis_jclt.pdf

⁷¹ Services intégrés de l'accueil et de l'orientation

dont le parcours est difficile ayant une fonction d'évaluation, et qui vise à aider les équipes éducatives et n'ont pas de fonction thérapeutique.

Enfin, les jeunes ne sont pas suffisamment préparés pour la sortie du dispositif. Nous n'avons pas de moyens de voir comment ils évoluent tant scolairement que socialement ou professionnellement, afin d'avoir un retour sur nos dispositifs et de les améliorer, sauf lorsqu'il réapparaissent dans le dispositif au bout de deux ans comme cela s'est produit au sein du MétaDap.

- Le contexte législatif, les enjeux territoriaux et menaces liés à la mise en place du projet

Je constate une connaissance très partielle de l'enjeu sociétal, médico-social de l'accompagnement spécifique à ce type de public de la part des instances politiques, des institutions (école) et des établissements.

Afin d'avoir plus d'éléments pour asseoir et argumenter mon propos, je me suis d'abord attelée à comparer les différentes orientations et préconisations du législateur, de la HAS, et de l'ONPE, du schéma départemental de Seine-Saint-Denis et de sa feuille de route 2022. Je les ai confronté à leur application sur le terrain et j'en suis arrivée aux constats et conclusions suivants : Le dispositif DAP actuel ne répond que très partiellement aux besoins du Département. En 2014, c'était moins de 50 jeunes qui étaient accompagnés - dont 30 par AEPC Concorde – pour un besoin estimé d'une centaine. Aujourd'hui cinq établissements, dont le DAP, seulement accueillent ces jeunes alors que se présentent de plus en plus de profils TGD et de plus en plus jeunes (notamment via le SEPAD⁷³ de l'association). J'ai interrogé son directeur.

A ma question :

« Avez-vous repéré plus de familles en situation complexe ces dernières années sur votre secteur d'intervention ? »

« Oui, après 3 ans, nous avons des situations complexes qui arrivent au SEPAD et qui ne relèvent pas du dispositif (on nous les envoie car les autres services sont blindés : les AEMO sont saturés avec un temps d'attente très long). Sur 30 familles suivies 10 relevaient de situations complexes. On les a réorientées ».

(Entretien du 28 juin 2022 dans les locaux du SEPAD (ADOPHE) d'AEPC Concorde.)

⁷³ Service ADOPHE proposant un accompagnement des familles ayant des problématiques d'ordre familial, ou parentale : précarité, violence familiale, parentale à domicile avec possibilité d'hébergement, (8 associations ont des ADOPHE sur le 93)

Pour ce directeur, de plus en plus de familles et d'enfants en situation complexe sont adressés au SEPAD (service ADOPHE) de l'association, pour contrer le retard de la MJIE face à l'urgence de leur accompagnement. Ceci illustre la prévalence des mesures judiciaires (placements) sur les mesures administratives ou sociales constatée par l'ADF⁷⁴, diminuant ainsi les moyens en faveur de la prévention précoce contractualisables avec les parents. (Comptes, p. 174.) Ces mesures représentent 84% des dépenses de l'aide sociale à l'enfance selon l'ODAS.⁷⁵

Je constate que jusqu'à présent, les soins psychothérapeutiques dont ont besoin nos jeunes sont conséquents et coûteux et ne peuvent prétendre à être financés. Cependant, le vote du Schéma Régional de Santé d'Ile-de-France de 2028-2032 prévu en novembre 2023 pourrait changer cette donne et nous donner plus de marge.

La situation est effectivement à peu près la même tant au niveau des manques de moyens (CMP bondés, attente pour une consultation de 18 mois minimum, passage par un séjour en HP pour l'obtention d'un suivi en CMP). Pour confirmer les propos de la Cour des Comptes, notre structure du DAP fait partie de celles qui sont « régulièrement confrontées à des difficultés avec des enfants souffrant de troubles psychiatriques, accueillis par défaut. La très grande majorité des départements (dont le nôtre) alerte sur la difficulté de prise en charge du soin psychique, alors que le besoin est considéré en forte progression. Les délais de réponse sont de plusieurs mois, voire dépassent une année dans certaines régions. Le constat de carence de la pédopsychiatrie est unanime.» (p. 111)

2.5 Problématique

Je me demandée si un psychologue clinicien mobile et une consultation mensuelle suffisent face aux besoins de ces jeunes du DAP. Est-ce que l'accompagnement psychosocial actuel proposé dans le cadre de ce dispositif est efficace ? Répond-t-il aux besoins réels de ces jeunes en souffrance et à leurs troubles ? Comment le système actuel peut-il faire l'économie d'un vrai parcours de soins psychothérapeutiques alors que des études faites aux États-Unis ont démontré leur impact positif sur les parcours scolaires, de santé et sociaux des personnes sur le long terme ?

Nous sommes face à une situation contradictoire, où le temps et les moyens qui nous sont donnés pour accompagner des jeunes en grande difficulté sont réduits, alors que cet accompagnement exige du temps et des moyens financiers conséquents. Le contexte politique, institutionnel et territorial dans lequel nous évoluons n'aide pas à ce que le parcours des jeunes soit bien suivi ou bien accompagné, car nous sommes toujours dans

⁷⁴ Assemblée de départements de France

⁷⁵ Observatoire national du développement et de l'action sociale

des mesures provisoires, ou de court terme, d'ailleurs la feuille de route nous incite à penser à court terme (six mois), en faisant du service « à la carte ».

L'ADF mentionne la mise en place trop tardive des suivis thérapeutiques pour des enfants souffrant de traumatismes psychiques - voire de troubles psychiatriques. Elle déplore la faiblesse des moyens dédiés aux maisons des adolescents, dont l'action pourtant déterminante à un âge de grande vulnérabilité n'est pas soutenue à la hauteur des enjeux de santé publique qu'elle représente. (p. 174) Le soutien à la « fonction parentale » est capital si l'on veut, sur le long terme, mieux protéger l'enfant. Cette ambition se heurte toutefois à un paradoxe : ce travail d'éducation parentale réclame du temps alors que les mesures de protection sont souvent prononcées de manière provisoire et sur un temps court.

Tout ce que je viens d'évoquer pèse sur la qualité et la quantité de l'accompagnement proposé à nos jeunes en termes de temps, de personnel, de moyens et de choix thérapeutiques efficaces et correspondant à leurs besoins.

Aussi ma problématique est la suivante : comment mettre en place un accompagnement psycho-socio-éducatif adapté aux projet, besoins et problématiques des jeunes dits « TGD » accueillis au sein de notre dispositif pour un parcours sans rupture ? Et plus spécifiquement, quel type de partenariat de soins psychothérapeutiques pouvons-nous proposer en amont et à la sortie afin que ces jeunes soient repérés plus précocement, mieux suivis et mieux préparés à l'autonomie en matière de soins dans le cadre de cet accompagnement ?

2.6 Hypothèses

A la lumière de toutes mes recherches effectuées, notamment sur l'impact des événements négatifs et des traumatismes de l'enfance sur la santé des personnes (maladies chroniques entre autres), leur comportement, leur insertion sociale et professionnelle, on peut se poser la question de la qualité, de la quantité et l'adéquation de l'accompagnement psycho-socio-éducatif qui leur est proposé dans les institutions actuelles gérées par la protection de l'enfance, de la responsabilité de l'État et des autorités institutionnelles (de santé, de tarification) à ce niveau.

De même, mes lectures concernant l'impact des phénomènes de négligence et d'absence de soins maternels sur la capacité du jeune enfant de relationner, de modaliser me font penser qu'en réduisant le soin à une visite par mois en CMP, nous contribuons à pérenniser cette négligence. L'État, en ne mettant pas davantage de moyens de dépistage de situations complexes dans les familles en difficulté, participe de cette négligence, voire de cette maltraitance institutionnelle pour des enfants dont le vécu est déjà fragilisé. L'absence de

vraies enquêtes de terrain, de tests et d'outils ciblés, de statistiques spécifiques à ces publics de jeunes à l'échelle nationale en dit long sur l'intérêt que leur porte l'institution.

Je considère que c'est un problème majeur de santé publique, au-delà même de la problématique personnelle de ces jeunes en rupture de parcours. Il est urgent pour nous de mobiliser les instances de santé comme l'ARS, d'élargir l'éducation thérapeutique déjà lancée au niveau de certaines maladies chroniques comme le diabète à celles du stress post traumatique dans le cadre de l'accompagnement socio-éducatif de ces jeunes dans la réalisation des démarches liées à leur santé, en prévention de futures maladies chroniques éventuelles⁷⁸, qui s'avèreront encore plus coûteuses pour la société et l'État

Depuis la parution de la concertation pour le schéma régional de santé mentale de 2020-2025, il me paraît envisageable de faire financer les soins psychothérapeutiques de nos jeunes par l'ARS.

À travers mes enquêtes de terrain et mes recherches, j'ai montré que la prise en charge psychologique de ces jeunes est insuffisante, qu'entre les orientations données et la réalité des situations complexes un contraste et des paradoxes demeurent dans la prévention de cette vulnérabilité.

Il est plus qu'urgent de s'appuyer sur les lois, schémas et plans régionaux et départementaux afin de solliciter les financeurs tant pour l'accompagnement socio-éducatif que pour le soin.

C'est un devoir pour moi en tant que directrice de m'appuyer sur la loi pour faire valoir les droits de ces jeunes à un accompagnement qui soit à la hauteur de leurs problématiques et leur assure une stabilité de parcours.

Aussi ai-je pensé à créer un dispositif de parcours spécifique en amont incluant l'aspect préventif (DAP), des soins adaptés (dans le cadre du DAP actuel), en vue de la sortie du dispositif (unité d'autonomie), et au-delà (UTETA). que je souhaite soumettre au CA.

A la lumière de ces apports divers, je peux à présent dire que ce que nous proposons actuellement au sein du DAP est pertinent, mais insuffisant, car nous devons faire avec les faiblesses structurelles du système de soins psychiatriques, face à un besoin de soins constant de nos jeunes. De plus, notre approche est limitée et souvent nos jeunes sont en refus de soins à cause de modalités qui ne leur correspondent pas. Cela affecte leur parcours et ne contribue pas à optimiser leur projet. Vu les problématiques relationnelles et comportementales de ces jeunes très bien expliquées par les recherches en neurosciences précitées, il nous faut absolument repenser leur accompagnement psycho-socio-éducatif et de soins psychothérapeutiques. Pour cela, il s'agit d'améliorer le dispositif du DAP existant, mais également de renforcer la formation, les compétences et l'accompagnement du

⁷⁸ Les psychoses dont souffrent certains de ces jeunes sont répertoriées dans la CIM10 (Classification Internationale des Maladies) comme des maladies chroniques.

personnel pour qu'il puisse mieux appréhender les problématiques de ces jeunes. Je me mets un point d'honneur à appliquer la loi de 2016 et le PTRS de Seine-Saint-Denis de 2020-2025 en favorisant les partenariats avec des experts dans le domaine des soins psychiatriques traitant le stress post traumatique et en préconisant des thérapies comportementales dont ont besoin nos jeunes. Aussi dans une troisième partie, je propose un plan d'action en ce sens.

< CHAPITRE III Plan d'action: le Projet MultiDap 22>

3.1 Présentation et caractéristiques du projet

3.1.1 Les objectifs du projet

Ce projet consiste en la mise en place d'un accompagnement psycho-médicosocial transversal ayant pour but d'assurer l'accompagnement psycho-socio-éducatif des jeunes en très grande difficulté en assurant un parcours de soins continu, soit du plus jeune âge (à partir de 5 ans) à 25 ans, avec la création d'un réseau de soins pour les jeunes du DAP alliant un partenariat avec des psychologues cliniciens de proximité mobiles et en cabinet, des établissements de santé du 93 (APHP) et des unités de soins issus de ces établissements.

3.1.2 La déclinaison du projet en 4 unités de parcours

3.1.2.1 Pour les petits de 5 à 8 ans : le DAPI

Ce Dispositif d'Accompagnement Préventif Infantile pour l'accompagnement et le diagnostic des troubles psychiques et du comportement, serait mis en place conjointement à l'ADOPHE⁸⁴, fonctionnerait sur le même principe que ce dernier pour l'accompagnement mais proposerait un accompagnement psychothérapeutique familial pour détecter les situations à risque pour l'enfant. Une alliance thérapeutique serait établie avec les parents en vue du bien-être de l'enfant.

Il prendra la forme d'un réseau partenarial avec la PMI, la Nacelle (accueil de jour et placement familial thérapeutique, Saint-Denis), la consultation de psychopathologie du CHU Avicennes de Bobigny, l'unité de pédopsychiatrie de l'hôpital Avicenne, le MJIE, l'UNIDEP (Unité de diagnostic et d'évaluation pluri- professionnelle) rattachée à l'hôpital Jean Verdier de Bondy, l'unité de pédopsychiatrie de l'Établissement Public de Santé de Ville-Évrard. L'objectif de ce réseau est de travailler avec les familles à la prévention des risques psychosociologiques en proposant un diagnostic et si besoin, de la thérapie systémique familiale.

Il concernera, à ce jour, 3 enfants au sein de notre établissement.

⁸⁴ L'on peut voir que la prévention est déjà au cœur des préoccupations de la DGAS de 2002 et qu' « elle concerne directement les enfants et adolescents pris en charge par les différents services et établissements dont les difficultés psychiques s'expriment souvent à travers des agressions à l'égard des autres et d'eux-mêmes. ; qu'elle s'appuie sur « de nombreux travaux effectués autour de ces formes de pathologies (qui) témoignent des carences affectives précoces vécues par ceux-ci et de la discontinuité de leur histoire, marquée par des ruptures ». ⁸⁴

3.1.2.2 Pour les enfants et adolescents et jeunes de 8 à 21 ans : le DAP

Ce dispositif d'accueil personnalisé concernera les 8-11 ans 11-15 ans, 15-18 ans, 18-21 ans), soient 19 enfants au sein de notre établissement.

Il se base sur le DAP actuel. Pour les 18-21, l'aspect de l'accompagnement sera plus axé sur l'accompagnement du jeune à l'autonomie, en nous inspirant du DAE actuel.

Ce dispositif travaillera en partenariat avec :

- de nouveaux psychologues cliniciens en cabinet (Montfermeil, Gagny, Chelles, Nogent-sur-Marne) ou psychothérapeutes pratiquant l'EMDR, la thérapie TF CBT⁸⁵, et habilités par l'ARS (Noisy-le-Sec).
- le service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent d'AP-HP, Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis (constitués de l'hôpital Avicenne de Bobigny, Jean Verdier de Bondy et de Ville-Evrard et avec des unités de soins préventifs.)
- l'association E.M.D.R. France pour la thérapie EMDR (traitement des psychotraumas)
- le GHU (Groupe Hospitalier Universitaire Paris Psychiatrie et Neurosciences) Paris. « Créé en 2019 avec l'arrêté de l'ARS, [...] il est le premier hôpital en matière de maladies mentales et du système nerveux. »⁸⁶
- les centres de santé/ CMPP/ centres médicaux, selon les recommandations de la HAS⁸⁷ :
- le Pôle de Pédopsychiatrie du 92 et son CASA (Centre d'Accueil et de Soins pour Adolescents) pour le public du DAP 92
- les centres de santé/ CMPP/ CMPs et centres médicaux (recommandation de la HAS⁸⁸) pour la création d'une Unité Transversale d'Éducation thérapeutique et d'Autonomie » pour détecter les problématiques liées aux futures maladies chroniques et pouvant réactiver les expériences négatives de l'enfance. Les patients (jeunes ou familles) seraient reçus via des entretiens .
- le Département de Seine-Saint-Denis, pour la partie hébergement et les instances ayant déjà travaillé sur ce sujet (voir plus haut).

⁸⁵ TF-CBT trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy

⁸⁶ GHU, Que soignons-nous ?; GHU Paris psychiatrie & neurosciences (ghu-paris.fr)

⁸⁷ HAS, Service évaluation médico-économique et santé publique. Analyse économique et organisationnelle de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques [en ligne]. [consulté le 15 février 2022], disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport_dorientation_analyse_economique_et_organisationnelle.pdf ; annexe IV, Fig 2 : réseau ROMDES. P 86.

⁸⁸ HAS, Service évaluation médico-économique et santé publique. Analyse économique et organisationnelle de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques [en ligne]. [consulté le 15 février 2022], disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport_dorientation_analyse_economique_et_organisationnelle.pdf ; annexe IV, Fig 2 : réseau ROMDES. P 86.

- l'ARS pour le financement des soins médicaux (thérapies) des jeunes, entre autres.

3.1.2.3 Pour les jeunes de 21 ans : l'UTETA (avec dérogation)

Prévue pour un suivi des jeunes à la sortie du dispositif, cette Unité Transversale d'Éducation Thérapeutique et d'Autonomie sera envisagée en partenariat avec l'une des quatre unités suivantes : l'unité de pédopsychiatrie de l'Établissement Public de Santé de Ville-Evrard située à Bondy, l'unité de psychiatrie de l'hôpital Avicenne, ou un CMP, CMPP ou un cabinet médical existant. Elle concernera 3 jeunes. Son but est de les accompagner vers l'autonomie en matière de suivi psycho/ médico thérapeutique à la sortie du dispositif et vers le repérage centres de soins à leur sortie, en vue d'une continuité de leur parcours. Pour élaborer les missions et les mesures d'accompagnement de l'UTETA, je me suis largement inspirée de l'UTEPP du CHU de Bordeaux.

Ses missions s'articulent autour de 4 axes :

- Accompagner les équipes au plus près de leurs besoins en proposant un soutien méthodologique, pédagogique et organisationnel. L'UTETA intervient en appui à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes d'ETP.
- Assurer les liens entre les équipes, les directions des GHU et l'Agence Régionale de Santé de Seine-Saint-Denis, de Paris et des Hauts-de Seine
- Favoriser les échanges de techniques et d'outils éducatifs adaptés,
- aider à la conception d'outils et mettre à disposition des protocoles de soins.

Les mesures d'accompagnement des jeunes et du personnel socio-éducatif consisteraient en :

- l'utilisation de l'outil numérique (applications, télé-suivi et télé-éducation à distance, webinars, etc.) pour faciliter l'accès du plus grand nombre de jeunes ayant des psychopathologies et maladies chroniques à des séances d'ETP adaptées.
- l'encouragement vers la pair - aide, via la collaboration entre d'anciens jeunes du DAP et des éducateurs "ressources" ou des partenaires en ETP à la sortie du dispositif
- une convention spécifique à l'ETP peut être signée conjointement par l'équipe éducative de l'unité (hospitalière ou associative en pédopsychiatrie) concernée et notre association partenaire dans le but de préciser les modalités de collaboration
- la mise en place d'ateliers transversaux pour les éducateurs du DAP, visant l'acquisition de compétences d'adaptation non spécifiques à certaines pathologies, mais au contraire, pouvant être utiles au plus grand nombre, par visio-conférence(télé-éducation)
- la formation initiale et continue des éducateurs spécialisés en éducation thérapeutique et aux traumatismes, au stress post-traumatique et à l'accompagnement des profils ESPT.

En vue de sa création nous ferons notre demande d'ouverture auprès de l'ARS puisque le suivi des jeunes implique du soin. Nous formerons et d'accompagnerons les équipes souhaitant pratiquer l'ETP (éducation thérapeutique du patient) dans leurs services et veillerons à coordonner et de les valoriser . Un psychologue coordinateur assurera un suivi à distance et/ ou en présentiel des jeunes jusqu'à 25 ans. La composition de cette unité est visible en annexes 10 et 12.

3.1.2 La planification et le fonctionnement du projet d'établissement MultiDap 22

Il sera planifié selon le planning en annexe 11. Je modifierai le projet existant tout en m'inspirant du projet MétaDap de l'époque.

3.1.2.1 Le personnel impliqué : mode de recrutement , rôle et moyens d'action

Le recrutement est décrit en annexes 15 et 16 (organigramme et budget prévisionnel). Puisque mon mémoire est surtout axé sur l'accompagnement psychothérapeutique, j'ai décidé de focaliser mon attention sur le mode de recrutement, les rôles et moyens d'action des psychothérapeutes psychologues et leurs modalités et conditions d'intervention. Je me suis largement inspirée des dispositifs du MétaDap et du Dap en y apportant des modifications ou des innovations.

Ce personnel impliquera des psychologues formés aux nouvelles thérapie cognitivo-comportementales (TF-CBT, EMDR) et recrutés via issus des hôpitaux ci-dessus mentionnés, ou de cabinets privés et d'associations.

Le psychologue coordinateur actuel, sera chargé de faire la liaison entre ces psychologues, les jeunes et les instances (ASE etc..). (entretiens avec les nouveaux arrivants) En cas de nécessité d'une psychothérapie, il les oriente vers les praticiens, en collaboration avec les unités de psychiatrie concernées, en vue d'un suivi thérapeutique.

Le cadre et l'alliance thérapeutiques doivent être souples. Les jeunes peuvent interpellier les psychologues sur des difficultés ponctuelles qu'ils rencontrent. Le travail des psychologues, quant à lui, implique aussi une approche globale de la situation de chaque jeune. Ainsi des entretiens peuvent être proposés aux parents en fonction d'une problématique particulière. Les psychologues sont soumis au secret professionnel, ce qui permet de créer un espace de parole libre, du côté de l'intime et de nouer une relation de confiance. Ils s'engagent à respecter le rythme, les besoins du jeune, et à rendre compte de leurs observations en réunion bilan. Ils s'engagent à suivre le jeune « en dehors » du cadre thérapeutique traditionnel, ce qui implique des déplacements au moins deux séances sur 4. Les membres de l'équipe éducative peuvent également faire part de difficultés

particulières. Le travail des psychologues est profondément en lien avec les équipes éducatives et les cadres.

Au niveau du cadre de travail et de la fédération des équipes psycho et socio-éducatives on privilégiera la participation systématique des psychologues aux réunions d'équipe pour apporter un éclairage particulier et aider à l'élaboration d'hypothèses et d'axes de travail dans la prise en charge des jeunes (projet d'accompagnement personnalisé). De plus, les psychologues participent au moins à une réunion de synthèse par période avec les services de l'Aide Sociale à l'Enfance ou autres services, ce qui permet d'apporter un éclairage clinique au plus près des difficultés du jeune dans sa vie quotidienne. Enfin, leur travail implique de fréquents liens avec le psychologue coordinateur de l'association.

Les psychologues en convention avec l'association échangent régulièrement entre eux sur l'analyse de certaines situations complexes. Ceci concerne toutes les unités : DAPI, DAP et UTETA

-le psychologue coordinateur est chargé d'organiser une réunion : bilan par mois avec tous les psychologues recevant les jeunes de ces unités (CHU, associations, libéraux
Nous commencerions par programmer plusieurs réunions (de à) avec les chefs de service des DAP 75 ; 92 et 93 () et le directeur du DAP 93, la direction générale et le directeur adjoint, et le directeur du DAE (pour le travail sur l'accompagnement à l'autonomie) .Dans un premier temps, nous mettrons en place des réunions avec les professionnels encadrant les jeunes, pour les éducateurs de chaque structure afin de réaliser un sondage sur la nécessité de les former à l'accompagnement des jeunes « TGD » et à l'accompagnement à l'éducation thérapeutique. Dans un second temps, en milieu et fin d'année 2023, nous organiserons trois réunions avec les jeunes des trois structures, Neuilly-Plaisance, Chelles , Montfermeil (DAP 92 et DAP 75), en fonction de leur âge et leur maturité.

L'accompagnement psychologique au Multi Dap22

La consultation thérapeutique psycho-sociale (CTPS) de MultiDap a été créée tout d'abord pour assurer l'accompagnement psycho-social et la coordination médicale (psychiatrie et pédopsychiatrie) des jeunes en situation de très grande difficulté accueillis au sein du Dap. Apporter un soutien aux équipes éducatives de CONCORDE (réflexion clinique, analyse des pratiques, etc.).

Les locaux et intervenants de la consultation du DAPI

Elle se ferait au sein de locaux achetés et situés à Montfermeil, ou dans les locaux et/ ou de l'UNIDEP de Bondy aisément accessibles par la route et par les transports en commun

et accueillant déjà des familles. Une permanence/ antenne peut être envisagée également en partenariat avec l'actuel SEPAD de l'association.

Les locaux et intervenants de la consultation du DAP

La consultation thérapeutique du DAP serait installée en mai 2022 dans les locaux dédiés et achetés, situés à Montfermeil. Outre les bureaux des salariés, ces bureaux de 200 m² offrent un espace d'accueil convivial, de quatre cabinets de consultation et d'une salle de réunion. Elle sera ouverte du lundi au jeudi de 9H30 à 18H00 sans interruption et le vendredi de 9h30 à 12h30. Cependant, les rendez-vous avec les accompagnateurs psychosociaux peuvent avoir lieu en dehors de ces horaires et le samedi si nécessaire.

La consultation thérapeutique psycho-sociale fonctionne 11 mois par an, de septembre à juillet inclus, et est fermée au mois d'août. Elle est placée sous la responsabilité de Mr C, psychologue clinicien du DAP.

Les accompagnateurs psycho-sociaux sont assurés par une équipe de 6 psychologues cliniciens et psychothérapeutes par convention.

Les locaux et intervenants de la consultation de l'Unité Transversale d'Education Thérapeutique 'UTETA

La consultation thérapeutique se ferait dans un local dédié rattaché à un CMP les locaux négociés en partenariat avec l'unité psychiatrique de l'hôpital Ville Evrard de Bondy, ou de nos propres locaux, ou du cabinet médical de Montfermeil. Les intervenants sont décrits dans les paragraphes précédents : éducateurs, infirmière, psychologue clinicien, médecin.

Le suivi des situations

L'équipe de la consultation met en œuvre différentes modalités d'intervention auprès des jeunes qui peuvent se combiner et qui sont évolutives de façon à répondre au mieux aux besoins des jeunes en fonction de leur problématique.

A ce jour, la modalité la plus fréquente est un suivi en cabinet à l'extérieur, voire à une intervention du psychologue pour s'enquérir de la situation du jeune. Cependant et en vue d'un accompagnement au plus près des besoins, nous recruterons des psychologues cliniciens ou des psychiatres ou pédopsychiatre mobiles.

Actuellement, certains jeunes sont vus par des psychologues en CMP et d'autres par des psychologues de l'ASE. Pour ces trois situations, l'équipe de la consultation assure cependant un travail de coordination (ASE et psychiatrie) et de soutien aux équipes éducatives de CONCORDE grâce à Mr C, psychologue.

La coordination est assurée par le psychologue coordinateur assure la coordination médicale des situations des jeunes. (présence aux synthèses avec les structures de soins

(CMP, hôpital psychiatrique, ITEP, associations de psychologues praticiens, etc.), rendez-vous de jeunes avec le médecin psychiatre de la consultation.)

En l'absence de contact du jeune avec son médecin psychiatre, des prescriptions médicamenteuses et un suivi de la prise des médicaments seront faits par le médecin de la consultation. Cette coordination implique une prise de contact avec les derniers intervenants médicaux pour partage d'information. Elle se traduit également par la participation des membres de l'équipe de la consultation à certaines réunions de synthèse et aux commissions centralisées relatives aux jeunes du DAP.

Enfin, elle conduit également les intervenants de la consultation à développer, à chaque fois que cela est nécessaire et possible, un travail avec les familles.

Le soutien aux équipes éducatives du DAP

Ce soutien prend trois formes : des réunions de synthèse bimensuelles dans les locaux de la consultation. pour aborder des situations de jeunes en présence de l'ensemble de l'équipe éducative du DAP qui assure le suivi de ces jeunes : éducateurs dont le référent, le (la) coordinateur (trice), le chef de service et le directeur dans la mesure du possible, le psychologue clinicien coordinateur du DAP et le médecin psychiatre de la consultation, un éducateur accompagnateur coordinateur référent des jeunes et le psychologue clinicien qui suit le jeune dans la mesure du possible.

- une participation aux réunions d'équipe de l'association centrées sur la pratique éducative à partir de la situation des jeunes, pour aborder la (les) situation(s) du (des) jeune(s) hébergé(s) dans un même lieu en présence de l'équipe éducative du DAP qui assure le suivi de ces jeunes éducateurs dont le référent, le (la) coordinateur(trice), l'(les) accompagnateur(s) référent(s) du (des) jeunes.

- des échanges téléphoniques très fréquents entre les éducateurs du DAP et les psychothérapeutes de la consultation.

Ceci a pour but de permettre aux équipes éducatives du DAP de se saisir pleinement de cet espace de réflexion et partagent avec une grande facilité et en confiance leurs pratiques et leurs difficultés dans le lien avec les jeunes qui peut s'avérer très éprouvant.

Je m'appuierai sur les réseaux, ressources, conventions et partenariats déjà existants.

3.1.5 Le réseau interne et externe

Le réseau interne comporte le personnel et son expertise, les fonctions support (Directrice générale, Directeur Général Adjoint, Directrice technique, Chefs de Service). Le réseau externe est constitué des connaissances entre les personnes travaillant au sein de l'association. (IDEE 93.(association regroupant 30 associations de la protection de l'enfance du 93).

3.1.6 Les modes de financement de soins envisagés

Ces soins seront facturés à l'ARS et le CPAM de Paris, au même titre que pour l'hébergement facturé par le Département de Paris.

3.2 Mise en œuvre du projet

3.2.1 Pilotage et organisation institutionnelle du projet

Celle-ci se fera selon un calendrier déployé selon le calendrier décrit en annexe 11.

- L'organisation institutionnelle

Je vais piloter ce projet d'établissement en mettant en place :

3.2.1.1 Un comité stratégique (copil)

Il sera composé de représentants de l'association AEPC Concorde et de moi-même, directrice du DAP (porteuse du projet) , de la Directrice générale de l'association et de son directeur général adjoint, qui sera chargé d'analyser les orientations soumises au CA des associations gestionnaires, de suivre la réalisation et l'évolution du projet, de veiller au maintien de l'équilibre financier, d'examiner les options, les opportunités et les axes de développement et d'évolution présentés par moi en tant que directrice

3.2.1.2 Une direction opérationnelle

J'endosserai cette fonction également, assistée du chef de service du DAP et du psychologue coordinateur actuel du DAP doté d'une double compétence de clinicien de l'enfant et de l'adolescent. Conformément au décret 2007-221 du 19 février 2007, je disposerai de délégations dans les domaines suivants : animation et conduite du projet gestion financière, budgétaire et comptable, coordination avec les institutions et les intervenants extérieurs. Ces délégations seront précisées dans le DUD, conformément au décret 207-221 du 19 février 2007.

3.2.1.3 Une équipe d'encadrement psycho-socioéducatif composée de :

- un coordinateur (éducateur spécialisé) chargé du suivi de la situation des jeunes accueillis dans l'établissement (faisabilité du projet personnalisé du jeune, formalisation de ce projet, validation et suivi) à raison d' 1 éducateur pour 5 jeunes
- un psychologue clinicien coordinateur salarié, chargé de l'évaluation du jeune à son arrivée, de conduire son projet thérapeutique avec le médecin psychiatre, qui accompagne le jeune à raison d'un rendez-vous par semaine et l'accompagne dans les démarches liées à sa santé. Le psychologue et l'éducateur constitueront un binôme.

- une équipe éducative (éducateurs référents de parcours) qui interviendra de jour comme de nuit en fonction de l'âge et de la problématique du jeune, équipe qui sera ajustée tant en volume qu'en compétence au plus près des jeunes. Ces interventions seront supervisées par le coordinateur et vont avoir pour objet la sécurité des jeunes, l'aide à trouver un rythme, une hygiène de vie, une alimentation équilibrée. Elles les aideront aussi à reprendre soin de leur corps, dans des démarches d'élaboration et de réalisation de leurs projets et à s'autonomiser. Cette équipe sera relayée par des éducateurs intérimaires pour éviter le burn-out et le turnover. Le jeune a le droit de se choisir un référent de parcours parmi l'équipe éducative et ce, afin de pouvoir tisser un lien d'attachement mais également de pouvoir assurer son suivi.

- une coordination médicale sous forme d'accompagnement médical portant sur la santé physique (bilans médicaux dans le cadre de l'évaluation de la situation) et mentale et garantissant un parcours de soins coordonné (Cahier des charges, p8)

- d'autres intervenants : ce sont les services techniques et administratifs des associations partenaires ou les instances de soins des départements du 92 et de Paris

La mise en place de ce nouveau dispositif impliquerait peut-être de créer un nouveau poste de coordinateur interdépartemental basé sur le DAP, coordonnant les parcours des jeunes des trois départements concernés par le DAP (75, 92 et 93).

3.2.1.4 La recherche de mutualisation de moyens et d'expertise

Ceci pourra s'effectuer par des forums de discussions portant sur les pratiques éducatives et psychoéducatives des associations accompagnant les jeunes TGD et vulnérables sur le 93, le 75 et le 92 (dont IDEE 93).

Dans le respect de la stratégie nationale e-santé 2020, on pourrait envisager la mise à disposition des acteurs du parcours de soins (notamment des référents éducatifs) d'une liste à jour et des coordonnées de ces professionnels, en tenant compte notamment du lieu de vie de l'enfant ou de l'adolescent (situation géographique) et des compétences recherchées

Nous pensons également à utilisation d'un logiciel de coordination, qui permettrait de donner la possibilité aux professionnels de santé d'accéder aux données médicales selon leur habilitation.

La mise à jour du dossier médical partagé (DMP) électronique mis à disposition des patients et des professionnels de santé par l'assurance maladie sera à encourager afin d'assurer la portabilité des données de santé de l'enfant ou de l'adolescent à sa sortie du dispositif notamment dans le cadre du suivi externe en UTETA.

Il s'agira également de mettre des moyens (lieux, dispositifs) à la disposition des familles en vue d'une communication adaptée vis-à-vis de celles-ci et des enfants (voir ci-dessus). De plus, son utilisation devra être complétée par le recours à des solutions permettant d'assurer la conservation et l'archivage des données de santé de l'enfant ou de l'adolescent et des informations relatives à son parcours en santé mentale dans le cadre du présent dispositif, ainsi que leur portabilité en cas de changement de département. La mise en œuvre de ces différents outils devra tenir compte des obligations découlant du règlement général de protection des données (RGPD) et faire l'objet d'une déclaration à la CNIL.

Il est prévu qu'il faille alimenter, mettre à jour, consulter, requêter et partager, la base de données administratives relatives aux enfants et adolescents inclus dans le dispositif, pour assurer la traçabilité de la signature de la charte de consentement par les titulaires de l'autorité parentale et de la désignation, le cas échéant, d'un médecin du dispositif en tant que médecin traitant, assurer la traçabilité des professionnels qui interviennent dans le parcours de soins, suivre les échéances et contrôler la réalisation des examens obligatoires et interventions ou examens complémentaires ou de suivi demandés par le médecin de l'enfant et les autres professionnels qui participent à son parcours de soins.

3.2.2 Le management appliqué au sein du MultiDap 22

Je combinerai un management agile et situationnel. Je vais tout d'abord parler à tout le personnel concerné et leur exposer mes recherches afin de permettre à chacun de se positionner, de trouver une finalité nouvelle à son engagement car « une finalité claire permet de circonscrire la complexité, d'orienter la recherche de ruptures possibles et de faciliter les anticipations, de souder les acteurs entre eux et de fluidifier les collaborations ». (Barrand, 2006, p.106) Je vais organiser des réunions de réflexion avec le COPIL afin travailler collectivement à cette finalité, pour faire émerger ce qui fait sens pour chacun. Je m'appuierai pour cela sur les collègues du MétaDap toujours présents, afin qu'ils puissent monitorer et mener ces réunions de travail, demander aux chefs de service de mobiliser des équipes d'éducateurs et du personnel motivés, d'impliquer le plus grand nombre en amont de la réflexion, afin de minimiser les risques de rejet et de résistance au changement, notamment en les faisant réfléchir à l'importance de leur mission dans le projet pour l'enfant et de leur rôle crucial dans son accompagnement. Un rapporteur sera nommé par groupe. Je ferai si nécessaire des rappels à la loi en rappelant que si nous ne remplissons pas notre mission correctement, nous participons indirectement à la maltraitance de ces jeunes. Cette finalité de mettre en place un accompagnement adapté sera entretenue par un rappel constant de l'objectif, lors de phases de « mou » ou de « remous », quand la motivation ou la mobilisation du personnel baissera.

Nous devons tous converger vers la bienveillance, l'accomplissement du projet pour l'enfant et pour l'inscription de ce nouveau projet dans une réelle politique d'innovation en termes de santé publique qui fera écho chez tous nos partenaires et rejaillira à l'extérieur.

Je vais en parallèle contacter et demander des rendez-vous aux financeurs, afin de leur présenter également le projet et son budget prévisionnel. Je m'appuierai pour les convaincre sur nos réalisations et nos réussites, via la reconnaissance de notre expertise par les départements des Hauts-de-Seine et de Paris, qui nous ont confiés leurs jeunes dans le cadre du DAP 92 et DAP 75, et qui montre que notre dispositif répond bien à un besoin au-delà de notre circonscription, ce qui justifie de le maintenir et d'innover.

Le but final est de fédérer tous les acteurs (institutionnels, sociaux, politiques) et les moyens autour de notre mission -la protection de l'enfance- et d'innover face aux nouveaux défis, dans un contexte politique où les initiatives locales de rapprochement avec des partenaires de soins territoriaux sont saluées et encouragées à l'échelle régionale par le nouveaux PTRS3, et où les blocages et fonctionnements en silos semblent ne plus être d'actualité. Il s'agit de converger vers une vision future qui fait sens pour tous : celle d'accompagner des enfants vers un mieux-être au bénéfice de leur parcours de vie et de leur avenir.

« Cette vision future permet de faciliter le raisonnement (on sait où regarder, on sait fonctionner en connaissance de conséquences sur la réalisation du sens) et stimule la coopération (comme dans une équipe sportive, si le sens est compris et partagé, l'équipe ne peut que mieux fonctionner) » (Barrant ; p.107).

3.2.3 Le coût du projet, la recherche de financements et de partenariats

3.2.3.1 Élaboration du budget prévisionnel (Cf. annexe 12) f

Après l'élaboration d'un budget prévisionnel concernant le G 2 (charges du personnel) plus spécifiquement, je prévois un budget total, toutes unités confondues, de 1 039 490 euros: $365 : 22 =$ soit 129.25 euros en prix de journée par jeune (nous fonctionnons encore en prix de journée au sein de l'association mais espérons passer en CPOM en 2023)

Avec le groupe 1 et le groupe 3 = TOTAL de 1 351 337.156 euros

- soit 30% supplémentaires répartis entre le G1 et 3 (avec charges et équipements nécessaires) mais nous nous sommes concentrés sur les moyens humains (G2) en réduisant la voilure sur le G1 et 3 car certains équipements existent déjà.

- 1 039 490 euros : coût du G2 (on a divisé le coût initial quasiment par 6)

En comparaison, après m'être renseignée auprès de l'ancien directeur du MétaDap, le coût du G2 avait été estimé à 7 Millions d'euros, ce qui avait expliqué sa fermeture.

De petites unités (entre 3 et 5 jeunes selon l'unité) seront privilégiées avec une dotation en moyens humains important comme celui de la MECS. Ce sont les plus importants car ils représentent 70 % du budget dans ce type d'accompagnement.

3.2.3.2 La recherche de financements

Les financements seront sollicités auprès des institutions suivantes : Conseil Départemental du 93, 92 et 75 (accompagnement socio-éducatif), Région, Mairie, ARS (pour la partie soins et pour l'UTETA)⁹¹, Ministère de la santé, CAF, Assurance Maladie, HAS, CNSA (pour les locaux et équipements).

Nous ferons appel également à l'État, au Ministère de la Justice, Ministère de l'Éducation Nationale, à la MDPH, au Fonds Social Européen (FSE), au mécénat d'entreprises et fondations, aux mutuelles de santé ; au FNPEIS (Fond National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaire). Créé par la loi du 5 janvier 1988 relative à la Sécurité Sociale et géré par l'Assurance Maladie (régime général), le FNPEIS est destiné à financer toute action de prévention, d'éducation et d'information sanitaires propre à améliorer l'état de santé général de la population.

Seront aussi sollicités : le FAQSV (Fond d'Amélioration de la Qualité des Soins de ville)⁹²

Nous inviterions également la DNDR à participer (Dotation Nationale de Développement des Réseaux) : financement spécifique créé par la loi du 4 mars 2002 modernisant le système de santé et les décrets des 25 octobre et 17 décembre 2002.

Un coordinateur et chargé de mission stagiaire serait recruté pour la prospection d'appels à projets et la recherche de mécènes, sous ma supervision pour assurer le fil rouge.

3.2.3.3 La recherche de partenariats

Ce point a déjà été évoqué auparavant. Cette recherche se fera via les moyens multimédias et de communication, via un chargé de communication dédié, recruté en tant que stagiaire. Le partenariat s'établira en convention à titre expérimental avec un accompagnement mobile d'au moins 2 séances sur quatre obligatoires : déplacements du psy,

⁹¹ L'ARS Centre-Val de Loire a lancé un appel à projets pour les projets ou dispositifs de psychiatrie périnatale, de l'enfant et de l'adolescent à mettre en place dans les territoires non dotés ou sous dotés au regard des besoins. Il s'agirait de voir si un tel appel à projet existe sur la Seine-Saint-Denis.

⁹² Il finance des projets visant à améliorer la qualité et la coordination des soins. (décret du 12 novembre 1999). Un financement au titre du FAQSV peut concerner des actions d'évaluation ou d'amélioration des pratiques professionnelles (référentiels, études, recommandations de bonnes pratiques...), des dépenses d'équipement (outils de partage de l'information, systèmes d'aide au diagnostic...), des actions de coordination, de prévention ou d'éducation thérapeutique.

accompagnement dans des lieux autres qu'en cabinet, visite sur site). Ceci n'est pas exhaustif.

3.2.3.4 Autres démarches importantes

Tout d'abord il nous faudra obtenir une autorisation à titre expérimental pour 5 ans dans le cadre du CPOM pour le DAPI et pour l'Unité Transversale d'Education Thérapeutique et d'Autonomie (12^e de l'article L312-1 du Csaf). Ensuite, l'achat d'un local dédié à la fois à l'accueil des jeunes et à la coordination des soins sera envisagé, selon les locaux déjà disponibles. Enfin, le recrutement d'une équipe dédiée en s'appuyant éventuellement sur celle déjà existante au DAP sera envisagé, ainsi que la formation du personnel.

La formation du personnel et la GPEC

Elle aura lieu selon les profils, soit sous forme individuelle et en formation longue DU Adolescents difficiles (1 an) pour les coordinateurs éducateurs spécialisés (dont la condition d'embauche sera soumise à cette formation). Elle aura lieu sous forme de 3 sessions : octobre, janvier et avril pour le reste des personnels concernés et pour les formations d'accompagnement aux situations complexes (qui concernent la plupart des personnels et qui ont lieu à l'IRTS de Parmentier (Paris 10^e). Le même principe s'appliquera pour les formations à l'interne (contention, écrits professionnels, travail en équipe).

3.2.4 La communication interne et externe

Le plan de communication destiné à l'ASE, aux partenaires et au personnel de l'association et du DAP est décrit en annexe (voir GPEC en annexe). Il vise à informer les différents partenaires, institutions (Département, ASE, Etat) et interlocuteurs (politiques, unités psychiatriques, associations etc.) de la mise en place du projet, de son contenu, de ses objectifs et de son mode d'évaluation. Je m'appuierai sur les réseaux (publicité, annonces, publications institutionnelles, mairie, journaux, diffusion via la presse écrite, France 3, et participation à des forums associatifs, organisation d'une JPO, diffusion via les moyens de communication du réseau IDEE93. Diffusion interne via mail et intranet.

3.2.5 Les moyens et ressources mobilisables

La GPEC appliquée au niveau des ressources humaines est déclinée en annexe 17. Elle implique de s'appuyer sur l'expertise du personnel existant, mais également sur la formation en vue de l'accompagnement du public jeune vulnérable. De même, au niveau du recrutement, nous serons plus vigilants et exigeants.

La formation du personnel éducateur spécialisé à l'accompagnement des jeunes vulnérables sera assurée par l'ancien coordinateur du MétaDap.

-formation du personnel éducateur spécialisé à l'accompagnement à l'éducation thérapeutique des jeunes (dispositif les amenant à se faire suivre en psychothérapie/ ambulatoire/ cabinet de manière autonome à la sortie dès l'âge de 21 ans)

-éducateurs spécialisés : formations sur les traumatismes, le stress post-traumatique et ses manifestations, en PNL et à l'accompagnement psycho-éducatif spécifique des jeunes vulnérables (rechercher les formations possibles en cours) pour revaloriser aussi leur formation et les pérenniser.(ex DU adolescents difficiles : psychopathologie de l'adolescent, stages de formation continue , spécialisation) montée en compétence pour en faire des coordinateurs de parcours

-transformation des postes d'éducateurs spécialisés en coordinateurs de parcours (formation assurée en interne + programme de formation continue) 1 pour 5 jeunes

-formation du personnel éducateur spécialisé aux problématiques psychiques de jeunes (ateliers de parole possibles, autres en fonction de leurs besoins et des problématiques rencontrées ou des thématiques à aborder) (annexe 13)

Le partage d'expériences et de pratiques des équipes sera concrétisé par l'élaboration d'un guide pratique destiné aux nouveaux éducateurs spécialisés en vue de l'accompagnement des jeunes vulnérables « TGD »

Des stages de communication pour adolescents seront animés par les éducateurs et le psychologue coordinateur. Les postes d'éducateurs spécialisés qui le souhaitent seront transformés en coordinateurs de parcours (la formation sera assurée en interne + programme de formation continue) 1 pour 5 jeunes

Le personnel éducateur spécialisé sera formé aux problématiques psychiques de jeunes (via des ateliers de parole possibles, autres en fonction de leurs besoins et des problématiques rencontrées ou des thématiques à aborder) et pour l'UTETA.

Je recruterai un animateur stagiaire pour mener des stages de communication et ateliers d'expression artistique (travail sur le corps)

3.2.6 Les résistances et contraintes possibles

Elles pourront émaner du personnel, qu'il soit éducateur – coordinateur, suite à l'obligation de formation d'un an ou à l'application des astreintes, ou bien provenir des psychologues, au vu des contraintes de déplacement stipulées dans la convention.

Les résistances peuvent aussi venir des personnels concernés par le dispositif du DAP déjà habitué au fonctionnement tel qu'il est aujourd'hui (une seule visite en CMPP pour les jeunes du DAP), et qui estiment cela suffisant.

De même, la création de deux dispositifs supplémentaires (DAPI et UTETA) peut générer des résistances de la direction générale qui n'y trouverait pas d'intérêt, ou qui estimerait que les moyens manquent pour mettre cela en place.

Les institutions (hôpitaux) peuvent également se montrer « frileuses » car elles sont déjà débordées. La création d'un dispositif tel que le DAPI peut également amener des questionnements quant à son effet « doublon » avec la PMI, l'ADOPHE et générer une certaine méfiance de la part de la MIEJ vis-à-vis d'une initiative « concurrente » d'évaluation de situations complexes, même si elle est censée apporter du renfort à ce dispositif très peu efficace - 6 mois pour évaluer la situation d'un enfant-.

Les financeurs peuvent également ne pas répondre à l'appel dans l'immédiat ; notamment l'ARS que nous essaieront de solliciter (et qui travaille à l'application du décret de mai 2017 pour les visites psychologiques gratuites d'adolescents).

L'État doit également être convaincu du bien-fondé et de l'utilité de la prise en charge plus précoce, plus conséquente, plus adaptée, des jeunes en situation complexe et de vulnérabilité voire en très grande difficulté. Il faudra parvenir à l'assurer du fait que mettre les moyens à titre préventif dès le plus jeune âge, maintenir un parcours de soin étayé et guider ces jeunes vers du soin de droit commun s'avère en définitive moins coûteux à moyen et long terme, et peut contribuer à éviter des « dérapages » pouvant mener à la désocialisation voire à la délinquance ou à l'exclusion de ces jeunes, ainsi qu'à l'émergence de problèmes de santé beaucoup plus onéreux en termes d'impact social et médical. L'étude de Felitti citée auparavant nous le prouve.

3.2.7 Points de vigilance

L'enjeu majeur ici reste celui de la santé et de la continuité des soins des jeunes accueillis. Il s'agit de bien répertorier ce que l'on veut évaluer dès le départ, de bien déterminer les objectifs à atteindre en fonction du jeune, de bien former le personnel et de créer des équipes solides, stables et pérennes, solidaires et efficaces, mais également souples et ouvertes à l'innovation et au changement, prêtes à assumer des fonctions éprouvantes et en très bonne cohésion, qui communiquent et sont prêtes à s'auto-évaluer, en effectuant les changements et améliorations nécessaires.

AEPC Concorde est un pionnier dans le domaine de l'accompagnement des jeunes « difficiles », elle ne peut donc pas faire l'économie de l'innovation pour le rester, et pour rechercher ce qui peut finalement continuer à répondre à sa vocation première : l'accueil sans condition des jeunes quelles que soient leurs situations, et leur bien-être.

3.3 Évaluation de la mise en œuvre du projet

Je me suis largement inspirée pour cela des modalités déjà existantes, à savoir celles contenues dans le DAP 2020. Ces évaluations selon deux modalités (externe et interne) sont prévues dans le cadre de modalités prévues par la loi 2002.2 du 2 janvier 2022, mais également une évaluation statistique annuelle et des processus d'évaluation des situations et des pratiques propres à l'établissement.

3.3.1 Les différentes formes d'évaluations

L'évaluation d'ordre statistique se fera sous forme d'un rapport annuel d'activité en plusieurs parties : une consacrée aux unités de vie et de la semi-autonomie renforcée et une consacrée à l'activité du service de jour. Il s'agira de présenter le profil et la situation des jeunes qui intègrent l'établissement et ses services et ceux qui les quittent. Nous mettrons en corrélation la situation des jeunes à leur entrée, au moment de leur sortie et la durée de leur séjour afin d'objectiver l'évaluation des effets du travail réalisé. Par ailleurs, chaque année, un focus sera fait sur un élément significatif : soit une activité réalisée, une évolution significative, un partenariat privilégié, etc...

L'évaluation des situations des jeunes et de leur évolution quant à elle sera continue et mobilisera l'ensemble des intervenants de la structure, mais également ses partenaires. Cette évaluation aura notamment lieu : premièrement, à l'occasion de la première évaluation globale de la situation du jeune réalisée 60 à 90 jours après son admission, deuxièmement lors du bilan clinique médico-psycho-socio-éducatif réalisé tous les six mois, troisièmement à l'occasion de l'élaboration du PPE, quatrièmement à l'occasion de la signature des projets personnalisés, cinquièmement lors de l'élaboration du DIPC ou de la signature du contrat de séjour et de leurs avenants, et enfin sixièmement à partir des données sociales recueillies dans le cadre du rapport d'activité.

Elle pourra être complétée par le recours aux questionnaires de satisfaction de la part des jeunes ou par une évaluation du parcours du jeune via un bilan effectué avec les différents intervenants.

L'évaluation des pratiques aura lieu via des réunions internes, de travail et à l'occasion de groupes d'analyse des pratiques.

L'évaluation interne et externe à 5 ans se fera dans le cas de l'entrée en CPOM, en 2027 (*précisons que le DAP d'AEPC Concorde n'est pas encore géré en CPOM et qu'ils appliquent toujours le prix de journée*) conformément à l'article L 312.8 du CASF et au décret 2012-1319 du 3 novembre 2010, du décret no 2010-1319 et selon la durée de l'autorisation de l'établissement.

Une évaluation avec les fiches conseils de la HAS pourra s'effectuer, concernant la prévention, le recueil d'informations préoccupantes dans le cadre des entretiens avec les parents, avec les enfants/ adolescents (boîte à outils / entretiens). L'évaluation d'après la Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles de la HAS, intitulée : « Évaluation interne : repères pour les établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs/ jeunes majeurs dans le cadre de la Protection de l'Enfance et/ ou mettant en œuvre des mesures éducatives. » Une recommandation concernera particulièrement « l'accompagnement des mineurs ayant des difficultés psychologiques perturbant gravement les processus de socialisation. »

Une priorité sera donnée à l'appropriation par les équipes de Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles spécifiques à la protection de l'enfance et les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles transversales.

3.3.2 Les indicateurs de réussite

Au plan qualitatif, ils comprendront des données basées sur le diagnostic à l'entrée et l'évaluation à la sortie du dispositif de suivi, les comptes-rendus des consultations psy (amélioration de l'état de santé du jeune via le bilan mensuel et en fin de parcours), les rapports des éducateurs, le recensement des difficultés rencontrées et résolues (bilan mensuel), le suivi du dossier du jeune et le nombre de récidives de fugues, d'actes de violence, de comportements à risque par rapport au début d'entrée dans le dispositif (bilans mensuels) ; la mesure des progrès scolaires (concertation avec l'équipe éducative qui suit la scolarité du jeune) ou l'inscription du jeune dans un projet professionnel, la mesure également du degré d'autonomie du jeune (éventuellement son admission au DAE).

Seront également pris en compte les questionnaires de satisfaction du jeune en cours de parcours, le bilan effectué avec les partenaires de soins et d'accompagnement, selon le cahier des charges 2022. Au plan quantitatif, on pourra mobiliser les statistiques inhérentes à l'association, notamment celles des rapports d'activité, des entretiens avec les familles et avec les jeunes, les rapports et bilans de soins, éducatifs et scolaires. Nous nous attellerons également à suivre l'évolution du jeune jusqu'à 25 ans, via les outils de communication mis en place au sein du dispositif.

3.4 Les enjeux

À l'échelle d'un établissement comme le nôtre, la remise en question de la fonction d'éducateur sera à envisager au vu de leur rôle de référent et d'un savoir-être vis-à-vis de jeunes qu'ils peuvent percevoir comme hostiles. Ils pourraient nous opposer le fait de ne pas être formés pour un tel type d'accompagnement, faute d'offre de formation sur ce type de profil. Il s'agit de les faire entrer dans une dimension qui va au-delà d'un simple accompagnement éducatif et administratif, en les amenant à étoffer leur profession avec

des pans empruntés à la psychologie, pour mieux répondre aux besoins des jeunes qu'ils côtoient de façon quotidienne.

Ensuite, à l'échelle d'un territoire, il s'agit pour les partenaires de vraiment travailler en maillage serré autour du jeune, de sortir de leur zone de confort pour étayer ce dernier, tout en écoutant ses besoins, l'innovation résidant justement dans le fait de proposer un encadrement et un accompagnement qui aide le jeune à se sentir soutenu, conseillé, formé, écouté, dans le respect de sa personnalité, de ses attentes et de ses fragilités. Il s'agit de rien imposer mais de proposer, avec bienveillance, tout en étant fermes et justes, non seulement un accompagnement mais une relation stable avec un référent, qui permette au jeune d'être rassuré, sécurisé et de se projeter dans l'avenir. Il s'agit, comme l'aurait fait un parent, d'assurer la stabilité de son parcours dans une démarche où ses besoins sont vraiment écoutés et validés et non pas ceux de l'institution ou de ceux qui les accompagnent.

Ceci demande une très grosse logistique de réseau mais également de créer un nouveau type de partenariat lui-même stable et durable dans le temps, sans des délais d'attente qui provoquent de la rupture ou du non-sens pour le jeune et pour l'accompagnement lui-même. Il s'agit de réellement combler les failles du système en réunissant les différents acteurs (médicaux, sociaux, institutionnels, scolaires, politiques) autour des problématiques du jeune et de faire en sorte qu'il ne retrouve pas de nouveau, sous une autre forme, les défaillances et ruptures vécues dans son milieu d'origine. Il faut aussi s'assurer de sa capacité à évoluer dans son projet de vie, inclus pleinement dans ce parcours, même s'il demande plus d'étayage, de prévision, d'anticipation et de recherche en matière de soins, ou la mise en place d'autres dispositifs, comme l'auraient fait des parents équilibrés. Le but ultime ici n'est pas qu'il s'adapte à nos institutions mais de nous adapter à ses besoins. Les systèmes « en tuyaux d'orgue » que l'on peut déplorer, les clivages, le manque de cohésion territoriale et de communication, de transmission d'informations, de souplesse des institutions, la lourdeur administrative et les compartimentations ne fonctionnent pas pour ces jeunes et, à vrai dire, contribuent à leur souffrance, voire, pour certains à « non-assistance à personne en danger ».

Mais si nous allons au-delà des simples problématiques évoquées, ne pourrait-on pas avancer que finalement, ce serait nous-mêmes qui serions trop limités ? En effet, en nous forçant à nous unir en leur faveur, ils nous invitent à sortir de nos pratiques divisées, sclérosées, trop figées, voire trop habituelles, pour nous challenger dans des domaines inconnus où nous sommes ainsi amenés par la force des choses ou par leurs problématiques, à innover, sous peine de les retrouver plus tard dans des trajectoires mettant à mal la société qui n'a pas su les comprendre et les aide-

Conclusion

Les recherches récentes en neurosciences ont montré que les carences, négligences précoces et maltraitances infantiles qui caractérisent le parcours d'une grande majorité de des enfants faisant l'objet d'une mesure de protection de l'enfance ont un impact sur leur développement psychique et des conséquences graves à long terme, pouvant se traduire en handicap psychique et social : pathologies comportements anti-sociaux, troubles et souffrances psychiques, voire psychiatriques. Leur lourde morbidité à l'admission montre une situation déjà très dégradée depuis longtemps, qui aurait pu être détectée de manière anticipée, et montre l'urgence de mettre en place des dispositifs le repérage précoce des facteurs de risques (ou expériences négatives de l'enfance) puis de soins, d'accompagnement et de prise en charge par des actions tant médico-sociales (que thérapeutiques).

Mais les relations entre ces deux politiques publiques constituent un angle mort des politiques de santé publique alors que l'on est face à un problème aigu et coûteux. On sait que les conseils départementaux, en 2008, pour l'ensemble des 300 000 enfants suivis par l'ASE, ont dû déboursier jusqu'à 6 milliards d'euros, sans compter les surcoûts induits (santé, éducation spécialisée, justice) à la charge de l'État.⁹³ Notre dispositif innovant d'accueil du MétaDAP en a pâti, s'étant clôturé malgré nous, en 2019, causant ainsi une baisse de la qualité de soins pour ces jeunes que la Seine-Saint-Denis, département sinistré en matière de soins psychiatriques, a caractérisés de « TGD » : « en très grande difficulté ».

J'ai choisi de compléter le dispositif d'accompagnement actuel par un parcours de soins psychothérapeutiques adapté à leur parcours de vie mais aussi d'anticiper en créant des unités thérapeutiques annexes destinés à l'avant et l'après placement, afin de prévenir les situations de mise en danger et de les rendre acteurs de leur propre parcours de soins à la sortie de notre dispositif.

Au vu du nouveau plan territorial de santé mentale et du rapport de la Cour des Comptes qui insistent sur la nécessité urgente des soins psychothérapeutiques et psychiatriques pour les jeunes ayant des problématiques psychiques liées à des expériences négatives de l'enfance je ne peux que me convaincre et convaincre le Département et l'ARS de nous suivre dans ce nouveau projet.

⁹³ Rousseau, D., Riquin, É., Rozé, M., Duverger, P. & Saulnier, P. (2016). Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance. *Revue française des affaires sociales*, , pp.343-374. <https://doi.org/10.3917/rfas.161.0343>.

Bibliographie

OUVRAGES

Berger, M. (2012). *Soigner les enfants violents. Traitement, prévention, enjeux*. Paris : Dunod.

Fabry, P. (2021). *De l'enfant placé à l'enfant confié*. L'Harmattan.

Gansel, Y. (2019). *Vulnérables ou dangereux, une anthropologie du souci des adolescents difficiles*. ENS Éditions.

Ravon, B. et Laval, C. (2015). *L'aide aux « adolescents difficiles », Chronique d'un problème public*. Érès.

Tronto, J. (2009). *Un Monde vulnérable. Pour une politique du care*. Editions La Découverte.

RESSOURCES NUMÉRIQUES

1- Consultées en français

Calvès, A. (2009). « Empowerment » : *généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement*, Revue Tiers Monde, 200, p.735-749. [mis en ligne sur Cairn info le 19/09/2013]. <https://doi.org/10.3917/rtm.200.0735>. [consulté le 7 juin 2023]

Canat-Faure, S. (2019). *Penser l'éducation thérapeutique Approche éducative à visée thérapeutique des jeunes avec troubles psychiques et du comportement*. La nouvelle revue - Éducation et société inclusives, 87, p.191-206. [mis en ligne sur Cairn info le 06/02/2020]. <https://doi.org/10.3917/nresi.087.0191> .[Consulté le 7 mars 2022].

Casanova, R. (2008). *Faire avec... vers un ancrage pédagogique*. Les Cahiers Dynamiques, 42, p.30-34. [mis en ligne sur Cairn info le 01/01/2010]. <https://doi.org/10.3917/lcd.042.0030> . [consulté le 7 juin 2023] .

Chabot, A., Achim, J. & Terradas, M. (2015). *La capacité de mentalisation de l'enfant à travers le jeu et les histoires d'attachement à compléter : perspectives théorique et clinique*. La psychiatrie de l'enfant, 58, p.207-240. <https://doi.org/10.3917/psy.581.0207>. [Consulté le 6 juin 2023].

Charras, K., Depeau, S., Wiss, M., Lebihain, L., Brizard, Y., Bronsard, G. (2012). *L'enfance et l'adolescence in situ : facteurs environnementaux facilitateurs et inhibiteurs de troubles cognitifs et comportementaux*. *Pratiques psychologiques*, 18, p.353-372. <https://sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1269176311000502>. [consulté le 25 août 2022].

Défenseur des droits, (2015). *Rapport 2015 sur les droits de l'enfant. Extraits : Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles*. *Journal du droit des jeunes*, 349, p.36-56. <https://doi.org/10.3917/jdj.349.0036>. [consulté le 14 avril 2023].

Desveaux, J.-B., (2016). *Penser le soin des adolescents en institution à partir des apports de Winnicott*, *Journal de la psychanalyse de l'enfant* 2016/1 (Vol. 6), p. 131-166. <http://www.cairn.info/revue-journal-de-la-psychanalyse-de-l-enfant-2016-1-page-131.htm> . [consulté le 24 août 2022].

Douard, O. & Loncle, P. (2012). Introduction : *Les jeunes vulnérables dans les politiques locales sociales et de santé*. *Agora débats/jeunesses*, 62, p. 45-49. [mis en ligne sur Cairn info le 31/10/2012]. <https://doi.org/10.3917/agora.062.0045>. [Consulté le 30 août 2022].

Dubé, G., Terradas, M. & Domon-Archambault, V. (2018). *Empathie, mentalisation et traumas complexes : quels liens avec les comportements extériorisés des enfants en protection de l'enfance ?*. *Enfance*, 2, p.343-372. <https://doi.org/10.3917/enf2.182.0343>. [Consulté le 30 août 2022].

Dubois-Comtois, K., Sabourin-Guardo, E., Achim, J., Lebel, A., Terradas, M., (2020) *L'attachement et la mentalisation en pédopsychiatrie : une fenêtre sur le fonctionnement des enfants et de leurs parents*. *Santé mentale au Québec*, Volume 44, numéro 2, p. 195 – 217. <https://www.reudit.org/fr/revues/smq/2019-v44-n2-smq05670/1073529ar/>. [Consulté le 23 août 2022].

Dugravier, R., et al. (2009). *Compétences parentales et attachement dans la petite enfance : diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience (CAPEDP) : une étude longitudinale de prévention précoce des troubles de la relation mère–enfant*. Conférence plénière. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 57. p. 482–486. <https://sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S022296170900138X>. [consulté le 26 juillet 2022].

Educofamille, (2021). *Les expériences négatives durant l'enfance, qu'est-ce que c'est ?*

<https://educofamille.com/experiences-negatives-durant-lenfance/>. [consulté le 24 janvier 2022].

Fournier, S., Terradas, M. & Guillemette, R. (2019). *Traumas relationnels précoces, représentations d'attachement et mentalisation chez l'enfant : mise à jour des connaissances et application au contexte de protection de la jeunesse*. La psychiatrie de l'enfant, 62, p. 431-451. <https://doi.org/10.3917/psy.622.0431>. [consulté le 24 janvier 2022].

Hoffman, D., Piccinin, B. & Servais, L. (2014). *Spécificités du travail relationnel avec les systèmes familiaux d'adolescents hospitalisés présentant des troubles psychiatriques sévères et des troubles sévères du comportement judiciairisés*. Thérapie Familiale, 35, p. 55-69. [mis en ligne sur Cairn info le 07/04/2014]. <https://doi.org/10.3917/ff.141.0055>. [consulté le 24 janvier 2022].

Lehmann, J. (2005). *Ce que « prendre soin » peut signifier*. Le Coq-héron, no 180, p. 50-54. <https://doi.org/10.3917/cohe.180.0050>. [Consulté le 6 juin 2023].

Lussier, F., Chevrier, E. & Gascon, L. (2018). *Neuropsychologie de l'enfant et de l'adolescent : Troubles développementaux et de l'apprentissage*. Paris : Dunod. [mis en ligne sur Cairn info le 27/01/2020]. <https://doi.org/10.3917/dunod.lussi.2018.01.0697>. [Consulté le 7 mars 2022].

Mercuel, A. (2018). « *Aller vers... » en psychiatrie et précarité : l'opposé du « voir venir... » !*. *Rhizome*, 68, p. 3-4. [mis en ligne sur Cairn info le 12/07/2018]. <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2018-2-page-3.htm>. [consulté le 7 juin 2023].

Monod, G. (2019). *Les cas complexes dans la protection de l'enfance*. Pratiques en santé mentale, no 65, p.39-44. [mis en ligne sur Cairn Info le 10/02/2020]. <https://doi.org/10.3917/psm.194.0039>. [consulté le 20 octobre 2022].

Moureau, A. & Delvenne, V. (2016). *Traces cérébrales des traumatismes infantiles et devenir psychopathologique*. La psychiatrie de l'enfant, no 59, p.333-355. <https://doi.org/10.3917/psy.591.0333>. [consulté le 01 novembre 2022].

Oui, A. (2021). *Observer et mesurer la maltraitance infantile : complexité de la démarche et données disponibles*, Dialogue, 233, p.159-173. [mis en ligne sur Cairn info le 21/10/2021] <https://doi.org/10.3917/dia.233.0159> . [Consulté le 7 mars 2022].

ONPE, (2018). *Thèmes dangers et maltraitance, enfants et familles santé*. Colloque CAPEDP, [mis en ligne sur le site de l'ONPE le 30/11/2018]. <https://www.onpe.gouv.fr/actualite/colloque-capedp>. [consulté le 26 juillet 2022].

Pecoul, D., (2018). *Étude de Felitti sur les expériences négatives de l'enfance*. Institut Français d'EMDR. <https://www.ifemdr.fr/etude-de-felitti-sur-les-experiences-negatives-de-lenfance/>. [consulté le 29 janvier 2022].

Puyuelo, R. (2020). Chapitre 14. *Les enfants vulnérables, approche psychopathologique*. Dans : Noël Touya éd., *Travailler en MECS : Maisons d'enfants à caractère social* (p. 261-272). Paris : Dunod. [Mis en ligne sur Cairn.info le 04/12/2020]. <https://doi.org/10.3917/dunod.touya.2020.01.0261> . [consulté le 29 janvier 2022].

Robin, P. (2016). *Le parcours de vie, un concept polysémique ?*. Les Cahiers Dynamiques, 67, p. 33-41. <https://doi.org/10.3917/lcd.067.0033>. [consulté le 14 avril 2023].

Rousseau, D., Riquin, É., Rozé, M., Duverger, P. & Saulnier, P. (2016). *Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance*. Revue française des affaires sociales, p.343-374.[mis en ligne sur Cairn info le 15/06/2016] <https://doi.org/10.3917/rfas.161.0343> . [consulté le 14 avril 2023].

Roy, S., *Le processus de mentalisation : intérêts cliniques*, powerpoint, <https://vdocuments.mx/le-processus-de-mentalisation-intrts-cliniques-la-mentalisation-aa-capacit.html?page=1>. [consulté le 23 août 2022].

Sans, P. (2021). *L'accueil familial thérapeutique, une autre vision du soin*. Empan, 122, p. 51-58. <https://doi.org/10.3917/empa.122.0051>. [consulté le 07 mai 2023].

Séverac, N. (2019). *Les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance : le prix du sensible*. Les Cahiers Dynamiques, 76, p. 31-41. <https://doi.org/10.3917/lcd.076.0031>. [consulté le 07 mai 2023].

Vasconcellos-Bernstein, D. (2013). *Instaurer l'alliance thérapeutique*. Le Journal des psychologues. 310, p. 25-28. [mis en ligne sur Cairn info le 19/09/2013]. <https://doi.org/10.3917/jdp.310.0025>. [consulté le 7 juin 2023] .

Vitaro, F., Ph.D. *Liens entre la petite enfance, la réussite scolaire et la diplomation au secondaire*. Université de Montréal, Canada, Encyclopédie sur le développement des

jeunes enfants, Réussite Scolaire. <https://www.enfant-encyclopedie.com/pdf/expert/reussite-scolaire/selon-experts/liens-entre-la-petite-enfance-la-reussite-scolaire-et-la-diplomation>. [consulté le 28 janvier 2022].

Zielinski, A. (2010). *L'éthique du care : Une nouvelle façon de prendre soin*. *Études*, 413, p.631-641. <https://doi.org/10.3917/etu.4136.0631>. [consulté le 28 juin 2022].

2- Consultées en anglais

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks J. S., (1998). *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults*. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9635069/>. [consulté le 29 janvier 2022].

Holmstrand, K., (2019). *The JPB Research Network on Toxic Stress*. Center on the Developing Child at Harvard University. <https://developingchild.harvard.edu/innovation-application/frontiers-of-innovation/pediatric-innovation-initiative/jpb-research-network/> . [consulté le 24 janvier 2022].

Miles, L., (2019). *Adverse childhood experiences and the implications for schools*. <https://www.headteacher-update.com/best-practice-article/adverse-childhood-experiences-and-the-implications-for-schools/215017/>. [consulté le 29 janvier 2022].

1- Rapports

AEPC Concorde, (2013). *Métabole : projet Concorde-Métabole*.

AEPC Concorde, *Projet d'établissement DAP 2020*.

AEPC Concorde, DAP, *Rapports d'évaluation 2019, 2020, 2021*.

ANESM, (avril 2009). *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile Services d'aide, d'accompagnement et de soins intervenant au domicile d'adultes vulnérables relevant des articles L.312-1 et L.313-1-1 du code de l'Action sociale et des familles*, https://www.pspaca.fr/IMG/pdf/anesm_reco_maltraitance_a_domicile_2009.pdf. [consulté le 7 septembre 2022].

ARS, (2018). *Améliorons la santé des franciliens, horizon 2027*. Projet régional de santé (PRS-2) 2018-2022 d'Ile-de-France. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/29140/download?inline>. [consulté le 24 août 2023].

ARS, (2018). *Projet régional de Santé d'Ile-de-France 2023 -2028, Cadre d'orientation stratégique*, consultation publique. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/111768/download?inline> [consulté le 24 août 2023].

Cour des comptes, (2020). *La protection de l'enfance : une politique inadaptée au temps de l'enfant*, rapport public thématique, https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-11/20201130-rapport-protection-enfance_0.pdf. [consulté le 14 avril 2023].

Département de Seine-Saint-Denis, Direction de l'Enfance et de la famille, Service d'Aide Sociale à l'Enfance. (2019). *Schéma départemental de Prévention et de Protection de l'Enfance en Seine-Saint-Denis : une feuille de route partenariale et évolutive ; séance du 18 avril 2019*, rapport au Conseil Départemental, https://ressources.seinesaintdenis.fr/IMG/pdf/7_schema_prevention_et_protection_enfance.pdf. [consulté le 21 mai 2022].

Département de Seine-Saint-Denis, *Projet territorial de santé mentale 93*, <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/73255/download?inline>. [consulté le 19 juillet 2023].

HAS, Service évaluation médico-économique et santé publique. Analyse économique et organisationnelle. *L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques, rapport d'orientation*, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/rapport_dorientation_analyse_economique_et_organisationnelle.pdf. [consulté le 15 février 2022].

INSERM, (2002). *Troubles mentaux : Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, http://www.autisme-france.fr/offres/file_inline_src/577/577_P_21092_1.pdf. [consulté le 14 avril 2023].

Métabole, (2018). *Résultat de la deuxième évaluation interne, metabole.asso.fr - Métabole 93 (google.com)*. [Consulté le 15 février 2022].

Mainaud, T., (2023). *Échec et retard scolaire des enfants hébergés par l'aide sociale à l'enfance*, Études et Résultats n° 845. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er845.pdf>. [consulté le 14 avril 2023].

ONED, (2015). *Extrait du rapport publié en mai 2015 : Dixième rapport annuel au Gouvernement et au Parlement, les schémas départementaux de la protection de l'enfance, état des lieux, enjeux et perspectives*, Rapport annuel. https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/etude_schemas_departementaux_2015.pdf

[consulté le 26 juillet 2022].

ONPE, (2021). *Chiffres clés de la protection de l'enfance au 31 décembre 2019*, Note statistique. https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/note_chiffres_cles_annee2019_0.pdf . [consulté le 2 août 2022].

SNATED, (2018). *Étude Annuelle relative aux appels du SNATED en 2018*. <https://www.onpe.gouv.fr/mots-cles/snated>. [consulté le 24 août 2023].

Troussel, S., Bellon, L., Antunes, M., Ministère de la santé et des solidarités. (2019). *Enfance protégée : restitution de la concertation nationale ; Groupe de travail n°1 : Sécuriser les parcours en protection de l'enfance*, Collection Pactes pour l'Enfance. https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/194000658.pdf. [Consulté le 9 avril 2023].

LOIS, DÉCRETS ET CIRCULAIRES

DGCS, docteur Nathalie Vabres (CHU de Nantes),. Arrêté du 28 novembre 2019 modifiant l'arrêté du 3 juin 2019 relatif à l'expérimentation pour un parcours de soins coordonné des enfants et adolescents protégés. Annexe : parcours de soins coordonnés des enfants et adolescents protégés : projet d'expérimentation dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 218 : Journal officiel n°0282 du 05 décembre 2019. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039450911>. [consulté le 9 juillet 2022].

Ministère de la santé et de la protection sociale. Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS no 2004-517 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent. <https://solidarites-santé.gouv.fr/fichiers/bo/200404-52/a0523394.htm>. [consulté le 21 mai 2022].

Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction générale de la santé, direction générale de l'action sociale, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Ministère de la justice, Direction de la protection judiciaire de la jeunesse. Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté. [publié le 3 mai 2002]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-21/a0212069.htm>. [consulté le 31 mai 2022].

Ministère de l'emploi et de la solidarité. Déclaration Universelle des Droits de l'Enfant. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Declaration_DroitsdeLenfant.pdf. [consulté le 19 février 2022].

Ministère de la solidarité et de la santé. Stratégie Nationale de Prévention et de Protection de l'Enfance 2020-2022. Garantir à chaque enfant les mêmes chances et les mêmes droits. Pacte pour l'enfant. https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2022-12/dossier_de_presse_-_strategie_nationale_de_prevention_et_protection_de_l_enfance_vf.pdf [consulté le 20 août 2022].

MÉMOIRES ET THÈSES

Louchet, S., (2018), L'incasable. A la recherche de réponses nouvelles, la fonction instituant des incasables, Mémoire de DEIS : IRTS Parmentier.

Pelaez Ruiz, M., (2013), Personnalités délinquantes et trajectoires délinquantes, Traumatisme, état de stress post-traumatique et délinquance juvénile, Mémoire de 1^{er} Master en criminologie : Université de Liège, Ecole liégeoise de criminologie Jean Constant.

Sanogo, K., (2019), Le métier d'éducateur spécialisé au risque de l'incasabilité. Professionnalité des éducateurs spécialisés et incasabilité des jeunes en protection de l'enfance, Mémoire de DEIS : IRTS Parmentier.

Dorla, E., (2021), Approche diachronique des parcours scolaires des enfants accueillis en protection de l'enfance. Une succession de difficultés à surmonter, Thèse de Doctorat : EFIS, Nanterre Université. <https://efis.parisnanterre.fr/blog:etude-sur-les-parcours-scolaires-des-enfants-places-a-laide-sociale-a-lenfance/>. [consulté le 1^{er} juillet 2022].

SITES WEB

Alberta Family Wellness Initiative, (2023). *Certification De L'Histoire Du Cerveau.*_ Alberta Family Wellness Initiative. <https://www.albertafamilywellness.org>. [consulté le 24 janvier 2022].

APHP. Hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis. *Présentation du GHU 93.* <https://chu93.aphp.fr/presentationghu93/>. [consulté le 15 février 2022].

APHP. Hôpitaux universitaires Paris Seine-Saint-Denis. *UNIDEP : Unité de Diagnostic et d'Évaluation Pluri – professionnelle.* <https://chu93.aphp.fr/unidep-unite-de-diagnostic-devaluation-pluri-professionnelle> . [consulté le 3 juin 2022].

Center on the developing child - Harvard university. *JPB Research Network on Toxic Stress, developing measures for a new era in early childhood policy and practice.* <https://developingchild.harvard.edu/innovation-application/frontiers-of-innovation/pediatric-innovation-initiative/jpb-research-network/>. [Consulté le 24 janvier 2022].

Erasme. *Espace Ados 92.* www.eps-erasme.fr/92107-enfants-2/51 [consulté le 4 juin 2022].

Erasme. *L'Aubier- Centre de soins en psychopathologie périnatale.* www.eps-erasme.fr/92107-Aubier/9/43/45 . [consulté le 4 juin 2022].

Erasme. *CASA L'Odyssée Sceaux, premier point de contact.* www.eps-erasme.fr/92107-Odysee/9/43/49. [consulté le 4 juin 2022].

GHU Paris, *Espace de Prévention, d'accueil et de Soins pour Adolescents (es)-secteur infanto-juvénile 75103 8^e / 9^e / 10^e arrondissement.* <https://www.ghu-paris.fr/fr/annuaire-des-structures-medicales/espace-de-prevention-daccueil-et-de-soins-pour-adolescentses> [consulté le 15 février 2022].

GHU Paris. *Troubles de comportement chez l'enfant et l'adolescent.* <https://www.ghu-paris.fr/fr/que-soignons-nous> . [consulté le 15 février 2022].

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Tableaux comparatifs et évolution du suivi des mineurs (DREES 2016)

A/ Ensemble des mesures par département de plus d' 1M d'habitants

B/ Mesures de protection de l'enfance par pourcentage des 0-20 ans

C/ Figure 1 : évolutions des suivis des mineurs en protection de l'enfance au 31 décembre (2009-2019)

ANNEXE 2:

A/ Fig 5 Nombre d'enfants décédés dans le cadre intrafamilial enregistré en 2019, slon l'âge des victimes au moment des faits

B/ Fig 4 tableau de nombre des victimes enregistrées en 2019 dans le champ de l'étude selon l'index et le lien auteur-victime

ANNEXE 3 : Projet Régional de Santé Mentale de Seine-Saint-Denis 2020-2023

ANNEXE 4 : Conclusion de la recherche Saint Exupéry (2011-2014)

ANNEXE 5 : Feuille de route 2022 en matière d'accompagnement des jeunes dits « TGD » (Seine-Saint-Denis)

ANNEXE 6 : Organigramme de l'association AEPC Concorde

ANNEXE 7 : Grille d'entretien avec l'ancien directeur du MétaDap

ANNEXE 8 : Questionnaire ouvert du Directeur adjoint d'un service d'accueil pour jeunes en grande difficulté du 92 (Hauts-de-Seine) 23 avril 2022 (92)

ANNEXE 9: Rapport de la Cour des Comptes -annexe no 2 : suivi des recommandations du rapport public thématique de la Cour des comptes sur le protection de l'enfance (2009)

ANNEXE 10 : Organigramme du nouveau dispositif du MultiDap 22

ANNEXE 11 : Calendrier prévisionnel de réalisation du dispositif MultiDap 22

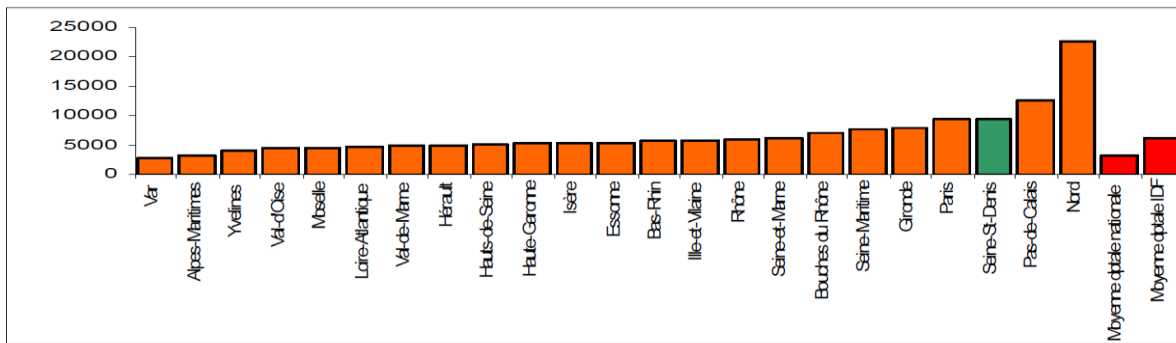
ANNEXE 12 : Budget prévisionnel du dispositif MultiDap 22

ANNEXE 13 : GPEC du MultiDap 2022 : formations envisagées pour le personnel

ANNEXE 1 Tableaux comparatifs et évolution du suivi des mineurs (DREES 2016)

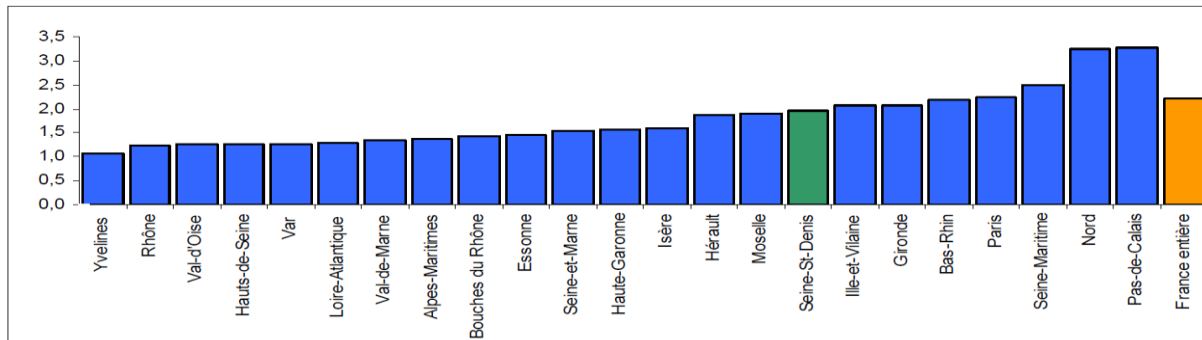
A/

Ensemble des mesures par départements de plus d'1M d'habitants (Placements, AED, AEMO)



B/

Mesures de protection de l'enfance (placements et actions éducatives) en pourcentage des 0-20 ans

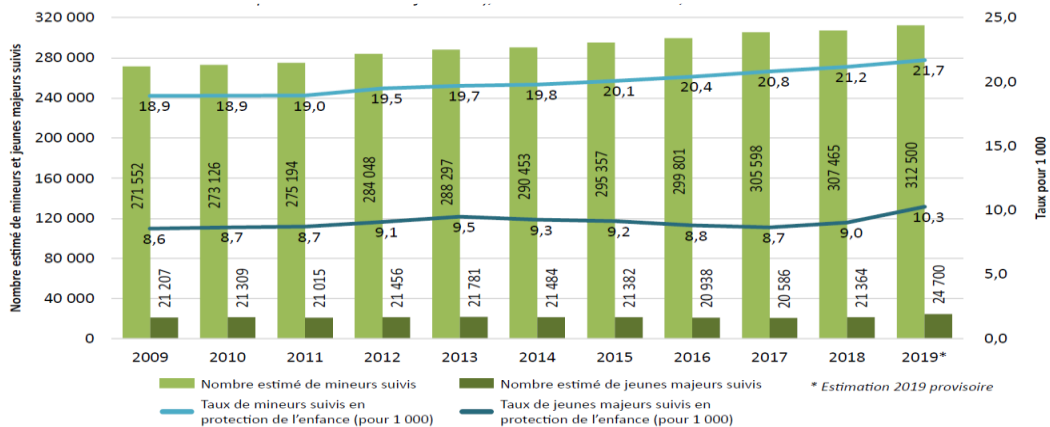


C/

Figure 1. Évolutions des suivis des mineurs en protection de l'enfance au 31 décembre (de 2009 à 2019)

Champ : mineurs (moins de 18 ans) faisant l'objet d'au moins une prestation/mesure en protection de l'enfance, France métropolitaine et départements et régions d'outre-mer (Drom), hors Mayotte.

Sources : Drees, DPJJ, Insee (estimation de population au 1^{er} janvier 2019, résultats provisoires arrêtés fin 2019), ministère de la Justice, calculs ONPE

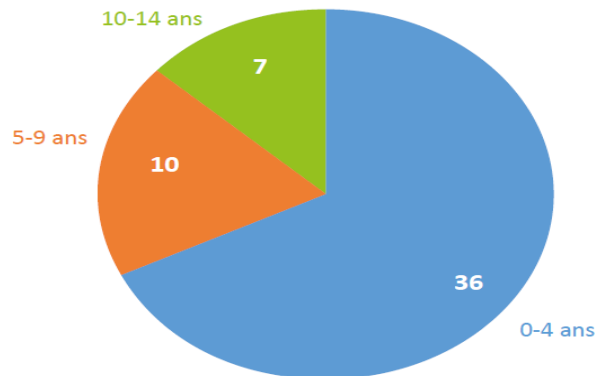


Source : DREES, DPJJ, INSEE 2019.

ANNEXE 2

A/

Figure 5. Nombre d'enfants décédés dans le cadre intrafamilial enregistrés en 2019, selon l'âge des victimes au moment des faits
Champ : femmes et hommes âgés de moins de 18 ans, France métropolitaine, DOM, COM.
Source : SSMSI (base des victimes de crimes et délits 2019).



B/

Figure 4. Tableau du nombre de victimes enregistrées en 2019 dans le champ de l'étude selon l'index et le lien auteur-victime
Champ : femmes et hommes âgés de moins de 18 ans, France métropolitaine, DOM et COM.
Source : SSMSI (base des victimes de crimes et délits 2019).

Index	Lien auteur-victime		
	Auteur parent*	Auteur sans lien familial	Ensemble
Homicides	35	39	74
Coups et blessures volontaires suivis de mort	18	2	20
Ensemble	53	41	94

* Parent : père, mère, beau-parent, grand-parent, oncle, tante, membre de la fratrie.

ANNEXE 3

CONCLUSIONS DE LA RECHERCHE St EXUPÉRY (2011-2014)

Nombre d'enfants à l'admission (T1)	129	100%	
Âge moyen à la date du placement	22 mois		
Identifiés par les services médicaux (maternité, PMI, AEMO, services sociaux) comme bébés à risque	72	56%	
Ayant bénéficié d'un suivi régulier par ces mêmes services	105	80%	
Taux de mortalité sur l'ensemble des fratries			6 fois sup. à pop. gale
Délai moyen entre 1 ^{ère} alerte et placement	12.7 mois		
Délai maximum	48 mois		
Type de maltraitance lourde subie avant arrivée :			
-violence psychologique	64	50%	
-violence conjugale	47	36%	
-négligence lourde	34	26%	
-violences sexuelles	3		
Présentant des signes de morbidité psychiatriques / souffrance psychique (classification [CIM-10])	107		
Présentant des troubles de la sphère psychotique, des complications psychiques de carences affectives sévères	33	25%	
Avec 1 ou 2 parents présentant une pathologie psychiatrique avec prise en charge régulière	68	53%	
Placés à la suite d'une incarcération des parents	16	13%	
Étant engagés dans une relation pathologique avec les parents (selon échelle PIR-GAS ¹)	103	82%	
En difficulté ou en souffrance dans la relation	21	17%	
Conservant handicap psychique et inadaptation sociale / dépendants des prestations sociales à l'âge adulte =19 ans en T2 (fin de parcours de placement)	32	25%	
Ayant fait l'objet d'un diagnostic psychiatrique	99	77%	
Ayant bénéficié de soins pédopsychiatriques	97		
Bénéficiant de mesures complexes à l'adolescence (mesures en PE/prise en charge pédopsychiatrique et scolarité spécialisée (rapport INSERM ² de 2002)	21	25%	
Totalement déscolarisés à 17 ans		22%	
En difficulté à l'âge adulte	27	34%	
Cumulant au moins trois critères de difficulté	16		

¹ Échelle d'évaluation globale de la relation parents-enfants en bas âge ou d'évaluation globale de la relation parent/bébé, qui distingue les relations selon qu'elles sont : adaptées (score de 81 à 100), en difficulté ou en souffrance (score de 41 à 80) et pathologiques pour un score inférieur ou égal à 40. Elle est utilisée en raison de sa bonne sensibilité à la souffrance psychique de l'enfant dans sa relation à son ou à ses parents (Perret, 2009).

² INSERM (2002), Troubles mentaux : Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. En ligne : http://www.autisme-france.fr/offres/file_inline_src/577/577_P_21092_1.pdf

ANNEXE 4 : PRSM de Seine-Saint-Denis : extraits du calendrier 2021-2024

FICHE ACTION N°1.2.6 : Poursuivre et renforcer les actions en faveur de la prise en charge des troubles psycho-traumatiques chez les adolescents et les jeunes adultes

1. **Pilotage** : ARS, Centre régional psycho-traumatisme Paris nord, Conseil départemental 93
2. **Calendrier** : 2021-2024
3. **Principaux éléments du diagnostic territorial**

Plusieurs phénomènes, dont les attentats, les parcours de migration, l'évolution des relations dans le monde du travail, la survenue de catastrophes naturelles, contribuent à augmenter l'exposition à des violences d'une partie de la population notamment celle des adolescents/jeunes adultes. Or, les violences subies, quelle qu'en soit l'origine (violences familiales, sexuelles, catastrophes, attentats, violences dans le monde du travail...) ont de multiples conséquences, aujourd'hui largement reconnues, sur la santé psychique et physique des individus (...). La prise en charge la plus précoce possible des victimes de violences constitue à ce jour un enjeu majeur de santé publique, en plus d'un enjeu médico-économique non négligeable ». En Ile de France, comme le souligne le PRS 2018-2022, la conscience des enjeux liés au psycho-traumatisme est très aigüe. C'est particulièrement le cas en SSD, du fait des spécificités du département : part des migrants dans la population, importance des phénomènes de violences gratuites et violences crapuleuses, importance des violences conjugales... (Eléments du diagnostic, page 21).

La création en 2019 du Centre régional psycho-traumatisme Paris nord, porté par le CHU Paris Seine-Saint-Denis et le CH Robert Ballanger, ainsi que son implication au sein du Centre national ressources et résilience (CN2R)²¹ ouvre la voie à une meilleure articulation des différents acteurs locaux impliqués dans la prise en charge des victimes, et à la diffusion de bonnes pratiques. Ces efforts, que les professionnels du département prenant en charge des jeunes appellent de leurs vœux, doivent être amplifiés.

4. Objectif général de l'action

Permettre que tout jeune de 12 à 25 ans présentant un trouble psycho-traumatique dans le département puisse être pris en charge conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.

5. Objectifs spécifiques de l'action

- Réduire les délais de prise en charge
- Améliorer la coordination entre les professionnels spécialisés dans la prise en charge du psycho-traumatisme sur le territoire
- Améliorer les pratiques et les standards de prise en charge, s'appuyer sur les innovations que ce soit en termes de pratiques ou de technologies
- Améliorer la sensibilisation aux conséquences des psycho-traumatismes

6. Objectifs opérationnels de l'action/ Sous-actions

- Organiser un réseau de professionnels spécialisés dans la prise en charge du psycho-traumatisme et coordonné par le Centre régional psycho-traumatisme Paris Nord
- Articuler le réseau avec les professionnels de la jeunesse, l'Education Nationale, les MDA, les équipes et dispositifs de repérage précoce, police, Justice...
- Soutenir les projets de recherche portant sur les troubles psycho-traumatiques des 12-25 ans
- Impliquer le CRIAVS dans le développement des prises en charge des auteurs

7. Publics concernés : jeunes de 12 à 25 ans

8. **Acteurs impliqués** : ARS, psychiatrie infanto-juvénile, psychiatrie adulte, MDA, PAEJ, Education Nationale, MPU, UNAFAM, services de prévention spécialisées, CLSM, Maison des femmes, associations de victimes, CRIAVS, Police (services d'aide aux victimes), Justice

9. Territoires : département de SSD

10. Indicateurs de résultats :

- Nombre d'équipes impliquées dans le réseau
- Nombre de personnels formés
- Nombre de jeunes (file active) de 12 à 25 ans pris en charge par le réseau par an
- Nombre de familles reçues
- Nombre et type d'outils de sensibilisation créés

11. Moyens nécessaires : A chiffrer

ANNEXE 5 FEUILLE DE ROUTE 2022 EN MATIÈRE D'ACCOMPAGNEMENT DES JEUNES dits « TGD » (Seine-Saint-Denis)

I. Principaux résultats de l'évaluation du dispositif TGD réalisée par l'Inspection Générale

Une prise en charge contenant qui permet de stabiliser les enfants dans un lieu qui répond à leurs besoins éducatifs :

- *Le dispositif n'atteint pas l'objectif d'un retour vers un dispositif classique qui n'est pas atteignable pour une partie du public accueilli. Les objectifs en termes de sortie sont insuffisamment définis et les débouchés adaptés au profil des enfants manquent.*
- *La plupart des structures investissent bien les volets de la prise en charge qui concernent les problématiques spécifiques des enfants accueillis mais font face à un manque de solution de la part des institutions (éducation, psychiatrie, handicap).*
- *Le dispositif stabilise les enfants dans les structures et limite la dégradation de leur situation. Mais il ne permet pas à la majorité des enfants d'améliorer leur situation notamment en raison de l'âge élevé de prise en charge.*

Une prise en charge financière plus élevée que dans des structures classiques - mais moins qu'à l'hôtel- et qui offre peu de souplesse pour mettre en place des accueils temporaires

- *Le dispositif TGD est coûteux mais il l'est deux fois moins qu'une prise en charge à l'hôtel (solution antérieure). Malgré le surcoût associé au dispositif, on ne constate pas un meilleur niveau de diplôme des éducateurs dans les structures ou la mise en place d'outils de suivi individualisé pour les enfants.*

Le dispositif n'est pas efficace avec le public adolescent fugueur et qui n'investit pas l'accompagnement – ou lorsque plusieurs places doivent être occupées par un seul enfant. Le développement de la prévention et une prise en charge plus tôt et plus adaptée pour les enfants devraient permettre de gagner en efficacité.

- *Le mini-collectif et l'accueil familial sont des modalités d'accueil pertinentes mais offrant peu de souplesse dans la prise en charge : il manque notamment la possibilité d'accueils individuels temporaires (sas à l'entrée, séjours de rupture...) et d'autres types de prises en charge adaptées à des problématiques particulières comme ont pu le faire d'autres Départements.*

Recommandation : au vu du public accueilli et des problématiques identifiées, un système hybride entre la consolidation du dispositif actuel et une prise en charge des problématiques semblerait plus opportune. Cette orientation vise à mieux articuler la prise en charge TGD et l'accueil dans les établissements classiques pour prévenir la dégradation des situations, tout en ouvrant la possibilité de nouveaux types de prise en charge adaptés à certaines problématiques des enfants en grande difficulté.

II. Axes de travail

Compte-tenu des résultats de l'évaluation du dispositif TGD, 3 axes d'évolution sont identifiés :

1. le pilotage du dispositif - cet axe concerne avant tout des évolutions internes à l'ASE ;
2. le parcours de l'enfant – c'est cet axe qui emportera le plus d'évolution pour les établissements TGD actuels ;
3. le parcours institutionnel – cet axe nécessite de poursuivre le renforcement des partenariats par le Conseil Départemental avec les services de l'Etat et l'hospitalier.

1. Le pilotage

La qualification TGD doit être revue. Celle-ci agit comme un stigmate vis-à-vis des enfants. La fin de cette qualification nécessite de réfléchir à d'autres modalités de suivi des enfants les plus fragiles.

Néanmoins, le pilotage de ce dispositif et le suivi de ces situations individuelles particulièrement complexes nécessitent de penser l'organisation de la pluridisciplinarité autour des situations et un suivi renforcé.

Le pilotage de l'ASE sera organisé selon 2 niveaux de mobilisation :

- Niveau 1 : Dans des situations de fragilité que la circonscription repère, l'inspecteur met en place une coordination renforcée avec demande de bilans de santé systématiques. L'objectif est de sécuriser le travail pluri partenarial pour

prévenir les ruptures : l'inspecteur anime une coordination renforcée des lieux d'accueil et partenaires. L'inspecteur pilote le projet d'accompagnement de l'enfant.

- Niveau 2 : Si nécessaire une admission dans un établissement renforcé est activée

Ce pilotage est à penser dans la perspective d'une meilleure prévention des ruptures de parcours. L'étude ODPE en cours sur ce sujet aboutira à un plan d'actions.

Le pilotage doit permettre une actualisation régulière du projet d'accompagnement de l'enfant en fixant des critères d'évaluation de l'évolution de la prise en charge et des échéances précises. L'admission dans un établissement renforcé pourrait être limitée à 18 mois renouvelable en fonction de l'évolution de la situation.

L'évaluation a priori des situations qui nécessiteront répit ou accompagnement renforcé doit faire l'objet d'une analyse précise et étoffée : il pourrait être possible de s'appuyer sur les outils d'évaluation HAS / PPE auquel seraient ajoutés quelques critères spécifiques (problématique clinique, ruptures de parcours).

2. Le parcours de l'enfant

Une plus grande modularité des parcours permettrait des prises en charge de quelques semaines dans des lieux de répit (séjours, autre établissement, famille d'accueil). L'objectif est de prévenir la rupture dans un lieu d'accueil « classique ». Il permettrait aussi à des établissements plus contenant, aujourd'hui similaires aux établissements TGD, de proposer différentes modalités de prise en charge. Administrativement, cela peut nécessiter de réviser le cadre budgétaire de la tarification.

Les réponses les plus pertinentes à la prévention et à la prise en charge adaptée des publics les plus fragiles pourraient être développées : l'AEMOI en amont, l'accueil en petites unités de vie pendant la prise en charge (placement familial, LVA, mini-collectif).

L'offre d'accueil pourrait ainsi être constituée de places d'internat en mini-collectif, de séjours de répit, de places en familles d'accueil, en appartement individuel ou de semi-autonomie, d'un suivi sans hébergement intervenant au sein du lieu d'hébergement du jeune ou en lien avec lui (familles, autonomie, lieux d'accueil, lien à distance pour les grands fugueurs ou les situations d'errance). Le principe guidant cette modularité consiste à maintenir le lien, le plus possible avec le/les mêmes intervenants quel que soit la mesure ou le lieu d'hébergement du jeune.

Premières pistes de mise en œuvre :

- Faire évoluer les actuels établissements TGD en lieux de répit et lieux d'accueil au plus long cours. Les établissements pourront avoir une double vocation ou être spécialisés.
- Faire évoluer une partie des actuelles places d'accueil TGD pour permettre l'accueil en urgence.
- Les établissements TGD pourraient être lieu ressource pour les autres lieux d'accueil plus classiques ; non seulement avec des possibilités de répit mais en disposant :
 - o D'une équipe qui pourrait intervenir dans les lieux d'accueil : pour des accompagnements ou de la formation
 - o D'un panel d'activités en journée dont pourraient bénéficier des jeunes accueillis ailleurs.

Ces lieux ressources pourraient être territorialisés pour permettre des coopérations locales. Sur le plan administratif, il faut pouvoir penser un prix de journée différenciée pour chacun de ces services et/ou travailler des passages en CPOM.

- *Autoriser des dérogations à l'âge pour respecter le parcours de l'enfant ou élargir les tranches d'âge des actuels établissements TGD.*

3. Parcours institutionnel

Les partenariats inter institutionnels doivent être développés pour faciliter la prise en charge adaptée dans le droit commun : à l'instar du conventionnement avec l'ARS pour ouvrir des places adaptées aux enfants présentant des troubles du comportement, le développement de partenariats solides avec l'éducation nationale, le médico-social, le sanitaire, la PJJ au sein de chacun des établissements est indispensable.

Grâce à une évaluation préalable des situations, les enfants avec un trouble du développement, autistique ou autre handicap psychique avéré, auront vocation à être orientés vers un lieu adapté à leur prise en charge, sauf si leur accueil temporaire sur des places de répit est nécessaire à finaliser leur orientation vers un lieu d'accueil adapté.

La mise en œuvre d'un plan de formation solide et pluridisciplinaire des équipes engagées dans l'accompagnement de ces

situations participera à améliorer la prise en charge.

Premières pistes de mise en œuvre :

- Disposer d'un plateau technique (avec participation des institutions de droit commun – pédopsychiatrie notamment). Ce plateau technique peut rejoindre la mise à disposition d'une prise en charge en journée qui s'appuierait sur un panel d'activités d'accompagnement ;
- *Renforcement des groupes d'analyse de pratique / supervisions pour les professionnels qui accompagnent les enfants dans les parcours type TGD ;*
- Permettre à l'enfant de maintenir le lien avec une personne référente, qu'il choisit, (éducateur, psychologue...) même quand il change de lieu d'accueil.

III. Calendrier

Mars-avril : réunions bilatérales avec chacun des gestionnaires pour travailler l'évolution de leur projet de service à partir du besoin du Département et définir les modalités opérationnelles (nombre de places, prix de journée cible, calendrier de mise en œuvre)

Fin du 1^{er} semestre 2022 : validation des modalités de mise en œuvre

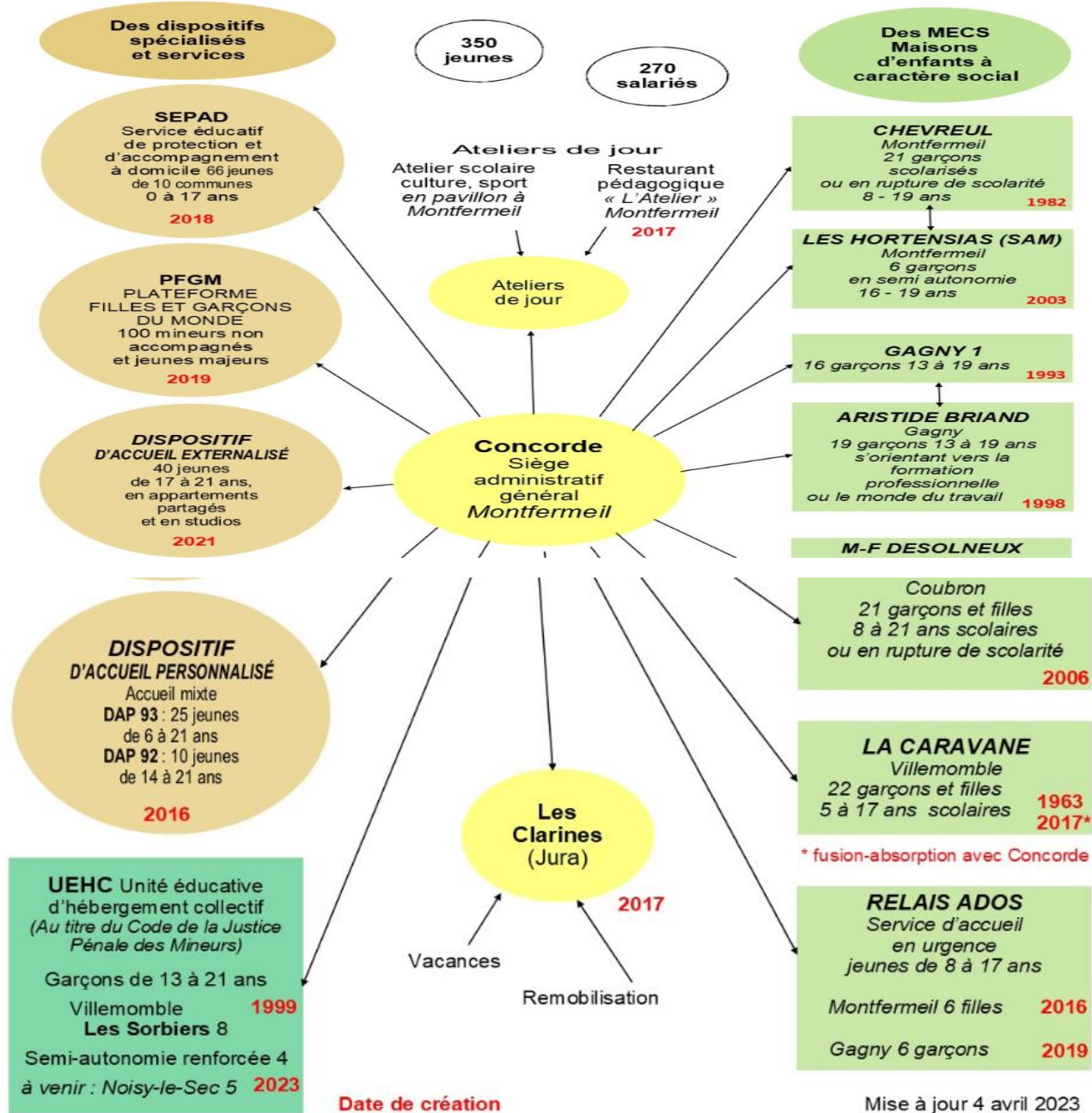
31 octobre 2022 : dépôt par les gestionnaires des propositions de budget de la nouvelle offre de service. »

Plus récemment, la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté, ainsi que la création d'un Secrétariat national de la protection de l'enfance, annonçant la préparation d'une nouvelle loi, laissent augurer de nouvelles dispositions à venir sur ce champ, qu'il s'agira d'intégrer dans le programme d'actions arrêté pour le schéma :.³

³ Direction de l'Enfance et de la famille. Service d'Aide Sociale à l'Enfance. Rapport au Conseil Départemental ; Schéma départemental de Prévention et de Protection de l'Enfance en Seine-Saint-Denis : une feuille de route partenariale et évolutive ; séance du 18 avril 2019.; p3 ;[en ligne], [consulté le 21 mai 2022], disponible sur internet : https://ressources.seinesaintdenis.fr/IMG/pdf/7._schema_prevention_et_protection_enfance.pdf

ANNEXE 6 Organigramme de l'association AEPC Concorde

L'Association d'Éducation et de Protection Concorde en 2023



Source : site internet : concorde-aepc.com

ANNEXE 7 Grille d'entretien avec l'ancien directeur du MétaDap

Grille d'entretien MetaDAP et DAP AEPC Concorde avril 2022 Carole OLIVETTE

Jeunes en très grande difficulté ayant bénéficié des projets du DAP et du MétaDap de l'Association AEPC Concorde dans le cadre de la protection de l'enfance en Seine-Saint-Denis		
Destinataire M2 : Comité de direction opérationnelle du MétaDap a/ Ancien directeur MétaDap 2014-2019 AEPC Concorde		
Thématique 1	Civilité	
Q1/ M1 : Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel, vos qualifications		
Thématique 2	Le MétaDap et son impact	
Q1/Selon vous, le projet d'établissement MétaDap créé en 2014 répondait-il à des besoins des jeunes dits « en très grande difficulté ? »		
Si oui, lesquels? (au moins 3)		
Q2/ Quels ont été ses impacts (positif ou négatif) sur les parcours et l'accompagnement des jeunes TGD qui vous ont été confiés ? <i>Pour relancer : préciser</i> -au point de vue -scolaire -éducatif, -comportemental, -de santé -d'autonomie		
Avez-vous des statistiques en ce sens? (sources/ rapport d'activité / évaluations internes et externes/ rapports d'expertise/ audits extérieurs/ rapports des médecins psychiatres)		
Q3/Avez-vous constaté une différence au niveau scolaire, éducatif, social, comportemental et du degré d'autonomie de ces jeunes depuis la fin du dispositif MétaDap en décembre 2019?		
Biais		
Nouveautés ou recherche complémentaire		
Ce que j'en dis ?		
Analyse		
Thématique 3	Comparaison entre les projets du MétaDap et du Dap	
Q1/Qu'est-ce qui selon vous différencie majoritairement ces deux projets ? C'est le suivi psy ? (1)		DAP
Q2/ Le projet actuel du DAP répond-t-il aux besoins des jeunes en très grande difficulté ? Si non, quels seraient les besoins non couverts?		
Q3/ Quel type de suivi psychothérapeutique est proposé actuellement dans le cadre du DAP? Selon vous est-ce suffisant ? Pourquoi ?		

Q4/ Avez-vous constaté une différence entre les jeunes ayant bénéficié du MétaDap en matière d'autonomie et de réussite de parcours par rapport à ceux du DAP uniquement ?		
Q5/ Comment voyez-vous l'évolution des jeunes en très grande difficulté suivis par AEPC dans le cadre du DAP à leur sortie du parcours ?(2) (3) (4) Ce qui veut bien dire qu'il y a quelque chose qui a manqué dans l'étayage, enfin, qui a manqué?		
Q6/ Selon vous, ces jeunes sont-ils suffisamment préparés et informés en vue de se faire suivre en psychothérapie à la sortie du DAP ?		
Q7/ Existe-t-il des partenariats entre AEPC Concorde et des CMPs, hôpitaux psychiatriques ou autres prévus en ce sens ?		
Liens avec la question de départ	(1) question rajoutée) (2) Question reprécisée : est-ce qu'ils s'en sortent ? J'ai demandé : « ça arrive ? »	

Thématique 4 voir suite enregistrement	Comparaison entre les objectifs et le financement du MétaDap et du Dap	
	MétaDap	DAP
Q1/Avez- vous participé à la création des projets d'établissement du DAP et du MétaDap?		
Q2/ Quel était votre objectif en choisissant de créer un dispositif tel que le MétaDap vu son coût?		
Q3/ Qu'est-ce qui a justifié votre choix pour un accompagnement psychothérapeutique des jeunes avec Métabole en plus de vos prestations ? (3) Donc vous reconnaissez bien que vous avez besoin d'une expertise extérieure ?		
Q5/ Quelle différence marque le MétaDap par rapport au DAP en matière de qualité d'accompagnement des jeunes en très grande difficulté ?		
Q4/ Quelle a été la raison de la fermeture de ce dispositif en 2019 ? Avez-vous des documents en ce sens ? (4) Qui remettait en question tout ça ? Le CD ? C'est lui qui a mis fin au dispositif ?		
Q5/ Y-a-t-il eu évaluation du projet d'établissement du Méta-Dap justifiant sa fermeture ? (5) Elle a eu lieu avec Mr B ?		
Q6/ Quelle a été la subvention du Département de Seine-Saint Denis pour le MétaDap et pour le DAP ? (Nb : j'ai dû repréciser la question)		
Q7/ A combien estimez-vous le coût de l'accompagnement psycho social par jeune dans le cadre du MétaDap et du DAP?		
Liens avec la question de départ		
Liens avec le cadre de référence		
Biais		
Nouveautés ou recherche complémentaire		
Ce que j'en dis ? Analyse		

ANNEXE 8 Questionnaire ouvert du Directeur adjoint d'un service d'accueil pour jeunes en grande difficulté du 92 (Hauts-de-Seine) 23 avril 2022 (92)

1/ Pouvez-vous vous présenter svp : votre nom et votre cursus :

Mr....Je suis éduc spé de formation. J'ai travaillé avec les jeunes difficiles, en MECS, pour la Sauvegarde 93 (alternative) et avec des jeunes dans le cadre de sessions de 4 mois (rupture), j'ai aussi travaillé en CER Je suis directeur adjoint chez Graine de Vie (association Protection de l'Enfance habilitée PJJ dans le 92). Ils ont des lieux de vie pour les jeunes avec situations complexes : 11 lieux de vie qui accueillent 6 jeunes : appartements partagés, micro studios Accompagnement de proximité mis en place :

2/ Quel est le type d'accompagnement proposé ?

Ce sont des structures où les professionnels sont présents et participent à la vie quotidienne, avec des lieux conviviaux,. Le planning est fait par chaque jeunes et l'équipe éducative, le but est de reproduire la structuration d'une vie de famille. Le planning est individuel et fait par le jeune et l'équipe éducative. On (...) on travaille aussi beaucoup hors les murs pour connaître les fréquentations extérieures des gamins. L'accompagnement ne se limite pas à la présence des jeunes dans l'établissement.

3/ Quel type d'accompagnement socio-éducatif proposez-vous ?

C'est selon les problématiques des jeunes : il est adapté. Les équipes « vont vers » les jeunes.

4/ Quelle évolution envisagez-vous ? Quels sont vos futurs projets ?

On va créer une cellule mobile (psys et éduc) qui intervient dans tous les moments de la vie des jeunes et pour désamorcer les conflits.

5/ Qu'allez-vous faire en matière de prévention de rupture de parcours ?

On essaie de les faire s'inscrire dans les dispositifs de droit commun de leur environnement et favoriser leur autonomie pour qu'ils puissent ensuite y retourner et les solliciter.

6/ Pouvez-vous préciser sur quel thème vous avez fait votre mémoire et pourquoi

J'ai fait mon mémoire de DEIS sur les jeunes dits « incasables. » J'ai aimé accompagner des jeunes en situation difficile.

7/ Qu'est-ce qui caractérise un jeune vulnérable dit « cas complexe » selon vous ?

A l'époque ils étaient appelés les incasables : mais ce terme montrait simplement l'incapacité des établissements de les accompagner. C'est un public difficile qui met en échec l'institution. Puis lors de la saisie du dossier par la pédopsychiatrie, ces jeunes ont été estampillés « cas complexes », jeunes en très grande difficulté (dans le 93)

Il y a plusieurs associations qui travaillent pour les TGD ; Ces jeunes représentent 2 à 3% du public de l'ASE ; ils n'ont pas de parcours type. Ils peuvent arriver de milieux sociaux aisés ou précaires-psychologiquement. Ce sont des jeunes qui ont vécu des traumatismes, qui ont des conduites psychopathiques , au niveau comportemental. Ils ont des troubles du comportement qui n'arrivent pas à voir un parcours scolaire classique, ou qui sont déscolarisés, au niveau relationnel , au niveau du background familial, au niveau de leur parcours. Ils ont connu des placements à cause de leurs traumatismes, au niveau de l'accompagnement, ils sont à la fois à la frontière de l'éducatif , du handicap, de la délinquance, de la psychiatrie. Ils relèvent de la PJJ, de la pédopsychiatrie, de l'éducatif, du handicap. Ils nécessitent une articulation en différents modes d'accompagnement. Ce sont de jeunes qui sont dans l'agir immédiat, dans le passage à l'acte : violence, fugue, mises en danger Ils nécessitent un

accompagnement articulé : avec du soin pédopsychiatrique , de l'éducatif etc. Ils sont en situation complexe. Ce sont des jeunes qu'on cherche à catégoriser ; comme ils sont rejetés par les établissements ; ils ont une fonction instituante (ils montrent qu'il faut changer le mode d'accompagnement) et remettent en question le fonctionnement actuel de la protection de l'enfance. On est censé les accompagner et les protéger. Les projets d'établissements « évincent » ces jeunes vulnérables. Ils viennent questionner cela, et tant que l'on n'en tiendra pas compte, on ne remettra pas en compte cela. Ils secouent les institutions pour le plus grand nombre, pas que pour eux-mêmes.

Quel type d'accompagnement proposer selon vous ?

Ce qui peut fonctionner c'est un accompagnement individualisé pour chaque jeune, de diversifié et dans une culture plus humaine. Aujourd'hui je demande aux psychologues de partager la vie du jeune. On met en place un dossier MDPH dès l'entrée pour ces jeunes en prévention (pour leur éviter la précarité et le manque de soin, ainsi qu'une rupture de parcours à la sortie du dispositif. On pratique la contenance psychique : c'est la relation qui contient le jeune (écoute) et l'établissement.

4/ Qu'avez-vous constaté au niveau de l'accompagnement psychologique ? Était-il suffisant ?

Ils refusent tous types d'accompagnement. Ils sont accompagnés par des pys depuis petits et ils en ont marre. Certains sont tellement fragiles qu'ils ont besoin d'être suivis même à la sortie.

5/ Qu'est-ce qui vous a le plus interpellé en observant l'accompagnement dispensé dans les institutions ?

L'accueil collectif ne laisse pas la place aux plus fragiles. L'accompagnement que l'on propose aujourd'hui aux jeunes est un accompagnement qui n'est pas assez individualisé mais basé sur du collectif, institutionnalisé. On continue à accompagner les jeunes mêmes adultes. Par des règles de vie strictes et figées, on va arriver à des passages à l'acte Ces jeunes remettent en cause le fonctionnement des institutions. Les établissements les mettent dehors ; et ça crée de nouvelles déviations juvéniles.

6/ Connaissez-vous des dispositifs existant pour ces jeunes et leurs financements ?

Les dispositifs sont ceux de 2016. Sur le 93, le prix de journée va de 500 euros à 600.

On a les associations comme la Métisse, et l'AVVEJ à Saint Denis. Les Accordeurs, dans le 93 : ce sont des éducateurs qui vont vers les jeunes hors les murs. Dans le 92 , on a nous, Graine de Vie. Il n'y a pas de dispositif national

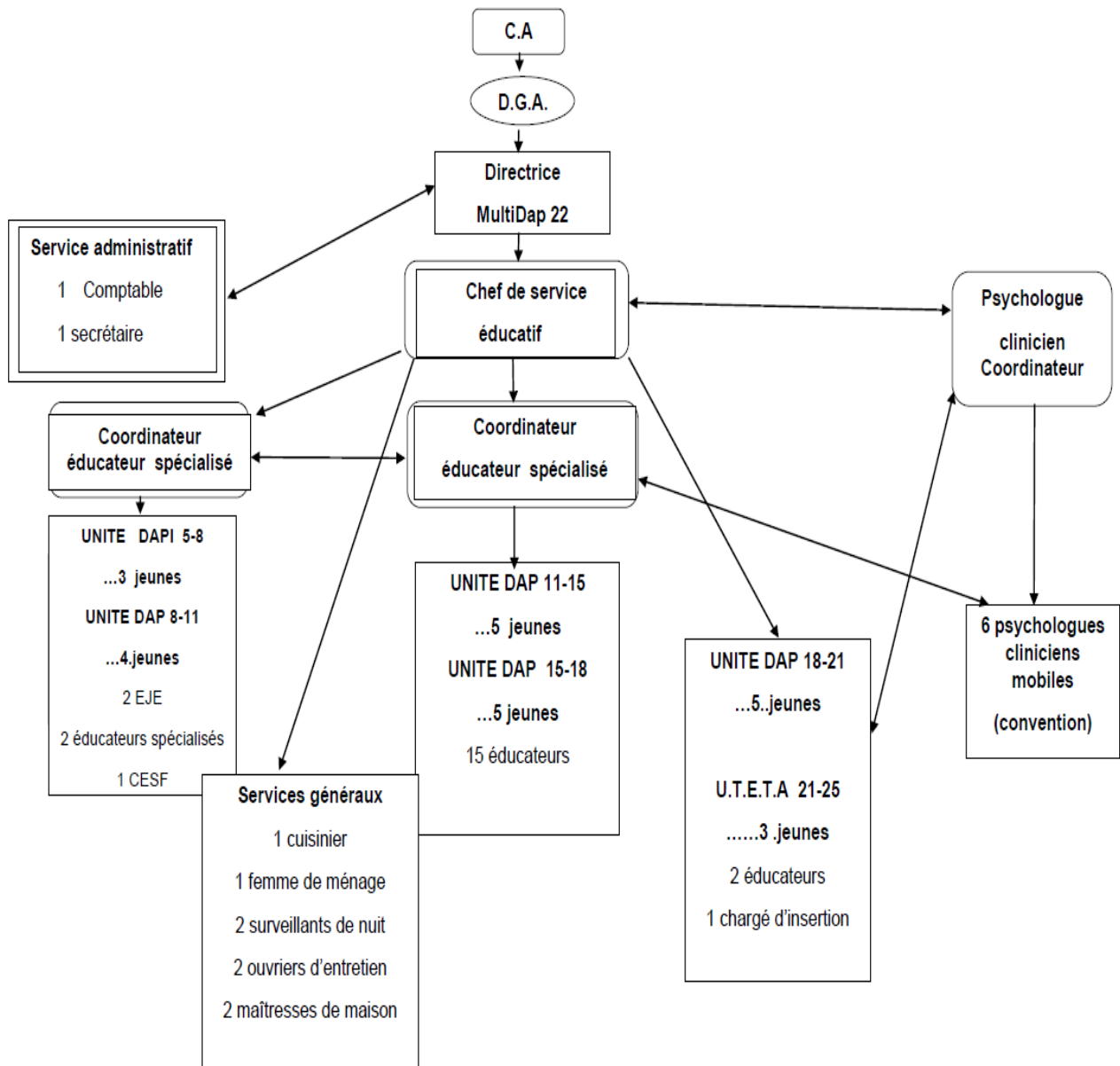
A la suite de cet entretien, j'ai demandé à Mr Son autorisation de passer une journée type avec des jeunes en grande difficulté des lieux de vie de Suresnes et Nanterre et de pouvoir leur soumettre des questionnaires anonymes qu'ils auraient rempli avec la guidance d'éducateurs spécialisés en ma présence ou à rendre après. J'ai été très bien accueillie tant par les jeunes que par les éducateurs. J'ai pu observer ce dispositif et établir des similitudes entre les publics du DAP et de Graine de Vie, mais je n'ai pas pu exploiter les questionnaires, un seul m'étant revenu sur les 10 distribués, malgré des rappels téléphoniques aux éducateurs. Certains jeunes étaient méfiants au départ, se sont ouverts, ont échangé avec moi sur leur scolarité, leur situation et leurs souhaits futurs. Nous avons déjeuné ensemble sur l'un des deux groupes et discuté un bon moment sur l'autre, malgré quelques imprévus. Ce fut une très belle expérience, qui m'a encore plus convaincue de la nécessité d' accompagner les jeunes en grande difficulté au plus près de leurs besoins.

ANNEXE 9: Rapport de la Cour des Comptes -annexe no 2 : suivi des recommandations du rapport public thématique de la Cour des comptes sur la protection de l'enfance (2009)

Améliorer les conditions d'intervention du juge des enfants pour qu'il soit assisté d'un greffier à chaque audience et bénéficie d'un travail collégial pour les situations difficiles, en confortant le rôle du juge coordonnateur conformément au décret de février 2008		non mise en oeuvre		
Doter les services de l'ASE d'un projet de service qui organise l'évaluation des situations des mineurs de manière complète et homogène et clarifier les modalités de décisions collégiales pour les cas difficiles	Encadrement législatif de l'évaluation (collégialité et pluridisciplinarité) (art. 9)	mise en oeuvre partielle	oui	
Être, sur une base annuelle, un système national de collecte et d'exploitation des données concernant le service et établissements, à partir de toutes les sources disponibles	Renforcement des informations à communiquer aux ODPE et à l'ONPE (art. 6)	mise en oeuvre partielle		
Progresser dans l'analyse des disparités territoriales et réduire celles qui ne sont pas justifiées par la nature des prestations fournies		non mise en oeuvre		
Définir avec précision le contenu et les objectifs des mesures en milieu ouvert, qui elles soient administratives ou judiciaires		non mise en oeuvre		
Régulariser les contrôles externes des structures, en développant des campagnes coordonnées des divers organes de contrôle de l'Etat et des départements, et faire aboutir le processus d'évaluation externe sous l'égide de l'ANESM, pour mettre enfin en oeuvre sur ce point la loi du 2 janvier 2002	Obligation pour le département d'informer le préfet en cas d'incident (art. 4) Transfert des missions de l'ANESM vers l'HAS en 2019	non mise en oeuvre	oui	
Remobiliser les services déconcentrés pour qu'ils jouent leur rôle en lien avec les départements dans le suivi des pupilles de l'Etat, mais sur une base régionale, qui attribue la taille critique d'organisation		mise en oeuvre (cf réforme des services déconcentrés de l'Etat)		
Dresser des schémas départementaux de l'enfance à partir d'un diagnostic préalable en affichant des objectifs mesurables		mise en oeuvre partielle	oui	
Penser sur l'offre, à partir d'une analyse des besoins non satisfaits, en revisitant les autorisations trop anciennes, en développant des appels à projets et en systématisant les conventions pluriannuelles		mise en oeuvre partielle	oui	
Renforcer l'accompagnement et le soutien aux assistants familiaux		mise en oeuvre partielle	oui	
Elaborer des indicateurs et des tableaux de bord pour repérer les établissements dont la situation se dégrade : repérage des incidents, taux d'absentéisme du personnel, plaintes ou dénonciations, évolution des résultats scolaires des enfants		mise en oeuvre partielle		
Préciser les rôles respectifs du service de l'ASE et de la structure d'accueil signifiant des relations des enfants accueillis avec leurs familles	Aménagement des conditions d'exercice des actes usuels (art. 22) La délégation de l'autorité parentale peut aussi être demandée par le	mise en oeuvre partielle	oui	

			ministère public (art. 38) Le retrait de l'autorité parentale peut aussi être demandé par l'ASE (art. 41)	
Préciser les modalités de prise en charge des situations d'urgence, en réservant un quota de places adaptées et en fixant une durée maximale de séjour dans ces places				mise en oeuvre partielle
Faciliter la comparaison des dépenses entre départements, en fabriquant le périmètre de la dépense d'ASE, en suivant les données relatives aux coûts et aux durées de prise en charge, et en développant l'analyse des facteurs explicatifs des variations de la dépense				non mise en oeuvre
Suivre la mise en oeuvre de la loi du 7 mars 2007 par une structure placée auprès du ministère des affaires sociales ou de l'ONED, en accord avec l'ADDF				mise en oeuvre
Donner leur plein effet aux orientations de la loi du 5 mars 2007 pour que les observations départementales soient effectivement coordonnées par l'ONED pour produire des données dans des délais qui ne dépassent pas l'année				non mise en oeuvre
Donner à l'ONED un rôle et une organisation à la hauteur des enjeux				non mise en oeuvre
Entreprendre des travaux d'évaluation sur l'impact, y compris après la sortie des dispositifs, des différents types de prise en charge, à partir d'indicateurs élaborés en commun et des données du panel des mineurs				mise en oeuvre partielle
Définir une notion de délai raisonnable d'exécution par les départements des décisions prononcées par les juges et assurer le suivi des délais effectifs				non mise en oeuvre
Prévoir les conséquences qui pourraient être tirées du constat de délais excessifs, par exemple en aménageant la faculté, pour les services de l'Etat, de se substituer au département dans l'exécution des mesures, la charge financière restant à ce dernier				non mise en oeuvre
Constituer et doter rapidement le FNPE, en le rattachant éventuellement à l'ONED				mise en oeuvre partielle
Faire aboutir le projet de document de politique transversale sur la justice des mineurs en l'élargissant à tous les acteurs concernés				mise en oeuvre
Préciser, dans les schémas départementaux, les axes stratégiques de la politique de protection de l'enfance				mise en oeuvre partielle

ANNEXE 10 Organigramme du nouveau dispositif du MultiDap 22



ANNEXE 11 CALENDRIER PRÉVISIONNEL DE RÉALISATION DU DISPOSITIF MULTIDAP 22

Le dispositif en faveur du public vulnérable « TGD » du MétaDAP ayant ouvert en 2016, il a été évalué en 2021

Mars 2022	Avril 2022	Mai 2022	Juin 2022	Juillet 2022	Septembre 22	Octobre 22
-Réception de la feuille de route du Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis -Réunion DAF avec CD : définition des modalités opérationnelles du projet avec DAF - Constitution du COPIL : -DAF -1 PSY EMDR -Directrice -directeur du DAPI -1 éducateur -réussite éducative de Montfermeil -mairie)	-Enquêtes de terrain/ interviews personnels (DG/ ancien directeur MétaDap, éducateurs...) -Recherche de sources/partenaires (via réseaux) -Rédaction du projet (réunions COPIL)	-Réunion avec CA -Soumission du préprojet	-Recherche de locaux (collectifs, bureaux, appartements) -Campagne de recrutement permettant une ouverture en janvier avec montée en charge via : -pôle emploi -IRTS/ BUC/ ANDESI (journée de recrutement) -ASH -rencontre avec moniteurs-éducateurs et ed. spé en 2 ^e année de formation -diffusion d'annonces internes (site internet/ affichage)	-Envoi du préprojet et du budget prévisionnel ¹ (Via DAF) -au Conseil Départemental de Seine-Saint-Denis -à l'Éducation Nationale -au Ministère de la Justice -au Ministère de la Santé -à l'ARS	-Plan de communication -interne -externe (en direction des partenaires : ex mairie, associations, institutions...) -participation au forum des associations	-Constitution des équipes Par unités (ex DAPI...) en fonction des équipes déjà constituées
	Réunions 1 f/ semaine/ visios	Réunions 1 fois/ mois				
CAMPAGNE DE RECRUTEMENT 1			CAMPAGNE DE RECRUTEMENT 2			
+recherche de locaux collectifs/ bureaux / appartements						

¹ Selon les prévisions, je n'aurai pas ce problème de devoir présenter le pré-projet puisque le fait de passer en CPOM en 2023 concorde parfaitement avec l'ouverture.

Janvier 2023	Mars 2023	Mai 2023	Août 2023	Dec 2023		
AUTORISATION D'OUVERTURE MultiDap22 PAR C.D. du 93 -Ouverture progressive des unités du dispositif en fonction du recrutement des -Travail des dossiers d'admission -Diffusion d'une plaquette aux inspectrices de L'ASE du 93	Montée en charge Constitution des équipes OUVERTURE DAP 18-21	OUVERTURE DAP 11-15	OUVERTURE DAP 15-18	OUVERTURE U.T.E.T.A. 21-25 Bilan		
Accueil des jeunes avec montée en charge						
RECRUTEMENT		RECRUTEMENT		RECRUTEMENT		

En ce qui concerne les délais d'ouverture, je me base sur les difficultés dans ce domaine dans le secteur médico-social depuis 10ans en Seine-Saint-Denis ; ce qui me pousse à voir large mais je ne me refuse pas d'ouvrir avant si le nombre de personnels est suffisant.

ANNEXE 12 Budget prévisionnel du dispositif MultiDap 22

G 2	CHARGES DU PERSONNEL		TOTAL général 1 039 490
1/ Unité : DAPI	5-8 ans	<p>1 EJE 438X 3.82 = 1673,16 euros : 2= 836.58 euros X 12 = 10038.96 x 22% =2208.57 + 8550= 10758.57 (pas de sujétion car pas d'internat) = +prime ségur rev sal + 225 euros brut (182 net) x 12= 2700 TOTAL 13458 euros</p> <p>1 coordinateur (ES): (avec sujétions) 491X 3.82= 1875 x12 = 22507 +3.82X 40 pts = 152. 80euros (prime de responsabilité) par mois X 12= + 300 euros correspondant aux astreintes réalisées , soit 12 par an (1 par mois) = 3600 total : 27940</p>	41398
2/ Unité DAP	8-11 ans	<p>1 EJE 450 (avec sujétion) X 3.82 = 1719 brut X 12= 20628 + (2x3.82= DJF) ? +prime ségur rev sal + 225 euros brut (182 net) x 12= 2700= 23328</p> <p>1 Ed Spé 459 (avec sujétion) X 3.82 = 1753.38 brut X 12= 21040</p> <p>1 Ed technique 1707.54 (brut)x 12 = 20490.48 +prime ségur rev sal + 225 euros brut (182 net) x 12= 2700= 23190</p> <p>2 surv nuit 1312.24 x 12= 15746.88 X 2.5 = 39367.2 1 maîtresse de maison 1353.60x 12= 16243.20</p>	143796
	11-15 ans	<p>2 M E 450X 3.82 1719 x12= 20628 X2 = 41256 (sujétion) + prime ségur rev sal + 225 euros brut (182 net) x 12= 2700 X 2= 5400 Total : 46656</p> <p>2 Ed Spé 459 (avec sujétion) X 3.82 = 1753.38 brut X 12= 21040 X2 = 42080</p> <p>1 coordinateur (éducateur spécialisé): (avec sugétions) 491X 3.82= 1875 x12 = 22507 +3.82X 40 pts = 152. 80euros (prime de responsabilité) par mois X 12= + 300 euros correspondant aux astreintes réalisées , soit 12 par an (1 par mois) = 3600 Total 27940</p> <p>1 Ed tech 438 x3.82= 1673.16 (brut)x 12 = 20077.92+ prime ségur rev sal + 225 euros brut (182 net) x 12= 2700 Total 22777.92</p> <p>1 Ed sportif 450 X 3.82= 1719 x 12= 20628</p>	160 081
	16-18 ans	<p>3 Ed Spé 459 (avec sujétion) X 3.82 = 1753.38 brut X 12= 21040 X3 = 63120</p> <p>1 coordinateur (Ed spé): (avec sugétions) 491X 3.82= 1875 x12 = 22507 +3.82X 40 pts = 152. 80euros (prime de responsabilité) par mois X 12= + 300 euros correspondant aux astreintes réalisées , soit 12 par an (1 par mois) = 3600 Total de 27940</p> <p>2 ed sportifs 450 X 3.82= 1719 x 12= 20628X2 = 41256</p> <p>1 ME 450X 3.82 1719 x12= 20628 (sujétion) + p Ségur + 225 euros brut (182 net) x 12= 2700 Total : 23328</p>	244 756

		<p>2 surv nuit 1312.24 x 12= 15746.88 X 2.5 = 39367.2</p> <p>2 ed tech spécialisés (cuisine et bricolage avec internat) : 447 X 3.82 x 1,0821 (prime de sujétion) = 1847.72 X 12= 22172.74 X 2= 44345 + prime ségur rev sal + 225 euros brut (182 net) x 12= 2700x 2= 5400 Total : 49745</p>	
	18-21 et 21-25	<p>1 surv nuit (2X 0.5 ETP) 1312.24 x 12= 15746</p> <p>2 Ed Spé 459 (avec sujétion) X 3.82 = 1753.38 brut X 12= 21040 X2 = 42080</p>	75418
	18-21	<p>1 Chargé d'insertion: (conseiller en insertion professionnelle) : 1466 X 12= 17592</p>	
UTETA		<p>1 psy clinicien EMDR coordinateur (voir soins ci-dessous)</p> <p>1 infirmière 459 X 3.82 = 1753.38 X 12= 21040</p> <p>1 coordinateur soins et autonomie MDPH/ ASE/PJJ (éducateur spécialisé) (avec sujétions) 459X 3.82= 1753.38 x12 = 21040.56 +3.82X 40 pts = 152. 80euros (prime de responsabilité) par mois X 12=1833.60 + 300 euros (astreintes réalisées =12 par an (1 par mois) = 3600 Total de 26474</p>	47514
Soins psycho	5-8 (1) 8-11 (1) 11-15 (2) 15-18 (2) 18-21/ 21-25 (1)	<p>6 psy cliniciens EMDR (convention) 1 psy X 3 jeunes 700 euros par jeune par mois = 2100 X 12 X 6 = 25200</p> <p>1 psy clinicien EMDR coordinateur pour analyse de pratique et UTETA au forfait : 2100X 12 + prime de coordination : 500 = 25700</p>	50900
Salariés multi-unités		<p>1 CESF : 447 X 3.82= 1707.54 X 12= 20490</p> <p>1 Agent technique : 405X 3.82 = 1547.71 X 12= 18565.20</p>	39055
Services généraux		<p>2 ouvriers d'entretien (1.5 ETP) 348 X 3.82= 1329.26+ 664.68= 1993.94 X 12= 23927</p> <p>1 femme de ménage : (1.5 ETP) 362 X 3.82 = 1382.84 + 691 = 2073.84 X 12= 24886</p> <p>1 Maîtresse de maison (intervient également sur le 11-15) à 35h 1353.60x 12= 16243.20</p> <p>2 surv nuit 1312.24 x 12= 15746.88 X 2.5 = 39367.2</p> <p>1 cuisinier (1ETP) 1353.60 X12= 16236</p>	48813 + 71846 120659
Cadres		<p>1 directeur: 870 X 3.82= 3323.34 X 12= 39880+ 140 X12= 41560</p> <p>1 chef de service: 770 X 3.82 = 2941 X 12= 35296</p>	76856
Services administratifs		<p>1 secrétaire 405 X 3.82 =1547 X 12= 18565.52</p> <p>1 comptable 447 X 3.82 = 1707.54 X 12 = 20390</p>	39056

Prix de journée par jeune : : 365:22= **129.25 euros**

ANNEXE 13 : GPEC du MultiDap 2022 : formations envisagées pour le personnel

1/ DAP (5-8 ans)	2 EJE (2x0.5 ETP)	Ed Spé 2 ETP formation accompagnement cas complexes /traumas/ stages/ écrits professionnels
	Formation accompagnement cas complexes / accompagnement à la parentalité+ écrits professionnels	
	1 coordinateur (éducateur spécialisé)	Chargé d'insertion: (conseiller en insertion professionnelle) 1 ETP formation SST Formation accompagnement cas complexes
	Formation DU adolescents difficiles/ traumas/ accompagnement cas complexes (1) écrits professionnels/contention	
2/ DAP		
8-11	1 EJE 1ETP Formation accompagnement cas complexes/ jeunes vulnérables / formation écrits professionnels/contention	/Unité transversale d'Education Thérapeutique et d'Autonomie UTETA
	1 Ed spé 1ETP DU adolescents difficiles/ traumas/ accompagnement cas complexes (1) écrits professionnels/contention	psy clinicien EMDR coordinateur (voir ci-dessus) (convention) Réunions d'analyse de pratiques/ journées d'immersion (consultations informelles+ cabinet) / visites des structures
	1 éducateur technique 1ETP formation accompagnement cas complexes/contention	infirmière 1 ETP formation SST// traumas/ stress post-traumatique
	2 surveillants de nuit 2 ETP formation sécurité/contention	éducateur autonomie MDPH/ASE/RJJ (éducateur spécialisé) 1 ETP formation accompagnement cas complexes/ formation SST/ / stress post-traumatique/psychotraumas/ handicap/ handicap psychique colloques/ journées de formation / séminaires
	1 maîtresse de maison 1ETP Formation accompagnement cas complexes	
11-15		
	2 M educ 2 ETP Formation accompagnement cas complexes /contention/ écrits professionnels/contention	salariés multi unités
	2 Ed spé 2 Formation accompagnement cas complexes /contention/ écrits professionnels	CESF 1 ETP Formation SST/ Formation accompagnement cas complexes
	1 coordinateur (éducateur spécialisé) Formation DU adolescents difficiles/ traumas/ accompagnement cas complexes/ écrits professionnels	Agent technique : 1 ETP formation sécurité/ SST
	1 Ed tech 1ETP Formation accompagnement cas complexes/ écrits professionnels/contention	
	1 ed sportif 1 ETP Formation accompagnement cas complexes/ écrits professionnels/contention	adres
15-18		
	3 Ed spé 3 ETP formation accompagnement cas complexes /contention/ écrits professionnels	directeur: 1 ETP Formation SST / traumas/ psychopathologie de l'adolescent (colloques, stages/ infos association EMDR France/ petite enfance, autres (voir SEPAD) formation accompagnement cas complexes
	1 coordinateur (éducateur spécialisé) Formation DU adolescents difficiles/ formation traumas / formation cas complexes	chef de service: 1 ETP Formation SST / traumas/ psychopathologie de l'adolescent (colloques, séminaires/ stages/ infos association EMDR France) petite enfance, autres (voir Eric SEPAD) formation accompagnement cas complexes
	2 ed sportif 2 ETP formation accompagnement cas complexes	
	1 M educ 1 ETP formation accompagnement cas complexes + ateliers	services généraux
	2 surv nuit 2 ETP formation sécurité+ cas complexes	ouvriers d'entretien (ouvrier qualifié sans internat) 1.5 ETP Formation SST
	2 ed tech spécialisés (cuisine et bricolage avec internat) 2 ETP formation sécurité/ accompagnement cas complexes/contenance/ formation aux écrits professionnels	femme de ménage : 1 ETP formation SST
18-21 et 21-25		Maîtresse de maison (intervient également sur le 11-15) à 35h formation accompagnement cas complexes/contention
	1 surv nuit 2 X 0.5 ETP formation sécurité	surv nuit 2X 1 ETP formation sécurité/contention
		cuisinier 1ETP formation accompagnement cas complexes (mises en situation, groupe de travail)
		services administratifs
		secrétaire 1 ETP formation SST
		comptable 1 ETP formation SST

¹ La Formation de niveau 3 intitulée « Situations complexes : de nouvelles stratégies d'accompagnement » est dispensée par l'IRTS Parmentier.

OLIVETTE	Carole	2023
Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale ÉTABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Parmentier		
METTRE EN OEUVRE EN PROTECTION DE L'ENFANCE UN PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIO-ÉDUCATIF POUR FAVORISER LA CONTINUITÉ DES PARCOURS DES JEUNES EN TRÈS GRANDE DIFFICULTÉ		
<p>Résumé :</p> <p>L'accompagnement de jeunes en très grande difficulté est un défi que nous devons relever en tant que directeurs d'établissement médico-sociaux.</p> <p>Actuellement directrice d'un dispositif en leur faveur en Seine-Saint-Denis, je suis confrontée au manque de moyens en matière de soins psychothérapeutiques et à leurs problématiques psychiques qui rendent notre travail difficile.</p> <p>La recherche en neurosciences et le rapport de la Cour des Comptes ont enfin tiré la sonnette d'alarme et braqué le projecteur sur ce public en souffrance dès le plus jeune âge et dont les expériences négatives de l'enfance ont un impact direct sur leur parcours de vie, qui nécessite des soins nécessaires et coûteux. Face aux manques constatés et à cet enjeu de santé publique, le législateur et les schémas régionaux de santé territoriale se sont saisis de cette problématique.</p> <p>Aussi, dans ce contexte plutôt favorable, ai-je décidé de solliciter tous les acteurs en présence, dont l'ARS, afin de mettre en place un dispositif incluant les aspects de prévention, d'étayage, et d'accompagnement à l'autonomie de ces jeunes pour leur assurer un parcours -incluant un parcours de soins- sans rupture.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Protection de l'enfance – jeunes en très grande difficulté - cas complexes - traumas - neurosciences - expériences négatives de l'enfance – soins – psychiatrie - politiques publiques - accompagnement psycho-social</p>		
<p><i>L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		