



# Collège Coopératif Provence Alpes Méditerranée

*Centre agréé par le ministère des affaires sociales et de la santé*

## Diplôme d'Etat d'Ingénierie Sociale

*Epreuve « Ingénierie et développement »*

*D.F. 2 Conception et conduite d'action*

### **Rapport de l'étude de terrain commandée par :**

*Mme CIMOLAI, Directrice de l'IME Valbrise – Association Médico-Sociale de Provence*

## **DE LA COMPLEXITE DES SITUATIONS DES JEUNES DE 16 A 25 ANS EN DOUBLE VULNERABILITE**

**Coopérer, coordonner pour la continuité des parcours**

## **ANNEXES**

**Présenté par :**

**Aurélia LYRAUD ; Laurence LOISY  
Renaud DRAMAIS ; Bruno PERNELLE**

*Promotion 9  
2014/2017*



*Centre associé :*

**Institut régional du travail social PACA Corse**

## **LISTE DES ANNEXES**

- Annexe\_00\_Commande étude de terrain AMSP IME Valbrise
- Annexe\_01\_AMSP\_Historique
- Annexe\_02\_AMSP\_Code\_Déontologie
- Annexe\_03\_SROMS Objectifs opérationnels
- Annexe\_04\_Evaluation finale PRS 2012-2017
- Annexe\_05\_Cahier des charges EDT
- Annexe\_06\_Méthodologie / Entretiens
- Annexe\_07\_Constats- Analyses- Entretiens
- Annexe\_08\_Focus PAG GOS
- Annexe\_09\_Accessibilité visibilité offre de service
- Annexe\_10\_Logement d abord et habitat inclusif PCH
- Annexe\_11\_D'autres formes habitat et accompagnement social

# ANNEXE 00

COMMANDE ETUDE DE TERRAIN AMSP IME VALBRISE



**COLLÈGE COOPÉRATIF  
PROVENCE ALPES MÉDITERRANÉE**



**Consortium pour la mise en œuvre du D.E.I.S.**  
(Diplôme d'Etat d'Ingénierie Sociale)

## FICHE SYNTHETIQUE DE LA COMMANDE D'ETUDE

### IDENTIFICATION DU COMMANDITAIRE

Appellation et coordonnées de la structure :

**IME VALBRISE**  
**1 boulevard de la pomme 13011 Marseille**  
**04 91 45 63 40**

Personne(s) à contacter :

**Marie-Paule CIMOLAI**  
**Directrice**  
**06 59 37 08 80**  
**Régis GUITTON**  
**06 989 11 96 50**  
**Corinne GUIBAUD**  
**06 83 30 11 72**

### ACTIVITES ET MISSIONS DU COMMANDITAIRE

Accompagner des jeunes filles et garçons en situation de handicap mental (déficience intellectuelle avec ou sans troubles associés), âgés de 12 à 20 ans, vers une orientation adaptée à l'âge adulte. Certains jeunes de plus de 20 ans sont maintenus dans le cadre du maintien sous aménagement Creton en attente de places adaptées en secteur adulte à la sortie de l'IME (jeunes sous aménagement Creton de plus de 20 ans).

L'accompagnement des 70 jeunes ados et jeunes majeurs en situation de handicap (dont 16 en internat de semaine), est centré sur des apprentissages scolaires, éducatifs, techniques et sociaux afin de leur permettre d'acquérir une autonomie maximale dans les gestes de la vie quotidienne, dans le milieu socio-professionnel, en famille.

### PRESENTATION DE LA COMMANDE

#### Objet

Étude portant sur la question des liens et coordinations entre le secteur Handicap et le secteur protection de l'enfance.

Territoire d'intervention : IME Valbrise et MECS Reynarde au sein de l'AMSP sur le secteur EST Marseillais. Étendre l'étude aux autres IME AMSP si repérage des mêmes besoins et problématiques (sous réserve accord des directeurs et équipes des autres IME).

#### Contexte :

Les jeunes en IME présentent un double handicap : handicap mental + carences affectives et éducatives du fait de manque de liens familiaux stables et contenantants.

\*L'adolescence et le passage vers la vie adulte, sont souvent très problématiques pour ces jeunes puisqu'au-delà de la question du handicap, se posent les questions de la construction identitaire, de l'hébergement et des possibilités de soutien pour accompagner des parcours d'insertion tant sociale que professionnelle (ESAT, Foyers de vie, milieu ordinaire, etc..).

***Quelles alternatives et coopérations entre secteur aide sociale sous tutelle CD13 et secteur handicap enfance sous tutelle ARS pour développer des projets innovants au profit de ces jeunes et prévenir des situations critiques ?***

Cadre méthodologique (à spécifier uniquement si le commanditaire est porteur d'attentes particulières en la matière) :

Contraintes institutionnelles éventuelles

**Calendrier fermeture IME :**

*Automne : lundi 31.10.2016*

*Noël : Congés vendredi 23.12.2016 au dimanche 01.01.2017 inclus*

*Hiver : samedi 18.02.2017 au 26.02.2017 inclus*

*Printemps : samedi 15.04.2017 inclus au dimanche 23.04.2017 inclus*

*Ascension : jeudi 25.05.2017 et vendredi 26.05.2017*

*Été : jeudi 27.07.2017 au 31.08.2017 inclus reprise le 01.09.2017 pour le personnel et le 04.09.2017 pour les jeunes*

**Réunions institutionnelles : tous les lundis matins**

**REFERENT DE L'ETUDE**

**Personne chargée du suivi de l'étude :**

**Marie Paule CIMOLAI**  
**Directrice IME SESSAD Valbrise**

# ANNEXE 01

## AMSP HISTORIQUE

# ANNEXE 01

## ASSOCIATION MEDICO-SOCIALE de PROVENCE (AMSP)

### HISTOIRE ET DÉVELOPPEMENT

- **L'ELAN D'APRÈS-GUERRE**

- Sur fond de crise économique mondiale et d'avènement des fascismes, de crise politique en France et de la montée du front populaire, à l'initiative de Mademoiselle **Charlotte GRAWITZ** est créé en juillet 1932, le Centre Provençal d'Enseignement Ménager. Ce dispositif d'enseignement va très vite se développer dans la région de Marseille en créant des écoles sur le modèle de l'établissement d'origine, la Cadenelle, proposant des formations familiales et ménagères.

- Le champ d'intervention de Charlotte Grawitz ne s'est pas limité aux jeunes et aux femmes, elle portera aussi son attention à la situation des personnes handicapées en soutenant la Maison du Rouet à Marseille, préalable à la création de l'institut pédagogique du Rouet.

- En 1954, le Centre Provençal d'Enseignement Ménager décide sa dissolution pour donner naissance à trois associations qui prennent chacune en charge un secteur de ses activités :

- "Provence Formation », l'enseignement professionnel
- "La Cadenelle", la formation des monitrices d'enseignement ménager
- "Institut Médico-Pédagogique de Provence", les deux établissements qui accueillent des jeunes filles en difficulté et les personnes handicapées

- **EMERGENCE DE L'AMSP AU SEIN D'UN COLLECTIF**

- Suite à un développement important de ses activités, et en vue de la préparation de la loi du 30 juin 1975 créant la politique publique sur le handicap, le Président de l'époque,



Valéry BARATIER, propose une réforme des statuts de l'Institut Médico-Pédagogique de Provence et un changement de dénomination :

- **ASSOCIATION MEDICO–SOCIALE de PROVENCE (AMSP).**
- Ces modifications sont ratifiées en Assemblée Générale le 23 avril 1975 et publiées au JO du 15 mai 1975.
- Depuis 1995, l'AMSP fait partie d'un ensemble appelé **SUD Formation**, qui regroupe aussi l'ISMC (institut supérieur Marseille Cadenelle) et Provence Formation, auxquels s'adjoint Formation et Métier, dont les fondateurs partagent l'idéal de Charlotte Grawitz.
- **VALEURS ET PRINCIPES**
- Dans son ouvrage "CHARLOTTE GRAWITZ, Education / Formation - Passion d'une marseillaise", Bruno Charbonnier mentionne certaines des valeurs promues par la fondatrice elle-même, qui sont l'ALTRUISME comme ensemble, l'ÉCOUTE pour signifier la réciprocité, la RESPONSABILITÉ afin de pouvoir assumer sans réserve, et l'AUDACE comme moteur de cette soif d'entreprendre. Des valeurs aux pratiques, là aussi Charlotte Grawitz s'en tient à certains principes, qui peuvent se définir autour de trois fondamentaux:
  - **Travailler en équipe**, privilégier les contacts directs entre les acteurs des trois associations, afin de faciliter les transferts d'apprentissage et d'expérience
  - **Bien s'entourer**, favoriser un rapport de proximité, développer un réseau informel de personnes compétentes sur lesquelles s'appuyer en terme de conseils, de propositions
  - **Rester à l'affût des talents**, sans lesquels cette entreprise ne serait pas ce qu'elle est aujourd'hui, miser sur les compétences et les personnalités sans se fier nécessairement aux diplômes et autres certifications
- Des principes favorisant incontestablement l'imagination et l'intuition avant de recourir au calcul et à la stratégie; quand bien même Charlotte Grawitz, dans son

pragmatisme, laissait volontiers les responsabilités de gestion à des personnes compétentes en la matière.

### **CHARLOTTE GRAWITZ**

- Dans cette présentation de l'AMSP, nous avons voulu mettre en avant l'histoire et la personnalité de sa fondatrice, car nous avons repéré au fil des entretiens une méconnaissance de ce récit et des valeurs qui y sont associées. Nous avons tenu également à faire apparaître l'AMSP au sein de ce groupe solide et fort d'une remarquable histoire que représente SUD Formation, qui va d'ailleurs changer son nom cette année pour devenir l'**Association Charlotte Grawitz**. Manifestant ainsi la fierté de porter le nom de cette personnalité marseillaise exemplaire (1903-1998) qui a créé pas moins de 90 établissements à but non lucratif d'éducation et de soins à la personne.
- L'objectif essentiel de l'Association Charlotte Grawitz, comme le souligne son **Président Alain Van Bockstaël**, est de pérenniser ces valeurs communes en menant de manière concertée une réflexion sur les actions conduites dans l'ensemble des établissements, sur les méthodes de formation et de travail, et sur la promotion des quatre associations fondatrices.
- L'an prochain sera célébré le vingtième anniversaire de la disparition de cette personnalité hors du commun, qui a souhaité, avec beaucoup d'élan et de détermination, donner les moyens à des jeunes femmes et des jeunes hommes, quelles que soient les difficultés traversées, pour grandir et avancer dans l'accomplissement de leurs vies personnelles et citoyennes. Nous verrons au fil de ce rapport, à quel point cette intention, si elle est prise à la lettre, peut incessamment bouleverser le rapport que l'institution entretient avec ses usagers.

### **L'AMSP À L'INSTANT 'T'**

Reprenant à son compte les valeurs énoncées plus haut, à travers ses établissements l'AMSP entend accueillir, soutenir, protéger, soigner et développer les capacités des personnes confrontées temporairement ou durablement à des difficultés de vie, soutenant en préambule de son projet associatif que l'éducation et la formation des hommes et des femmes sont la source du développement de leurs qualités humaines.

**L' A M S P aujourd'hui, c'est :**

- 30 membres du premier cercle de bénévoles
  
- 380 salariés
  
- 480 personnes accueillies
  
- 10 établissements et services.

Ces derniers sont tous situés sur Marseille, mis à part l'ESAT du Rouet qui lui est situé sur la commune d'Aubagne:

- **4 IME (Les Chalets, La Marsiale, La Parade et Valbrise)**
- **2 ESAT (Le Rouet et la Parade)**
- **1 Foyer de Vie (L'Astrée)**
- **1 MECS (La Reynarde)**
- **2 SESSAD (Valbrise et Le Chemin)**

Afin de définir les responsabilités éthiques des administrateurs bénévoles et des dirigeants salariés de l'AMSP, l'association a prévu un **code de déontologie** de la gouvernance et des dirigeants, engageant chacun dans une éthique professionnelle de responsabilité, d'exemplarité et de respect, envers:

- l'ayant droit et sa famille

- le personnel
- l'établissement
- l'association
- la profession
- les autorités de financement et de contrôle
- l'environnement et la société

Nous avons pu observer lors de nos rencontres avec les cadres combien ce code fait référence pour chacun d'entre eux, posant un certain nombre de points fixant très haut le niveau d'exigence dans le travail.

## **PERSPECTIVES**

Durant le 1er semestre 2017, l'AMSP pose les jalons d'une réorganisation de ses IME en **deux plateformes**:

- La Marsiale et le regroupement d'établissements définis comme pôle expert AUTISME, représentent la plateforme NORD.
- M. Jean Jacques Van Driessche, actuellement directeur IME La Parade, devient directeur de cette plateforme
- **IME + SESSAD Valbrise représentent le SECTEUR SUD-EST.**
- MP Cimolai, devient directrice de cette plateforme
- + (0,1 ETP) chargée de mission de développement de projets et partenariats au siège de l'AMSP.

Enfin, nous notons que pour le secteur des personnes handicapées, la plupart des établissements et services sont nés d'initiatives de parents, ce qui n'est pas le cas de l'AMSP. Cela sans doute conditionne un certain nombre de postures, s'agissant de prendre la mesure de l'importance pour les professionnels du « travail avec les familles », mais aussi de se représenter l'écart qui sépare leurs intentions à l'égard des parents et des attentes de ces derniers.

# ANNEXE 02

## AMSP CODE DE DEONTOLOGIE



**CODE DE DEONTOLOGIE DE LA GOUVERNANCE  
ET DES DIRIGEANTS  
DE L'ASSOCIATION MEDICO-SOCIALE DE PROVENCE**

**PREAMBULE**

Le présent code de déontologie définit les responsabilités éthiques des administrateurs bénévoles et des dirigeants salariés de l'AMSP. Il engage chacun dans une éthique professionnelle de responsabilité, d'exemplarité et de respect envers les diverses parties prenantes (les ayants droit, leurs familles, les personnels salariés, les autorités de contrôle et de financement, les prestataires de service et fournisseurs, les partenaires et la société dans son ensemble...).

**Textes de référence**

Ceux qui sous-tendent ce code de déontologie sont :

- La Déclaration universelle des Droits de l'Homme
- La Déclaration des Droits de l'Enfant
- Le Code de la Famille et d'Aide Sociale
- Le Code Civil et le Code Pénal
- Le Projet associatif
- Les Projets d'établissements et de services.

**RESPONSABILITÉS  
ENVERS L'AYANT DROIT ET SA FAMILLE**

1. Veiller au plus grand respect de l'intimité et de la dignité de l'ayant droit et de sa famille
2. Faciliter l'accès à la citoyenneté de l'ayant droit
3. Garantir à l'ayant droit la plus grande transparence possible dans l'accès aux informations le concernant
4. Garantir la confidentialité des informations le concernant

**RESPONSABILITÉS  
ENVERS LE PERSONNEL**

1. Veiller à rester disponible et accessible
2. S'assurer que ce principe soit respecté par chacun des membres de l'équipe de direction
3. Promouvoir qualité de vie et santé au travail
4. Encourager la formation continue et la promotion interne

**RESPONSABILITÉS  
ENVERS LA PROFESSION**

1. Promouvoir l'usage et le rôle du dirigeant associatif auprès du grand public
2. Former et responsabiliser les dirigeants de demain
3. Soutenir les unions et fédérations dans les actions de défense de l'image et des valeurs de la profession médico-sociale

**RESPONSABILITÉS  
ENVERS L'ASSOCIATION**

1. S'engager à respecter les obligations de :  
Loyauté  
Probité  
Exemplarité  
Confidentialité  
Impartialité  
Objectivité  
Prévention des conflits d'intérêt  
et à accepter les moyens de contrôle appropriés (évaluations, audit...)
2. Veiller à développer et/ou à maintenir un haut niveau de compétences par une formation adaptée
3. Œuvrer pour la pérennité de l'association

**RESPONSABILITÉS  
ENVERS LES AUTORITÉS  
DE FINANCEMENT ET DE CONTRÔLE**

1. Faire preuve de la plus grande intégrité dans l'exercice de sa fonction
2. Veiller à la transparence des informations transmises
3. Avoir une gestion rigoureuse des fonds publics confiés
4. Prendre l'initiative d'alerter les tutelles et la société civile sur les incohérences économiques, écologiques et juridiques et appliquer le principe de précaution si nécessaire
5. Prendre en compte l'intérêt des générations futures dans ses choix de gestion

**RESPONSABILITÉS  
ENVERS L'ÉTABLISSEMENT**

1. Œuvrer pour la pérennité économique de l'établissement et le maintien d'un haut niveau de prise en charge
2. Promouvoir activement en interne et en externe les missions, les valeurs et les engagements de l'établissement
3. Garantir la sécurité des personnes et des biens en optimisant notamment la gestion des risques
4. Œuvrer pour l'anticipation, le développement et la diffusion de pratiques innovantes et de programmes de collaboration entre établissements

**RESPONSABILITÉS  
ENVERS L'ENVIRONNEMENT  
ET LA SOCIÉTÉ**

1. Identifier, analyser et ajuster au mieux les impacts de l'activité de l'AMSP et de ses établissements sur l'environnement et la société
2. Œuvrer pour intégrer l'AMSP et ses établissements à la vie économique, sociale et culturelle des territoires
3. Sensibiliser l'ensemble des acteurs de la vie publique, politique et économique aux besoins et aux attentes de notre secteur médico-social et de ses ayants droit



## DOCUMENT UNIQUE DE DELEGATIONS

Organe délibérant AG, CA, Bureau	Direction Générale DG, RRH	Directeur d'établissement	
Missions de représentation auprès des autorités de tarification (ARS, CG, DRDJS)	Le Président ou un administrateur mandaté représente l'association auprès des élus et des Directeurs des autorités de tarification	Le DG représente l'association auprès des agents de Direction et assiste le CA lors des rencontres	Représente son établissement auprès des techniciens des autorités de tarification Assiste le DG autant que de besoin lors des rencontres
Missions de représentation auprès des institutionnels (Villes, Communautés de communes et d'agglomération, MDPH, Préfecture...)	Le Président ou un administrateur mandaté représente l'association	Assiste le CA lors des rencontres Informe le bureau de ses contacts	Représente l'établissement Informe le DG et l'AD de tout contact avec des élus
Missions de représentation et de coopération auprès des partenaires locaux, intervenants externes et autres associations	Le Président ou un administrateur mandaté représente l'association Le CA décide de l'adhesion de l'association à toute organisation externe	Représente l'association dans les commissions et groupes de travail organisés par les partenaires extérieurs Négoce et signe les conventions multi-établissements	Compoit et anime les partenariats de terrain Négoce les conditions de partenariats, et informe l'association Signe les conventions de partenariats pour son établissement
Communication externe : relations médias, presse, réseaux sociaux	Le bureau valide les contacts et le contenu des communications	Vérifie, contrôle et informe le bureau	Propose les contacts et le contenu des communications

# ANNEXE 03

SHEMAS REGIONNAUX / DEPARTEMENTAUX



## ANNEXE 03

Dans le tableau ci-dessous, sont répertoriées les fiches actions ou objectifs opérationnels répondant à ces orientations communes:

Schémas régionaux et départementaux	Amélioration de l'offre	Accompagnement spécifique	Passage secteurs enfance / adulte
<p style="text-align: center;"><b>Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de l'enfance et de la famille 2016-2020</b></p>	<p>Fiche-action n°12 : Adapter l'offre en établissements aux profils des publics et renforcer la régulation du dispositif</p>	<p>Fiche-action n°14 : Généraliser l'utilisation du Projet pour l'enfant (PPE) Fiche -action n°17 : mieux accompagner les jeunes présentant des profils complexes, au croisement des champs d'intervention de plusieurs partenaires</p>	<p>Fiche-action n°20 : mieux anticiper et préparer la sortie du dispositif d'aide sociale à l'enfance</p>
<p style="text-align: center;"><b>Schéma régional d'organisation médico-sociale</b></p>	<p>3.2.3 Construire un parcours individualisé et un accompagnement coordonné 3.2.3.2 Restructurer et diversifier l'offre de proximité</p>	<p>3.2.4 Développer des accompagnements médico-sociaux spécifiques 3.2.4.1 Assurer une offre territoriale maillée en réponse à des besoins spécifiquement repérés</p>	<p>3.2.3 Construire un parcours individualisé et un accompagnement coordonné 3.2.3.3 Assurer la continuité de l'accompagnement aux âges charnières: 16-25 ans: améliorer l'entrée dans l'âge adulte</p>
<p style="text-align: center;"><b>Schéma départemental en faveur des personnes handicapées 2009-2013</b></p>	<p>Orientation 13 : Diversifier la prise en charge en établissement Action n°9 : faire évoluer les agréments d'âge Action 11 : développer les expérimentations</p>	<p>Orientation 13 : Diversifier la prise en charge en établissement Action n°9 : faire évoluer les agréments d'âge Action 11 : développer les expérimentations</p>	

<p align="center"><b>Schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap pour la période 2014-2015</b></p>	<p>Orientation 3 : Penser la coordination des acteurs autour du parcours de vie des personnes en situation de handicap Action 9 : accompagner le développement et la professionnalisation des structures d'accueil et d'accompagnement autour des projets de vie</p>	<p>Orientation 3-Action 9 : accompagner le développement et la professionnalisation des structures d'accueil et d'accompagnement autour des projets de vie</p>	<p>Orientation 3- action 7 : faciliter la transition entre l'enfance et l'âge adulte</p>
--	--	--	--

## 1.1 Focus sur le SROMS-PACA 2012/2017

En préambule à la déclinaison du SROMS PACA, il est immédiatement précisé que les réponses apportées se voudront adaptées, et cela tout au long du parcours de chacun, **en privilégiant les prises en charges en milieu ordinaire**, avec des enjeux forts en termes de réorganisation de l'offre. Une offre censée garantir **l'accessibilité des personnes à des prestations de services** de qualité et un libre choix de vie par un meilleur **soutien à la vie à domicile**. L'accès à un habitat autonome et le maintien en milieu ordinaire de vie constituent des axes majeurs de cette politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.

Ces mesures s'accompagnent d'une modernisation du secteur de l'aide à domicile afin de participer à améliorer ces formes de prise en charge hors les murs.

Il est question également d'initier et développer une réflexion sur les «**structures intermédiaires**» entre le domicile et l'établissement.

Dans cette mise en oeuvre, le SROMS préconise d'identifier et de clarifier les articulations entre les différents acteurs du champ, de définir une politique régionale coordonnée en matière notamment d'**accès au logement de droit commun** sur le champ des personnes handicapées (en visant particulièrement les PHV, les déficients psychiques, les travailleurs handicapés, les adultes autistes de haut niveau de type Asperger et les étudiants handicapés).

Le schéma fixe également comme orientation la mise en place de **coopérations territoriales**, notamment sous forme de plateformes afin d'accompagner la diversification et complémentarité des prises en charge au sein des territoires (**territoires de projet**).

Ces coopérations devraient engendrer de nouveaux rapports entre les MDPH, responsables de l'accueil, de l'orientation et de la délivrance des prestations, les Conseils généraux et l'ARS, financeurs des ESMS, et leurs partenaires accueillant des personnes handicapées dans les structures relevant de leurs compétences (Education Nationale, Conseil Régional, DIRECCTE).

En appui, il est question de construire un **système d'information intégré** consacré aux besoins des personnes en situation de handicap et à l'offre médico-sociale.

Prenant en compte la diversité des situations de handicap, *“le schéma introduit la notion de « plurivalence » des ESMS entendue comme une inflexion de la prise en charge vers une diversification croissante des publics, un décloisonnement des clientèles. Se distinguant de la « polyvalence », la plurivalence ouvre la possibilité à l'accompagnement de plusieurs types de handicaps pour lesquels les réponses à construire sont proches et/ou complémentaires (déficience intellectuelle et autisme, déficience intellectuelle et polyhandicap, déficience motrice et polyhandicap...) sans dégrader la qualité d'un accompagnement qui doit rester individualisé et spécifique”*.

(Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale 2012/2016, Paragraphe 3.2.3: Construire un parcours individualisé et un accompagnement coordonné).

Pour ce faire, le schéma préconise le développement de places de **SESSAD plurivalents** en articulation avec les SESSAD spécialisés (en transformant des places d'établissement et en consolidant les SESSAD existants), dans une logique d'accompagnement en milieu

ordinaire. Idem pour développement de places de SAMSAH plurivalents /généralistes en articulation avec les SAMSAH spécialisés.

Ciblant plus précisément **les 16/25 ans**, il s'agit de faciliter les passerelles, de consolider le passage pour une meilleure transition entre SESSAD et SAMSAH, entre les IME et les établissements pour adultes, de **structurer en réseau** les équipements médico-sociaux existants et de **renforcer des coopérations** (SESSAD, SAVS, SAMSAH, ESAT, Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle, Centre de Formation des Apprentis Spécialisé).

## ANNEXE 04

EVALUATION FINALE PRS 2012-2017

## ANNEXE 04

François Mouterde, Directeur associé, Justine Bettinger, consultante confirmée, Juliette Roullé, chargée d'études, *Rapport d'évaluation finale du PRS 2012 / 2017, Planète Publique, 18 novembre 2016, p.44:*

*Synthèse :*

*Adaptation de l'offre de santé au parcours des personnes en situation de handicap*

1. *Un contexte général de réduction des ressources financières, de production de rapports nationaux structurant et d'initiatives professionnelles, poussant au changement*
2. *Une stratégie clairement définie par le SROMS, déclinée par le PRIAC et montrant une attitude volontaire plus qu'une réaction à la demande*
3. *Une volonté de changement de l'ARS perçue par les acteurs*
4. *Une stratégie pertinente articulant passage d'une approche mono-établissement à des dispositifs de plateformes, ciblage sur des populations spécifiques et ingénierie adaptée*
5. *Un principe de réalité limitant la capacité à toucher l'ensemble des cibles et à porter la transversalité avec le sanitaire*
6. *Des réalisations concrètes montrant des dispositifs qui fonctionnent*
7. *Un fonctionnement appuyé par un effort d'ingénierie (levier financier, appels à projets et CPOM notamment) et de support (formation, information, études)*
8. *Des dispositifs qui ont globalement fait la preuve de leur efficacité à mieux prévenir les ruptures et améliorer l'accessibilité à l'offre*
9. *Une efficacité qui ne dépasse pas, à ce stade, les expériences ponctuelles et reste à déployer à une échelle plus large*
10. *Une problématique consistant davantage dans le déploiement à plus grande échelle de solutions éprouvées ponctuellement, que dans l'invention de nouveaux dispositifs*
11. *Un déploiement freiné par deux facteurs, l'un technico-financier (articulation du financement sanitaire et du financement médico-social) et l'autre, professionnel (insuffisante évolution des établissements autour de la notion de parcours)*
12. *Une organisation de parcours qui repose sur une gestion globalisée inter-établissements, la mise en place d'instance de concertation, la mise en place d'intervenants spécialisés pour « raccorder » les systèmes de droit commun et une tarification de prestation plus que de prix de journée*

13. *Une capacité à avoir un impact régional perceptible, qui suppose un changement profond, d'un mécanisme fondé sur le financement de structures juxtaposées et l'édiction de règles uniformes à une double vision globale, de la personne dans son parcours et du système dans son ensemble (approche systémique)*

14. *Une nécessité de s'appuyer sur la responsabilisation des professionnels à tous les niveaux*

# ANNEXE 05

## CAHIER DES CHARGES



**Collège Coopératif Provence Alpes Méditerranée**

**Groupe d'étude DEIS 9 :** Renaud DRAMAIS, Laurence LOISY, Aurélia LYRAUD, Bruno PERNELLE.

**Référent pédagogique :** Valérie HERVIEU

## **CAHIER DES CHARGES**

### **ETUDE DE TERRAIN**

**Commanditaire :**

Organisme gestionnaire : **Association Médico-Sociale de Provence**

Structure : **Institut Médico-Educatif Valbrise**

1 boulevard de la Pomme - 13011 Marseille

Directrice: **Marie-Paule CIMOLAI**

Charlotte Grawitz (20/6/1903 - 10/10/1998)

« Il faut que les jeunes se sentent aimés pour ensuite aimer les autres »

« Il y a un chemin pour chacun ».

## Table des matières

<b>1. Présentation de l'institution et de la commande initiale.....</b>	<b>2</b>
1.1. <i>L'Association Médico-Sociale de Provence.....</i>	<i>2</i>
1.2. <i>L'Institut Médico-Educatif Valbrise et la Maison d'Enfants à Caractère Social la Reynarde .....</i>	<i>3</i>
1.3. <i>Commande initiale.....</i>	<i>4</i>
<b>2. Contextes .....</b>	<b>5</b>
2.1. <i>Contexte socio-politique.....</i>	<i>5</i>
2.2. <i>Contexte institutionnel .....</i>	<i>6</i>
2.3. <i>Ajustement de la commande.....</i>	<i>7</i>
<b>3. Termes de référence de l'étude .....</b>	<b>9</b>
3.1. <i>Enjeux .....</i>	<i>9</i>
3.2. <i>Objectifs et méthodologie.....</i>	<i>9</i>
3.3. <i>Calendrier et modalités de restitution au commanditaire: .....</i>	<i>13</i>

## **I. Présentation de l'institution et de la commande initiale**

### **1.1. L'Association Médico-Sociale de Provence**

Sur fond de crise économique mondiale et de l'avènement des fascismes, de crise politique en France et de la montée du front populaire, à l'initiative de **Mademoiselle Charlotte GRAWITZ** est créé en juillet 1932, le Centre Provençal d'Enseignement Ménager. Ce dispositif d'enseignement va très vite se développer dans la région de Marseille en créant des écoles sur le modèle de l'établissement d'origine, la Cadenelle, situé sur la Corniche, proposant des formations familiales et ménagères.

En 1954, le Centre Provençal d'Enseignement Ménager décide sa dissolution pour donner naissance à trois associations qui prennent chacune en charge un secteur de ses activités :

- "Provence Formation », l'enseignement professionnel
- "La Cadenelle", la formation des monitrices d'enseignement ménager
- "Institut Médico-Pédagogique de Provence", les deux établissements qui accueillent des jeunes filles en difficulté.

Suite à un développement important des activités, et en vue de la préparation de la loi du 30 juin 1975 créant la politique publique sur le handicap, le Président Valéry BARATIER, en fonction depuis la fin des années 60, propose une réforme des statuts de l'Institut Médico-Pédagogique de Provence et un changement de dénomination en celle que l'on connaît aujourd'hui : ASSOCIATION MEDICO-SOCIALE de PROVENCE (AMSP). Ces modifications sont ratifiées en Assemblée Générale le 23 avril 1975 et publiées au JO du 15 mai 1975.

Aujourd'hui l'AMSP est constituée des différents établissements suivants:

- IME Les Chalets 33, chemin de Fontainieu – 13014 MARSEILLE
- IME La Marsiale 80, route d'Enco de Botte – 13012 MARSEILLE
- IME La Parade rue de la Parade Château Gombert – 13013 MARSEILLE
- IME Valbrise 1, bd de la Pomme – 13 011 MARSEILLE
- ESAT Le Rouet Z.A. de l'Aumône traverse de la Bastidonne – 13400 AUBAGNE
- ESAT La Parade rue de la Parade Château Gombert – 13013 MARSEILLE

- Foyer de Vie L'Astrée 231, avenue Corot – 13014 MARSEILLE
- Maison d'enfants La Reynarde 62, avenue de Saint Menet – 13011 MARSEILLE
- SESSAD Le Chemin 33, chemin de Fontainieu – 13014 MARSEILLE
- SESSAD Valbrise 54, bd de la Fédération Les Nouveaux Chartreux Bât 1 – 13004 MARSEILLE

## **1.2. L'Institut Médico-Educatif Valbrise et la Maison d'Enfants à Caractère Social la Reynarde**

L'Institut Médico-Educatif (IME) Valbrise accueille des personnes en situation de handicap porteurs d'une déficience intellectuelle, avec ou sans troubles associés. Ces troubles doivent être compatibles avec une vie en collectivité.

Les personnes viennent essentiellement des quartiers sud-est de Marseille, de la vallée de l'Huveaune.

La capacité d'accueil de l'IME est de 70 enfants et jeunes adultes âgés de 12 à 20 ans, voire au-delà, dans le cadre des amendements Creton. 14 % d'entre eux relèvent de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

L'accueil se fait en :

- Semi-internat : 54 places (mixtes).
- Internat : 16 places (mixtes) sur 2 unités. Une dans l'institution, une hors institution.

72 enfants, adolescents et jeunes majeurs, de 0 à 21 ans, sont placés par décision du Tribunal pour Enfants et/ou de l'ASE (Conseil Départemental) à la Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS) de la Reynarde. Ces jeunes en difficultés sociales et/ou familiales sont accueillis dans le cadre de la protection de l'enfance: des enfants en danger, en risque de danger ou maltraités. Dans tous les cas, la famille n'est pas en mesure, tout au moins ponctuellement, d'assurer la protection et l'éducation de l'enfant. Les orientations concernent principalement des jeunes du département 13, ou de la région PACA.

Les modalités d'accueil sont:

- Internat en petites unités de vie autonomes (collectif de 6 enfants)
- Appartements et studios pour grands adolescents et jeunes majeurs (17 à 21 ans)

Des équipes éducatives spécialisées sont affectées par sections : petite enfance, enfance, adolescence, jeunes majeurs.

Certains jeunes accueillis au sein de la MECS la Reynarde sont en situation de handicap et accompagnés par les professionnels de l'IME Valbrise.

### **1.3. Commande initiale**

En octobre 2016, l'IME Valbrise manifeste auprès du Collège Coopératif Provence Alpes Méditerranée la volonté de réaliser une étude par des stagiaires DEIS au sein de l'AMSP, centrée sur le secteur EST Marseillais.

Cette demande porte initialement sur l'IME Valbrise et la MECS la Reynarde, avec possibilité d'étendre l'étude aux autres IME de l'AMSP; **la commande initiale consiste en l'étude des alternatives et coopérations possibles entre les secteurs de l'Aide Sociale à l'Enfance sous tutelle Conseil Départemental 13 et du handicap enfance sous tutelle de l'Agence régionale de santé (ARS) pour développer des projets innovants et prévenir les situations critiques de certains adolescents accompagnés.**

L'accent est mis sur la période charnière du passage de l'adolescence à la vie adulte qui représente une source de difficultés importantes pour les jeunes.

Les situations critiques, définies précisément dans la circulaire du 22 novembre 2013, sont caractérisées par *« la complexité de la prise en charge [qui] génère pour les personnes concernées, des ruptures de parcours: des retours en famille non souhaités ou non préparés, des exclusions d'établissement, des refus d'admission en établissement et dans lesquelles l'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en cause. »*<sup>1</sup>

Au-delà de la question du handicap mental et du soin, se posent les problématiques plus larges de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes en situation de handicap mental et relevant de l'ASE, de la fin de leur prise en charge dans le secteur enfant et du passage au secteur adulte. La coordination entre les différents intervenants et l'animation du réseau partenarial est au cœur des préoccupations du commanditaire.

---

<sup>1</sup> Circulaire N°DGCS/SD3B/CNSA/2013/381 du 22 novembre 2013 relative à la mise en œuvre d'une procédure de prise en compte des situations individuelles critiques de personnes handicapées enfants et adultes

## 2. Contextes

### 2.1. Contexte socio-politique

La commande faite par l'IME Valbrise est fidèle aux orientations prises par les Schémas Régionaux d'Organisation de Soins (SROS) et d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) de la région PACA de 2012-2016. Parmi les axes d'amélioration élaborés, certains portent sur:

- les problématiques d'accueil / d'hébergement / de logement des personnes en situation de handicap
  - la pluralité des acteurs institutionnels - la Maison Départementale pour Personnes Handicapées (MDPH), l'Education Nationale, les Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS), les services de l'ASE et les services psychiatriques - leur manque de coordination, rendant plus difficile le repérage des besoins des publics et la mise en œuvre d'une offre adaptée
- les risques de ruptures repérées chez les jeunes de 16 à 25 ans

Les appels à projets de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) de la région PACA relatifs à la prise en charge des 16/25 ans se basent sur les mêmes constats.

Les schémas départementaux des Bouches du Rhône ainsi que d'autres départements<sup>2</sup>, pointent une complexification du public accueilli dans le cadre de la protection de l'enfance au croisement de différents champs d'interventions (social / handicap/ santé psychique/ justice / scolarité etc.). Ils insistent sur la nécessité d'éviter les ruptures de prise en charge, d'anticiper les sorties.

La « désinstitutionnalisation » apparue dans les politiques européennes dans les années 2000 interroge l'organisation des ESMS, en promouvant une société inclusive, basée sur des valeurs démocratiques. Les personnes en situation de handicap intégrées à part entière dans la société sont reconnues comme actrices de leur projet de vie.

---

<sup>2</sup> Schéma Hautes-Pyrénées 2010-2015, schéma Alpes-Maritimes 2009-2013, schéma Aisne 2014-2019, schéma Bouches du Rhône 2010-2014, schéma Finistère 2011-2015, schéma Guadeloupe 2008-2012, Schéma Guyane 2013 2017, schéma Loire 2009-2013, schéma Moselle Enfance 2014-2018, schéma Paris 2010-2014, Schéma Pas de Calais 2011-2015, schéma Savoie 2012-2017, schéma Tarn et Garonne 2011-2015, schéma Var 2014-2018.

En France, les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005 confirment ces orientations.

A ce jour, la « désinstitutionnalisation », mise en œuvre dans les secteurs du handicap et de la protection de l'enfance, semble avoir eu pour effets :

- Des enfants qui étaient autrefois accueillis en IME, le sont aujourd'hui en milieu dit « ordinaire », au sein de l'Education Nationale, avec des accompagnements spécifiques pour compenser leurs handicaps. Un certain nombre d'entre eux intègrent finalement les IME plus tardivement pendant leur adolescence, après avoir parfois essuyé des échecs dans ce milieu dit ordinaire.
- Les IME accueillent de moins en moins les jeunes en internat permanent, à savoir durant les week-ends et les vacances scolaires compris.
- Les MECS accueillent de plus en plus de jeunes ayant une reconnaissance de la MDPH, pris en charge en IME, sans avoir pour autant, plus de moyens, en particulier pour la dimension médicale.

L'approche de la majorité, voire l'obtention de celle-ci fragilise davantage le public précité : les risques de ruptures familiales, d'hébergement et de soins sont augmentés par cette transition de l'adolescence à l'âge l'adulte.

## **2.2. Contexte institutionnel**

L'IME Valbrise avec près de 80 % de la population accueillie âgée de 16 à 25 ans<sup>3</sup>, dont 9 % relèvent de l'ASE, et la MECS de la Reynarde avec 30% de son public ayant une reconnaissance MDPH, sont directement concernés par les constats décrits plus haut.

Les jeunes en situation de handicap accueillis par l'IME Valbrise, sont de plus en plus âgés à leur admission. Ils sortent pour la plupart d'unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS collège, fin de 4ème ou 3ème). Ces orientations, ressenties le plus souvent par les jeunes et leurs familles comme un échec d'insertion en milieu ordinaire, font que l'admission en IME est vécue comme une régression. Les places en Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) ou autres sont relativement limitées, par des délais d'attente très longs, un

---

<sup>3</sup> Le rapport d'activité 2015 de l'IME de Valbrise recensait 56 % de 16 à 19 ans, et 22 % de 20 à 24 ans.

manque de places et des critères d'admissibilité aujourd'hui plus exigeants. Ces jeunes n'ont pas toujours la maturité nécessaire pour les intégrer, quand ils acceptent, eux et leurs familles ces orientations. Reconnus par la MDPH (ou non), et accompagnés en MECS, ils sont tenus de quitter au plus tard l'ASE à leur 21<sup>ème</sup> anniversaire.

En 2015/2016, la MECS la Reynarde a commandé une étude de terrain à des étudiants de DEIS du collège coopératif Provence Alpes Méditerranée. La commande portait sur une étude d'opportunité relative à la création d'un Foyer de Jeunes Travailleurs (FJT) dans la vallée de l'Huveaune, à l'intention des publics les plus en difficulté. Cette structure d'hébergement (collectif ou diffus) aurait été très accessible dans ses critères d'admission, pour permettre à des jeunes, y compris ceux sortants du dispositif ASE, de construire de véritables parcours d'insertion. Ce projet ne s'est pas finalisé au regard de l'offre existant sur le territoire.

En 2016, l'AMSP a également répondu à un appel à projet de l'ARS pour la création d'un service expérimental visant à accompagner des jeunes entre 16 et 25 ans à la sortie des ESMS, en vue de leur insertion en milieu professionnel. Le projet visait à améliorer la prévention des ruptures de parcours, par le soutien à l'autonomie, la construction du projet d'insertion sociale et professionnelle et la pérennisation du projet de soins. Dans les objectifs, et plus spécifiquement pour les jeunes adultes disposant d'une orientation vers le milieu spécialisé adulte (et notamment en ESAT), ce service aurait permis de ne plus maintenir ces derniers en IME, et de bénéficier de l'accompagnement d'un nouveau dispositif intermédiaire à l'insertion en milieu de vie ouvert. L'ARS a confié le projet à une autre structure.

On constate à travers ses positionnements et ses orientations, l'engagement et la volonté de l'AMSP à faire évoluer ses pratiques et proposer d'autres formes d'intervention sociale.

### **2.3. Ajustement de la commande**

Le 5 décembre 2016, nous avons rencontré Mme Cimolaï, directrice de l'IME Valbrise et commanditaire de l'étude, ainsi que M. Guitton, son directeur adjoint. Cette entrevue avait pour objectif d'éclaircir quelques points de la commande afin d'en ajuster le périmètre. Dans un second temps, nous avons fait le choix de nous entretenir avec Mme Guibaut, chef de



service, Mm Rouabhia, assistance sociale de l'IME, ainsi que M. Roman, directeur de la MECS La Reynarde, le 12 décembre 2016 dans les locaux de l'IME Valbrise.

A l'issue de ces deux rencontres, nous repérons comme problématique principale un risque de rupture de la continuité de la prise en charge des jeunes adolescents de 16 à 25 ans, accueillis par l'IME, bénéficiant d'une mesure ASE et ayant un faible degré de dépendance, lesquels ne sont pas en capacité d'être orientés vers les dispositifs «traditionnels».

Ces causes de rupture seraient liées à l'absence d'orientation adaptée selon le commanditaire, ce qui nous interroge sur différents aspects:

- Quelle est la place des parents et du travail avec les familles ? Quelle est le rôle de l'utilisateur ?
- Quelle est la connaissance des possibles en termes d'orientations ? Existe-t-il des réponses non exploitées ?
- Quid des liens, de la coopération voire de la coordination inter ASE, IME et services de psychiatrie ? De la possibilité d'articuler plusieurs interventions professionnelles ? Du dépassement des cloisonnements institutionnels et des différences de cultures professionnelles ?
- Les MECS et les familles d'accueil ont-elles les moyens d'accueillir ce type de public, en fonction de la nature et du degré de handicap : physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique, ainsi que des troubles associés ?
- Quid de l'hébergement des jeunes les week-ends et vacances scolaires, quand l'internat IME est fermé; et/ou pour ceux dont le Contrat Jeune Majeur (CJM) prend fin?

Le travail partenarial semble être un axe majeur des IME. Leurs interlocuteurs sont nombreux et d'horizons très divers : Education Nationale, dispositifs de formation et d'insertion professionnelle, ASE, pédopsychiatrie, autres structures médico-sociales, MDPH, offre de droit commun... et, bien entendu, les familles. La prévention des situations critiques semble liée à la coordination de ces différents acteurs et secteurs. Ce que cette étude ne manquera pas d'aller interroger.

### **3. Termes de référence de l'étude**

#### **3.1. Enjeux**

Lors de nos rencontres, le commanditaire nous a clairement énoncé, que l'enjeu prioritaire de l'étude devait porter sur la continuité des parcours des jeunes de 16 à 25 ans, en leur proposant des formes d'accompagnements adaptés, personnalisés et coordonnés.

Il évoque aussi le souhait de diminuer le nombre de personnes accueillies au titre de l'amendement Creton, afin de fluidifier les parcours dans l'établissement.

Enfin, le groupe de travail a relevé que l'anticipation de la sortie du public accueilli représentait un enjeu non négligeable qu'il s'agira d'approfondir.

#### **3.2. Objectifs et méthodologie**

Dans le cadre de cette étude, nous avons identifié six objectifs de travail portant sur :

- 1) Analyser les admissions et les sorties
- 2) Définir le public
- 3) Faire un état des lieux interne
- 4) Faire un état des lieux externe
- 5) Evaluer l'accessibilité
- 6) Repérer et évaluer les coopérations des différents acteurs

Nous faisons le choix de présenter notre plan d'action sous forme de tableau synthétique. Cet outil méthodologique est susceptible d'évoluer selon l'avancée de l'étude.

Ce tableau sera complété de préconisations, d'orientations stratégiques (outils/ actions). L'idée étant d'aider le commanditaire à prendre des décisions stratégiques de prospective.

OBJECTIFS	Recherche documentaire	Entretiens/Observations participantes	Résultats attendus
<b>Analyser</b> les admissions (âge, provenance, motifs, critères) Analyser les sorties (âge, critères, orientation)	-Procédures d'admission -Liste d'attente -Procédures d'orientation -Procédures de sortie -Registre des entrées et sorties -Projet d'établissement -Evaluation interne -Critères d'orientation MDPH	Cadres et professionnels <b>IME :</b> -M. Guitton / Mme Mattéo pour les admissions -Mme Guibaud / Mme Roubahia pour les sorties <b>MECS :</b> -M Roman M. Daniel (MDPH)	Analyse comparative des entrées et des sorties de l'IME
<b>Définir</b> le public, ses caractéristiques. Evaluer ses problématiques et ses besoins 16 / 25 ans pour l'IME et 16 / 21 ans pour la MECS.	-Politiques publiques -Synthèses, rapports, Référentiels, CR colloques etc. -Rapports d'activité, projets d'établissement, projets personnalisés IME, MECS	- Jeunes (16/25) de l'IME / MECS - Familles - Professionnels de l'AMSP (cadres et non cadres) - Tutelles administratives: ASE, Mme Castagne MDPH, M. Daniel ARS, Mme Gauthier	Recensement des besoins et des problématiques Connaissance partagée du public

DRAMAIS Renaud, LOISY Laurence, LYRAUD Aurélia, PERNELLE Bruno

10

OBJECTIFS	Recherche documentaire	Entretiens/Observations participantes	Résultats attendus
<b>Faire un état des lieux</b> de l'évolution des pratiques et des prestations de l'IME et de la MECS pour répondre aux nouveaux besoins du public.	-Plan de formation -Entretiens professionnels / annuels (organisation, trame entretiens) -Evaluation interne et externe -Rapports d'activité, bilans sociaux sur 2 ans.	- Jeunes (16/25) de l'IME / MECS - Familles - <b>IME:</b> Mme Guibaud, chef de service, personnels éducatifs - <b>MECS:</b> M. Roman, directeur, personnels éducatifs, 1 infirmier, 1 psychologue	Rendre compte de l'adéquation des pratiques par rapport aux besoins repérés.
<b>Faire un état des lieux</b> de l'offre et des ressources existantes relatives au public concerné, en interne (autres structures de l'AMSP) et sur le territoire Marseille Est	<b>En interne AMSP:</b> -Projets d'établissement -Evaluation interne <b>Sur le territoire Marseille EST:</b> -cartographie des ESMS -ressources MDPH (service des 16/25 ans) -Site ARS -Sud Formation -Maison des adolescents	- ASE: Mme Mailloud (responsable observatoire) ou Mme Castagne (responsable secteur enfance) - MDPH: M. Daniel - ARS : Délégation Départementale et/ou Mme Gauthier (Direction de l'offre médico-sociale/ tarification) -Participation à une réunion du Collectif Sud	Recensement et cartographie des ressources

DRAMAIS Renaud, LOISY Laurence, LYRAUD Aurélia, PERNELLE Bruno

11

OBJECTIFS	Recherche documentaire	Entretiens/Observations participantes	Résultats attendus
<b>Évaluer</b> l'accessibilité et l'usage de ces ressources	-Conventions de partenariat -Outils de transmission (fiche navette / fiche liaison / intranet / etc.) -Différents mode de diffusion -Plan de formation salariés IME et MECS	-MDPH : M. Daniel -MDA: M. Bronsard - les professionnels (IME/MECS) - les jeunes et leurs familles	Etat des lieux
<b>Repérer/Évaluer</b> les coopérations et coordinations entre l'ARS, la MDPH, l'ASE, les dispositifs AHI et de formation.	-Politiques publiques -Compte-rendu de réunions interinstitutionnelles, plateformes etc. -Conventions de partenariat -Projet d'établissement -Evaluation interne, externe -projets de vie, pour l'enfant, individualisés, personnalisés	-Participation au Collectif SUD -ASE: Inspecteur et référent, -MDPH: référent service 16/25 ans -MECS: 1 cadre, psychologue, personnels éducatifs - IME: 1 cadre, 1 psychiatre, 1 infirmier, 1 psychologue, l'AS, personnels éducatifs, enseignants spécialisés - SESSAD - Chefs de service et AS d'ESAT - Cadre SIAO	Etat des lieux.

DRAMAIS Renaud, LOISY Laurence, LYRAUD Aurélia, PERNELLE Bruno

12

### 3.3. Calendrier et modalités de restitution au commanditaire:

Le calendrier présenté ci-dessous reste un prévisionnel de travail : il indique des phases temporelles d'action, réparties sur 36 semaines.

**Semaine 5 ou 6** (du 30/01 au 06/02/2017) : Rencontre avec le commanditaire, retour cahier des charges.

**Semaine 7 à 20** (du 13/02 au 19/05/2017) : Recherche documentaire, élaboration des grilles d'entretiens, réalisation des entretiens (individuels et collectifs), synthèse et analyse des informations recueillies.

**Semaine 20 à 25** (du 15/05 au 22/06/2017): Rédaction de l'étude, allers et retours avec le référent pédagogique.

**Semaine 26** (entre le 26 et le 30/06/2017) : Restitution des résultats de l'étude au commanditaire.

	octobre 2016		novembre 2016		décembre 2016		janvier 2017		février 2017		mars 2017		avril 2017		mai 2017		juin 2017		
	1/15	16/31	1/15	16/30	1/15	16/31	1/15	16/31	1/15	16/28	1/15	16/31	1/15	16/30	1/15	16/31	1/15	16/30	
Elaboration du cahier des charges																			
Ajustement cahier des charges / commanditaire																			
Mise en oeuvre de l'étude																			
Recherche documentaire																			
Entretiens internes																			
Entretiens externes																			
Observation participante																			
Rédaction de l'étude																			
Restitution de l'étude au commanditaire																			

Nous envisageons la mise en place d'un comité de pilotage afin d'évaluer et valider les différentes étapes de l'étude.

Les modalités de restitution ne sont pas encore arrêtées, elles seront définies par le comité de pilotage.

DRAMAIS Renaud, LOISY Laurence, LYRAUD Aurélia, PERNELLE Bruno

13

## ANNEXE 06

Entretiens IME Valbrise Service Insertion

Entretiens inspectrices ASE

Entretiens MECS La Reynarde

Tableau de Bord

Tableau synthétique de méthodologie

## IME Valbrise - Entretien Collectif - Service Insertion

<p>Présentation des professionnels présents</p>	<p><b>Equipe</b></p> <p>Un professionnel Chargé d'insertion depuis 6 ans : organisation/coordination des stages, relais avec les équipes, les établissements qui accueillent les jeunes en stage, avec les familles. Formation DEFA.</p> <p>Un éducateur technique spécialisé 7/8 ans, atelier bois horticulture jardin, intervention sur le service insertion à raison d'une journée par semaine, appui Monique.</p> <p>Une éducatrice spécialisée, accompagne les jeunes du groupe insertion (20 ans et plus), mais aussi sur le groupe 3, jeunes qui ont 18 ans.</p> <p>Un éducateur spécialisé, service accompagnement, accompagner les jeunes du domicile aux différents lieux de stages, pratique des transports en commun.</p> <p>Temps d'atelier avec les plus jeunes (escalade).</p> <p>Qualification du personnel : éducateurs spécialisés, DEFA (maintenant DEJPS) Atelier bois – horticulture.</p>
<p>Objectifs</p>	<p><b>le Service Insertion</b></p> <p>Participe du projet global de l'établissement, visant l'épanouissement des jeunes accueillis. Logique d'accompagnement à l'épanouissement. Sensibilisation à l'extérieur, vers l'après, sous forme de stage par exemple. Elaboration de stratégies, en lien avec l'ensemble des partenaires concernés, fonction des situations.</p> <p>Préparation à la sortie, en interne sur les ateliers, en externe au travers des stages.</p> <p>De l'adolescence à la vie adulte. Coordination du projet: jeunes/équipe/familles/partenaires (notion de PIVOT). Des accompagnements sur plusieurs années.</p> <p>Accompagnement pour préparer la sortie, travailler l'autonomie, la vie quotidienne. En lien avec un éducateur technique atelier immersion en ESAT.</p> <p>Tous les ateliers ont lieu sur Valbrise.</p>
<p>I. Analyser les admissions et les sorties (âge, provenance, motifs, critères) Organisation / procédure étude admissions Organisation / procédure sortie / orientation Choix stratégiques Attendus tutelles</p>	<p><b>Publics</b></p> <p>Ceux qui sont sur l'entre-deux, des jeunes pour lesquels on attend des orientations ESAT. Orientation qui peut changer en cours de route, redirection vers les foyers de vie. Processus d'évaluation et parcours qui peuvent être très longs, sur plusieurs années.</p> <p>Ne pas obliger un jeune à rentrer dans les possibles qui sont les nôtres.</p> <p>Insistance sur la notion d'EPANOUISSEMENT.</p> <p>Si le projet ne correspond pas, sortie du jeune de l'ESAT par exemple, reprise de la situation par le service de suite, retravailler le projet avec le jeune (service de suite: AS, Educ Spé, chef de</p>

<p>Rapports, diagnostiques, entretiens, qui fait quoi? Evolution de l'âge de l'entrée</p>	<p>service). Accompagnement sur toutes les dimensions du projet. <b>70% de l'effectif en stage sur l'IME</b> Jeunes suivis aussi par l'ASE, stages en milieu ordinaire (demande des jeunes), mais problème de sensibilisation des sites d'accueil.</p>
<p>2. Définir le public, ses caractéristiques. Evaluer ses problématiques ses attentes et ses besoins 16 / 25 ans pour l'IME et 16 / 21 ans pour la MECS. Niveau et type de handicap restrictions de participation à la vie sociale, apprentissage, communications, relations et interaction à autrui, mobilités Problématiques Hébergement, protection, médical, insertion scolaire et /ou pro, personnalisation Attentes / Besoins</p>	<p>MDPH, notifications d'orientation, objectivation par les évaluations.</p> <p><b>Groupe 3 : 18 à 20 ans +groupe mixte : 20 ans et plus.</b> Le travail ne peut se faire qu'à partir de 16 à 20 ans. Le public manque souvent trop de discernement et de maturité. Très souvent les usagers sont entre le niveau requis pour les ESAT et le Foyers de vie. Il leur faut plus de temps que les « non MDPH » pour mûrir leurs projets. Le phénomène est encore amplifié pour les prise en charge ASE. C'est paradoxal avec la fin des contrats jeunes majeurs qui prennent fin à 21 ans. Ces jeunes ont des profils dits abandonniques, à la peur de la sortie de l'IME se rajoute celle de la fin de prise en charge de l'ASE, donc des familles d'accueil ou des MECS. Cette séparation est vécue comme violente.</p> <p><b>Si fin de prise en charge de l'ASE, il n'y a plus d'hébergement, donc plus d'IME.</b></p> <p>Semaine internat: et le WE? Les vacances? Risque de se retrouver à la rue. Question de l'engagement des équipes sur le travail en partenariat.</p>
<p>3. Etat des lieux de l'évolution des pratiques et des prestations de l'IME et de la MECS pour répondre aux nouveaux besoins du public. Organisation des projets personnalisés, contrats de séjours, DIPC. Caractéristiques des pratiques vis à vis du public cible Participation / lien avec les familles Connaissance partagée des publics? Référentiel bonnes pratiques Évolutions Autonomie des acteurs de terrain /</p>	<p><b>Coordinateurs de projets</b>, acteur qui occupe une place centrale. Groupe de référence: lieu, moment, pour faire circuler la parole du jeune. A la demande de l'éducateur ou à la demande du jeune. Discussion autour du projet, autant de fois que nécessaire. Questions d'hébergement traitées par l'AS.</p> <p>Le service d'insertion ne s'occupe pas du suivi par rapport à l'hébergement. Il s'occupe : D'ateliers en interne. Des mises en stage, des projets pro ou des orientations foyers de vie. Des immersions en ESAT. Il accompagne l'accessibilité, « l'autonomie » dans les déplacements (transport). Il n'y a pas assez de places en ESAT et en foyer de vie. Le niveau de compétences requis à l'admission ESAT a augmenté, de moins en moins de jeunes de l'IME y ont accès.</p> <p>Participe au projet global sur l'établissement. Orientation parcours et projections extérieures. Accompagnement de l'utilisateur vers le monde adulte avec coordination jeune / partenaires (pro ou socio) / famille.</p>

<p>Agentivité Analyse de la pratique / organisation Projets innovants Espaces de réflexion Participation / implication aux projets, espaces de réflexion, décision. Entretiens professionnels Demandes, imposées, proposées Formations Types de prestations</p>	<p>Sur le groupe insertion, la projection vers l'après IME est problématique, beaucoup d'investissement des jeunes, IME protecteur.</p>
<p>4. Faire un état des lieux de l'offre et des ressources existantes relatives au public concerné, en interne (autres structures de l'AMSP) et sur le territoire Marseille Est : En interne et en Externe Dispositifs? (Hébergement, accompagnement, soin, travail/formation) Dispositifs? 16/25, quels liens avec les partenaires? Référence Conventions, partenariats, protocoles</p>	<p>Pas de problème de sollicitations, mais pas assez de places disponibles rapidement.</p>
<p>5. Évaluer l'accessibilité et l'usage de ces ressources Cartographie ? Recensement ? Connaissance / Diffusion de l'offre? Mise en réseau, plateformes</p>	
<p>6. Repérer/Évaluer les coopérations et coordinations entre l'ARS, la MDPH, l'ASE, les dispositifs AHI et</p>	<p>Coordination fluide avec les MECS. Pas invités aux synthèses ou aux CARS de l'ASE.  Concernant l'ASE, suivi des situations plus complexe, du fait de l'arrêt de prise en charge par l'ASE à partir de 21 ans. Temporalité différente.</p>



<p>de formation.  Coordination /  Coopération  externe AMSP  Coordination /  Coopération interne  AMSP  MDPH, ASE, PPE  : participation  Référénts de  parcours  partage diagnostic  partage des  pratiques  Construction des  parcours  Instances de  régulation  Types de références  de parcours</p>	<p>Abandon de l'ASE, mise en place d'échecs. Séparation 'violente'.</p> <p>Contrats jeunes majeurs: il faut que le projet soit clair pour toutes les parties. L'ASE doit être partie prenante du contrat, pas délégué à l'IME.</p> <p>Le jeune doit faire preuve de beaucoup motivation, ce qui n'est pas toujours le cas, car d'autres problèmes prennent le dessus. échéances de temps.</p> <p>Les autres jeunes (handicap) ne sont pas concernés par ces questions de temporalité.</p>
<p>Besoins et  suggestions des  professionnels</p>	<p>Un possible pour tous.</p> <p>Prestations/service</p> <p>Gérer l'attente lorsqu'il y a trois ans d'attente pour entrer en ESAT par exemple.</p> <p>Créer un service qui soit en dehors de l'IME, un lieu où l'on puisse aussi travailler avec les familles.</p> <p>Créer des services pour créer des passerelles logiques entre établissements (IME, ESAT, foyer de vie), objectifs commun entre les structures.</p> <p>Réponses intermédiaires à concevoir. Plus proche des possibilités, des désirs des jeunes.</p> <p>L'ASE doit être partie prenante du contrat, pas délégué à l'IME.</p>

Objectifs	<b>Inspectrice 1 ASE (Entretien réalisé le 02/05/17)</b>	<b>inspectrice 2 (en poste depuis 8 ans) Entretien du 10/04/2017</b>
<p>1. Analyser les admissions et les sorties (âge, provenance, motifs, critères)            Organisation / procédure étude admissions            Organisation / procédure sortie / orientation            Choix stratégiques            Attendus tutelles            Rapports, diagnostiques, entretiens, qui fait quoi?            Evolution de l'âge de l'entrée</p>	<p>Garant de la prise en charge des mineurs, hors judiciaire, toutes les décisions passent par l'inspecteur. Organisation du placement, respect des droits des parents, décideur des mesures administratives avec l'adhésion des parents.  <b>Environ 160/170 placements, dont environ 25% MDPH/ASE.</b></p>	<p>missions : gestion du 5<sup>ème</sup>; 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> arrondissements (ASE sectorisée)            -Garant des droits des enfants et des parents. Responsable des décisions et de ses applications sur l'aspect juridique/administratif. Contrôle et exécution des mesures. Garant des textes réglementaires            Tâches : -réception des rapports circonstanciés/demandes financières/réception des IP organisation des CARS (2 par mois) +un point dans l'année.- Reçoit tous les parents.- Reçoit tous les jeunes qui ont 17 ans dans l'année : point sur leur parcours/ autonomie. comment se projettent-ils ? Parfois l'inspectrice joue un rôle de "recadrage". Suivi des Jeunes Majeurs            -Présence à la cour d'appel d'Aix en Provence lorsque les parents font appel à la décision.            Requête pour le délaissement de l'autorité parentale (acté en CARS).</p>
<p>2. Définir le public, ses caractéristiques.            Evaluer ses problématiques ses attentes et ses besoins            16 / 25 ans pour l'IME et 16 / 21 ans pour la MECS.            Niveau et type de handicap restrictions de participation à la vie sociale, apprentissage, communications, relations et interaction à autrui, mobilités            Problématiques Hébergement, protection, médical,</p>	<p><b>Contexte marseillais</b> spécifique: enfants plus déstructurés qu'ailleurs, plus abîmés. Beaucoup de situations sortent à l'adolescence. Phénomène de 'normalisation' de la déviance. Coursus pas placé au même niveau qu'ailleurs.            Etude du Dr Olivier Bernard en lien avec le CD: croiser les données entre notification MDH et prises en charge ASE... les chiffres se recourent, 20/25% des enfants ASE sont notifiés MDPH. Situations omniprésentes dans le travail. Besoins de structures pour</p>	<p>Suivi de 190 jeunes (160 + 30 jeunes majeurs) :            Constat des difficultés concernant les enfants de "l'ASE" qui ont une notification MDPH : - difficultés d'orientation (approximativement la question de l'orientation pose de réels problèmes pour 5 enfants par année). - Désengagement des IME. Placement pour les week-ends : très peu de familles d'accueil sur les BDR -Département pas ok pour financer un temps complet            -L'accueil en urgence reste une grande problématique.</p>

insertion scolaire et /ou pro, personnalisation Attentes / Besoins	majeurs en difficulté d'autonomie : appartements en MECS ou autres par exemple. Beaucoup de situations "ressortent" à l'adolescence.	
<p>3. Etat des lieux de l'évolution des pratiques et des prestations de l'IME et de la MECS pour répondre aux nouveaux besoins du public.</p> <p>Organisation des projets personnalisés, contrats de séjours, DIPC.</p> <p>Caractéristiques des pratiques vis à vis du public cible</p> <p>Participation / lien avec les familles</p> <p>Connaissance partagée des publics? Référentiel bonnes pratiques</p> <p>Évolutions</p> <p>Autonomie des acteurs de terrain / Agentivité</p> <p>Analyse de la pratique / organisation Projets innovants</p> <p>Espaces de réflexion</p> <p>Participation / implication aux projets, espaces de réflexion, décision. Entretiens professionnels</p> <p>Demandes, imposées, proposées Formations</p> <p>Types de prestations</p>	<p>Au niveau <b>projet</b>, difficulté d'imposer des points de vue pour des structures ne relevant pas de l'ASE. Difficulté de se faire comprendre, pas d'instance régulatrice.</p> <p><b>PPE</b>, sur les BDR, pas simple à faire appliquer, vécu comme un document administratif. Théoriquement le PPE pourrait permettre la cohérence recherchée autour du projet.</p> <p><b>Orientation MECS: rapport de candidature.</b> Idem pour les AEMO (action éducative en milieu ouvert).</p> <p>Délai conséquent pour les orientations de jeunes avec notification MDPH (4/6 mois). Troubles révélés par des actes violents, d'autant plus compliqué.</p> <p><b>Contrat jeune majeur</b>, pour les personnes avec handicap, orientation ESAT ou foyer de vie, ceci peut constituer le projet. Souplesse dans l'attribution de cette mesure.</p> <p><b>Référent ASE:</b> maintien selon les situations, les orientations (oui en famille d'accueil, oui en IME, non en MECS).</p> <p><b>Suivi</b> de l'évolution du projet du jeune, plutôt des projets (pas de coordination), parfois des divergences notamment sur la question du lien aux parents.</p>	<p>-CJM : très souvent accordé pour trois mois dans un premier temps : un projet professionnel ou scolaire est nécessaire. La notion de soins peut être prise en compte comme projet, et peut légitimer le CJM</p> <p>-CARS : ITEP sont conviés mais ne se déplacent pas ou très rarement</p> <p>-Synthèses : les partenaires interagissant autour du jeune sont conviés également</p> <p>-PPE : l'outil est en réflexion /équipe ASE fait de la rétention :</p> <p>-PAD : Projet ok</p> <p>Beaucoup de jeunes sont en attente pour des entrées en ITEP / Peu pour des entrées en IME</p>

	<p>Synthèses, <b>CARS</b> (commission d'admission et de révision des situations). Presque plus d'internats IME 365/365</p>	
<p>4. Faire un état des lieux de l'offre et des ressources existantes relatives au public concerné, en interne (autres structures de l'AMSP) et sur le territoire Marseille Est : En interne et en Externe Dispositifs? (Hébergement, accompagnement, soin, travail/formation) Dispositifs? 16/25, quels liens avec les partenaires? Référence Conventions, partenariats, protocoles</p>	<p><b>Commission situations critiques</b>, dans le cas il devient très compliqué de faire accueillir certains jeunes dans des structures médico-sociales. Utilisée une seule fois.</p> <p>Extrêmement limité dans ce que l'on peut proposer. Dans le cas de situations complexes (autisme sévère, passage à l'acte violents, comportements ingérables...), cela devient très compliqué d'élaborer des réponses cohérentes. Parfois ces personnes restent au <b>domicile familial</b>, duquel il aurait fallu les sortir, faute de réponse à proposer. A noter également une baisse du contingent de <b>familles d'accueil</b>. Nombreux départ à la retraite des assistantes familiales, pas/peu de nouvelles vocations.</p> <p>Question de la majorité: pas d'<b>internat</b> possible (ITEP). Des solutions pour les majeurs autonomes en <b>appartement</b>, pas d'alternative pour les personnes relevant aussi du handicap, moins autonomes, qui nécessitent des accompagnements plus complexes. Semi-autonomie: des <b>logements internes aux établissements</b>, de l'indépendance et des services.</p> <p>Aussi le <b>SIAT, accueil séquentiel</b> pour les jeunes avec des troubles psychiatriques (financement ASE/ARS)</p>	<p>-Travail beaucoup en réseau plus que par conventions officielles ... -Pas de visibilité des places disponibles (sur les MECS) - L'accueil d'urgence est saturé, les MECS sont sollicités pour le faire.</p>

<p>5. Évaluer l'accessibilité et l'usage de ces ressources Cartographie ? Recensement ? Connaissance / Diffusion de l'offre? Mise en réseau, plateformes</p>	<p>Pas de <b>cartographie</b> des ressources sur un territoire donné, pas de connaissance précise du secteur, encore moins du secteur handicap.</p> <p>Problématiques du public: le plus compliqué reste la prise en charge en ITEP, en IME, lieux adaptés. Pourquoi certaines situations, au final, reviennent vers l'ASE. Problème des IME 365j qui n'existent pratiquement plus.</p> <p><b>Mas Joyeux</b>, Les Mouettes, 70% d'enfants avec des notifications MDPH, avec les moyens qui sont ceux d'une MECS: directeur M. Gomez. Forte volonté, pas de moyens supplémentaires.</p> <p>Hôpitaux de jour, IME, pression des places disponibles. MECS aussi. Les dispositifs sont saturés.</p> <p>Environ 5 situations '<b>incasables</b>' par inspecteur, ce qui fait une <b>cinquantaine de cas complexes sans solutions</b>. Pas exclusivement des jeunes porteurs de handicaps, aussi profils psychiatriques. En face, quelques réponses adaptées comme l'Escandaou, l'Abri, et Serena lieu de vie sur Arles.</p>	
<p>6. Repérer/Évaluer les coopérations et coordinations entre l'ARS, la MDPH, l'ASE, les dispositifs AHI et de formation. Coordination /</p>	<p><b>inspectrice 1 enfance</b>, 2 MDS en charge, 11 ième et 13 ième arrondissement de Marseille (avant 15 et 16 ième) Néanmoins en lien avec l'AMSP sur des parcours.</p>	<p>L'inspecteur a une hiérarchie fonctionnelle sur les MDS. Il n'est pas le supérieur hiérarchique du référent. Les PPE ne sont pas, ou peu remplis (sauf pour les PAD) : difficultés avec les MDS pour le</p>

<p>Coopération externe AMSP Coordination / Coopération interne AMSP MDPH, ASE, PPE : participation Référents de parcours partage diagnostic partage des pratiques Construction des parcours Instances de régulation Types de références de parcours</p>	<p><b>Lien MDPH:</b> "On a essayé de rationaliser", lien établi par une fiche de liaison, lien très administratif mais qui permet de régler pas mal de problèmes. Nom, date de naissance, statut, quel inspecteur référent, qui a l'autorité parentale, qui décide (parents, inspecteur, conseil de famille). Son lieu d'accueil. Avant toute notification, cette fiche est demandée: éviter les tensions administratives en faisant que les dossiers ne soient pas mis en commun. Cela permet d'accélérer le processus de notification.</p> <p>Lien MDPH de qualité du fait de l'engagement de M. Daniel. Depuis 3 ans une volonté de faire se croiser les infos,</p> <p>MDPH / ASE méconnaissance du fonctionnement des uns et des autres. Le travail avec les parents n'est pas appréhendé de la même manière. Les relations peuvent être tendues à cause du manque de moyen (de places) de part et autre.</p> <p>Reconnaissance MDPH : 4 à 6 mois pour obtenir les notifications.</p>	<p>faire.</p> <p>MDPH : commission pour les situations complexes : orientation aboutit parfois en MECS malgré cela, L'articulation (MDPH/ASE) pour des jeunes qui présentent de handicaps est peu efficiente. - Désengagement de l'ARS : très peu de possibilité de montage financier avec l'agence. -Manque d'anticipation Espace possible pour améliorer cette articulation ? : synthèse : le référent resterait l'ASE -Il est noté une très bonne coopération avec la MECS Les Mouettes et le Mas Joyeux - L'idée de maintenir l'enfant dans son environnement est forte. -Axes d'amélioration : ANTICIPATION -Créer du partenariat notamment avec les IME : Projet singulier et global mais le coordinateur resterait l'ASE -Adapter la tarification selon les modes de prise en charge</p>
<p>Besoins et suggestions des inspectrices</p>	<p><b>Suggestions:</b> formations croisées des professionnels relevant des deux champs (Handicap/ASE), à tous les niveaux de la hiérarchie.</p> <p><b>BESOINS</b> exprimés: places d'accueil supplémentaires, Typologie: problème avec les tous petits (0-3 ans) du fait de la raréfaction des possibilités de placement en famille d'accueil. Plus généralement cette problématique a un impact sur tous les âges jusqu'à la majorité.</p>	<p>-Anticiper -Créer un partenariat avec tous les acteurs. -Construction de projets singuliers. -Possibilité pour les familles d'accueil de changer d'agrément aux 21 ans de la personne accueillie.</p>

	<p>Pas possible de faire 'grossir' les MECS, trouver d'autres alternatives. Réfléchir aussi à ce que l'on propose aux jeunes (pas le temps de se poser, tout le temps sous pression, sous tension dans cette 'lutte des places'). IME avec accueil 365/365.</p>	
--	---	--

## Annexe\_6\_ Entretiens MECS La Reynarde

	2A Groupe 1	2B Groupe 2	BOISERAIE
Objectifs	<p>Reynarde 2a le 28/03/2017 Equipe : 1 ME tplein/1 ME tplein (PPJEPS loisirs pour tous) /1 stagiaire ES/1 maîtresse de maison/1 ME Tplein/ 2 veilleurs partagés pour tout le château</p> <p>Missions des intervenants : Éducatives Elaboration du projet de prise en charge, le soin thérapeutique et médical. Le loisir : très important / à l'internat. Lien avec les familles Partenariat / ASE</p>	<p>Reynarde 2b Equipe: 1 ES depuis 6 ans à la MECS (avant, travaillait dans le médico-social IME pro, MAS, coord SESSAD à la Chrysalide à Marseille) + 1 ME + stagiaire ES + 1 maîtresse de maison</p>	<p>Reynarde / Boiseraie Equipe : 3 ES / 1 Me / 1 maîtresse de maison /1 ME et 1 Educ sportif qui assurent les nuits (étaient en poste avant en journée) Missions : Accueil /Protection/ accompagnement au quotidien/ scolarité/ relations avec les familles. Objectif : retour en famille du jeune</p>
<p>1. Analyser les admissions et les sorties (âge, provenance, motifs, critères) Organisation / procédure étude admissions Organisation / procédure sortie / orientation Choix stratégiques Attendus tutelles Rapports, diagnostics, entretiens, qui fait quoi? Evolution de l'âge de</p>	<p>Procédure admission idem Boiseraie. Priorité aux jeunes de la Reynarde, dans un parcours "progressif". Il existerait un profil "Reynarde" : les situations dites violentes seraient écartées. L'admission des enfants sur ce groupe : une soirée d'intégration puis accueil. Très peu d'accueil directement des</p>	<p>Accueil des jeunes: - visite avec la famille des locaux - DIPIC qui doit être co-construit avec la famille, l'enfant et l'établissement - 3 mois après le DIPIC, le PPA doit être co-construit. Echéance difficile à tenir. Difficile de co-construire le projet en équipe car il n'y a que le mardi matin que l'équipe est complète.</p>	<p>L'équipe participe aux admissions afin de voir la compatibilité des personnes accueillies. La situation est soumise en réunion d'équipe. Si c'est validé, il y a une rencontre avec les services sociaux, le lieu d'origine de placement. Il y a une "soirée contact" pour la recherche d'adhésion sur le</p>



l'entrée	jeunes extérieurs, on est plutôt sur des orientations en interne (de groupes à groupes)	(encore anarchique) Problème du recueil d'info auprès du jeune qui ne se fait pas, c'est souvent l'équipe qui rédige le projet seule. Tous les 6 mois, PP à évaluer et nouveaux axes de travail proposés.	lieu de placement, par le jeune et les autres jeunes. L'admission se fait la semaine suivante. La famille et l'ASE sont reçues le jour de l'admission, ou un jour proche.
2. Définir le public, ses caractéristiques. Evaluer ses problématiques ses attentes et ses besoins 16 / 25 ans pour l'IME et 16 / 21 ans pour la MECS. Niveau et type de handicap restrictions de participation à la vie sociale, apprentissage, communications, relations et interaction à autrui, mobilités Problématiques Hébergement, protection, médical, insertion scolaire et /ou pro, personnalisation Attentes / Besoins	Capacité de 6 jeunes de 12 à 13 ans. Actuellement .5 enfants de 11 à 13 ans. 2/5 ont une notification MDPH/ASE 2/6 ont une reconnaissance MDPH. Un est en IME (Valbrise), l'autre est en ITEP sans hébergement (de type Sessad.) Il n'est pas repéré de profil type. Pour le jeune en IME, il est accueilli sur l'IME en accueil de jour, placé sur la MECS et voit sa mère un week-end sur deux. à la "maison des familles" sur la MECS+ wend chez son père et les vacances scolaires chez son père Le comportement du jeune est décalé, il présente des difficultés: d'élocution, à être compris, à comprendre. Il est en attente d'une place	Public de 10 à 15 ans. 6 enfants dont 1 a une notification MDPH (M, 15 ans)  Public MECS qui a évolué: + de jeunes cumul handicap + problématiques sociales. Pas d'accueil d'enfants avec handicap moteur car le lieu n'est pas adapté (pas d'ascenseur etc. MECS pas dans les clous de la loi 2005). Grande précarité des familles: pathologies lourdes + parcours institutionnel des parents.  1 jeune avec handicap, M: est à l'IME Vert Pré la semaine en semi-internat, est pupille de l'état (les décisions passent par le conseil des familles, ce qui limite le partenariat car les éduc notent peu d'implication	Public de - jeunes de 14 à 16 ans. Les jeunes atteints de handicap ont des difficultés de discernement qui les "décalent" par rapport au groupe. Repères spatio-temporelles défailants Sur les 6 jeunes accueillis, 1 est en IME les Marronniers, 1 autre en 3ème ULIS collège + suivi Sessad de Valbrise. Les notifications sont dues à la déficience intellectuelle. La présence de ces jeunes entrave l'accompagnement des éducateurs, et limite ce qui est possible pour les autres. L'incompréhension, "la leur et celle des autres", amène de l'agressivité, voire de la violence. Ils sont plus sujets à l'inquiétude.

	<p>en internat sur l'IME, pour être moins stigmatisée par les autres jeunes, pour retrouver ses copines de "jour". Par contre, la prise en charge en MECS est stimulante de par son contact avec des jeunes "ordinaires", au détriment en partie de son bien-être.</p>	<p>du conseil des familles). M est à la MECS les week-ends et les vacances. Il est à la Reynarde depuis l'âge de 3 ans; est passé d'un groupe à l'autre. A partir de ses 6 / 7 ans, de par ses problèmes de comportement, des troubles autistiques ont été pensés au début; mais en fait diagnostic déficience moyenne avec troubles du comportement associés (un peu psychose, problème de frustration etc.); M a du mal avec le collectif parfois. Cela s'est traduit par des passages à l'acte sur des personnes ou objets. Décision à l'époque: maintenir M dans des groupes du même niveau cognitif que lui. Il est resté au 1er étage jusqu'à ses 12 ans au moins, sachant que normalement, les enfants restent au 1er étage jusqu'à leur 8 ans. Cela a créé un décalage (physique, car M est "gaillard") avec ses pairs: il a mis en place comportements déviants avec les autres jeunes</p>	<p>-Enfants borderline La pression, les attendus du système sont plus importants pour eux que pour les autres. Les enfants en situation de handicap sont parfois gardés trop longtemps en MECS. Ils ont besoin d'ouverture vers l'extérieur.</p>
--	--	---	--

		<p>(question de la sexualité par exemple qui n'était pas adaptée à l'âge des autres jeunes). A l'IME, M a du mal à trouver sa place car il se retrouve avec des jeunes + handicapés que lui (handicap pas lourd). Semble n'être à sa place nulle part car à la MECS il est stigmatisé par ses pairs à cause de son handicap. M se voit actuellement comme un monstre (fait le handicapé). Les autres enfants avec qui il a grandi sont passés dans un autre groupe (Boiseraie).</p> <p>M a une grand-mère (à Arles ou Istres) et des frères et sœurs. 1 frère (C 25 ans) est en foyer de vie et qui demande à voir M. Dans la fratrie, M est le + stigmatisé, la grand-mère veut moins l'accueillir. 1 de ses sœurs a été à la Reynarde mais elle est aujourd'hui en famille d'accueil.</p>	
3. Etat des lieux de l'évolution des pratiques et des prestations de l'IME et de la MECS pour	Remise du Livret d'accueil aux parents et signature du DIPC en présence d'un cadre.	Accompagnement spécifique à la Reynarde: petites unités avec accueil mixte (garçons /	Les missions : accueil et accompagnement sur scolarité, relation avec

<p>répondre aux nouveaux besoins du public.  Organisation des projets personnalisés, contrats de séjours, DIPC.  Caractéristiques des pratiques vis à vis du public cible  Participation / lien avec les familles  Connaissance partagée des publics?  Référentiel bonnes pratiques  Évolutions  Autonomie des acteurs de terrain / Agentivité  Analyse de la pratique / organisation Projets innovants  Espaces de réflexion  Participation / implication aux projets, espaces de réflexion, décision.  Entretiens professionnels  Demandes, imposées, proposées  Formations  Types de prestations</p>	<p>Le PPAA (projet personnalisé d'accompagnement a) est revisité tous les ans.  Participent les enfants et les parents ('synthèse MECS), l'équipe; le CDS.  Comme outil interne il existe une grille d'observation (par rapport aux acquisitions).actualisée tous les trois mois  <b>Réunion institutionnelle tous les deux mois</b> : traite des protocoles, des procédures, des infos calendrier. Parfois des intervenants sont invités (espace santé)  L'équipe est conviée aux synthèses et aux cars. Absence de l'IME pour Lisa Marie  Concernant le projet IME de Lisa Marie, la MECS a été convié  -Rapport de comportement établi chaque année pour chaque enfant transmis à l'ASE, avant la fin de la prise en charge    -PPE : ASE : inspecteur enfance-famille reçoit enfant et parent. pas de PPE dans les dossiers des</p>	<p>filles) pour recréer au maximum une cellule familiale.  Travail horizontal avec le 2A.    Place de la personne handicapée dans le collectif en MECS difficile; limites de l'accompagnement du quotidien à la MECS. 1 éduc pour 6 jeunes: moins d'attention pour le jeune qui a un handicap qui peut être stigmatisé par les autres jeunes.  Les activités ne sont pas toujours adaptées:  problèmes d'attention + temporalité différente des enfants atteints de handicap.    M a été maintenu au 1er étage de la Reynarde jusqu'à ses 12 ans alors que le maxi est 8 ans: décalage avec ses pairs. Il est au 2ème étage depuis 3 ans et le changement a été au départ plutôt bénéfique pour lui.  Paradoxe: on demande à M de suivre les règles de la collectivité et il reste + de 5 ans dans la même unité.  Question de l'équipe: quel</p>	<p>famille. Visée sur les éventuelles possibilités de retour en famille (ou pas).  Partenariat avec l'ASE, côté professionnel, médical, scolaire, soins...  <b>La notion de référence est en cours d'élaboration sur la MECS</b>, ce qui est relativement nouveau. Le terme employé est <b>coordinateur de projet</b>.  Les rapports étaient écrits par un éducateur et complétés par les autres. Maintenant c'est le coordinateur de projet qui en a la responsabilité. Il y a des allers et retours entre "l'équipe" et le CDS, avant transmission au Directeur qui lui-même transmet à l'ASE.  Le CDS + le coordinateur de projet sont présent aux audiences, le coordinateur seul aux synthèses, le coordinateur au CARS + le CDS en fonction des enjeux.  Les problématiques changent, les</p>
---	---	---	---

	enfants	<p>projet pour ce jeune?</p> <p>Temps des week-ends: M ne s'inscrit plus dans le collectif, les éduc par facilité peuvent le laisser devant les écrans (télé ou jeux vidéo) pour vaquer à leurs occupations. Suite aux passages à l'acte de M, il a été demandé à l'équipe d'écrire un protocole de prise en charge pour ce jeune: au début, équipe un peu sceptique, pas spécialement pour car trouvait ça trop enfermant. Les éduc ne savaient pas ce qu'était un protocole de prise en charge; protocole de prise en charge pour intervenants extérieurs (en colonies de vacances) ou internes (si M changé de groupe): situation du jeune + analyse de l'équipe. Plus protocole pour couvrir l'institution au cas où M s'en prend à des personnes. D'après l'éduc interrogé, ce protocole risque de restreindre beaucoup de choses et de ne pas prendre en compte l'aspect</p>	<p>professionnels ne sont pas assez formés pour y répondre. Les professionnels qui ont choisis d'exercer il y a une vingtaine d'année dans le champ de la protection de l'enfance, n'avaient pas fait le choix de travailler dans le champ du handicap.</p> <p>--Les problématiques changent. Les troubles Psychiques sont détectés de + en + tard et augmentent.</p> <p>-Manque de formation dans le champ du handicap</p>
--	---------	--	---

		<p>humain de la relation ainsi que l'environnement plus général (moment de la journée etc.).</p> <p>Même si professionnels de la MECS (ES ou ME) sont censés pouvoir travailler dans tous les champs, certains n'ont travaillé que dans un secteur et n'ont pas les outils pour accompagner les jeunes relevant du champ du handicap. M est un jeune à la fois stigmatisé par les jeunes et les adultes (professionnels angoissés par prise en charge du handicap). Le protocole répond aussi à la peur de ces professionnels, pour les rassurer.</p> <p>Pas de demande de formation des professionnels à la connaissance de l'interviewé.</p> <p>Maltraitance institutionnelle.</p> <p>Formations collectives de l'équipe (techniques);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une sur la méthode ESPERE de Jacques Salomé</li> <li>- une autre sur la contenance</li> </ul> <p>Pas de formation</p>	
--	--	---	--

		<p>avec approche clinique.</p> <p>En MECS: travail dans l'urgence, beaucoup d'imprévus, différent de l'IME où les professionnels peuvent dérouler la journée en respectant le rythme des jeunes.</p> <p>Si M demande à voir sa grand-mère, la MECS est en difficulté (les éducateurs doivent amener tout le groupe).</p>	
<p>4. Faire un état des lieux de l'offre et des ressources existantes relatives au public concerné, en interne (autres structures de l'AMSP) et sur le territoire Marseille Est :</p> <p>En interne et en Externe</p> <p>Dispositifs? (Hébergement, accompagnement, soin, travail/formation)</p> <p>Dispositifs? 16/25, quels liens avec les partenaires?</p> <p>Référence Conventions, partenariats, protocoles</p>	<p>En interne : Réunion à l'origine étant pour les DP 3 fois / mois : expression libre. Présence uniquement des TS, pas de cadres. Basé sur le volontariat. C'est par exemple le lieu où les TS vont proposer des ODJ pour les réunions institutionnelles/ Les équipes ont demandé que ces temps puissent avoir lieu une fois/ mois</p>	<p>1er IME de M: la Parade (AMSP) qui a mis un terme à l'accompagnement. IME Vert Pré: après les vacances de février 2017, M a changé de groupe, est allé avec les + âgés et ça s'est bien passé.</p> <p>Familles relais: profil de M + son âge difficiles pour les familles relais (expérience à 8/10 ans pour M: échec)</p>	<p>Se disent, à priori, pas concernés au vu de l'âge des enfants accompagnés.</p> <p>-Manque d'information en général / manque de documents par rapport aux situations des jeunes accueilli</p>
<p>5. Évaluer l'accessibilité et l'usage de ces ressources</p>			<p>Difficultés pour l'équipe à connaître les ressources</p>

<p>Cartographie ? Recensement ? Connaissance / Diffusion de l'offre? Mise en réseau, plateformes</p>			<p>-Pôle Santé Jeunes à Aubagne sera cité -</p>
<p>6. Repérer/Évaluer les coopérations et coordinations entre l'ARS, la MDPH, l'ASE, les dispositifs AHI et de formation. Coordination / Coopération externe AMSP Coordination / Coopération interne AMSP MDPH, ASE, PPE : participation Référénts de parcours partage diagnostic partage des pratiques Construction des parcours Instances de régulation Types de références de parcours</p>	<p>ASE donne rdv aux parents pour signature du PPE. La MECS n'est pas forcément présente. 1 PPE signé cette année (après 7 ans de placement des enfants). Les espaces de coordination avec l'ASE sont les synthèses et les CARS (commission admission réorientation) Les rencontres avec les IME se font sur solicitation de l'un ou de l'autre, quand elles se font. Souvent les IME convient les parents et la MECS pour la signature de leur projet personnalisé. Quand les avis sont différents, il n'y a pas d'instance de "régulation" de repérée. La relation IME / MECS sur la situation présente fonctionne, car les personnes la font fonctionner. La relation SESSAD / MECS est plus compliquée : les délais de traitement et de réponse seraient trop longs.</p>	<p>MDS: AS de M garante et coordinatrice de son projet avec les différents partenaires (MECS, IME); or, une AS de l'ASE a environ 30 situations à suivre (submergée de dossiers). Les éduc ont peu de liens avec elle. Lourdeur administrative notée. Pour les décisions, c'est l'ASE (AS)+ Conseil des familles: ce qui bloque la MECS dans ses projets.  A l'IME, des synthèses ont lieu, normalement avec AS et MECS. Mais la dernière synthèse a eu lieu sans la présence de l'AS.  PP à la MECS + PP à l'IME: Liens équipes IME / MECS: demande des éduc MECS un retour sur l'évaluation équipe IME: capacité de travail de M? Question des éduc. MECS: quelle orientation pour M:</p>	<p>Difficultés de prise en charge pour ce public avec "double handicap" : les CJM sont signés avec des objectifs de projet de sortie très concret, formation, autonomie vers un appartement. Ces jeunes en sont rarement là, les "négociations" avec l'ASE sont rarement possibles. Les CJM seraient refusés. Le PPE n'est pratiquement pas existant. Les passerelles avec les IME sont en cours d'élaboration. Quand il y a des exclusions de l'IME, le jeune retourne sur la MECS, sans avis de celle-ci. Il existe ponctuellement des réunions avec les IME pour discuter des modalités de prise en charge. Les rdv sont souvent à l'initiative des IME, et sur leur invitation. Les PPAA de la MECS ne sont partagés</p>



		<p>Foyer de vie occupationnel ou ESAT? L'équipe essaie de passer le relais à l'IME pas pour se débarrasser de lui mais à terme, pour préparer son orientation. Jusqu'à sa majorité, il restera sûrement en MECS. Pas vraiment d'autre alternative.</p>	<p>avec les IME. L'ASE n'invite pas systématiquement les IME aux CARS ou synthèses. Les professionnels IME ou MECS auraient des représentations différentes des parents et du travail à effectuer avec eux. Les MECS seraient tolérantes et capables d'adaptation, les IME seraient stricts, et plus sur une logique de "redressement".</p> <p>-Difficultés de travailler avec certains IME (celui du Chalet sera cité) : cloisonnement MECS/Handicap. Schéma de fonctionnement pour IME très stricte / Discours infantilisant / grande insistance de l'IME pour adhésion des parents / Accompagnement est questionnant pour certains jeunes / pas de projet partagé et pas de personne ressource repérée</p>
Besoins et suggestions des professionnels		<p>Demande de l'équipe éducs de l'unité 2B: - doublure pour accueillir Marc</p>	<p>Il faudrait dès le début un cursus 100% handicap avec internat à l'IME 365/365.</p>

		<p>dans de meilleures conditions mais matériellement pour le moment, c'est impossible</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- formation des animateurs colonies de vacances (avec le BAFA, ne sont pas formés au handicap) car c'est très insécurisant pour Marc.</li></ul>	<p>Création ou reconversion d'une MECS spécialisée dans le handicap, avec un personnel formé et engagé par rapport au handicap. Structure intermédiaire avec équipe pluridisciplinaire</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Espace possible d'aménagement de fonctionnement</li><li>-Partage du projet</li></ul>
--	--	---	--

	<b>ANNEXE 06 - METHODOLOGIE ENTRETIENS</b>			
	COMPTE-RENDU entretiens			
	Etudiant 1	Etudiant 2	Etudiant 3	Etudiant 4
Groupe 2B - MECS La Reynarde	OK + synthèse ok		OK	
La Villa - La Reynarde	OK + synthèse ok		OK	
Diecteur MECS - La Reynarde	synthèse ok	OK		
Chef de service 2 - La Reynarde	synthèse ok	OK		
Chef de service 3 - La Reynarde	OK + synthèse ok			
La boiserie - La Reynarde		OK	OK synthese ok	
Groupe 2A - La Reynarde		Synthèse OK	OK	
Chef de service 1 - La Reynarde		OK synthese	OK+ synthese ok	
Equipe escandaou - La Reynarde	OK + synthèse ok		OK	
Service jeunes majeurs - La Reynarde				Synthèse OK
Service jeunes majeurs interview jeune 1				Synthèse OK
Escandaou interview jeune				Synthèse OK
Service jeunes majeurs interview jeune 2				Synthèse OK
Direction IME Valbrise	ok	ok	ok	ok
Direction IME Valbrise				
Sessad IME Valbrise		OK		Synthèse OK
chef de service IME Valbrise	OK	Synthèse OK		
DA IME Valbrise		OK		
Infirmiere IME Valbrise		OK	OK+ synthese ok	
Psychologue IME Valbrise		Synthèse OK	OK	
AS IME Valbrise		OK		Synthèse OK
Service Insertion IME Valbrise		OK		Synthèse OK
groupe transversal IME Valbrise			OK	Synthèse OK
CVS le 15/05/2017 à 17h à Valbrise		OK		
Jeunes Valbrise				Synthèse

				OK
Internat Valbrise				Synthèse OK
Collectif SUD		CR à faire		
ARS Paca				
MDPH	OK + synthèse OK	OK		
MDPH	OK + synthèse OK		OK+synthese ok	
MDA				
Inspecteurs ASE		OK	OK+synthese ok	
IME vert pre Adsea13		Synthèse OK	OK	
IME la Pepiniere		OK	OK+ synthese ok	
IME vert pre Adsea13		Synthèse OK		
Inspectrice ASE		OK		Synthèse OK
President + DG AMSP		A faire		Synthèse OK
AMSP IME Les Chalets -				Synthèse OK
IME AMSP la Marsiale le 15/05/2017 à 14h		Synthèse OK		
IME AMSP la Parade	OK	Synthèse OK		
CR comité de suivi 31/03/2017 Valbrise	OK			OK
CR comité de suivi 28/04/2017 Sessad Valbrise			Synthese ok	OK
CR comité de suivi 05/12/2016 Valbrise				Synthèse OK

ANNEXE 6 : Tableau Synthétique de méthodologie

OBJECTIFS	Recherche documentaire	Entretiens/Observations participantes	Résultats attendus
<p><b>Analyser</b> les admissions (âge, provenance, motifs, critères)  <b>Analyser</b> les sorties (âge, critères, orientation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Procédures d'admission</li> <li>-Liste d'attente</li> <li>-Procédures d'orientation</li> <li>-Procédures de sortie</li> <li>-Registre des entrées et sorties</li> <li>-Projet d'établissement</li> <li>-Evaluation interne</li> <li>-Critères d'orientation MDPH</li> </ul>	<p>Cadres et professionnels</p> <p><b>IME :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-M. Guiton / Mme Mattéo pour les admissions</li> <li>-Mme Guibaud / Mme Roubahia pour les sorties</li> </ul> <p><b>MECS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-M Roman</li> <li>M. Daniel (MDPH)</li> </ul>	<p>Analyse comparative des entrées et des sorties de l'IME</p>
<p><b>Définir</b> le public, ses caractéristiques. Evaluer ses problématiques et ses besoins 16 / 25 ans pour l'IME et 16 / 21 ans pour la MECS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Politiques publiques</li> <li>-Synthèses, rapports, Référentiels, CR colloques etc.</li> <li>-Rapports d'activité, projets d'établissement, projets personnalisés</li> <li>IME, MECS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jeunes (16/25) de l'IME / MECS</li> <li>- Familles</li> <li>- Professionnels de l'AMSP (cadres et non cadres)</li> <li>- Tutelles administratives: ASE, Mme Castagne MDPH, M. Daniel</li> <li>ARS, Mme Gauthier</li> </ul>	<p>Recensement des besoins et des problématiques</p> <p>Connaissance partagée du public</p>

OBJECTIFS	Recherche documentaire	Entretiens/Observations participantes	Résultats attendus
<p><b>Faire un état des lieux</b> de l'évolution des pratiques et des prestations de l'IME et de la MECS pour répondre aux nouveaux besoins du public.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Plan de formation</li> <li>-Entretiens professionnels / annuels (organisation, trame entretiens)</li> <li>-Evaluation interne et externe</li> <li>-Rapports d'activité, bilans sociaux sur 2 ans.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jeunes (16/25) de l'IME / MECS</li> <li>- Familles</li> <li>-<b>IME:</b> Mme Guibaud, chef de service, personnels éducatifs</li> <li>-<b>MECS:</b> M. Roman, directeur, personnels éducatifs, 1 infirmier, 1 psychologue</li> </ul>	<p>Rendre compte de l'adéquation des pratiques par rapport aux besoins repérés.</p>
<p><b>Faire un état des lieux</b> de l'offre et des ressources existantes relatives au public concerné, en interne (autres structures de l'AMSP) et sur le territoire Marseille Est</p>	<p><b>En interne AMSP:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Projets d'établissement</li> <li>-Evaluation interne</li> </ul> <p><b>Sur le territoire Marseille EST:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-cartographie des ESMS</li> <li>-ressources MDPH (service des 16/25 ans)</li> <li>-Site ARS</li> <li>-Sud Formation</li> <li>-Maison des adolescents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ASE: Mme Mailloud (responsable observatoire) ou Mme Castagne (responsable secteur enfance)</li> <li>- MDPH: M. Daniel</li> <li>- ARS : Délégation Départementale et/ou Mme Gauthier (Direction de l'offre médico-sociale/ tarification)</li> <li>-Participation à une réunion du Collectif Sud</li> </ul>	<p>Recensement et cartographie des ressources</p>

OBJECTIFS	Recherche documentaire	Entretiens/Observations participantes	Résultats attendus
<p><b>Évaluer</b> l'accessibilité et l'usage de ces ressources</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conventions de partenariat</li> <li>-Outils de transmission (fiche navette / fiche liaison / intranet / etc.)</li> <li>-Différents mode de diffusion</li> <li>-Plan de formation salariés IME et MECS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-MDPH : M. Daniel</li> <li>-MDA: M. Bronsard</li> <li>- les professionnels (IME/MECS)</li> <li>- les jeunes et leurs familles</li> </ul>	<p>Etat des lieux</p>
<p><b>Repérer/Évaluer</b> les coopérations et coordinations entre l'ARS, la MDPH, l'ASE, les dispositifs AHI et de formation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Politiques publiques</li> <li>-Compte-rendu de réunions interinstitutionnelles, plateformes etc.</li> <li>-Conventions de partenariat</li> <li>-Projet d'établissement</li> <li>-Evaluation interne, externe</li> <li>-projets de vie, pour l'enfant, individualisés, personnalisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Participation au Collectif SUD</li> <li>-ASE: Inspecteur et référent,</li> <li>-MDPH: référent service 16/25 ans</li> <li>-MECS: 1 cadre, psychologue, personnels éducatifs</li> <li>- IME: 1 cadre, 1 psychiatre, 1 infirmier, 1 psychologue, l'AS, personnels éducatifs, enseignants spécialisés</li> <li>- SESSAD</li> <li>- Chefs de service et AS d'ESAT</li> <li>- Cadre SIAO</li> </ul>	<p>Etat des lieux.</p>

## ANNEXE 07

CONSTATS\_ANALYSES\_ENTRETIENS\_



## ENTRETIENS INSPECTEURS ASE / RESPONSABLES MDPH

	<b>Constat</b>	<b>Analyse</b>
<b>Admissions / sorties</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Admissions ASE: recherche de places en urgence; nombre de familles d'accueil en baisse</li> <li>- Admissions IME: listes d'attente + longues du fait de la hausse du nombre de jeunes sous aménagement Creton maintenus dans les établissements (environ 300 dans les Bouches du Rhône)</li> <li>- Orientation + difficile dans le secteur adulte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contexte Politiques Publiques: baisse des IME 365 jours, hausse des places SESSAD, inclusion scolaire en ULIS</li> <li>- A l'admission en IME, des jeunes aux parcours différents</li> </ul>
<b>Public</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Public ASE / MDPH difficile à quantifier (absence d'outils communs):</li> <li>27% des jeunes suivis par l'ASE ont une notification MDPH</li> <li>8% des jeunes ayant une notification MDPH sont suivis par l'ASE</li> <li>- Question hébergement centrale pour ce public (week-end / vacances)</li> <li>- Recensement des jeunes ASE / MDPH en rupture: non réalisé</li> <li>- Hausse du nombres de personnes présentant des troubles autistiques sur Marseille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Outils de gestion électronique de dossiers (GED) à harmoniser + diagnostic en cours</li> <li>- Public à profils multiples: handicap mental + troubles associés (autisme, problèmes de comportement) + problème de l'attachement (relatif à la prise en charge ASE)</li> <li>- Parcours discontinus, passage au CJM critique</li> </ul>
<b>Etablissements et services</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Territoire marseillais: sur 12 IME seuls 3 sont ouverts 365 jours + disparité géographique (davantage d'IME dans le Sud)</li> <li>- Temporalité spécifique de l'ASE: âge limite de 21 ans (différente pour les IME)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Projet de vie (MDPH) et projet pour l'enfant (ASE) pas suffisamment utilisés par les professionnels de terrain</li> </ul>
<b>Offre / accessibilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de lisibilité des places disponibles dans les établissements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Situations d'urgence ASE: orientations par</li> </ul>

	<p>médico-sociaux (ASE / MDPH)  Champ du handicap</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ESAT: recrutement plus exigeant en termes de compétences</li> <li>- Foyers de vie: manque de places, turnover peu important</li> </ul>	<p>défaut du fait du manque de places ou de solutions adaptées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Passage du secteur enfance au secteur adulte délicat: fonctionnements différents + structures adultes pas toujours adaptées aux besoins des personnes (profils multiples)</li> </ul>
<p><b>Coordination  Protection de  l'enfance /  Handicap</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordination difficile entre les acteurs ASE / MDPH</li> <li>- Manque de lisibilité et de connaissance réciproque</li> <li>- Rapprochement géographique des directions de l'ASE et de la MDPH à Marseille: opportunité pour améliorer la coordination entre les deux champs</li> <li>- 1 cadre MDPH repéré comme interlocuteur privilégié entre les deux secteurs</li> <li>- Equipe mobile (UMDA) citée comme faisant le lien entre les secteurs sanitaire, social et médico-social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amorce d'un rapprochement des 2 champs initié avec les commissions critiques + la création d'une fiche de liaison</li> <li>- Cloisonnement des secteurs qui renvoie aux frontières des territoires professionnels réciproques ("à chacun ses compétences"), problématique souvent réduite à une question de places et de financements</li> <li>- Cloisonnement des financements ARS / CD13</li> </ul>

### ENTRETIENS IME / SESSAD

	<b>Constat</b>	<b>Analyse</b>
<b>Admissions / sorties</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Admission IME: évolution âge d'entrée (en hausse)</li> <li>- 1 IME: 47 jeunes de 17/+20 ans (64% effectif global) en préparation à la sortie</li> <li>- Taux en hausse des personnes sous amendement Creton</li> <li>- 12% public ASE / MDPH tous âges confondus + liste d'attente MDPH comprenant jeunes protégés ASE = défaut de relais familial facteur d'aggravation du handicap</li> <li>- Sortie IME: souvent problématique (attente d'orientation, rupture de l'accompagnement, etc.)</li> <li>- A l'approche des 21 ans, situation de stress systématique, projet conditionné par la recherche d'hébergement</li> <li>- Arrêt de la prise en charge ASE qui entraîne souvent l'arrêt de l'accompagnement IME</li> <li>- Pas d'hébergement adapté pour ces jeunes en difficulté familiale en fonction du handicap et des troubles du comportement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De l'admission à la sortie de l'IME (sortie ULIS / fin de prise en charge ASE): temps restreint pour un accompagnement adapté et une orientation cohérente</li> <li>- Disparité de l'accueil des jeunes ASE / MDPH selon les IME (14% Vert Pré, 8% Valbrise, de 1 à 4% à La Parade, La Marsiale, Les Écureuils, Les Pépinières etc.)</li> <li>- Spécificité de la prise en compte du "handicap social", facteur "aggravant" du handicap mental</li> </ul>
<b>Public</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Public ASE: profils abandonniques + tous types de handicap</li> <li>- Parcours ULIS pas toujours adaptés aux besoins des jeunes</li> <li>- Passage de l'adolescence à la vie adulte exacerbe les risques de ruptures de parcours chez les jeunes relevant de l'ASE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Public ASE / MDPH: passage enfance / adulte plus délicat car retour en famille plus difficile, voire impossible</li> </ul>
<b>Etablissements et Services</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temporalité différente jeunes ASE/MDPH et les autres, complexité de l'accompagnement au regard des exigences ASE</li> <li>- Pour l'ASE prévalence de la notion d'objectifs sur celle de parcours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IME: inclusion sociale comme nouvel axe de travail, émergence de la notion de plateforme de services, engendrant des logiques de parcours, des</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour quelques IME: bonne coopération IME / MECS, mais plus difficile avec ASE</li> <li>- Bonne coopération SESSAD / Education Nationale (équipes de suivi), pas/peu de lien avec ASE</li> <li>- Accompagnement à l'insertion sociale et professionnelle problématique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>liens et des mutualisations de moyens entre les services (AMSP)</li> <li>- Profils abandonniques + problématiques sociales peuvent mettre en difficulté les professionnels</li> </ul>
<b>Offre / accessibilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ESAT: niveau d'accessibilité et d'exigence élevé. Attente conséquente de places disponibles: gestion de l'attente</li> <li>- De fait, orientation foyer de vie privilégiée mais turnover très faible</li> <li>- Rares orientations en milieu ordinaire</li> <li>- Accès logement diffus rare, voire inexistant; internat ou foyer, pas d'autres perspectives, pas d'autres dispositifs intermédiaire prévus</li> <li>- Possibilités et voies d'insertion professionnelle et sociale limitées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Milieu ordinaire paraît inaccessible.</li> <li>- Offre: presque exclusivement établissements médico-sociaux (ESAT, foyers de vie, MAS etc.)</li> <li>- Question de la notion de l'habitat inclusif</li> </ul>
<b>Coordination Protection de l'Enfance / Handicap</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagnement complexe d'un jeune par les 2 secteurs: pas d'accompagnement global</li> <li>- PP: peu de transmission vers l'ASE, inversement le PPE de l'ASE n'est pas proposé aux IME. Participation limitée IME aux synthèses et CARS ASE ou aux signatures CJM.</li> <li>- Représentation généralement négative du secteur de l'ASE: dès qu'il y a prise en charge par l'IME, désengagement de l'ASE</li> <li>- Globalement méconnaissance du secteur handicap par l'ASE.</li> <li>- Commission cas critiques: 60% des situations relèvent des 2 secteurs ASE / MDPH et ont des ruptures de parcours déjà effectives</li> <li>- La coopération IME / MECS existe mais elle est jugée insatisfaisante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Question de la prévention des ruptures de parcours</li> <li>- Attente d'outils supports à la coordination comme le PAP - plan d'accompagnement global (pilotage MDPH) ou démarche type «une réponse accompagnée pour tous» (pilotage CNSA)</li> <li>- Attente d'identification d'un coordonnateur / coordinateur de parcours</li> <li>- Cloisonnement et logique de filières</li> <li>- Volonté des professionnels de terrain de créer davantage de liens avec les acteurs de l'ASE.</li> </ul>

## ENTRETIENS MECS

	<b>Constat</b>	<b>Analyse</b>
<b>Admissions / sorties</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation du public relevant du champ du handicap: entre 15 et 20% du public accueilli a une notification MDPH (jeunes qui n'ont pas encore de notification: environ 5% dans une MECS)</li> <li>- Pour une autre MECS: sous la pression du CD13 et du manque de places, de + en + d'accueils d'urgence, ce qui modifie les modalités d'accueil.</li> <li>- CJM: limite des 21 ans jugée fortement anxiogène et trop précoce pour un accompagnement adapté</li> <li>- Sorties difficiles à accompagner pour une MECS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Question de l'adaptation des établissements face à l'évolution du public en termes de compétences des professionnels et d'organisation</li> <li>- Question de la sortie peu évoquée par une MECS alors qu'elle est repérée comme problématique par un autre établissement</li> <li>- CJM, limite des 21 ans: une solution d'orientation doit être trouvée, souvent en décalage avec la réalité des IME (sorties problématiques et hausse des amendements Creton)</li> </ul>
<b>Public</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hausse des troubles psychologiques et psychiques</li> <li>- Déficience mentale (déficience acquise évoquée) et troubles du comportement en majorité</li> <li>- Accueil de jeunes ayant eu des ruptures de parcours et une multiplicité de lieux d'accueil / de vie</li> <li>- Jeunes qui relèvent de plusieurs champs (social / handicap / médical / justice) et qui ont des difficultés à trouver leur place en IME ou en MECS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Question de la problématique santé et de la continuité des soins: place des professionnels du champ sanitaire en MECS et adaptation des prises en charge face à l'évolution du public</li> </ul>
<b>Etablissements et services</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pour une MECS:</li> <li>- Difficulté des professionnels avec le public ASE / MDPH</li> <li>- Place du jeune ayant un handicap difficile dans le collectif: parfois positive (groupe stimulant pour jeune ayant un handicap "léger") parfois négative (décalage trop grand avec les autres jeunes du groupe;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Professionnels parfois démunis face à l'évolution du public</li> <li>- Besoin de formations collectives concernant l'accompagnement des personnes en situation de handicap.</li> </ul>

<b>Etablissements et services</b>	<p>souffrance pour jeune ayant un handicap + important); risque de stigmatisation / accompagnement des jeunes ASE / MDPH difficile au quotidien car pas vraiment adapté à leur rythme (manque de doublure éducative)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Projet personnalisé: outil non utilisé de manière satisfaisante</li> <li>- Notion de "réfèrent de parcours" travaillée actuellement</li> <li>- CJM: selon les inspecteurs, négociation peut être difficile (décalage entre l'autonomie demandée et la situation du jeune ayant un handicap), question de la temporalité soulevée (3 mois: un peu court pour un accompagnement adapté); âge limite du CJM, 21 ans, considéré comme trop jeune</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Question de l'organisation des MECS et de la mixité des publics: adaptation aux besoins repérés en prenant en compte que les 2 MECS interrogées sont des structures verticales.</li> <li>Pour une MECS: <ul style="list-style-type: none"> <li>- PP: outil en cours d'amélioration</li> <li>- Notion de réfèrent parcours pas encore appropriée par professionnels non cadres</li> <li>- CJM: différence entre personnels cadres qui ne relèvent aucun frein et certains personnels non cadres qui pointent des difficultés</li> <li>- Négociation du CJM semble varier d'un inspecteur ASE à l'autre</li> </ul> </li> </ul>
<b>Offre / accessibilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problème de l'hébergement dans secteur handicap adulte: délais assez longs pour accéder aux établissements socio-médicaux</li> <li>- Partenariat / réseau important dans des domaines variés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Notion de l'habitat inclusif pas toujours intégrée par les professionnels</li> <li>- La diversité de l'offre de logement adapté est-elle connue des professionnels?</li> </ul>
<b>Coordination Protection de l'enfance / Handicap</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordination avec secteur handicap (enfance / adulte) jugée insatisfaisante - Méconnaissance réciproque des secteurs, coordination irrégulière, non formalisée, PP non co-construits, pas toujours partagés, questions de référence / "coréférence" / pilotage posées</li> <li>- Représentation généralement négative du secteur handicap: IME jugées comme "trop fermées" sur leur organisation</li> <li>- Coordination interne AMSP: repérée comme une opportunité mais jugée souvent insatisfaisante</li> <li>- Absence de liens avec la MDPH sinon administratifs</li> <li>- Coordination avec le champ sanitaire jugée insatisfaisante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renvoi aux frontières des territoires professionnels réciproques ("à chacun ses compétences)</li> <li>- Absence de projet global inter-secteurs</li> <li>- Cloisonnement et logique de filières (notamment avec le champ sanitaire)</li> </ul>

## ENTRETIENS USAGERS MECS Reynarde Sce JEUNES MAJEURS ET IME Valbrise

	<b>ENTRETIEN USAGER Reynarde Service Jeunes Majeur 04/05/17 - O. (19 ans)</b>
Parcours	<p>O., 19 ans, engagée dans un projet de formation dans les métiers de la petite enfance (1ère année CAP Petite Enfance)</p> <p>Arrivée sur la Reynarde enfant, au départ sur les week-end, pensant qu'il s'agissait d'une sorte de centre de loisir. Prise de conscience et entrée dans l'établissement à plein temps.</p> <p>Arrivée à 18 ans sur le service, dans le cadre d'un contrat jeunes majeurs axé sur le projet d'étude, en vue d'une qualification qui ouvre au marché du travail, ainsi accéder à l'autonomie.</p> <p>Projet: S'est élaboré avant les 18 ans, après l'obtention du premier CAP (agent polyvalent de restauration). Ce CAP a permis de relever la moyenne des notes d'O., ce qui lui a permis de présenter le CAP Petite Enfance, qui est son vrai choix.</p> <p>Stage déjà réalisé en école maternelle (enfants de 3 à 6 ans), stage en cours dans une micro-crèche (3/4 semaines).</p> <p>"Quand je suis arrivé au foyer, je n'étais pas la même. J'ai forcément appris".</p> <p>"Depuis que j'ai 18 ans je suis avec le service jeunes majeurs, mais il y a eu du travail aussi avant, quand j'étais placée en foyer, il y a eu du travail, depuis toutes ces années", ce qui démontre une certaine conscience du chemin parcouru.</p>
Lien avec l'équipe	<p>Le sentiment que tout va très vite depuis qu'elle est sur ce service.</p> <p>"Il faut prendre en main les choses et des fois cela fait un peu stresser".</p> <p>L'échéance des 21 ans se rapprochant, "c'est de l'entendre dire qui fait peur".</p>

	<p>Besoin d'être écoutée, d'être rassurée.</p> <p>"Je parle avec Olivier ou avec Laurence quand il n'est pas là. Souvent on a des bonnes discussions".</p> <p>" Quand je parle souvent ça va mieux"</p> <p>L'accent est mis sur les aspects positifs du parcours, sans occulter ce qui va moins bien, c'est la positive attitude qui prime.</p> <p>"il n'y a pas que ce qui ne va pas, qui est dit, il y a ce qui va, donc ça encourage", "la progression qu'il y a par rapport à avant", sur la base du contrat jeune majeur, qui reste LA référence et un repère.</p> <p>"Tout ce qui rentre dans le contrat jeune majeur, on peut en parler".</p> <p>Pour les sujet renvoyant aux rapports aux autres, il s'est mis en place des consultations régulières avec la psychologue.</p> <p>"Ce qui peut redonner un peu confiance, c'est quand on en parle".</p>
Habitat	<p>En lien étroit avec l'équipe, sur la base d'un logement autonome. Suivi administratif, suivi de la démarche de formation, accompagnement à l'autonomie dans le logement.</p> <p>Initialement en colocation, puis passage en logement indépendant. Orlane estime que cette progression n'était pas nécessaire, qu'elle aurait pu accéder directement en logement individuel.</p> <p>Néanmoins reconnaît une forme de dépendance à l'équipe - "j'appelle beaucoup" - pendant les heures ouvrables - "je suis souvent stressée" - besoin de rassurance. N'envisage pas l'autonomie immédiatement. Des progrès à faire.</p>
Environnement	<p>En terme de relations sociales, même si O. a des amis, elle est souvent seule. Rares sorties, plutôt 'enfermée' chez elle. Un réseau d'amis qui vit aussi un peu 'enfermé' chez-soi.</p> <p>Dans le cadre du contrat jeune majeur "on ne voit pas les autres jeunes pratiquement". Une sortie dans l'année, pour se rencontrer, mais globalement chacun fait sa vie de son côté. Pas de notion de groupe.</p>



	<p>Pas de liens avec les associations. ... les gens qui sont dans les associations, O. se les représente "avec des lunettes derrière des livres".</p> <p>Centre d'intérêt: l'écriture et la lecture. Pratique du théâtre dans une association, mise en lien faite par l'équipe.</p>
Perspectives	<p>Pas de rêves particulier, si ce n'est la réussite du projet, et d'avoir un métier. "Je n'ai pas vraiment de passion", "Je ne rêve pas particulièrement de voyager".</p>

<p>SYNTHESE service jeunes majeurs O.</p>	<p><b>En regard de l'entretien réalisé avec son référent.</b> Parcours institutionnel à la fois classique et particulier, dans le sens où O. a manifesté relativement tôt des limites et des difficultés qui font dire à l'équipe actuelle qu'une notification MDPH serait bienvenue, à mettre en place avant l'échéance du contrat jeune majeur. Le parcours d'O. est singulier dans le sens où elle montre de véritables capacités à engager et tenir un projet d'insertion malgré les difficultés repérées. Il y faut beaucoup d'étayage et de réassurance, et surtout une grande confiance en son projet. Ce qui jusqu'à aujourd'hui s'est avéré payant. La subtilité de l'accompagnement consiste à la traiter comme les autres, en appuyant les fragilités et progressivement à faire prendre conscience à O. des étayages nécessaires qu'il va falloir mettre en place durablement pour donner toute sa chance à son projet d'insertion.</p> <p>Cet objectif nécessite d'utiliser toute l'étendue temporelle du CJM (3 ans).</p>
---	---

	<p><b><u>ENTRETIEN USAGER Reynarde Service Jeunes Majeur C.(18 ans)</u></b></p>
<p>Parcours</p>	<p>Intègre La Reynarde à 14 ans (Villa 3 ans puis appartement semi autonome, puis colocation, puis logement individuel)          Contrat jeune majeur à la majorité pour assurer la continuité du placement (pas de retour dans la famille possible). Demande faite à l'inspectrice ASE. Contrat initial de six mois qui se termine en juillet, assorti d'une allocation, sur la base d'un projet d'étude. Objectif BAC (si échec renouvellement du contrat sur projet de redoublement). Hébergée en diffus, en appartement individuel (logement loué par l'AMSP).</p> <p><b>De la Villa au logement individuel</b></p> <p>Parcours en palier, qui du point de vue de C., est indispensable en rapport de son angoisse et de ses appréhensions.          "Je ne pense pas que j'aurais pu passer du foyer à un appartement toute seule".          Du collectif à l'individuel:          "Quand je suis passée en haut (semi collectif), j'étais déprimée, parce que je me sentais seule, mais après ça m'a fait du bien en fait".          Sentiment d'indépendance appréciable "c'est moi qui contrôle ma vie".          Rapport à l'équipe changé: d'une relation quotidienne très directive "Ils étaient tout le temps là, c'est eux qui nous disaient quoi faire", à un rapport collaboratif "Je ne viens qu'une fois par semaine pour faire un check-up." "C'est moi qui fait les choses et après je leur dis j'ai fait ça ça ça, ils me disent il faut que tu fasses ça"          "Après si je n'y arrive pas ils m'aident."          "Ils me poussent à devenir adulte"          "Ils me disent quoi faire mais au final je le fais seule".          Fil conducteur et objectifs contenus dans le contrat passé avec l'ASE.</p>

Habitat	<p>Hébergée par l'AMSP. A l'échéance du contrat, si obtention du BAC et validation du projet de formation professionnelle (infirmière): logement étudiant + bourse + allocation ASE jusqu'aux 21 ans. Le contrat jeune majeur sera renouvelé si pas de logement immédiatement.</p> <p>"Depuis que je suis dans l'appartement cela va vraiment vite, cela va très vite"</p> <p>"C'est stressant"</p>
Environnement	<p>En foyer, la dimension collective a été un apprentissage dans le rapport aux autres, confrontation à la diversité des profils et des situations qui procure une expérience enrichissante de l'altérité. En logement peu de rapport aux autres (en dehors de l'équipe), mais actuellement préoccupée par ses études et l'obtention du BAC. Habituellement très sociable, reste très centrée et concentrée sur ses objectifs (BAC STSS).</p> <p>"Cela va faire le tournant de ma vie".</p> <p>Échéance à moyen terme (6mois) plus stressante que stimulante. La perspective d'être seule, sans le support de l'association et de l'équipe, représente également une situation angoissante. Mais ceci est parlé, accompagné par l'équipe.</p> <p>Possibilité aussi d'échanges entre usagers du service. Comparer les expériences.</p> <p>Développement d'une entraide mutuelle.</p> <p>Dans la perspective du départ, la possibilité de maintenir un lien avec l'équipe par-delà la fin de la mesure d'accompagnement est un facteur sécurisant.</p> <p>S'appuyer sur les ressources de l'environnement. Dans le cas de C., en lien avec l'AS du CROUS, traiter des différentes questions liées au logement, au dossier administratif...)</p>
Perspectives	<p>Concours infirmier pas validé.</p> <p>"A la base je voulais faire éducatrice". "J'aimerais bien faire éducatrice, mais que dans les foyers, pas éducatrice spécialisée pour les personnes handicapées", "que pour les ados".</p> <p>"Quand on a été aidée, on veut aider à son tour".</p>

<p>SYNTHESE service jeunes majeurs C.</p>	<p>Parcours MECS relativement classique, qui utilise le Contrat Jeune Majeur comme l'instrument de la continuité du parcours institutionnel, et garantir aussi une certaine sécurisation de ce parcours (possibilité d'un 'service de suite').</p> <p>De la structure collective au logement individuel, le glissement se fait selon une progression qui va de pair avec une conquête de l'autonomie, selon des objectifs qui prendront place dans un CJM révisé tous les six mois.</p> <p>D'une relation très encadrée et directive à un rapport plus collaboratif, le lien avec l'équipe se fait plus distant. Interface également avec les inspecteurs ASE. Mise en lien avec les services de droit commun.</p>
---	--

## ENTRETIEN USAGERS Valbrise

18/05/17 - Ma., M., Mé, R.

	<u>Ma.</u>	<u>M.</u>	<u>Mé.</u>	<u>R.</u>
<b>Parcours</b>	<p>Ma. a 18 ans. Vis en foyer depuis l'âge de 4 ans. Sur l'IME depuis 2 ans, dans la perspective de trouver un travail en ESAT.</p> <p>Primaire, collège et lycée (ULIS), puis IME.</p> <p>Sur l'IME, toute sorte d'activité (espace vert, blanchisserie, atelier bois...), mais une préférence pour la cuisine (le père restaurateur, tenait une pizzeria); la cuisine italienne en particulier: "Ma spécialité c'est les lasagnes. Mon père en faisait beaucoup".</p> <p>3 soeurs et un frère. La plus petite est en</p>	<p>M., 19 ans, depuis 2014 sur l'IME.</p> <p>Auparavant en collège classe ULIS au Vieux Port. Et avant à Paris.</p>	<p>Mé, 20 ans, ne se souvient plus depuis combien de temps elle est sur l'IME.</p> <p>D'autres écoles que l'IME, mais pas de collège.</p> <p>Actuellement tous les jours sur l'IME.</p> <p>A fêté ses 18 ans sur l'IME.</p> <p>Avant "j'étais petite".</p> <p>"Maintenant j'ai 20 ans, je ne fais pas ce que je veux".</p>	<p>R., 18 ans, le 23 décembre 2016.</p> <p>Jeune majeur, que représente la majorité pour lui: "D'être plus mature, de se concentrer sur une vie bien plus sociale, normale. Comme quelqu'un qui est ordinaire." "Avoir des responsabilités".</p> <p>A voté au premier tour des élections présidentielles, un acte important selon R.</p> <p>"Dans le passé ou j'étais, j'étais un peu plus immature, pas très concentré sur ce que je faisais, on va dire que j'étais un peu autiste, je ne parlais pas, comme si j'étais muet".</p> <p>"Là maintenant, petit à petit, je commence à progresser au niveau de mes capacités, pour plus m'évaluer". "J'arrive à un</p>

	<p>maternelle, une autre soeur de 6 ans en CP, et le frère engagé sur un apprentissage en mécanique. Tous vivent chez leur mère. Une autre soeur de 14 ans en 3ème, qui elle vit en foyer, Les Romarins (asso. Serena). Ma. retrouve ses frères et soeurs le WE.</p> <p>Rencontre de l'inspectrice, Mme Fabre, pour ouvrir le contrat jeune majeur. Un entretien qui s'est très bien passé. L'orientation sur l'IME a été proposée par le foyer.</p> <p>"Quand j'étais petite on me protégeait pas beaucoup". Maintenant le cadre protecteur de l'IME est apprécié par Ma.</p>			<p>stade d'être vraiment quelqu'un de très important".</p> <p>A l'IME: "Je suis arrivé en 2015, à l'âge de 16 ans, je crois."</p> <p>En scolaire, mathématiques, français, un peu d'anglais. Auparavant au collège et à l'IME Le Paradou, puis à l'IME Les Marronniers avant d'arriver à l'IME Valbrise.</p> <p>Un peu des mauvais souvenirs à l'école "moquerie des gens qui disait que dans la vie, si tu continue à être ça, tu ne seras jamais quelqu'un de très important". "Je ne comprenais rien, je préférais avoir le silence, plutôt que connaître".</p> <p>Si j'avais une baguette magique... "J'aimerais bien retourner un tout petit peu en arrière, quand j'étais gamin, et justement réagir sur certaines choses, pour plus tard avoir un vie normale". "Pas être à l'IME, être au lycée".</p>
--	--	--	--	---

<p><b>Lien avec l'équipe</b></p>	<p>Jeudi/vendredi: cuisine - lundi/mercredi: scolaire - jeudi: préparation du repas pour une table d'hôte. Mise en situation de travail dans le cadre de stages - 2 semaines l'institut Cadenelle (lieu d'apprentissage) - ESAT Léon Béranger (repas livré dans les foyers et IME et restaurant "La Mezzanine" - Restaurant pédagogique Les Grands Pins (asso. Fouque)</p> <p>"Moi quand je suis en milieu ordinaire, je panique, parceque il y a trop de monde qui me stresse, trop de monde qui me dit: fait ça, fait ci". "À l'ESAT ils prennent bien le temps".</p>	<p>Tous les lundi, prépare l'ASSR2 (Attestation Scolaire de Sécurité Routière de Niveau 2). Mardi, scolaire et sport. Mercredi CFG (certificat de formation générale). Jeudi les courses (et cours théoriques) pour préparation du repas le vendredi (atelier cuisine).</p> <p>Stage à la Boiseraie (5 jours) "un peu catastrophique, moyen". "La difficulté avec le chef, il criait trop".</p> <p>Stage au lycée La Cadenelle (15 jours) "c'était excellent"</p> <p>Stage à la Maison de Retraite (15 jours) "Là aussi c'était excellent".</p> <p>M. semble avoir été apprécié aussi: "Ils m'ont dit on va t'embaucher ici".</p> <p>Un quatrième stage en</p>	<p>Sur l'IME, pratique la couture. Mé. aime toutes les activités, mais pas la cuisine. Une préférence pour la couture. Elle aime bien faire les ourlets "De tout, des rideaux, à la machine". "Je fais sur la pro". "Avant j'étais sur la petite, la familiale". "Soit la couture soit la blanchisserie". "Je m'occupe du linge".</p> <p>Parfois des sorties, au Castellet dernièrement. Le lundi à la piscine "Quand je n'ai pas envie d'aller à la piscine je n'y vais pas". "Je nage bien mais je n'aime pas la piscine, on a toujours les cheveux mouillé quand on sort".</p> <p>Le mardi en scolaire, mais "je n'aime pas les maths".</p> <p>Le mardi avec Dominique, atelier de décoration et de restauration. Le mercredi matin, scolaire. Le jeudi en immersion au Rouet</p>	<p>A démarré l'atelier cuisine, et compte demander de pouvoir réaliser un stage pendant 7 jours, dans un restaurant à proximité du domicile. Va tenter de se mettre en contact avec le responsable de cet établissement, puis demandera à Monique de prendre le relais.</p> <p>"Ca m'est venu comme ça: je me suis dis que comme je n'avais pas d'autres choix de faire soit la jardinerie, soit le maçon je crois, soit la cuisine, je me suis dis je vais proposer de faire la cuisine".</p> <p>Questionnaire de satisfaction: "Cela me permets de voir ce qui ne vas pas, et de voir ce qu'il y a".</p>
----------------------------------	---	--	--	--

		<p>cours de programmation.</p> <p>Qualification nécessaire, mais M. estime qu'il en a les capacités. Très motivé. "Ils veulent m'envoyer à l'ESAT, mais je n'ai pas envie d'aller là-bas". "Je n'aime pas le milieu protégé, ça ressemble à l'école." "Découvrir d'autres personnes". Mais néanmoins M. accepte d'essayer.</p>	<p>(blanchisserie de l'ESAT). Ambiance professionnelle.</p> <p>Stage à ESAT Vert Pré (blanchisserie), aussi professionnel mais beaucoup plus grand. "Je me perdais, c'était trop grand". Stage aux Glycines ESAT, toujours en blanchisserie. Stage au Rouet (2 semaines). D'abord on me montre le chemin et après je me débrouille toute seule.</p> <p>Organisation de petits marchés sur l'IME (tous les objets produits en interne), Mé. est la 'commerciale' de l'atelier. "Pas vendre, dire le prix". "Il ne faut pas faire deux euros". "Il faut faire cher".</p>	
<b>Habitat</b>	Au niveau hébergement, MECS Serval "jusqu'à ce que j'ai un travail. A 21	Habite au Vieux Port chez ses parents. Rentre tous les jours à	Habite à la Pauline. Matin et soir transport en commun.	Habite chez ses parents dans une résidence à la Treille. Pas de désir d'indépendance "Pour



	<p>ans, j'aurais un appartement et un travail". En attendant, les choses se passent bien sur l'IME. Reste une échéance à 21 ans, limite de la prise en charge du contrat jeune majeur.</p> <p>MECS Serval, association La Caravelle - Une dizaine d'enfants sont logés dans la maison principale, un studio pouvant accueillir un à deux jeunes majeurs en apprentissage de l'autonomie.</p> <p>"Pour eux (équipe MECS) je suis jeune pour aller dans un studio" "Moi je veux y aller, mais c'est le foyer" (qui ne veut pas).</p>	<p>la maison. N'envisage pas de vivre ailleurs. "Je suis encore petit" (c'est ce que disent les parents). "Peut-être à 23 ans..." glisse t'il sans grande conviction.</p>		<p>l'instant je suis bien chez mes parents, pour l'instant ils ne me disent rien". Parents séparés, R. vis chez sa mère. Une rupture il y a 7 ans avec le père, fait qu'ils ne vivent plus dans la même maison.</p>
<b>Environnement</b>	<p>Amour Possible de vivre une relation sur l'IME, "mais par contre il faut rester discret" "s'embrasser</p>	<p>Intéressé par le football. Actuellement pratique la musculation, et peut-être va s'inscrire à un club de foot. "Pour être</p>	<p>Occasion de sortie avec les jeunes de l'ESAT ou de l'IME (rendez-vous au Casino, point de ralliement avant que chacun rentre</p>	<p>"Au tout début je ne pensais pas à ce que j'allais devenir". Peu de rapport avec les autres. Maintenant des camarades qui encourage R. dans son</p>

	<p>devant un éducateur cela ne se fait pas".</p> <p>Argent  "Au foyer j'ai une carte, et un compte jeune, un compte d'épargne". "C'est le directeur du foyer, il me donne, après je mets sur ma carte". "Cet argent vient du Conseil Général" "50 euros d'argent de poche et 60 de nourriture".</p> <p>Loisirs:  "Dès fois on sort en couples" "on va à la piscine, on fait des sorties". "On va en ville, sur les terrasses du port". "On va à la piscine, on va à la plage, on fait des randonnées". "Avec le foyer, on va au concert au Dôme". "J'aime pas trop l'opéra. J'ai dormi" (Lakmé de Léo Delibes à l'Opéra de Marseille).</p> <p>Pratiques sportives:</p>	<p>plus célèbre" (lol). Aussi la natation.</p> <p>"J'ai des potes, on fait du foot au parc Longchamp". Des amis de provenance diverses, de l'IME, du voisinage, du collège.</p> <p>"Quand on était au collège on a fait du théâtre". Vague souvenir, mais M. a apprécié de jouer la comédie "Moi j'ai rêvé d'être acteur, dans des séries turques".</p> <p>Parle Arabe, pour être né et avoir été scolarisé un temps en Algérie. Bilingue, en famille et parfois avec des amis. M. pratique le Ramadan. Tous les jours, sans en manquer un seul: "Je suis pas un bébé, moi".</p>	<p>chez-soi. "Quand il n'y a pas d'histoire, j'y vais, quand il y a des histoires, je n'y vais pas".</p> <p>Les amis de l'IME "Vite fait" "Cela restera des amis d'ici". Davantage d'amis à l'extérieur, dans le quartier.</p>	<p>cheminement, comme lui encourage ses camarades aussi. Notion d'entraide mutuelle.</p> <p>"Les gens qui malheureusement ont eu des difficultés comme moi, qui essaient d'ailleurs de gagner, se battre, pour gagner plus cette mentalité". "J'essaie de leur montrer une voie, pour après progresser".</p> <p>"Je fais un sport de combat, je fais du karaté. Cela fait 4 ans que j'en fais, je suis ceinture jaune et orange". Passage de grade sans compétition. "Le karaté sert à être droit, a justement se concentrer, et à permettre aussi d'avoir de l'amplitude".</p> <p>Une autre passion, le dessin. Le manga plus précisément. Aussi la comédie humoriste "J'essaie d'inventer des blagues, de faire un tout petit sketch et d'en faire de l'humour, .... j'adore combiner</p>
--	--	--	--	---

	<p>"Des fois il y a des tournois de foot, de basket, de hand et de volley".</p> <p>"J'ai fait du foot dans un club"</p> <p>"Un petit de la danse, mais j'en fait de la danse, ici, le lundi".</p> <p>Rêve de Voyage</p> <p>"A New-York. Il y a beaucoup de film qui se sont passés la-bas".</p>			<p>les mots."</p> <p>"J'adore écrire".</p> <p>Maîtrise d'internet. Aime voir les youtubeurs. Certains ont connu des problèmes similaires (autisme), et témoignent de leur vie aujourd'hui. "Même moi qui était un peu traumatisé par ça, je commence à avoir un peu confiance en moi."</p>
<b>Perspectives</b>	<p>"Moi on m'aide, je ne fais pas tout toute seule". Le rêve serait "de partir du foyer, parce que cela fait trop longtemps que j'y suis".</p> <p>"À l'école, j'ai un copain ici." "Mais d'abord il faut que j'apprenne à rester un peu seule". "Quand j'ai un travail et que lui aussi, après on se mettra ensemble".</p>	<p>Projet de devenir "un grand chef cuisinier professionnel".</p> <p>"Célèbre, comme ceux de l'émission 'Cauchemar en cuisine' ou 'Master Chef' par exemple". "J'aimerais bien être un chef cuisinier dans la gastronomie".</p> <p>A propos de l'IME: "Moi cela me plaît, ils sont</p>	<p>Plus tard, soit la blanchisserie, soit la couture, soit fleuriste aussi.</p> <p>"J'aimerais bien faire dans les fleurs", "des beaux bouquets".</p> <p>Un peu artiste "J'ai de la patience en fait !".</p> <p>Stage dans un milieu ordinaire, le fleuriste du quartier par exemple "Ben oui !"</p> <p>"Moi j'aime bien demander, si c'est toujours comme ça,</p>	<p>"Pour moi j'aurais bien voulu faire informaticien". "J'aurais voulu faire des études, mais malheureusement non".</p> <p>Une voie inenvisageable dans le cadre d'un IME: "Non malheureusement, il y a beaucoup de gens qui sont en difficulté ici".</p> <p>"Très compliqué, il y avait beaucoup de matières que je ne connaissais pas". "Trop de retard scolaire, depuis l'école jusqu'au collège".</p>

		gentils et tout, mais au bout d'un moment il faut qu'on parte d'ici".	<p>parceque je ne me fais pas confiance".</p> <p>Un rêve? "Je ne viens plus à l'école". Quoi faire "dormir". Plus sérieusement "Trouver un emploi". De fleuriste par exemple. "Pas nounou, parce que c'est trop compliqué les bébés" (comme sa tante).</p> <p>Un rêve de voyage? "New-York ou Rio".</p>	<p>Pour conclure: "J'aimerais vous dire une dernière chose: pour ceux qui ont été déscolarisés, n'ont vraiment pas eu une vie normale, qu'ils essaient justement de se battre, et qu'ils se disent dans leur tête - allez-y - reprenez les choses en main jusqu'à maintenant et gagnez plus votre vie".</p>
<b>SYNTHESE ENTRETIEN Jeunes Valbrise</b>	<p>Processus d'apprentissage et formation pour le métier de cuisinière. Pour le moment pas de projet d'accès au logement. Échéance du contrat jeune majeur à 21 ans.</p>	<p>Beaucoup d'envie et de motivation pour se lancer dans la restauration. N'envisage pas le milieu fermé, qui le couperait du monde, de nouvelles rencontres. Pas de projet d'accès au logement.</p>	<p>Entretien réalisé en présence d'une éducatrice. Coursus d'apprentissage engagé, une préférence pour la couture, mais des stages en blanchisserie (ESAT), et un rêve de devenir fleuriste.</p>	<p>Depuis 2 ans sur l'IME, a fait le choix de pratiquer la cuisine. Des stages en perspective. Aurait préféré apprendre l'informatique, mais a bien conscience de son retard du fait de son passé autistique. Un passé dont il ne semble pas avoir complètement fait le deuil. Réalise aujourd'hui à la fois toutes les potentialités qui s'offrent à lui, et celles qui n'ont pas pu advenir.</p>

## ANNEXE 08

### FOCUS SUR LE PLAN D'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL

## ANNEXE 08

### FOCUS PAG / GOS

Prendre note également de territoires pionniers qui réfléchissent aux modalités d'élaboration de plans d'accompagnement global (PAG) et à la composition de groupes opérationnels de synthèse (GOS), en regard des commissions "cas critiques" qui préfigure en quelque sorte les GOS, avec pour objectif de prévenir la rupture des parcours, répondre à des besoins spécifiques ou prévenir certains risques.

En terme de procédure, nous prenons pour exemple ce qui a été mis en place dans le département de l'Yonne (Synthèse régionale RAPT CREAIFC - mars 2017):

les situations repérées doivent être signalées au référent PAG de la MDPH, au moyen d'une fiche d'orientation qui a été co-élaborée avec l'ASE, des ESMS et des enseignants référents la situation de la personne est étudiée en comité restreint MDPH (rassemblant un membre de la direction, un médecin, le référent PAG, un représentant de l'EPE adulte, un représentant de l'EPE enfant...)

la MDPH convoque un GOS, qui élabore le PAG, mis en œuvre après engagement oral des partenaires, suivi de la signature du document.

S'applique le principe d'une double orientation prévoyant une orientation souhaitable et une réponse immédiate construite en fonction des possibilités locales d'accueil et d'accompagnement.

Dans certaines de ces situations critiques, l'absence de place dans le secteur médico-social peut amener les acteurs à inventer des réponses alternatives qui se révèlent finalement répondre de manière satisfaisante aux besoins de la personne, la notion de « dispositif » étant au cœur des évolutions attendues dans ce secteur, privilégiant des modes d'organisation intégrée (à l'image des MAIA pour le secteur gériatrique).

Dans cette logique, il est davantage question de prononcer des orientations vers des dispositifs (au sens de « couple de structures composé d'un établissement et d'un service avec même agrément de clientèle ») plutôt que vers des établissements ou services. Cela contribue à réinterroger l'organisation de la structure, avec une réflexion sur la mise en place de dispositifs tels que:

l'accompagnement à la vie sociale

l'accompagnement médico-social

l'inclusion scolaire

l'inclusion professionnelle

l'inclusion par le logement (prévention des ruptures de parcours résidentiel)

## ANNEXE 09

ACCESSIBILITE\_ VISIBILITE\_ OFFRE DE SERVICE



## ANNEXE 09

### Rendre l'offre plus lisible et plus accessible

Pour étayer cette préconisation, nous soulignons l'inscription de l'AMSP dans une organisation locale, Parcours Handicap 13, qui se veut vecteur de l'information sur les ressources départementales et locales. Dans son intention d'organiser son offre de service en plateforme et en mobilisant ses ressources sous forme de plateaux techniques, l'AMSP a tout intérêt à s'investir dans ce réseau d'acteurs dont elle pourrait devenir un chef de file important.

Dans cette logique également, à travers ce réseau constitué d'acteurs nous préconisons la mise en place d'un système d'information type Via Trajectoire à tous les échelons du territoire, comme c'est le cas actuellement dans 21 régions en France. Là encore l'AMSP et ses nombreux partenaires internes et externes pourraient jouer un rôle moteur dans cette mise en place.

#### **Focus Parcours Handicap 13**

Créé fin des années 90, Parcours Handicap 13 agit pour la promotion du travail en réseau, du maillage territorial et de la coordination. Elle regroupe environ **160 organismes** à géométrie très variable : des associations de personnes ou de familles ; des associations ou organismes gestionnaires de services et d'établissements. Cette entité, qui se considère comme un Mouvement, rassemble dans ses instances statutaires, dans ses actions et groupes de travail, des personnes en situation de handicap, des familles ou proches aidants, des professionnels.

Cette organisation est présente dans tout le département, avec une structuration territoriale très forte : 6 associations Parcours Handicap 13 sont implantées sur les 6 territoires administratifs du département ; l'association **Inter Parcours Handicap 13** assure la coordination départementale:

Parcours Handicap 13 Est Aubagne-La Ciotat - Roquevaire

Parcours Handicap 13 Etang de Berre

Parcours Handicap 13 Marseille Nord

Parcours Handicap 13 Marseille Sud

Parcours Handicap 13 Pays d'Aix

Parcours Handicap 13 Pays d'Arles

Dans sa diversité, ce mouvement *“permet une **représentation de toutes les déficiences** ; ses adhérents œuvrent, ensemble, au-delà de leurs différences et de la déficience représentée, en faveur d'un parcours de vie choisi de la personne en situation de handicap”*.

L'action du mouvement Parcours Handicap 13 se décline de la manière suivante:

Développement des réseaux de proximité autour de la personne en situation de handicap dans les Bouches-du-Rhône, dans une logique d'ouverture et de décloisonnement : milieu ordinaire, secteurs sanitaire, médico-social, social.

Développement d'actions de mutualisation, de mise en réseau. Parcours Handicap 13 a pour priorité le développement des collaborations sur les territoires et la création d'outils favorisant ces collaborations.

Développement d'expérimentations.

Amélioration de l'information des personnes, des familles et des professionnels sur les ressources départementales et locales.

Organisation de la représentation des personnes en situation de handicap dans les instances décisionnelles ou consultatives des Bouches-du-Rhône ou de la Région PACA (COMEX, CDAPH, CRSA...).

Organisation de la participation du Mouvement Parcours Handicap 13 à l'élaboration des politiques publiques du handicap dans le département (schéma départemental, schémas régionaux d'organisation médico-sociale...)

L'AMSP est adhérente de ce mouvement, ses établissements et services participent de son action.

### **Focus Via Trajectoire**

ViaTrajectoire est un service public relativement récent (2007), qui propose une aide à l'orientation dans le domaine de la santé. Les domaines couverts actuellement comprennent aussi les services et structures destinés aux personnes en situation de handicap. L'outil ViaTrajectoire Handicap dispose d'un **annuaire** pour une meilleure visibilité de l'offre, d'un **outil de suivi des notifications** d'orientation prononcées par les MDPH et d'un **observatoire** permettant une analyse statistique de l'activité régionale.

ViaTrajectoire facilite les échanges entre la MDPH et les établissements médico sociaux. Les usagers, quant à eux, y consultent les offres d'accueil disponibles à l'échelle des départements qui ont développé ce système informatique. Grâce à la plateforme, les demandes d'admission

sont gérées par les établissements. La MDPH a ainsi une visibilité immédiate sur les parcours des usagers et les disponibilités.

Initialement financé par l'Agence Régionale de Santé de Rhône-Alpes, ViaTrajectoire a d'abord été déployé à ce niveau régional avant d'être adopté par la majorité des ARS. ViaTrajectoire est désormais financé par 21 régions en France, l'amélioration continue du logiciel étant assurée dans le cadre d'un projet coopératif interrégional. Ce projet au mode de management participatif et collaboratif permet d'adapter continuellement la plateforme aux besoins.

Ce système d'information n'est pas encore disponible en région PACA; indéniablement il apporterait une meilleure lisibilité et une plus grande accessibilité de l'offre sur les territoires dans cette région et pourrait constituer un moyen de prévention de rupture des parcours.

## ANNEXE 10

LOGEMENT D ABORD \_HABITAT INCLUSIF\_PCH

# ANNEXE 10

## LOGEMENT D'ABORD et HABITAT INCLUSIF

### Des modalités de prise en charge plus inclusives

#### **L'accompagnement hors les murs**

Ce changement dans les pratiques confère à la personne handicapée un statut s'apparentant au "client" plutôt qu'à "l'utilisateur", dans une logique de projet/parcours de vie, plutôt que dans une culture de prise en charge institutionnelle. Ce nouveau positionnement part d'une contractualisation conférant à "l'utilisateur-client" moins la possibilité de se payer une prestation que de pouvoir la choisir, consacrant le principe d'une circulation de celui-ci dans un système d'offre de services.

#### **2.1 Axe prioritaire: le logement d'abord**

Principe majeur de la refondation de la politique d'hébergement et d'accès au logement mise en œuvre à partir de novembre 2009 par l'Etat français, cette tendance va s'affirmer au fil des quinquennats. Une orientation qui paraît en effet la mieux à même d'apporter une réponse durable et efficace aux problèmes sociaux et de santé rencontrés par les personnes sans abri ou risquant de l'être, et plus généralement **aux personnes privées d'un « chez-soi », y compris parmi les publics relevant des secteurs sanitaire et médicosocial.**

En entrecroisant les questions sociales et sanitaires, cette stratégie offre de nouvelles perspectives, nécessitant des formes d'interventions plus transversales, et requérant une implication accrue des publics bénéficiaires. Ce qui est visé, le « bien-vivre dans son environnement », se réalise à partir du logement, au travers de l'accès aux soins, à l'emploi, à la formation, aux activités culturelles et de loisirs, et plus globalement au travers d'une participation effective à la vie communautaire ; **en réponse à une aspiration légitime d'inclusion et d'insertion pleine et entière dans la cité.**

Etre « comme tout le monde » (mainstream), avoir la possibilité de développer un parcours de vie riche et singulier, deviennent alors les objectifs primaires, à contrario de ce que nombre de professionnels espèrent voir se produire si l'individu se conforme aux parcours institutionnels traditionnels, luttant également contre les préjugés quant à l'autonomie des personnes et leur « **capacité à habiter** » un logement, à se mobiliser sur leur environnement.

La **priorité au logement pour tous** (2012-2016) a ouvert un nouveau chapitre dans cette évolution de la politique publique. Ce qui structure désormais cette politique sont une série de mesures intégrées au Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et l'inclusion sociale, dont plusieurs sont inscrites dans la loi pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (**loi Alur**), assurant ainsi cohérence et continuité à cette volonté de favoriser l'accès des plus démunis au logement.

Au cours de ces dix dernières années en France, ces politiques liées au logement ont également suscité des myriades d'expérimentations, entremêlant une offre en hébergement ou en logement diffus, des systèmes de baux glissant, pour des solutions en habitat individuel ou en habitat partagé.

Ces initiatives apportent une réponse complémentaire au logement ordinaire et à l'hébergement en institution, et certaines d'entre elles, parfois portées par les acteurs du secteur médico-social conçoivent des formes d'habitats que l'on qualifiera d'inclusifs, se situant hors de la législation relative aux établissements et services sociaux et médicosociaux. Cette vague d'innovations témoigne d'une volonté de changer de logique, impliquant les associations, les bailleurs, les collectivités et les services de l'État, dans une profonde remise en cause de leurs interventions respectives.

### **3.1 Axe intermédiaire: Expérimenter l'habitat inclusif**

Ce faisant, amorcer le virage inclusif à partir de ce public jeunes majeurs présentant une double vulnérabilité.

Cette offre fait partie des éléments qui permettent de diversifier la palette des choix offerts aux personnes en situation de handicap, comme prévu par la loi du 11 février 2005 et comme préconisé par les textes internationaux.

“Convention relative aux droits des personnes handicapées - Article 19:

- possibilité de choisir, sur la base de l'égalité avec les autres, leur lieu de résidence et où et avec qui elles vont vivre (...) pas obligées de vivre dans un milieu particulier.
- accès à une gamme de services à domicile ou en établissement et autres services sociaux d'accompagnement, y compris l'aide personnelle nécessaire pour leur permettre de vivre dans la société et de s'y insérer

Ce qui est visé, c'est la mise en oeuvre d'un projet social et de services associés au logement, dans un environnement qu'il s'agira d'adapter et de sécuriser afin de garantir inclusion sociale et vie autonome en milieu ordinaire, offrant aux personnes la possibilité d'acquérir de nouvelles compétences en matière d'autonomie.

Administrativement ce dispositif n'est pas répertorié comme 'institution médico-sociale', c'est à dire que les CDAPH (commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) n'orientent pas vers ce type d'habitat, **laissant toute latitude à l'organisation qui accompagne vers et dans le logement.**

Aussi le modèle économique ne repose pas sur un système de dotation ni sur celui de la subvention, mais comme le préconise la DGCS (Direction Générale de la Cohésion Sociale) - *s'appuyant sur le décret n°2017-708 du 2 mai 2017 modifiant référentiel d'accès à la prestation de compensation du handicap (PCH) fixé à l'annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles* - il repose sur une mise en commun de cette prestation.

Ce décret\* ([\\*https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/2/2017-708/jo/texte](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/2/2017-708/jo/texte)) précisément nous intéresse car il est destiné à améliorer la prise en compte des “*besoins liés aux handicaps psychiques, cognitifs et mentaux dans les critères d'éligibilité à la PCH*” (\*Mesure 6 du Comité interministériel du handicap du 2 décembre 2016, s'appuyant sur le rapport de la mission IGAS sur la PCH de 2016)

et préconise la révision de cette annexe 2-5 et du GEVA (guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées), engageant chacun des acteurs concernés dans une démarche de coopération, pour une stratégie globale d'intervention au service de l'utilisateur.

La possibilité de mutualiser des PCH devrait offrir une forme de souplesse à budget constant; une aide spécifique pourrait compléter ce montage financier, couvrant les frais liés à la coordination, la gestion administrative et la régulation de la vie collective.

Plus globalement, la réforme de la tarification des ESSMS devrait favoriser ces évolutions.

Nous faisons là référence aux objectifs du projet SERAFIN-PH (services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées), qui

est de proposer un nouveau dispositif d'allocation de ressources aux établissements et services pour l'accompagnement des personnes handicapées

### **Focus PCH (Prestation de Compensation du Handicap)**

La PCH est une aide sociale départementale créée par la loi du 11 février 2005, destinée à financer les frais liés au handicap. Pour les situations de handicap psychique, le volet qui nous intéresse est le financement des "aides humaines" : dédommagement de l'aidant familial, rémunération d'un emploi direct ou d'auxiliaires de vie, de services prestataires d'aide à domicile. Cette prestation est essentielle pour financer l'accompagnement au domicile personnel et dans le cadre d'habitats partagés ou inclusifs.

Dans le cas d'un dispositif d'habitat inclusif, il devient possible pour les bénéficiaires de la PCH qui décident d'habiter ensemble, de **mettre en commun leur prestation de compensation**, ainsi d'additionner les moyens financiers reçus par chacun pour financer un ensemble d'aides, celles préconisées individuellement dans leur plan personnalisé de compensation respectif. En ce sens, la mise en commun de la PCH représente un **outil au service de la démarche "Une réponse accompagnée pour tous"**.

### **Focus aide technique**

Selon la norme NF EN ISO 9999, est considéré comme produit d'assistance (ou aide technique) tout produit (y compris tout dispositif, équipement, instrument et logiciel) fabriqué spécialement ou généralement sur le marché, utilisé par ou pour les personnes en situation de handicap, destiné à :

- favoriser la participation
- protéger, soutenir, entraîner, mesurer ou remplacer les fonctions organiques, les structures anatomiques et les activités,
- prévenir les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de la participation

(Selon l'annexe 2-5 du Code de l'action publique et des familles, « les aides techniques qui peuvent être prises en compte au titre de la prestation de compensation sont tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel »).

### **Mise en commun des aides humaines et techniques**

Très concrètement, cette possibilité permet aux personnes handicapées vivant ensemble à domicile de partager des aides humaines (prise de repas, surveillance, participation à la vie sociale, ...), mais aussi certaines aides techniques (lève personne, matériels adaptés, fauteuils roulants électriques, ...), ou encore de prévoir des aménagements de l'habitat ou de leurs véhicules, pour ceux qui en disposent.

Il est très important de considérer que cette mise en commun doit être décidée par les personnes concernées elles-mêmes ou avec leur accord explicite, que cela n'a en principe pas d'impact sur le montant individuellement attribué, que cela doit toutefois respecter la règle qui prévoit que la prestation est affectée à la couverture des charges pour lesquelles elle a été attribuée (Art. L245-5 Code de l'action sociale et des familles).

Il n'est pas nécessaire d'en faire la demande à la MDPH, mais il est recommandé que le Conseil Départemental, chargé de verser cette prestation d'aide sociale, soit informé de sa mise en commun afin d'en vérifier l'adaptation effective aux besoins.

Cette mise en commun peut être partielle ou totale, selon les besoins ou les situations de chacun des collectifs ainsi créés, et reposer une grande variété de montages juridico-financiers. En ce sens chacun des montages sera absolument unique et non reproductible,

correspondant à une combinaison très précise d'aides et de prestations, fonction d'un groupe particulier et d'individus pris dans la singularité de leurs situations; des configurations faisant intervenir un nombre conséquent d'acteurs (VOIR Annexe 05).

A noter que ce qui distingue fondamentalement les formules dites « d'accompagnement institutionnel hors les murs » et ces formules assurant une « sécurisation des situations de vie et de handicap » est avant tout le statut des personnes, qui sont d'abord usager d'un établissement médico-social dans le premier cas, et habitant à part entière de leur logement dans le second.

### **Coordination des acteurs**

Coordination des différents acteurs autour du modèle de l'habitat inclusif (Personne concernée, association porteuse, équipe MDPH, CDAPH, MDPH et Conseil départemental, intervenants au titre de l'aide humaine).



### 2.3. Une action coordonnée des acteurs et un partage d'information indispensables :

<i>Qui</i>	<i>Quoi</i>	<i>Points d'attentions et autres recommandations</i>
<b>La personne handicapée</b>	Demande de PCH auprès de la MDPH : mention dans le projet de vie du souhait de mettre en commun la PCH (partiellement ou totalement selon les situations) avec d'autres personnes en vue notamment d'accéder à un logement ou de se maintenir dans un logement ou encore souhait d'intégrer un habitat partagé ou inclusif.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Respect du projet de vie de la personne.</li> <li>➤ La personne n'a pas l'obligation de demander la mise en commun à la MDPH pour la mettre en œuvre effectivement</li> </ul>
<b>Le cas échéant l'association</b>	<p>Porte le projet d'habitat partagé ou inclusif :</p> <p>Accompagnement possible de la personne handicapée dans la formulation de sa demande de PCH pour l'accès ou le maintien dans un logement de type habitat partagé ou inclusif.</p> <p>Transmission d'informations complémentaires sur la situation de handicap et le type d'habitat envisagé, pour accompagner le formulaire de demande adressé à la MDPH par la personne (1<sup>ère</sup> demande ou réexamen)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ne pas imposer à la personne des contraintes liées à la gestion du dispositif d'habitat partagé ou inclusif, en informer clairement les personnes handicapées intéressées.</li> <li>➤ Informer la MDPH, le conseil départemental et l'ARS du projet.</li> <li>➤ Faciliter les démarches des personnes souhaitant intégrer l'habitat.</li> <li>➤ Recueillir l'accord formel de la personne de mettre en commun tout ou partie de sa PCH dans le cadre de son souhait de rejoindre une formule d'habitat partagé, après lui avoir apporté une information complète et compréhensible pour elle des enjeux de la mise en commun de la PCH.</li> <li>➤ Formaliser avec chaque personne les modalités et conditions du fonctionnement afin de garantir le principe de l'individualisation de la PCH.</li> </ul>
<b>L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH</b>	<p>Lorsqu'elle est sollicitée, évaluation de la situation, identification des besoins individuels de la personne aboutissant à l'élaboration de réponses en fonction de la réglementation en vigueur. Les réponses à ses différents besoins sont regroupées dans un PPC qui peut mentionner sur le souhait de la personne de mettre en commun sa PCH et d'intégrer un habitat partagé ou inclusif.</p> <p>L'équipe soumet ce plan à la CDAPH, chargée de prendre des décisions pour ce qui relève de son champ de compétence (article L.241-6 du CASF)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prise en compte du projet de vie et de l'environnement.</li> <li>➤ Information complète et compréhensible pour la personne handicapée des enjeux de la mise en commun de la PCH</li> <li>➤ Respect du caractère individualisé du droit à compensation.</li> </ul>

<b>Qui</b>	<b>Quoi</b>	<b>Points d'attentions et autres recommandations</b>
<b>La CDAPH</b>	<p>Lorsqu'elle a été sollicitée, décision individuelle d'attribution de la PCH.</p> <p>Cette décision peut mentionner le souhait de la personne de mettre en commun sa PCH et d'intégrer un habitat partagé ou inclusif, mais ce n'est pas une obligation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Respect du caractère individualisé du droit à compensation.</li> </ul>
<b>La MDPH</b>	<p>Lorsqu'elle a été sollicitée, transmission de la décision de la CDAPH au conseil départemental et à la personne.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lorsqu'elle en est informée par la personne ou par l'association, informer également le département de la mise en commun de la PCH (personnes concernées, modalités de la mise en commun).</li> <li>⇒ <i>Selon des modalités à définir localement</i></li> </ul>
<b>Le conseil départemental</b>	<p>Mise en œuvre de la décision de la CDAPH : versement de la PCH et contrôle de son utilisation.</p> <p>S'il le souhaite, expérimentation d'aides forfaitaires destinées à couvrir les frais liés à la coordination, la gestion administrative et la régulation de la vie collective. Pour information, les ARS bénéficieront en 2017 d'une enveloppe de 60 000 € pour expérimenter ce type d'appui financier avec une structure.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Exercice d'un contrôle d'effectivité adapté, le département doit prendre en compte le cadre d'utilisation de l'aide et en particulier les cas de mise en commun. A ce titre le CD lorsqu'il réalise un contrôle de l'utilisation de la PCH qui est mise en commun doit avoir une approche globale et donc s'intéresser à l'utilisation de la PCH par les différents bénéficiaires qui la mettent en commun.</li> <li>➤ Dans le cadre de la promotion d'autres modes d'accompagnement : Recenser les projets d'habitat partagé ou inclusif en lien avec les acteurs locaux (associations, ARS, MDPH, SAAD, services médico-sociaux, etc.).</li> <li>➤ Veiller à ce que les projets d'habitat inclusif ne soient pas conçus comme un établissement médico-social où le collectif primerait sur l'individuel par rapport notamment à l'aide humaine en matière de besoins essentiels</li> </ul>
<b>Les professionnels intervenant au titre de l'aide humaine</b>	<p>Intervention au titre de l'aide humaine auprès des personnes handicapées mettant en commun tout ou partie de leur PCH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Distinguer les interventions individualisées et les interventions collectives en vue de faciliter le contrôle d'effectivité du département (par exemple dans la facturation).</li> </ul>

## ANNEXE 11

D'AUTRES FORMES D'HABITAT ET D'ACCOMPAGNEMENT

## ANNEXE 11

### D'autres formes possibles d'habitat et d'accompagnement médico-social

- **Les Appartements de coordination thérapeutiques**

Créé il y a plus de vingt ans ce dispositif s'adressait essentiellement aux personnes malades du sida. Les profils des publics accueillis ont évolué au fil des ans (pathologie plus large, parcours de vie diversifiés). « Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) sont dédiés avant tout aux personnes ou familles qui se trouvent en situation de fragilité psychologique, sociale ou financières et qui ont besoin de soins et de suivi médical »

La situation de précarité reste le point commun des personnes accueillies sur les ACT.

Les appartements offrent à la fois une coordination médicale et psycho sociale : un accompagnement axé sur les soins, l'ouverture des droits sociaux (allocation aux adultes handicapés, revenu minimum d'insertion...) et l'aide à l'insertion sociale, professionnelle et l'accès au logement. Pour cela, les équipes sont constituées de personnel éducatif, et médical (éducateurs/ assistantes de service social/ médecins/ infirmiers/ psychologues/), cette représentation pluridisciplinaire offre une prise en charge coordonnée.

Les ACT sont bien souvent situés proche de toutes commodités (Proximité des lieux de soins / commerces / transports ...) pour favoriser l'insertion sociale, et le suivi médical. Les durées d'accueil sont temporaires, mais favorisent les relais parfois nécessaire entre les institutions et le logement autonome. S'ils offrent un lieu d'accueil à la personne, les ACT ne sont pas des dispositifs traditionnels d'hébergement accès essentiellement sur la réinsertion sociale, mais avant tout une réponse à un besoin de charge et suivi médical permettant une bonne observance des soins pour des personnes en situation de précarité.

Leur financement est assuré par la CPAM

- **Résidences Accueil, dispositif des maisons relais**

Ces accueils inclus dans le dispositif « maison relais » s'adressent à des personnes en situation de précarité, à faibles ressources, isolées, voire exclues, tout comme les maison relais, elles ont toutefois la spécificité d'accueillir davantage des personnes fragilisées et handicapées par

des troubles psychiques liés à une pathologie mentale: une maison relais associé à un service médico-social en quelque sorte .

L'accueil des personnes est durable. Un réseau de professionnels peut intervenir en fonction des besoins des personnes accueillies (infirmiers/ médecins psychiatre/ Service de soins infirmiers à domicile). Des conventions peuvent être passées avec le secteur psychiatrique, ainsi que les secteurs d'accompagnement médico-social tels que SAMSAH ; SAVS

L'admission en résidence accueil se fait par la commission d'admission de la structure, et par une orientation CDAPH si la maison relais est couplée avec un service d'accompagnement de type SAVS ou SAMSAH et que le résident nécessite cet accompagnement.

Le financement des maisons relais et résidence accueils relève de l'Etat. Si les résidences sont couplées avec un SAVS, le conseil départemental financera ce service, pour le SAMSAH, c'est une prise en charge cofinancée par le CD et l'assurance maladie.

- **Les familles gouvernantes**

Créés dans les années 90, l'expérimentation revient à L'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF). Ce dispositif propose à des personnes souffrant de troubles psychiatriques stabilisés de partager un appartement géré par une gouvernante. Ce dispositif permet la cohabitation de personnes fragiles dans un même appartement grâce à l'emploi d'une « gouvernante » qui les assiste au quotidien, Les locataires sont des personnes incapables de vivre seules, et ayant des troubles psychiatriques qui ne nécessitent pas une hospitalisation

Le montage financier repose sur la prestation de compensation du handicap, qui permet de salarier une gouvernante à temps plein pour cinq ou six résidents. Les résidents payent leur pension grâce à l'allocation adulte handicapée, et leur loyer grâce à l'allocation logement.

- **Les SSIAD** (services de soins infirmiers à domicile), **les SAMSAH** (services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) **les SAVS** (service d'accompagnement à la vie sociale) restent des réponses adaptées venant en appui pour des personnes ayant des logements privés ou sociaux, voire logement adapté privés d'accompagnement social et médical.
- **Les équipes mobiles psychiatrie précarité** (EMPP) ont été chargées de favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion souffrant de troubles psychiques selon la circulaire du 23 novembre 2005.

leur travail consiste à aller au-devant des personnes en situation de précarité, d'isolement ou d'exclusion quelque soit le lieu où leurs besoins s'expriment (à la rue / dans les quartiers). Il en existe 6 en région PACA, dont deux à Marseille.

- **Les groupes d'entraide mutuelle (GEM)** résultent de la loi n°2005-102, ils sont des lieux de rencontre et de loisirs pour les personnes atteintes de troubles psychiques, confrontées à l'isolement social. Ils fonctionnent sur le mode du club, dans lequel les membres participent à des activités diverses, permettant de rétablir des liens sociaux, et sont souvent animés par des psychologues
-