



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

Présenté par :

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

*Promotion 9
2014/2017*

SESSION SEPTEMBRE 2017



Centre associé :
Institut régional du travail social PACA Corse

Remerciements

Nous tenons à remercier pour leur disponibilité et leur accueil, les personnes de l'AMSP: le commanditaire Mme Cimolaï Directrice de l'IME et SESSAD Valbrise, M. Baratier Président de l'AMSP et M. Labbé Directeur général de l'AMSP, les jeunes de l'IME, du SESSAD Valbrise et de la MECS La Reynarde, les professionnels cadres et non cadres, des IME Valbrise, la Marsiale, la Parade, les Chalets, du SESSAD de Valbrise et de la MECS la Reynarde.

Un grand merci aussi aux professionnels des IME du Collectif Sud, Vert Pré, les Écureuils et la Pépinière, à Mme Fabre et Mme Barbado, inspectrices ASE (CD13), M. Daniel et M. Chatzopoulos de la MDPH et à Mme Renaudier de la MDA.

Nous tenons enfin à saluer le référent pédagogique Mme Hervieux et le Collège coopératif Provence Alpes Méditerranée, qui nous ont aidés par leurs apports et leur soutien.

“N’avoir plus aucune solution d’accompagnement, pour une personne en situation de handicap dont le comportement est trop violemment instable ou le handicap trop lourd, et dont en conséquence « personne ne veut plus », c’est inadmissible et cela se produit. (...) l’objectif n’est pas de traiter le mal mais, autant que possible, d’éviter qu’il survienne. En d’autres termes : de s’organiser, non pas seulement pour bricoler des solutions au coup-par-coup, mais pour être collectivement en capacité de garantir que cela n’arrivera plus”.¹

¹ Rapport Zéro sans solution, Denis Piveteau, 2014.

SOMMAIRE

Introduction	1
1. Contextualisation de la commande	2
1.1. Rappel de la commande	2
1.2. L'IME et la Reynarde au sein de l'AMSP.....	3
1.2.1. L'AMSP, historique, ses établissements et son organisation	3
1.2.2. L'IME Valbrise: missions et services	4
1.2.3. La MECS la Reynarde: missions et services	5
1.3. Les politiques publiques des secteurs du médico-social et du social	6
1.3.1. Les Lois	6
1.3.2. Les schémas régionaux et départementaux	9
2. L'étude	12
2.1. Problématique et enjeux	12
2.2. Concepts.....	12
2.3. Méthodologie	13
2.3.1. Cahier des charges.....	14
2.3.2. Comité de suivi	14
2.3.3. Enquête : Entretiens, recherches documentaire et observation participante	15
3. Constats et résultats	17
3.1. Le public	17
3.2. Les entrées et sorties	20
3.3. Les pratiques au sein de l'IME Valbrise et la MECS la Reynarde.....	22
3.4. Les coopérations et coordinations.....	25
3.4.1. A l'externe	25
3.4.2. En interne de l'AMSP.....	26
3.5. Etat des lieux de l'offre de services	27
4. Plan d'action et préconisations	30
4.1. Un plateau technique pour la plateforme Sud-est.	30
4.1.1. Les caractéristiques de ce plateau technique:	30
4.1.2. Les missions de ce plateau technique :	31
4.1.3. Compétences et qualifications.....	31
4.1.4. Conduite du plateau technique.	31
4.1.5. Les référents de parcours.	31
4.1.6. Mise œuvre du plateau technique.	32
4.1.7. Conseil stratégique de la plateforme Sud-Est.....	32
4.2. Renforcer la coordination.....	32
4.2.1. Au niveau des tutelles.....	32
4.2.2. Au niveau des établissements.....	32
4.3. Les pratiques	33
4.3.1. Au niveau des équipes de direction	33
4.3.2. Au niveau des professionnels non cadres.....	33
4.4. La possibilité d'un "chez-soi".	34
Conclusion	35
Sigles et acronymes	37
Bibliographie	39

Introduction

Dans le cadre du Diplôme d'Etat d'Ingénierie Sociale, en octobre 2016, l'IME Valbrise manifeste auprès du Collège Coopératif Provence Alpes Méditerranée la volonté de réaliser une étude au sein de l'Association médico-sociale de Provence, centrée sur le secteur EST Marseillais.

La 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 consiste en l'étude des alternatives et coopérations possibles entre les secteurs de l'ASE sous tutelle du Conseil Départemental 13 et du handicap enfance sous tutelle de l'ARS, pour développer des projets innovants et prévenir les situations critiques de certains adolescents accompagnés.**

L'étude, initiée par un établissement médico-social, devra apporter des réponses opérationnelles "auprès des jeunes en IME présentant un double handicap (handicap mental / carences affectives et éducatives)"¹. A ce propos, nous faisons le choix d'employer le terme "double vulnérabilité", plutôt que "double handicap", en référence au rapport du défenseur des droits de 2015.

Cette étude interroge plus largement la place de certaines populations dans la société ainsi que l'organisation de l'Aide Sociale actuelle.

Le présent document est l'aboutissement du travail collectif réalisé par quatre étudiants de la promotion du DEIS 2014 / 2017 du Collège Coopératif Provence Alpes Méditerranée.

Après une première analyse de la commande, une contextualisation sera nécessaire tant au niveau des établissements concernés que des politiques publiques en vigueur afin de préciser le périmètre et les enjeux de l'étude. Puis, à partir de la problématique, les objectifs de l'étude seront définis ainsi que la méthodologie utilisée. Les deux dernières parties seront enfin consacrées à la présentation des résultats et à la proposition d'un plan d'action et de préconisations au commanditaire et à ses partenaires.

¹ CCPAM/IRTS- extrait du formulaire commande étude de terrain, p.2.

1. Contextualisation de la commande.

1.1. Rappel de la commande

La commande initiée par l'IME Valbrise fait clairement référence aux champs de la protection de l'enfance et du handicap, ses contours sont néanmoins à préciser. Certains termes employés méritent d'être expliqués d'autant qu'ils ont parfois une définition spécifique dans le secteur médico-social.

« **Les situations critiques** », par exemple, sont définies dans la circulaire du 22 novembre 2013. Elles 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.* »¹

Le but fixé par l'IME Vabrise est donc la prévention des ruptures de parcours des adolescents, au le passage vers la vie adulte. Des éléments de contexte présentés par le commanditaire montrent que les sorties post IME sont rendues difficiles par les situations complexes des jeunes à savoir: carence de ressources familiales, problématiques d'insertion sociale, professionnelle et d'accès au logement.

L'emploi du terme “**alternatives**” met en évidence les différences des secteurs de l'ASE et du handicap enfance ainsi que leur tutelle. Ce terme semble faire référence à un besoin de dépasser le cloisonnement entre les secteurs, ce qui signifierait que l'état actuel des choses n'est guère satisfaisant. Les publics ont-ils évolué? Sont-ils plus difficiles à « caser²», relevant à la fois des secteurs du social et du médico-social? « Alternatives » semble avoir été choisi pour exprimer la volonté d'améliorer l'accompagnement des jeunes, en établissant des passerelles régulières entre les 2 secteurs, tout au long de leur parcours, selon leurs besoins, ou en s'appuyant sur les compétences des partenaires.

« **Coopérations** », en économie, désigne un « *système par lequel des personnes intéressées à un but commun s'associent et se répartissent le profit selon un pourcentage en rapport avec leur part d'activité*³ ». Cette définition est intéressante car elle met en avant le but commun ainsi que les profits que peuvent en retirer les différents acteurs. L'étude devra

¹ 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 Propos recueilli lors des entretiens auprès d'un professionnel

³ Le petit Robert, 2002

vérifier si le but de la prévention des ruptures de parcours est bel et bien partagé par les acteurs de l'ASE et du secteur Handicap Enfance. Les préconisations devront aussi présenter clairement les profits recherchés et attendus par la coopération. La référence aux tutelles semble, elle, insister sur des niveaux de politiques territoriales différents (département / région) avec des organisations et financements qui leur sont propres. Ainsi, la coopération devrait se faire à plusieurs niveaux : à l'interne de l'AMSP, au niveau du territoire (Ville / département) et au niveau institutionnel (politiques publiques).

Enfin, le commanditaire affiche sa volonté de « **développer des projets innovants** ». Dans l'ouvrage *Anthropologie du projet* de J. P. Boutinet, le terme de « **projet** » peut concerner des activités au sein d'une organisation, "«activités par projet»"¹ ou des organisations dans son ensemble, « organisations à projet »². Dans la 1ère utilisation du mot, dans le secteur d'activités, l'objectif central est l'innovation ou l'expérimentation, le mode d'organisation est horizontal et la temporalité est courte. Pour la 2ème utilisation du mot, dans l'organisation elle-même, l'objectif central est l'amélioration de l'existant, le mode d'organisation est plutôt vertical et la temporalité est longue. Dans cette étude, seront abordés les deux types d'organisation.

1.2. L'IME et la Reynarde au sein de l'AMSP

1.2.1. L'AMSP, historique, ses établissements et son organisation

Dans la présentation de l'AMSP développée en annexe³, 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. Nous avons tenu également à faire apparaître l'AMSP au sein de ce groupe solide et fort d'une remarquable histoire que représentent SUD Formation, qui va d'ailleurs changer son nom en 2017 pour devenir l'Association Charlotte Grawitz.

L'année 2018 sera l'occasion de célébrer le vingtième anniversaire de la disparition de cette personnalité, qui a souhaité, avec beaucoup d'élan et de détermination, donner les moyens à des jeunes, quelles que soient les difficultés traversées, pour grandir et pour avancer dans l'accomplissement de leurs vies personnelles et citoyennes. Nous verrons au fil de nos analyses, à quel point cette intention, si elle est prise à la lettre, peut incessamment bouleverser le rapport que l'institution entretient avec ses usagers.

¹ J. P. Boutinet, *Anthropologie du projet*, 2ème édition Quadrige, PUF, 2002

² Ibid.

³ Voir annexe 01 - AMSP - Historique.

Aujourd'hui, l'AMSP compte 30 membres du premier cercle de bénévoles, 380 salariés, 480 personnes accueillies et 9 établissements et services. Ces derniers sont tous situés sur Marseille, mis à part l'ESAT du Rouet sur la commune d'Aubagne:

- 4 IME (Les Chalets, La Marsiale, La Parade et Valbrise)
- 1 ESAT (Rouet/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 dirigeants¹. 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 recommandations fixant très haut le niveau d'exigence dans le travail.

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 du SECTEUR NORD**.
- L'actuel directeur de l'IME La Parade, devient directeur de cette plateforme
- L'IME et le SESSAD Valbrise représentent **la plateforme du SECTEUR SUD-EST**.
- La directrice de l'IME Valbrise devient directrice de cette plateforme avec 0,1 ETP comme chargée de mission de développement de projets et partenariats au siège de l'AMSP.

Enfin, nous notons que dans le secteur du handicap, la plupart des établissements et services sont nés d'initiatives de parents, ce qui n'est pas le cas de l'AMSP.

1.2.2. L'IME Valbrise: missions et services

L'établissement existe depuis les années 50, son implantation sur le territoire du 11ème arrondissement² de Marseille est assez récente (2001). Les missions et les services de

¹ Voir annexe 02 - AMSP - Code de déontologie.

² L'IME Valbrise est situé au 1 boulevard de la Pomme à Marseille.

l'IME Valbrise ont évolué entre 2001 et 2008 afin de mieux répondre aux besoins des publics dans le respect des cadres réglementaires.¹

Aujourd'hui, l'IME Valbrise accueille des jeunes en situation de handicap mental, avec ou sans troubles associés. Les personnes viennent essentiellement des quartiers Est et Centre de Marseille ou de la vallée de l'Huveaune. La capacité d'accueil de l'établissement est de 70 jeunes âgés de 12 à 20 ans, voire au-delà, dans le cadre des amendements Creton. L'organisation des services se fait en :

- Semi-internat : 54 places (mixtes).
- Internat: 16 places (mixtes) sur 2 unités, une dans l'établissement (Internat Valbrise), l'autre, située dans le 10ème arrondissement de Marseille (Fifi Turin).

Les admissions sur l'établissement se font suite à une orientation de la MDPH et à une évaluation de l'IME. A cet effet, des entretiens et des journées de contact sont mis en place; les refus d'admission doivent être argumentés au regard de l'agrément et du projet de l'établissement. Les jeunes admis à l'IME Valbrise sont répartis sur 6 groupes.

Le groupe 1, nommé "groupe d'accueil", est composé majoritairement de personnes récemment admises. Selon les besoins repérés par les équipes, différents objectifs et moyens peuvent être mis en place: prise en charge au sein d'unités d'enseignement spécialisé, accompagnement thérapeutique, service social, service d'accompagnement, service d'insertion et service de suite (pour les anciens usagers). Par la suite, les jeunes sont répartis dans les différents groupes en fonction de leur âge et de leur projet.

Dans le rapport d'activité 2016 de l'IME, il est précisé que parmi les 74 jeunes accueillis, 11 étaient pris en charge par l'ASE dont 1 en placement provisoire et 4 en contrat jeune majeur. La direction de l'IME et du SESSAD Valbrise est assurée par une directrice, un directeur-adjoint et deux chefs de service. Il faut noter la mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire: des enseignants, des éducateurs, des assistantes sociales, une infirmière, des psychologues, des psychomotriciens, une orthophoniste, un médecin et un psychiatre.

1.2.3. La MECS la Reynarde: missions et services

Créée officiellement en 1954, la MECS la Reynarde est située dans le 11ème arrondissement de Marseille². Gérée auparavant par l'association "la Mazenot", la maison

¹ Suite à la loi n°2005-102 pour l'égalité des chances des personnes en situation de handicap, un SESSAD a été créé en 2008, au sein de l'IME Valbrise.

² La MECS est située au 62, avenue Saint Menet à Marseille.

d'enfant intègre l'AMSP en 1995. L'établissement a pour mission d'accueillir les jeunes de 0 à 21 ans, au titre de la protection de l'enfance, à la demande du juge¹ ou de la famille², celle-ci n'étant 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. Certains d'entre eux sont en situation de handicap et sont accompagnés par les professionnels des champs médico-social et / ou sanitaire.

70 jeunes sont accueillis à la MECS La Reynarde au sein de 10 unités de vie autonomes (5 à 7 jeunes par unité) ou services organisés en deux pôles:

- **pôle petite enfance / enfance / préadolescence / famille d'accueil / accueil spécialisé**
- **pôle adolescence / semi autonomie / jeunes majeurs / placement à domicile**

La direction de l'établissement est composée d'un directeur et de trois chefs de service. Des équipes éducatives, des surveillants de nuit ainsi que des maîtresses de maison (exceptés pour les services Escandaou et Jeunes majeurs) sont affectés par section. Un médecin généraliste est attaché à la MECS et se déplace sur la structure une fois par semaine.

1.3. Les politiques publiques des secteurs du médico-social et du social

1.3.1. Les Lois

- **Loi du 30 juin 1975**

Si la loi de 1957 portant sur le reclassement des travailleurs handicapés a été une des premières lois relatives aux personnes handicapées, le véritable changement de politique en faveur des personnes en situation de handicap interviendra en 1975 avec la publication de la loi du 30 juin, loi dite d'orientation qui définit trois droits fondamentaux en faveur des personnes handicapées :

- Le droit au travail.
- Le droit à une garantie minimum de ressource par le biais de prestations.
- Le droit à l'intégration scolaire et sociale.

- **Loi 1989- amendement Creton**

L'article 22 de la Loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant sur diverses mesures d'ordre social a modifié l'article 6 de la loi de 1975 en ajoutant un alinéa relatif à l'amendement

¹ Article 375 du Code civil

² Article L221-1 du Code d'action sociale enfance familles, concernant le placement provisoire

Creton.¹ Cette mesure devait être transitoire, sécurisant l'hébergement et l'accompagnement du jeune dans son lieu de vie, en attendant qu'une solution adaptée lui soit proposée. Vingt-huit ans après la mise en application de cette mesure, malgré un plan pluriannuel du gouvernement pour la création de places supplémentaires dans le secteur handicap adulte (FAM/ ESAT/ MAS/Foyers de vie), 6,6% de personnes sont accueillies dans les IME sous amendement creton en 2010, selon une étude de la DREES². Si l'amendement creton évite des ruptures de parcours brutales, des exclusions, pour autant, ne peut-il créer des effets pervers, notamment l'entrée tardive des enfants en situation de handicap dans les établissements dédiés, ce qui les priverait parfois d'une prise en charge précoce ?

Classification internationale du handicap :

En mai 2001, l'OMS adopte la révision de la Classification Internationale des Handicaps (CIH), intégrant les deux modèles médical et social. Sa définition du handicap prend en compte les facteurs contextuels environnementaux et personnels d'une personne.

L'évolution de la définition du handicap a un impact sur le cadre institutionnel français, notamment en faveur d'une meilleure articulation entre les secteurs sanitaire, social et médico-social, historiquement, cloisonnés.

La « désinstitutionnalisation » apparue dans les politiques européennes dans les années 2010 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.

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

● Loi 2002-2 du 2 janvier 2002

Cette loi commune au secteur du handicap et de la protection de l'enfance rénove l'action sociale et médico-sociale. Elle se base sur 5 orientations :

¹ « Lorsqu'une personne handicapée placée dans un établissement d'éducation spéciale ne peut être immédiatement admise dans un établissement pour adulte désigné par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel, conformément au cinquième alinéa (3°) du paragraphe I de l'article L. 323-11 du code du travail, ce placement peut être prolongé au-delà de l'âge de vingt ans ou, si l'âge limite pour lequel l'établissement est agréé est supérieur, au-delà de cet âge dans l'attente de l'intervention d'une solution adaptée, par une décision conjointe de la commission départementale de l'éducation spéciale et de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel »

² Etudes et Résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, janvier 2016, numéro 0946

- Affirmer et promouvoir les droits des usagers
- Diversifier les missions et les offres en adaptant les structures aux besoins.
- Pilotage du dispositif : Mieux articuler planification, programmation, allocation de ressources, évaluation.
- Instaurer une coordination entre les différents acteurs.
- Rénover le statut des établissements publics.

Elle a rendu obligatoire l'auto-évaluation pour les établissements (avec communication tous les 5 ans) et l'évaluation externe tous les 7 ans par un organisme habilité.

- **Loi du 11 février 2005**

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, tient compte du changement de classification en donnant au handicap une définition assez large. Elle rappelle les droits des personnes et instaure la création des MDPH.

- **Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.**

Cette loi poursuit trois objectifs : renforcer la prévention, améliorer le dispositif d'alerte et de signalement, diversifier les modes d'intervention auprès des enfants et de leur famille. Elle renforce la notion "d'intérêt supérieur de l'enfant". Elle met l'enfant au cœur du dispositif en définissant trois axes pour guider les décisions concernant l'enfant en protection de l'enfance, à savoir l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, déclinés en besoins physiques, intellectuels, sociaux et affectifs, le respect de ses droits. Cette loi oriente vers une prise en charge adaptée et diversifiée.

- **Loi Hôpital du 21 juillet 2009, relative aux patients, à la santé et aux territoires**

La loi HPST entérine le décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social en créant les ARS, chargées de piloter la politique de santé au niveau régional.

- **Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.**

Cette loi s'inscrit dans une perspective de recentrage du système de protection sur la personne de l'enfant¹. Elle complète les orientations de la loi 2007-293 du 5 mars 2007 en

¹ "Revenant sur une approche considérée comme « familialiste » voire « parentalité » de l'article L 112-3 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), l'article 1er place l'enfant au centre de l'intervention (le désignant clairement comme sujet de cette intervention). Il ne vise les parents qu'en deuxième alinéa, dans le cadre des actions de prévention, puis en troisième alinéa dans le cadre de l'évaluation de la situation de l'enfant, pour adapter l'intervention. Ainsi, la protection de l'enfance telle que nouvellement définie, vise « à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits ». », Observatoire national de la protection de l'enfance - mars 2016.

précisant les modalités de mise en œuvre des outils, pour exemple les deux décrets ci-dessous, concernant le projet pour l'enfant et le rapport de situation.

❑ **Décret n° 2016-1283 du 28 septembre 2016** relatif au référentiel fixant le contenu du projet pour l'enfant, défini comme un outil pour accompagner le mineur tout au long de son parcours de protection.

❑ **Décret n° 2016-1557 du 17 novembre 2016** relatif au référentiel fixant le contenu et les modalités d'élaboration du rapport de situation.

Cette loi aborde aussi la notion de parcours, en particulier pour les placements dits de longue durée.

- **La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016**

Elle fixe un nouveau cadre en s'appuyant sur la logique de « parcours de santé ». La mise en place d'un Plan d'accompagnement globalisé¹ en direction des personnes en situation de handicap est présentée comme un levier possible pour éviter les ruptures de parcours. L'article 158 de la loi montre une volonté de simplification et de cohérence des politiques publiques : le Plan régional de santé (PRS) sera valable 10 ans et sera décliné en un cadre d'orientation stratégique, un schéma régional de santé unique, valable 5 ans et un programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. Le Schéma régional de santé devra être élaboré en cohérence avec les schémas départementaux relatifs aux personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie. La coopération entre les ARS et les conseils départementaux, clairement demandée, est un autre levier pour optimiser les parcours de santé sur les territoires et décloisonner les logiques sectorielles.

1.3.2. Les schémas régionaux et départementaux

Dans le cadre du projet régional de santé applicable à la région PACA pour la période 2012-2016, le schéma régional d'organisation sanitaire et le schéma régional d'organisation médico-sociale ont fixé des axes d'amélioration. Certains portent sur:

- les problématiques d'accueil / d'hébergement / de logement des personnes en situation de handicap,

¹ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 : Titre II, Chapitre III « Mieux informer, mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé » Dans l'article 89, est précisé qu'un PAG peut être élaboré « en cas d'indisponibilité ou d'inadaptation des réponses connues ou en cas de complexité de la réponse à apporter, ou de risque ou de constat de rupture du parcours de la personne. » L'objectif d'inclusion et la désignation d'un coordonnateur de parcours sont aussi cités dans cet article.

- la pluralité des acteurs institutionnels¹ et 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.

Malgré leurs différences au niveau territorial, temporel et sectoriel, les schémas régionaux² et départementaux³ des différents secteurs partagent les mêmes constats⁴: la nécessité d'adapter l'offre du fait de l'évolution des publics, de mettre en œuvre un accompagnement spécifique pour des situations complexes et de mieux préparer le passage à l'âge adulte.

Certaines préconisations du SROMS- PACA doivent aussi retenir notre attention.

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»***. 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 constituant des axes majeurs de cette politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Enfin, le schéma fixe 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.

Le rapport d'évaluation finale du PRS - PACA 2012/2017 présente ses conclusions concernant l'adaptation de l'offre de santé aux parcours de vie des personnes en situation de handicap⁵. L'élaboration du 2ème PRS 2017/2022 est en cours. Il aura la mission d'organiser les parcours santé dans la région PACA. Parmi les axes retenus, figure la coordination des parcours de santé et la coopération des acteurs⁶.

¹ Les acteurs institutionnels cités sont la Maison Départementale pour Personnes Handicapées (MDPH), l'Éducation Nationale, les Établissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS), les services de l'ASE et les services psychiatriques.

² SROMS - PACA 2012/2017.

³ Schémas Bouches du Rhône 2009-2013 et 2014-2015 relatifs aux personnes en situation de handicap, schéma Bouches du Rhône 2016-2020 de l'enfance et de la famille.

⁴ Voir annexe 03 - Schémas régionaux et départementaux.

⁵ Voir annexe 04 - Evaluation finale PRS 2012-2017.

⁶ ARS-PACA, portail internet, plaquette PRS-2-2018, juillet 2017.

En conclusion, les politiques publiques passent d'une logique "un problème: une solution spécifique" à une logique de prise en compte globale des difficultés rencontrées par les personnes dans leur parcours de vie. C'est dans ce cadre-là que les organisations des différents secteurs ont à s'adapter. La notion d'inclusion, si elle ne doit pas « être qu'un écran de fumée théorique »¹, est à prendre en compte car elle indique un fort parti pris politique. Les établissements médico-sociaux et sociaux doivent s'ouvrir à leur environnement et permettre à leurs usagers d'être des habitants, des citoyens à part entière en mobilisant les ressources disponibles du territoire: « la mise en accessibilité de la cité pour permettre un réel droit de cité pour tous ».²

¹ Charles Gardou, cité dans « Société inclusive, manifeste UNAPEI », p. 104, *L'année de l'action sociale 2017*, coordination éditoriale Jean-Yves Guéguen, Dunod, Paris, 2016.

² Extrait du rapport 2015 de la CNSA, cité dans *L'année de l'action sociale 2017*, coordination éditoriale Jean-Yves Guéguen, Dunod, Paris, 2016

2. L'étude

2.1. Problématique et enjeux

En interrogeant les coopérations entre les champs du handicap et de l'enfance, la directrice de l'IME Valbrise montre qu'elle a pleinement conscience des changements auxquels est confronté son établissement et plus généralement, l'AMSP. Les questions soulevées par l'étude ainsi que la réorganisation engagée par l'AMSP s'inscrivent dans les orientations des politiques publiques.

Après avoir rencontré à deux reprises les cadres de l'IME et de la MECS en tout début de l'étude, nous repérons comme principale problématique le risque de rupture de la prise en charge des jeunes de 16 à 25 ans, accueillis par l'IME, bénéficiant d'une mesure ASE et ayant un faible degré de dépendance.

Grâce aux différents éléments recueillis, nous en déduisons que les 2 établissements de l'AMSP sont confrontés aux enjeux suivants:

- **Assurer et garantir la continuité des parcours des jeunes 16-25 ans MDPH/ASE:** prévenir les ruptures de prise en charge des 16-25 ans / favoriser et accompagner la transition vers l'âge adulte au sein des établissements et à l'extérieur.
- **Fluidifier les entrées et sorties dans les établissements.**
- **Favoriser l'articulation des acteurs ASE/ Handicap pour assurer un accompagnement adapté des personnes:** à l'interne AMSP / à l'externe AMSP.
- **Enjeu stratégique** par rapport à la **nouvelle organisation de l'AMSP (plateforme)** et au projet de création d'un nouveau service SAVA (service d'accompagnement à la vie adulte) au sein de l'IME.

2.2. Concepts

La commande de l'IME Valbrise exprime une demande en termes de coopérations entre les secteurs du social et médico-social pour répondre aux besoins d'une catégorie spécifique de personnes en difficulté. L'absence de référence à la coordination est à questionner. Marcel Jaeger, dans son article de mai 2010, *L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs*¹ déplore à ce propos que la coopération « *laisse entière la question du pilotage, donc de la coordination.* » D'après le sociologue, « *la coordination*

¹ Marcel JAEGER, "L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs", OASIS, Le Portail du Travail Social, <http://www.travail-social.com>, mai 2010.

est une obligation fonctionnelle liée à des enjeux de pouvoir; elle résulte de l'obligation morale et politique de la coopération.» Depuis quelques décennies, le contexte des champs sanitaire, social et médico-social s'est largement complexifié; face à cette évolution est apparue la question de l'articulation entre les acteurs, les services, les établissements, les secteurs et les politiques publiques. La coopération s'avère souvent nécessaire pour répondre à la pluralité et à la complexité des besoins des personnes, elle permet aussi de maîtriser les dépenses dans un contexte de rationalisation du système social. Pour éviter que cette coopération ne dépende pas que des "bonnes volontés ou des simples copinages", la coordination reste indispensable. Elle nécessite de tenir compte des liens de pouvoir, des logiques d'organisations en présence¹, des stratégies des acteurs et de leur degré de coopération. Selon Jean-Jacques Amyot, la coopération et la coordination « *représentent des phases d'un processus. « La croyance en un destin commun puis des comportements coopératifs rendent la coordination possible.»* »²

Aujourd'hui, la notion de parcours semble vouloir englober celles de coopération et de coordination. Apparue dans le code de santé publique en 2009, elle répond d'abord à l'objectif de rationalisation des soins³; parallèlement, les parcours de santé et de vie vont être employés afin de mieux prendre en compte l'approche processuelle de la santé et de la vie. D'après Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut, « *l'essor de cette notion va de pair avec une remise en cause des catégories de l'action publique et du fonctionnement du système d'aide et de soins. C'est en cela que nous parlerons d'un changement de paradigme, c'est-à-dire d'un changement dans les façons de penser l'intervention publique en matière de santé.* » Raisonner en termes de parcours, ici, correspond à une approche plus globale des besoins des personnes, en tenant compte de leur individualité.

La question du pilotage dans ce contexte de changement est cruciale et ne doit pas être oubliée.

2.3. Méthodologie

Les phases de l'étude

¹ Mintzberg, *Structure et dynamique des organisations*, 12ème édition, Eyrolles, Editions d'organisation, 1998.

² Jean-Jacques Amyot, « Les tribulations de la coordination gérontologique ; des stratégies aux usagers », *Vie sociale* 2010-1 (n°1), p.25-42.

³ Marie-Aline BLOCH, Léonie HENAUT, *Coordination et parcours*, "La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social", Dunod, Paris, p. 97: "Le parcours de soins a donc ici peu de rapport avec les besoins exprimés par les individus, et encore moins avec les multiples dimensions de leur situation. Il consiste plutôt en un ensemble de mesures censées diminuer les dépenses de l'assurance maladie: d'une part en responsabilisant le patient; d'autre part, en renforçant le rôle de "porte d'entrée" des médecins généralistes dans le système de santé (...)".

- L'analyse exploratoire et l'élaboration du cahier des charges
- La mise en place d'un comité de suivi
- L'enquête
- L'analyse des données et la rédaction de l'étude

Le travail exploratoire a débuté par une recherche documentaire des champs concernés: les politiques publiques / les institutions / les acteurs / les personnes accompagnées.

Les deux premières rencontres, le 5 et le 12 décembre 2016 dans les locaux de l'IME, en présence du commanditaire, directrice de l'IME, et de ses cadres (directeur adjoint et chef de service) ont permis de faire connaissance avec les interlocuteurs impliqués dans l'étude. Elles ont également permis d'éclaircir quelques points de la commande, de définir son périmètre, et les modalités de sa mise en œuvre. A l'issue de ces deux premières rencontres, nous avons élaboré le cahier de charge précisant les objectifs de l'étude.

2.3.1. Cahier des charges

Le cahier des charges¹ a été présenté, validé et remis au commanditaire le 3 mars 2017. Nous avons fait le choix de présenter notre plan d'action sous forme de tableau synthétique de méthodologie, ciblant 6 objectifs². L'idée étant d'aider le commanditaire à prendre des décisions stratégiques de prospective. Un calendrier et les modalités de restitution de l'étude a également été établi et énoncé dans le cahier des charges.

2.3.2. Comité de suivi

Dans le cadre du pilotage et suivi de l'étude, un comité de suivi a été constitué par la directrice de l'IME Valbrise, le directeur adjoint de l'IME Valbrise, ses chefs de service (insertion et SESSAD), une professionnelle du service SESSAD de l'IME, le directeur de la Mecs la Reynarde, son chef de service et le groupe étudiant.

Trois réunions ont eu lieu avec pour objectif l'évaluation et la validation des différentes étapes de l'étude, voire le réajustement de certaines orientations. Le comité de suivi a été un levier pour faciliter les prises de contacts avec certains partenaires associés. La présence des cadres des deux établissements a été précieuse, notamment en termes de personnes ressources à identifier. Les échanges collectifs de cette instance ont été riches et profitables pour alimenter la recherche tout au long de l'étude. Après chaque réunion, nous avons rédigé et transmis un compte rendu pour validation à la séance suivante.

¹ Voir annexe 05 - Cahier des charges.

² Annexe 06 - Méthodologie / Entretiens

2.3.3. Enquête : Entretiens, recherches documentaire et observation participante

L'étude qualitative et quantitative mise en place s'est fondée sur plusieurs apports :

- Des entretiens semi-directifs individuels auprès de la MDPH et l'ASE
- Des entretiens semi-directifs individuels et collectifs auprès des professionnels cadres et non cadres et des jeunes des différents IME et MECS
- De l'observation participante
- Une analyse documentaire

Différents outils supports ont été créés (tableau de bord, grilles d'entretien, tableaux synthétiques etc.) et une quarantaine d'entretiens a été réalisée, en tenant compte des entretiens exploratoires :

- 1 entretien auprès du président et du directeur général de l'AMSP
- 9 entretiens auprès des professionnels cadres et non cadres et 4 jeunes de l'IME Valbrise
- 10 entretiens auprès des professionnels cadres et non cadres et 3 jeunes de la MECS La Reynarde
- 3 entretiens auprès de trois IME de l'AMSP (La parade/ La Marsiale/ Les Chalets)
- 3 entretiens auprès de trois autres IME (Vert Pré/Les Ecureuils/ la Pépinière)
- 1 entretien auprès d'une MECS (les Saints Anges)
- 2 entretiens à la MDPH
- 3 entretiens à l'ASE
- 1 entretien à la MDA

Il n'a pas été possible de rencontrer de représentants de l'ARS. Un de leur responsable a considéré le rapprochement avec la MDPH suffisant.

A partir de ces interviews, nous avons réalisé des synthèses regroupant un certain nombre de constats.

Les demandes de rendez-vous ont été, pour la majorité des interviewés, plutôt bien accueillies. Il est à souligner une ambiance de travail agréable et conviviale. Ces entretiens ont suscité de l'intérêt chez la plupart des professionnels.

Dans le cadre d'observation participante, nous avons assisté à un CVS et une évaluation interne, ainsi qu'à une réunion du collectif Sud¹. Nous avons partagé le repas de fin d'année à l'IME. Nous avons également pu profiter de temps informels au cours de déjeuners partagés avec des professionnels de l'IME Valbrise et de L'IME Vert Pré.

Pour compléter les entretiens et l'observation participante, des documents institutionnels de l'IME et de la MECS (projet d'établissement / rapport d'activité / projets personnalisés / projet associatif / rapport d'évaluation/ procédures / référentiel métiers) ont été étudiés, en vue de repérer comment la question de la coopération notamment était prise en compte.

La grille d'entretiens visait à établir un diagnostic concernant :

- Le public accueilli
- Les Admissions et les sorties des jeunes accueillis en MECS et IME
- Les pratiques des professionnels
- Les coopérations et coordinations en interne à l'association AMSP et en externe avec l'ASE et la MDPH, voire certains services spécifiques
- L'état des lieux et accessibilité de l'offre

¹ Le collectif Sud est un regroupement d'IME du secteur Sud-est de Marseille.

3. Constats et résultats

Nous faisons le choix de présenter les constats et résultats en concordance avec les objectifs cités ci-dessus. Ils sont issus de l'analyse faite des entretiens, de la recherche documentaire et de l'observation participante et regroupés dans un tableau "Constats Analyses Entretiens"¹.

3.1. Le public

Selon le Défenseur des Droits dans son rapport² de 2015, en France, 70 000 enfants confiés à l'Aide Sociale seraient concernés par le handicap.

*D'après les estimations nationales: "le taux d'enfants pris en charge en protection de l'enfance et porteurs d'un handicap s'établirait à environ 17 %. Ce taux est du reste largement conforté par les contributions reçues, avec des estimations en moyenne de l'ordre de 25 %. Ce taux est particulièrement élevé et supérieur d'environ 7 fois en regard d'un taux de prévalence du handicap s'établissant de 2 % à 4 % pour la population générale."*³

Ces enfants "doublement vulnérables" sont pris à l'intersection de politiques publiques distinctes, victimes en quelque sorte des cloisonnements institutionnels. Les réalités qui sont les leurs, et les difficultés rencontrées par les familles et les professionnels ne sont pas suffisamment prises en compte.

Ce rapport pointe l'absence de données fiables et chiffrées concernant ce public, ce qui avait déjà été souligné par le rapport Piveteau en 2014 - "No data no problem" - ce qui n'empêche par le Défenseur des Droits de constater: "Outre la montée des situations de précarités, voire de pauvreté, les services de l'ASE sont davantage confrontés qu'auparavant à des enfants 'à grosse difficultés (handicaps, troubles psychiques ou psychiatriques, violences) dont la prise en charge s'avère plus complexe".

L'entretien mené avec le responsable du pôle Enfance de la MDPH des Bouches-du-Rhône met aussi l'accent sur la difficulté d'évaluer précisément le nombre d'enfants ayant une notification MDPH et relevant de l'ASE, faute outil informatique commun entre les deux services.

¹ Voir annexe 07 - Constats-Analyses-Entretiens.

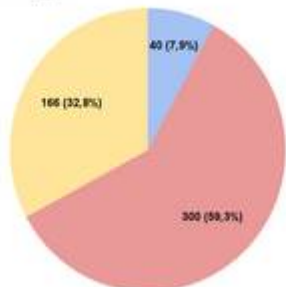
² Rapport 2015 Défenseur des droits "Handicap et protection de l'enfance"

³ Rapport 2015 Défenseur des droits "Handicap et protection de l'enfance" (Synthèse)

Sur les Bouches-du-Rhône, une étude de notification à la MDPH¹ présente les chiffres suivants: au premier janvier 2014, 2965 mineurs étaient placés à l'ASE, dont 506 avaient une notification MDPH en cours, soit 17,1 %.

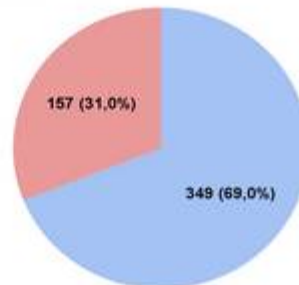
Répartition par âge

- 6 ans
- 7 à 13 ans
- 14 à 18 ans



Répartition par sexe

- Garçons
- Filles



Les mesures ASE de type « placement » concernent 80,2 % des 506 enfants dits en “double vulnérabilité”, se répartissant comme suit (en pourcentage des 506):

Répartition hébergement

- Placement familial
- MECS
- Sanitaire / médico-social
- Hors placement



Ces chiffres montrent l'impact de la “double vulnérabilité” sur les prises en charges, notamment pour les familles d'accueil et les MECS qui accueillent 71,4% de ce public.

Les différents entretiens menés sur deux MECS nous font estimer que 27% des jeunes pris en charges par l'ASE ont aussi une notification de la MDPH.

Un entretien avec un responsable de la MDPH nous permet de déduire qu'environ 8% des jeunes ayant une reconnaissance par la MDPH sont suivis par l'ASE.

Partant de ces constats, nous notons que les enjeux sont différents pour les champs de l'ASE et du handicap enfance.

Les discours des professionnels cadres et non cadres des MECS, font fréquemment mention de **l'évolution du public due à l'augmentation du nombre d'enfants en situation de handicap** au sein de leur établissement. Lors des entretiens, trois types de handicap ont été évoqués: le handicap mental, les troubles psychiques et du comportement.

¹ L De Montaigne, Olivier Bernard, D Da Fonseca, Jean Gaudart, A Richardson, M Soffer, B Chabrol, J.-C Dubus, E Bosdure, *Etude des notifications à la Maison départementale des personnes handicapées chez les enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance dans les Bouches-du-Rhône*, HAL archives-ouvertes.fr, disponible en ligne le 3 août 2015.

Concernant les six IME rencontrés, les pourcentages de jeunes relevant de l'ASE, sont très variables: ils vont de moins de 2% à près de 19% selon les établissements, l'IME Valbrise étant celui qui compte le plus d'enfants pris en charge par l'ASE. Les pourcentages de personnes en aménagement Creton sont eux aussi très variables d'une structure à l'autre, pouvant aller de moins de 5% à 26%.

Une évolution des publics est notée dans les **IME** mais pas pour les mêmes raisons. Suite à la fermeture des lits en pédopsychiatrie, à l'inclusion scolaire impulsée par la Loi de 2005, les IME sont confrontés à **des situations de handicap plus complexe ou plus lourd**.

A ce propos, un cadre de la MDPH 13 parle d'«explosion du nombre d'autistes» sur Marseille depuis une dizaine d'années et un accroissement des « multi-profils.¹ Le problème réside dans le manque de structures adaptées pour accompagner ces jeunes : « Le public des IME a changé, les IME doivent changer aussi ! »

Même si, conformément à son agrément, l'IME Valbrise accueille principalement des jeunes présentant une déficience intellectuelle, le rapport d'activité 2016 mentionne que 12,2% relèvent de la catégorie «autiste / TED» et 29,8% ont des troubles psychiques, à titre principal et associé ; 8,1% ont des troubles du comportement et de la communication mais seulement en troubles associés.

De plus, plusieurs cadres, d'IME ayant un agrément d'âge étendu (12/20 ans), notent que la majorité de leurs publics sort des unités localisées pour l'inclusion scolaire (ULIS) à la fin de la 4ème ou 3ème (à 15 ou 16 ans) avant d'être orientée en IME; cette scolarisation n'est pas toujours adaptée à leurs besoins et l'orientation en établissement médico-social est souvent vécue comme un échec voire une régression par les jeunes et les familles. Ainsi, les professionnels des IME doivent « *travailler la notion de handicap* » avec les personnes tout en proposant un accompagnement adapté, et cela sur un temps plus court.

L'évolution des publics en IME ne semble donc pas liée à l'accueil des jeunes relevant de l'ASE. Pourtant, plusieurs IME pointent des difficultés à les prendre en charge, notamment à l'adolescence. Une AS rappelle que ce passage est difficile et angoissant en général pour les jeunes, « *encore plus pour ceux de l'ASE* », à cause de liens de filiation trop fragiles. Une chef de service évoque des problématiques liées à l'abandon : « on travaille la séparation [sortie IME / MECS] à un moment critique pour eux. »

¹ Les multi-profils désignent des personnes cumulant plusieurs handicaps. Des « comités ados » ont lieu sur la Maison de l'adolescent (MDA) à Marseille pour proposer des temps d'échanges aux professionnels des différents champs (sanitaire, médico-social et social) ; un des thèmes abordés par le comité au 1er semestre 2017 a concerné les jeunes (12/14 ans) autistes relevant de l'ASE.

Les histoires familiales des jeunes, évoquées par les professionnels de MECS ou d'IME font apparaître des parcours d'enfance chaotiques et douloureux¹. Même si les jeunes rencontrés n'en ont pas parlé directement, la famille est un élément qu'ils prennent souvent en compte quand ils se projettent dans l'avenir.

Nous constatons que les jeunes concernés par l'étude sont "doublement vulnérables" par leur handicap et leur histoire familiale. Ils sont aussi fragiles du fait des multiples prises en charge. Un cadre de la MECS la Reynarde a employé le terme d'"incapacité" pour ces jeunes qui relèvent de plusieurs secteurs : « *ils appartiennent à trop de cases donc on sait plus dans quelle case les mettre* ». Un éducateur de la même MECS observe que leur place est effectivement difficile à trouver dans les établissements qui les prennent en charge. Un jeune accompagné au sein de son service se sent mal à l'IME car il est avec d'autres jeunes plus lourdement handicapés que lui ; il a aussi du mal en MECS car les autres jeunes le stigmatisent. Pourtant, les éducateurs repèrent aussi de meilleures compétences cognitives en général chez les jeunes placés en MECS ou en familles d'accueil ainsi qu'une plus grande autonomie. Ainsi les problèmes de cohabitation ne pourraient-ils pas être considérés comme les effets d'une prise en charge non adaptée au sein des établissements ?

3.2. Les entrées et sorties

A partir des diverses rencontres et entretiens avec les professionnels des IME Valbrise et Les Chalets, ainsi que les inspecteurs ASE et les responsables MDH, nous avons recueilli les différents constats énoncés par nos interlocuteurs, et les interrogations, entre autre, sur les effets de la « désinstitutionnalisation » mise en œuvre dans les secteurs du handicap et de la protection de l'enfance:

- Les jeunes intègrent les IME plus tardivement pendant leur adolescence, même si le phénomène semble se réguler depuis peu. A l'IME Valbrise, depuis 2013, l'âge moyen à l'admission est de 14 ans. Dans le rapport d'activité de Valbrise 2016 est précisé un « *abaissement significatif du nombre de jeunes ayant passé 16 ans au cours de l'admission sur ces trois dernières années* » et une augmentation des orientations au sortir d'autres IME, à cause des limites d'agrément d'âge. Une autre IME de l'AMSP évoque le même phénomène : « *Suite à la loi de 2005, les enfants étaient orientés en IME à 15 / 16 ans, c'est en train de se calmer, l'IME accueille de nouveau des enfants de 12 ans.* » De plus, Valbrise note un

¹ A ce propos, l'article de Francis Mouhot, « Le devenir des enfants de l'aide sociale à l'enfance », Devenir 2001/1 (vol.13), p.31-66, est particulièrement éclairant sur la difficulté à se construire pour ces jeunes placés à l'ASE.

nombre « *conséquent* » de situations relevant de l'ASE: 18,75% des jeunes reçus en préadmission en 2016.

- Les IME accueillent de moins en moins les jeunes en internat permanent, à savoir durant les week-ends et les vacances scolaires compris. Seulement trois sur vingt-huit IME dans les Bouches-du-Rhône fonctionnent 365/365 jours. A noter aussi que les places d'internats semaine de certains IME ne sont pas toujours remplies à 100%¹.

- Les MECS accueillent de plus en plus de jeunes ayant une reconnaissance de la MDPH, pris en charge en SESSAD, ITEP ou IME sans avoir pour autant, plus de moyens, en particulier pour la dimension médicale.

Cette étude nous a aussi permis de repérer des carences de places sur presque tous les dispositifs, qu'ils dépendent du médico-social ou de la protection de l'enfance.

Les services d'accueil en urgence pour les "publics ASE" sont saturés. Il est demandé aux MECS de compenser cette absence de places d'urgence.

Du côté des IME, un responsable de la MDPH des Bouches du Rhône note un allongement des listes d'attente et un manque de places en SESSAD. Parmi les IME pris en compte par l'étude, l'un d'entre eux² a une liste d'attente de 240 personnes pour une capacité de 120.

Les professionnels des MECS et des IME expriment leurs difficultés concernant la sortie et l'orientation des jeunes «doublement vulnérables».

Sur l'IME de Valbrise, nous constatons que 75% des effectifs ont plus de 16 ans (dont 21,62% sous amendement Creton), ce qui pose la question à court terme, d'un grand nombre d'orientations. 10% des "16-25 ans" sont pris en charge par l'ASE.

L'approche de la majorité est un facteur supplémentaire de fragilisation pour ce public: les risques de ruptures d'hébergement, d'accompagnement et de soins. La période 18 / 21 ans est en effet marquée par la possibilité ou non de signer un contrat jeune majeur. Les professionnels de terrain d'IME et de MECS témoignent de la montée d'angoisse que vivent les jeunes à l'approche de la majorité car ils doivent se projeter dans un projet de vie, devenir autonomes, avoir une orientation avant la fin du contrat jeune majeur. Une AS de l'IME Valbrise explique que « *certaines ont une capacité à se projeter, pour d'autres,*

¹ A Valbrise, le taux d'occupation moyen (nombre de journées réalisées / au nombre de **journées théoriques**) est de **0,67 en 2016, rapport d'activité Valbrise 2016, p. 7.**

² IME Vert Pré.

c'est pas possible, psychologiquement c'est pas possible, psychologiquement aussi, enfin, il y a plein de paramètres à prendre en compte (...) le projet doit s'adapter à l'individu et non pas l'inverse (...) des fois, on n'est pas suffisamment à l'écoute des difficultés des jeunes, (...) la réalité de terrain c'est qu'il faut qu'on trouve une solution pour l'après 20 ans et parfois il n'y en a pas, il n'y en a pas parce que le jeune n'est pas prêt (...) » Parmi les jeunes rencontrés en MECS, cette montée d'angoisse est perceptible: « *Il faut prendre en main les choses et des fois cela fait un peu stresser* ». Lorsqu'est évoquée l'échéance des 21 ans: *"c'est de l'entendre dire qui fait peur"*.

La question de l'habitat à la sortie est capitale; elle est souvent conditionnée par l'insertion professionnelle ou l'orientation en foyer de vie. De plus, si une orientation est possible en ESAT, ce dernier n'offre pas toujours de solutions d'hébergement adapté.

En MECS, même lorsque la sortie est préparée dans des logements diffus, autonomes, elle représente une source d'anxiété pour les jeunes. L'apprentissage à l'autonomie semble se faire trop tardivement ou ne pas être adapté au rythme des jeunes. Le passage à l'habitat diffus peut s'avérer brutal. Les CJM, dans les Bouches-du-Rhône sont signés sur 3 mois renouvelables ou pas. Une AS de l'IME Valbrise évoque la situation d'une jeune fille qui s'est retrouvée « à la rue » les week-ends et les vacances scolaires, suite à l'arrêt du CJM.¹

L'incertitude liée au CJM amène bien souvent les jeunes à mettre en échec leurs projets de formation ou professionnels, occasionnant ainsi des ruptures de parcours.

3.3. Les pratiques au sein de l'IME Valbrise et la MECS la Reynarde

Ce qui ressort de façon quasi systématique des entretiens avec les professionnels cadres de la MECS, et de l'IME c'est la méconnaissance de leurs pratiques et de leurs organisations respectives, de leurs identités et cultures professionnelles insuffisamment connues et partagées.

Les éducateurs de MECS ont tendance à dire, dans un premier temps, *"qu'ils ne savent pas faire... que c'est au secteur du handicap de s'occuper des personnes en situation de handicap"*. Certains disent *"qu'ils n'ont pas choisi de travailler en protection de l'enfance pour accompagner des jeunes en situation de handicap"*. Cela peut paraître surprenant, car nous retrouvons les mêmes référentiels métiers (éducateurs spécialisés, moniteur-

¹ « *Moi, j'ai une jeune fille qui a une orientation ESAT qui est dans l'attente d'une intégration et qui est SDF... voilà (...) c'est-à-dire que la semaine elle est en internat chez nous, le week-end et les vacances c'est une gamine à la rue (...) c'est une jeune fille qui est placée depuis ses 2 ans qui connaît les foyers qui connaît tous les foyers tous les fonctionnements (...) elle va avoir 21 ans (...) sachant qu'elle était sous CJM qu'ils n'ont pas voulu le renouveler avant 21 ans parce qu'elle ne se mobilisait pas (...) c'est une jeune fille pour qui j'ai demandé une mesure de protection.* »

éducateurs etc.), les mêmes conventions collectives (CCN 51 et 66), les mêmes lois régissant le secteur (2002, 2005) et parfois la même association (AMSP).

Les acteurs d'IME s'estimeraient plus "*experts*" en éducation spécialisée et projets de formation ou professionnels. Certains pensent ne pas avoir suffisamment de connaissances sur les profils dits abandonniques et "*que c'est aux éducateurs de la protection de l'enfance de s'occuper du logement*". Souvent, ils repèrent chez les jeunes relevant de l'ASE davantage de problèmes de comportement que chez les autres. Une professionnelle de la Maison de l'adolescent de Marseille trouve les IME et les ITEP particulièrement « frileux » à accueillir ce public «*qui a des troubles du comportement* ».

Cette méconnaissance mutuelle engendre des représentations réductrices des secteurs de l'enfance et du handicap : pour les MECS, les IME apparaissent comme des organisations "*fermées, rigides et infantilisantes*"; pour les IME, les MECS sont perçues comme "*inadaptées aux enfants en situation de handicap*" et ayant tendance à se « *décharger sur les IME* » pour tout ce qui concerne l'accompagnement médical. A l'IME Valbrise et à la MECS la Reynarde, nous avons repéré quelques professionnels (cadres et non cadres) ayant une expérience dans les deux champs (handicap, protection de l'enfance) mais ils restent minoritaires. Ces derniers disent ne pas rencontrer de difficultés face à ce public.

De plus, les professionnels d'IME et de MECS n'ont pas la même définition des projets¹. Des différences sont notées aux niveaux de la temporalité institutionnelle² et de la conception-même des projets. Dans une MECS, l'utilisation des projets personnalisés est pointée comme un axe d'amélioration par l'évaluation externe et la direction de l'établissement.

Des freins à la continuité des parcours sont aussi repérés au niveau des pratiques des équipes ASE et des inspecteurs. Une quinzaine d'inspecteurs ASE intervient sur Marseille. Les IME et les MECS ont à faire à des équipes différentes selon le lieu originel d'habitation des jeunes. Les pratiques des inspecteurs et des équipes ASE ne sont pas forcément les mêmes, elles dépendent « des personnes ». En guise d'exemple, une AS d'IME évoque la disqualification des familles par certains référents ASE qui « *montrent la*

¹ « *L'ASE et une institution spécialisée comme la nôtre on n'a pas la même vision d'un projet en fait ce que nous on va appeler un projet pour le jeune ça va être vraiment une logique de parcours et de continuité alors que l'ASE quand elle va parler du projet du CJM il faut des solutions à l'instant T, il faut qu'ils puissent proposer des solutions à l'inspecteur pour qu'il puisse valider le projet (...)* » propos d'une AS d'IME; « *Ils [les IME et les ITEP] ont la vision du projet global mais tout tourne autour de l'autorité parentale* », propos d'un professionnel de MECS.

² Concernant l'ASE, la limite du CJM est fixée à 21 ans alors qu'à l'IME, l'Amendement Creton permet de dépasser la limite d'agrément d'âge (20 ans) en attendant de trouver une solution. La pression n'est donc pas la même.

voie à suivre et ne laissent pas forcément la place aux parents pour essayer de se reconstruire en tant que parents tout simplement (...) tout dépend du professionnel avec qui on est ».

Des décalages sont aussi observés au niveau de l'interprétation des CJM par les inspecteurs ASE qui parfois ne prennent pas suffisamment en compte le handicap des jeunes «doublement vulnérables »: une inspectrice accepte de signer un CJM à partir d'un projet de vie (absence de projet professionnel) alors qu'une autre peut le refuser¹. Ce constat est partagé par les professionnels non cadres d'IME et de MECS.

Malgré ces points de faiblesse, les pratiques décrites par les professionnels de terrain des deux secteurs montrent une forte implication dans leur engagement professionnel et une réelle prise en compte des problèmes rencontrés par les jeunes « doublement vulnérables ». En guise d'exemple, un éducateur de MECS questionne l'organisation actuelle de l'établissement et les pratiques mises en œuvre, pas toujours adaptées à l'accueil des personnes en situation de handicap. Ces dernières « sont obligées de suivre » le rythme des autres ; cela peut être bénéfique dans certains cas mais pas toujours. Comme point positif, nous observons que les pratiques des MECS liées à l'accompagnement vers l'âge adulte se développent, notamment sur des services avec des logements autonomes, où les éducateurs évaluent la capacité des jeunes à se prendre en charge de manière autonome. Nombreux sont ceux, y compris les cadres, qui jugent la limite des 21 ans non appropriée dans un contexte de crise du logement et de l'emploi.

Face aux sorties difficiles et pour garantir la continuité des parcours, les IME rencontrés essaient eux aussi d'adapter leurs pratiques. Deux axes semblent être privilégiés : l'insertion sociale et professionnelle. A Valbrise, des stages sont mis en place pour les jeunes à partir de 16 / 17 ans en ESAT ou en foyers de vie. Le milieu ordinaire est parfois envisagé mais

¹ Une AS de l'IME Valbrise évoque la situation d'une jeune fille qui « n'avait pas d'hébergement et on nous dit si elle n'a pas d'hébergement on peut accompagner l'hébergement mais sans personne référente au niveau de ... c'est-à-dire qu'il y avait l'institution donc nous et l'hôpital qui faisait office d'hébergement pour l'instant, on nous dit s'il n'y a pas un autre hébergement autre que l'hôpital donc soins, on peut pas faire de CJM donc c'est-à-dire que institution donc santé soins et médico-social, on a dû batailler pour expliquer le fait que pour l'instant ce n'était pas quelque chose qui pouvait se penser et que faute de moyens et que finalement elle était hébergée donc on a dû se battre pour quelque chose finalement qui n'a pas lieu d'être pour obtenir la signature d'un CJM en sachant qu'on nous proposait uniquement trois mois et qu'on a dû se battre pour demander au moins un an... ils nous ont dit on vous l'accorde pour trois mois le temps que vous lui trouviez quelque chose... et ça aussi c'est insensé de nous dire qu'en trois mois on va trouver un hébergement autre que le milieu hospitalier pour une jeune fille qui a des troubles psychiatriques et qui est dans une situation... euh... en phase de stabilisation j'allais dire mais qui à l'instant T ne permet pas de penser ça ... L'ASE nous propose trois mois de CJM. »

rarement. Un service spécifique a été créé (service insertion) pour accompagner les jeunes dans l'élaboration de leur projet de vie. Mais l'accompagnement vers le logement n'apparaît pas comme une priorité¹. Face aux besoins, une AS a été recrutée spécifiquement pour soutenir ce public.

Pour l'ensemble du personnel éducatif, les entretiens ont permis une prise de conscience de la problématique soulevée par l'étude, pour d'autres, un échange permettant un début d'analyse, et enfin une reconnaissance des difficultés rencontrées dans leurs pratiques.

3.4. Les coopérations et coordinations

3.4.1. A l'externe

Le rapport du défenseur des droits de l'enfant montre qu'un manque de coopération, de coordination et de dialogue entre les secteurs handicap et ASE peut mettre à mal l'accompagnement du public, pouvant aller jusqu'à la rupture de parcours².

Les schémas départementaux et régionaux, eux aussi font appel à cette obligation de partage.

Les différents entretiens avec les professionnels des deux secteurs viennent confirmer ces manques dans les prises en charge et l'élaboration des projets personnalisés, souvent construits sans consultation réciproque entre les professionnels.

La multitude des partenaires et leur vision spécifique ne simplifient pas la compréhension des situations et l'évaluation des besoins de la personne. On en revient à la notion de "morcellement" avancée par le défenseur des droits de l'enfant.

*"(...) Dans sa décision n° MDE-2015-103, le Défenseur des droits s'est expressément prononcé en faveur de la généralisation effective du PPE sur l'ensemble du territoire national, en tant qu'outil central de la cohérence et de la continuité des parcours, permettant à chacun, parents, enfants et professionnels d'en être partie prenante..."*³

Depuis le rapprochement de l'ASE et la MDPH du département des Bouches du Rhône dans un même bâtiment, les professionnels de chaque secteur sont motivés pour se rencontrer et élaborer ensemble. La coopération en est facilitée, pour preuve, la création

¹ Projet d'établissement IME Valbrise mis à jour le 20/12/2013: service d'insertion, g.5.6.

² *"(...) la double vulnérabilité à laquelle ces enfants sont confrontés, devrait nécessiter, absolument, de dépasser ces clivages institutionnels et ces cultures professionnelles différentes. Faute de coordination suffisante, l'intervention simultanée à ces différents titres risque d'avoir l'effet de morceler la prise en charge de l'enfant au détriment d'une vision globale et partagée des besoins."*, rapport 2015 consacré aux droits de l'enfant (Synthèse) p33

³ Rapport 2015 consacré aux droits de l'enfant (Synthèse) p34.

d'une fiche de liaison ASE / MDPH qui précise en quelques lignes la situation de la personne concernée. La mise en place des commissions critiques à la MDPH permet de réunir un ensemble de partenaires, autour des situations de jeunes en rupture de parcours ou risquant de l'être. La MDA de Marseille organise quant à elle, des réunions de synthèse relatives aux « adolescents difficiles » qui ont des situations complexes. Ces deux instances sont destinées à réunir différents partenaires pour trouver des pistes de travail en commun, des solutions « sur-mesure ». Certains acteurs des MECS se saisissent de la MDA alors que ceux des IME font appel à la MDPH. Le cloisonnement des secteurs est de nouveau flagrant.

Prendre note également de territoires pionniers¹ qui réfléchissent aux modalités d'élaboration de PAG et à la composition de GOS, en regard des commissions critiques qui préfigurent en quelque sorte les GOS, avec pour objectif de prévenir la rupture des parcours, répondre à des besoins spécifiques ou prévenir certains risques².

3.4.2. En interne de l'AMSP

Le constat général est l'absence d'un projet global d'accompagnement inter-établissements favorisant la continuité des parcours. En effet, il est constaté que les professionnels des IME sont invités aux synthèses mais y participent de façon inégale. Ils ne sont pratiquement jamais invités aux CARS, qui sont pourtant des instances de décision.

De plus la multiplicité des projets (DIPC / PPE/ PP) ne contribue pas à la cohérence des parcours des jeunes accompagnés et au sein de l'AMSP, les établissements ne sont pas tous au même niveau d'élaboration, d'appropriation et de la mise en place des outils. Dans ceux de l'IME, l'onglet 6 relatif au partenariat et mise en œuvre du projet n'est pas rédigé ainsi que celui relatif aux propositions du jeune et de sa famille. Si les échanges entre la MECS et les IME existent, ils sont peu formalisés et dépendent de l'engagement et de la volonté des professionnels. Néanmoins, ces derniers souhaiteraient qu'un référent de parcours puisse regrouper les informations et animer un projet "global"

Enfin, la méconnaissance mutuelle présentée dans la partie précédente ne favorise pas la coopération entre les acteurs des champs de l'ASE et du handicap: les représentations représentent un frein à l'instauration du climat de confiance. Le manque de temps est souvent incriminé: dans une MECS, les éducateurs ne sont en équipe complète qu'une matinée par semaine, temps jugé insuffisant pour réfléchir collectivement à l'analyse des besoins des jeunes, co-construire les projets personnalisés, se projeter dans le futur; ils

¹ Département de l'Yonne.

² Voir annexe 08 - focus PAG.

disent travailler souvent dans l'urgence. Un cadre de MECS précise qu'un accompagnement global est difficile à mettre en œuvre car il nécessite des temps de rencontres réguliers avec les partenaires. Les cadres des IME disent préférer participer aux synthèses qu'aux CARS par manque de disponibilité.

En ce qui concerne les équipes ASE, le grand nombre de situations à gérer entraîne des *“lourdeurs administratives”* qui freinent la fluidité des accompagnements.

3.5. Etat des lieux de l'offre de services

L'accessibilité aux ressources du territoire reste relativement complexe dans le département des Bouches du Rhône, du fait d'un manque de visibilité et d'une absence de véritable cartographie des établissements et services, représentative de toutes les déficiences. Nous avons repéré que dans 22 régions, des systèmes d'information avaient été développés (Via Trajectoire¹). En soi, cette complexité pourrait faire l'objet d'une étude. Pour autant, renonçant à l'exhaustivité, nous faisons le choix de faire apparaître les dispositions qui vont dans le sens de l'accessibilité de l'offre pour les publics qui nous intéressent.

Tout d'abord, certains dispositifs innovants² existent sur Marseille: l'accueil temporaire, les sections d'activité occupationnelle des ESAT, l'accueil séquentiel en internat ou accueil de jour, les temps partagés entre le sanitaire et le médico-social ou entre le social et le médico-social ou encore avec l'école, autant de pratiques qui visent à fluidifier les parcours et/ou éviter les ruptures d'accompagnement.

L'existence et le fonctionnement de ces dispositifs sont connus et développés dans tout le département, et également par l'AMSP.

Les 19 IME disséminés sur le territoire marseillais, appuyés par la MDPH qui commence à éditer des **doubles notifications** IME/SESSAD, tentent d'apporter des réponses plus souples aux jeunes. C'est la traduction de l'ambition 'zéro sans solution' du rapport Piveteau.

Depuis peu, certaines MDPH précisent dans leur notification « IME dans le cadre d'une **équipe mobile** », offrant au jeune le bénéfice du plateau technique de l'IME sans être présent au sein de l'établissement. Cela concerne les établissements qui ont mis en place

¹ Voir annexe 09 - Accessibilité visibilité offre de service.

² Dispositifs qui ne correspondent pas aux catégories d'établissements et services définies par les nomenclatures officielles (FINESS) et/ou ne bénéficiant pas de financement pérenne. Voir annexe 12 - FINESS.

aux côtés de leur service de suite, une nouvelle modalité d'intervention nommée «équipe mobile», ce qui n'est pas le cas pour les IME de l'AMSP.

Les interventions des **SESSAD** (X20 sur Marseille), caractérisés par leur souplesse de fonctionnement, favorisant l'intégration scolaire et l'acquisition de l'autonomie, ont lieu dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou de l'adolescent et dans les locaux même du SESSAD. L'AMSP dispose de deux SESSAD (Valbrise, Le Chemin), tous deux rattachés à un IME (Valbrise, Les Chalets) qui se caractérisent également par cette souplesse d'intervention.

En passant d'un internat complet à un internat séquentiel ou à une prestation sur les lieux de vie et en milieu ordinaire, les **dispositifs ITEP** (X7 sur Marseille) constituent également une avancée indéniable dans ce sens, mais n'intègrent cependant pas les réponses du secteur sanitaire ou du secteur social dans une logique de « plateforme ».

Concernant le secteur adulte, les places en ESAT (une douzaine d'établissements sur Marseille) sont relativement limitées, par des délais d'attente relativement longs, un manque de places et des critères d'admissibilité aujourd'hui plus exigeants. De plus, il existe peu de possibilités d'intégrer les jeunes à temps partiel à ces établissements, ce mode d'accueil étant plutôt réservé au personnel «vieillissant». Les foyers de vie et les MAS, au vu de leur faible turnover, afficheraient des listes d'attente conséquentes.

L'ESAT Parade/Rouet géré par l'AMSP intervient dans des domaines qui supposent un niveau d'habileté important et une endurance certaine pour supporter les cadences de travail.

A noter également l'existence d'une équipe pluridisciplinaire au sein de la MDPH, spécialement consacrée aux jeunes âgés de 16 à 25 ans, composée de membres des EPE enfants / adultes et d'autres partenaires. Cette composition « mixte » facilite l'anticipation et les **transitions entre le secteur «enfants » et le secteur « adultes »**.

L'analyse documentaire nous a permis d'identifier un certain nombre de dispositifs, peu, voire pas utilisés (habitat inclusif¹ et d'autres formes d'habitat et d'accompagnement², y compris hors les murs).

Les professionnels interrogés lors de notre enquête souhaitent qu'une personne ressource soit identifiée, permettant une «veille» sur l'évolution des dispositifs, voire leur création. Ils évoquent une lecture de l'offre de service complexe, une inégale répartition des IME sur le territoire marseillais, avec une faible représentativité au nord du département. Les

¹ Voir annexe 10 - Logement d'abord et habitat inclusif PCH.

² Voir annexe 11 - D'autres formes habitat et d'accompagnement social.

orientations vers les foyers de vie sont restreintes, avec des délais d'attente exponentiels. Idem au sein des ESAT, où les professionnels reconnaissent la nécessité d'un travail en amont sur un savoir être de la personne pour favoriser leur insertion, l'accès devenant de plus en plus, selon leurs dires, "*sélectif*".

4. Plan d'action et préconisations

Les résultats de notre enquête nous amènent à apporter des réponses en priorité aux constats suivants :

- Le passage à la vie adulte crée des angoisses car il suppose la sortie, l'abandon d'une "sécurité" institutionnelle et la projection difficile sur la vie adulte.
- Les ruptures de parcours sont repérées au niveau de l'habitat et de l'accompagnement entre 18 et 21 ans.
- les pratiques internes doivent s'adapter face à l'évolution des publics.
- Les coopérations internes / externes et la coordination ne sont pas satisfaisantes.

En prenant en compte la réorganisation de l'AMSP en plateforme Nord et Sud-Est, et en nous inspirant de l'architecture proposée par le projet SAVA dans son intention d'accompagner les jeunes à la vie sociale, nous proposons plusieurs axes de préconisations:

- Favoriser les coopérations, l'accessibilité et la visibilité de l'offre par la mise en place d'un plateau technique au sein de la plateforme sud-est de l'AMSP et coordonner les parcours des jeunes en double vulnérabilité.
- Renforcer la coordination des acteurs afin d'éviter le morcellement de l'accompagnement en regard de la multiplicité des projets des jeunes.
- Rendre possible un "chez soi" pour ces jeunes, favoriser une inscription en milieu ordinaire.
- Accompagner les professionnels dans l'évolution de leurs pratiques

4.1. Un plateau technique pour la plateforme Sud-est.

Ce plateau technique est un espace d'élaboration des parcours pour le public 16 - 25 ans, afin de favoriser et d'accompagner le passage à la vie adulte. L'accent sera mis sur le droit commun et l'inclusion en milieu dit "ordinaire". Une attention particulière sera portée aux jeunes présentant de multiples vulnérabilités. **Les situations du public ASE / MDPH seront systématiquement prises en compte et traitées en priorité.**

4.1.1. Les caractéristiques de ce plateau technique:

- Un outil de mutualisation des moyens et des ressources humaines.
- Un pôle ressource et un observatoire de l'offre de service transversaux aux différents champs.
- Un outil de coopération et de coordination interne et externe.

- Un pôle de compétences multiples pour des réponses adaptées à des situations complexes.

4.1.2. Les missions de ce plateau technique :

- L'accompagnement vers et dans un habitat adapté.
- L'accès et continuité des soins.
- L'ouverture et maintien des droits.
- L'accès à la citoyenneté et participation à la vie économique, sociale et culturelle.
- L'accompagnement à la formation et/ou à l'emploi.

4.1.3. Compétences et qualifications.

Il est important d'avoir une diversité de professionnels dont les compétences et les qualifications soient transversales aux différents secteurs concernés par l'action de ce plateau technique.

4.1.4. Conduite du plateau technique.

Pour fonctionner, ce plateau technique a besoin d'un intervenant dont les missions sont:

- Piloter le plateau technique et son évolution.
- Etablir un diagnostic des ressources et de l'organisation de l'offre de services du territoire.
- Coordonner et appuyer l'action des référents de parcours.
- Rendre compte de l'activité du plateau technique au conseil stratégique de la plateforme Sud-Est.

Ce poste requiert un niveau I tourné vers des formes d'ingénierie des systèmes d'organisations sociales, sanitaire et médico-social. Il nécessite une fine connaissance du territoire, des fonctionnements institutionnels et tutélaires, des politiques publiques.

4.1.5. Les référents de parcours.

Pour l'IME, les actuels coordinateurs de projet pourraient être désignés comme référent de parcours. Pour la MECS, il semble aujourd'hui incontournable qu'un référent de parcours soit repéré; de même pour les autres acteurs institutionnels investis sur cette plateforme.

Pour les jeunes en **double vulnérabilité**, nous préconisons un **référent unique**.

Les professionnels repérés bénéficieront d'une formation commune de référent de parcours¹.

¹ Mettre exemple de formation

4.1.6. Mise œuvre du plateau technique.

L'IME Valbrise, dans sa précédente proposition d'évolution en plateforme et la création du SAVA, est précurseur de notre préconisation.

Les ressources mises en œuvre à partir de ce projet SAVA peuvent être intégrées au plateau technique, ainsi qu'une partie des ressources du service insertion.

Ce plateau technique, dans un premier temps pensé pour la plateforme Sud-Est, mériterait d'être étendu à l'ensemble de l'AMSP, intégrant de fait, non seulement les ressources de la plateforme Nord, mais aussi de tous les autres établissements.

4.1.7. Conseil stratégique de la plateforme Sud-Est.

Il est constitué des responsables associatifs et directeurs d'établissements dont les structures ou services sont engagés dans l'action du plateau technique. Ce conseil décide des orientations stratégiques et accompagne le développement de la plateforme.

4.2. Renforcer la coordination

4.2.1. Au niveau des tutelles

La contractualisation d'un CPOM, devenue obligatoire pour les ESMS (2017-2021)¹ par la loi HPST, peut permettre d'envisager des nouveaux modes d'organisation gestionnaire, de nouvelles relations avec les tutelles, instaurant un dialogue autour des projets associatifs, des modèles de contrat pouvant s'adapter aux besoins des établissements tout en respectant les cahiers des charges indexés à ces CPOM.

4.2.2. Au niveau des établissements

Pour tout jeune "doublement vulnérables", la co-construction du PPE dans les 2 mois qui suivent son admission, nous paraît nécessaire. Y figureraient les préconisations et les objectifs fixés par l'IME et la MECS.

¹ Une nouvelle étape pour la contractualisation dans le champ médico-social s'ouvre puisque pour relancer la dynamique de la contractualisation, la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) pour le secteur des personnes âgées et les lois n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 et n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2016 et 2017 dans le secteur des personnes en situation de handicap ainsi que pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), ont prévu diverses mesures en faveur d'une généralisation de la contractualisation." "De même, l'article L. 313-12-2 du CASF prévoit que les établissements et services du secteur des personnes en situation de handicap sous compétence exclusive ou conjointe des ARS ainsi que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), doivent signer un CPOM, sur la base d'une programmation arrêtée par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental" Extrait de INSTRUCTION N° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code.

Les professionnels de l'IME doivent être présents aux synthèses et aux CARS. La présence d'un cadre de l'IME (ou autre personne mandatée) aux CARS pour participer aux décisions prises dans ce cadre, nous paraît judicieuse.

La loi du 14 mars 2016 prévoit qu'un *“entretien (voire deux si nécessaire) organisé un an avant [la] majorité [des jeunes] doit aider à évaluer leurs besoins et à prévoir leur projet d'accès à l'autonomie, en y associant des institutions gérant des dispositifs de droit commun afin d'apporter une réponse globale aux jeunes”*. On peut concevoir que les IME soient associés à ces entretiens dans un esprit de coopération et qu'ils les sollicitent si nécessaire.

4.3. Les pratiques

Les différents entretiens effectués auprès des professionnels des MECS et des IME nous amènent à proposer des axes d'amélioration pour permettre :

- Une culture professionnelle commune
- Une meilleure connaissance des secteurs respectifs des professionnels
- Des limites d'intervention entre les professionnels sur leur champ d'activités respectives clairement identifiés, voire définies.
- Un décloisonnement des interventions

4.3.1. Au niveau des équipes de direction

Le recrutement des professionnels: les recrutements doivent prendre en compte les exigences de l'accompagnement et l'évolution probable des prises en charge. Les professionnels devront être informés des caractéristiques des personnes accompagnées et des dynamiques de formation dans lesquelles ils devront s'inscrire.

L'actualisation des fiches de poste des professionnels: elles leur permettront d'identifier plus clairement et précisément les missions qui leur sont confiés, leurs limites d'intervention. Cette actualisation est à élaborer conjointement entre un petit groupe de professionnels et la direction afin que les attendus de la fonction puissent être partagés.

4.3.2. Au niveau des professionnels non cadres

La mobilité du personnel en interne à l'AMSP: elle offre la possibilité aux professionnels de la MECS d'aller exercer leur métier au sein de l'IME, et vice et versa, peut être une expérience très enrichissante pour les salariés. L'idée première étant de s'acculturer d'une pratique différente de la leur. Ce capital ressources est susceptible de générer des bénéfices au sein de l'AMSP et au profit des personnes accompagnées. Elle devra être prévue pour une période minimale d'une année pour ne pas déstabiliser les

jeunes par les mouvements du personnel. Aussi, cette « expérimentation » repose sur le volontariat.

Des formations communes aux professionnels des différents champs: elles permettraient de développer un minimum cette « culture commune », essentielle pour une bonne qualité de communication. Ces formations pourraient porter sur les troubles du comportement (TED, TSA, etc...), sur les profils abandonniques, sur les théories de l'attachement...

L'organisation de rencontres inter-établissements: Organisées à petite échelle, de façon régulière, ces rencontres mêlant les professionnels et les jeunes de la MECS et de L'IME autour d'activités ludiques, culturelles ou sportives peuvent contribuer au décloisonnement des deux champs.

4.4. La possibilité d'un "chez-soi".

Des formes de soutien et de coordination doivent pouvoir être mobilisés autour d'un projet de vie en logement afin de consolider les parcours, assurant une transition vers le milieu ordinaire et si nécessaire le retour vers la forme d'habitat et forme de vie antérieure. Aussi prévoir, pour ceux qui le souhaitent, d'expérimenter la vie à domicile sur une durée limitée. La personne pourrait tirer elle-même les enseignements de cette expérience, dans un contexte où la prise de risque pour elle demeure limitée et contrôlée.

Nous revenons un peu plus précisément dans les **annexes**¹, sur la politique dite du Logement d'Abord , sur la notion d'Habitat Inclusif et sur la mise en commun des prestations de compensation du handicap et des aides humaines et techniques nécessaires pour étayer ce que nous apparaît comme une préconisation importante de ce rapport, à savoir la possibilité d'un "chez soi" et la garantie d'une liberté résidentielle.

Ce qui est visé, c'est la mise en œuvre d'un système d'offre de service associé au logement. Dans une logique de projet/parcours de vie, il s'agira d'adapter et de sécuriser durablement l'environnement des personnes, afin de leur garantir des marges de manœuvre pour une autonomie et une inclusion sociale en milieu ordinaire.

¹ Voir annexes 10 et 11 - Logement d'abord et habitat inclusif PCH / D'autres formes d'habitats et accompagnement social.

Conclusion

L'étude de terrain commandée par l'IME Valbrise questionnait initialement la coopération entre l'IME et la MECS la Reynarde ainsi que leurs tutelles. La thématique est complexe car de nombreuses problématiques en découlent. Notre travail collectif n'a aucune prétention d'exhaustivité mais nous espérons qu'il ouvre des pistes de réflexion.

Toutes les problématiques n'ont pu être traitées dans ce rapport. L'enthousiasme de la recherche a été rattrapé par la réalité de terrain: des choix ont été faits et nos ambitions de départ ont dû être revues à la baisse. Méthodologiquement, nous avons envisagé de rencontrer des familles, pour aborder leur place en tant que parents et leurs liens avec les acteurs des différents secteurs, ce que nous n'avons pu faire. Les professionnels, tout en adhérant à la démarche, avaient évoqué des difficultés de les associer. Par ailleurs, le périmètre de l'étude a évolué suite au projet de création des plateformes au sein de l'AMSP.

Les jeunes de 16 à 25 ans en situation de handicap et relevant de l'ASE commencent à être pris en compte par les politiques publiques. Le rapport 2015 consacré aux droits de l'enfant, *Handicap et protection de l'enfance*, a contribué à rendre ces publics visibles. L'emploi de l'expression "double vulnérabilité" insiste sur la nécessité d'aider ces jeunes à l'interstice des différents secteurs, de les soutenir dans leur(s) situation(s) de handicap et de les accompagner dans leur construction personnelle, malgré des liens de filiation abîmés voire rompus. La complexité des situations, l'insuffisance de coopération et de coordination, peuvent amener à des ruptures de parcours, en termes d'hébergement et d'accompagnement.

Au-delà de l'accueil en institution ou en famille d'accueil, l'**accompagnement hors les murs** constitue une réponse complémentaire à un besoin légitime d'inclusion et de participation à la vie économique, sociale et culturelle. Cette forme d'accompagnement interroge le modèle institutionnel actuel dans la mesure où elle découle plutôt d'une dynamique de désinstitutionnalisation¹. Celle-ci répond aux enjeux d'une prise en charge médico-sociale plus inclusive, s'inscrivant dans une logique de plateforme mobilisable "**dans et hors les murs**".

¹ Document d'orientation politique : *Pour une société inclusive, un levier : la désinstitutionnalisation*, les documents ANAPEI, juin 2015 : « la désinstitutionnalisation est un levier pour une société inclusive. Bien que le terme soit anxiogène, l'UNAPEI est convaincue que la désinstitutionnalisation ne se traduira pas par l'extinction du médico-social né d'un combat militant ni par la fermeture des établissements mais constituera bien une évolution positive d'une société ouverte qui prône le Vivre ensemble »

La mutation du secteur médico-social et celle engagée par l'AMSP est effective depuis longtemps, reste aussi au milieu ordinaire à se rendre de plus en plus accessible dans tous les domaines de la vie collective. C'est précisément **le secteur médico-social**, en vertu de son expertise dans la compréhension des besoins des personnes handicapées qui se doit d'être innovant pour favoriser l'inclusion.

Sigles et acronymes

ACT: Appartement de Coordination Thérapeutique
AMSP : Association Médico-Sociale de Provence.
ARS: Agence Régionale de Santé
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
CARS : Commission d'Admissions et de Révisions des Situations.
CATTP : Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel.
CJM : Contrat Jeune Majeur
CMP: Centre Médico-Psychologique
CNSA: Caisse nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM: Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CVS : Conseil de Vie Sociale
DEIS : Diplôme d'Etat d'Ingénierie Sociale.
DIPC : Document Individuel de Prise en Charge
EPE: Equipe Pluridisciplinaire d'Evaluation
ESAT: Etablissements et Services d'Aide par le Travail
ESMS: Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
ETP: Equivalent Temps Plein
FAM: Foyer d'Accueil Médicalisé
GED : Gestion Electronique des Dossiers
GEM: Groupes d'Entraide Mutuelle
GEVA: Guide d'Evaluation des besoins de compensations de la personne handicapée
GOS: Groupe Opérationnel de Synthèse
HPST : Loi portant réforme à l'hôpital, relative aux patients, à la santé, et aux territoires.
IME: Institut Médico-Educatif
IMPP : Institut médico pédagogique de Provence
ISMC : Institut Supérieur Marseille Cadenelle
ITEP: Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MDA : Maison Des Adolescents
MDPH: Maison Départementale des Personnes Handicapées
MECS: Maison d'Enfants à Caractère Social

PAG : Plan d'Accompagnement Global

PAI : Projet d'Accompagnement Individualisé

PAOA : Programmation Adaptée des Objectifs d'Apprentissage

PP: Projet Personnalisé

PPE : Projet Pour l'Enfant

PPI : Projet Pédagogique de scolarisation

PPRE : Projet Personnalisé de Réussite Educative.

PRS : Projet Régional de Santé

SAMSAH: Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAMSAH-Psy: Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés souffrant de troubles psychiques

SAVA : Service d'Accompagnement à la Vie Adulte.

SAVS: Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SESSAD: Service de Soins et d'Education Spécialisé A Domicile

SROMS : Schéma Régional Organisation Médico-Social

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

SRP : Schéma Régional de Prévention.

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

TED : Troubles Envahissant du Développement

TSA : Troubles du Spectre Autistique

ULIS : Unité Localisé pour l'Inclusion Scolaire

Bibliographie

ETUDES / RAPPORTS:

- Etudes et Résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, janvier 2016, numéro 0946.
- Rapport 2015 consacré aux droits de l'enfant, *Handicap et protection de l'enfance*, "des droits pour des enfants invisibles".
- Rapport Piveteau 2014 "zéro sans solutions": le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches.
- L. DE MONTAIGNE, O. BERNARD, D. DA FONCESCA, GAUDART Jean, A. RICHARDSON, M. SOFFER, B. CHABROL, J.-C DUBUS, E BOSDURE, Etude des notifications à la Maison départementale des personnes handicapées chez les enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance dans les Bouches-du-Rhône, HAL archives-ouvertes.fr, disponible en ligne le 3 août 2015

OUVRAGES / ARTICLES:

- AMYOT Jean-Jacques, « Les tribulations de la coordination gérontologique ; des stratégies aux usagers », *Vie sociale* 2010-1 (n°1)
- BLOCH Marie-Aline, HENAUT Léonie, *Coordination et parcours*, "La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social", Dunod, Paris, 2014
- BOUTINET J. P, *Anthropologie du projet*, 2ème édition Quadrige, PUF, 2002
- CHOIGNOT Christine, *Parcours, usager, citoyen, territoire: les décalages d'un nouveau "paradigme"*, Journée d'étude Conférence de territoire de la Meuse, UNIOPSS, 26 novembre 2015
- GUEGUEN Jean-Yves (coordination éditoriale), *L'année de l'action sociale 2017*, Dunod, Paris, 2016
- JAEGER Marcel, "*L'actualité et les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs*", OASIS, Le Portail du Travail Social, <http://www.travail-social.com>, mai 2010
- MINTZBERG Henry, *Structure et dynamique des organisations*, 12ème édition, Eyrolles, Editions d'organisation, 1998.
- MOUHOT Francis, « Le devenir des enfants de l'aide sociale à l'enfance », *Devenir* 2001/1 (vol.13), p.31-66
- ROCHE François, "Le rapport du CSTS sur l'articulation du sanitaire et du social", *Vie sociale* 2007 / 1 (N°1), p.87-95