



**Démarche territorialisée d'appui
aux acteurs locaux pour l'accompagnement
coordonné des adolescents à difficultés multiples
dans le département de l'Aveyron**

Rapport final

Février 2015

Inca Ruiz, Conseillère technique CREAI-ORS LR

Nathalie Martinez, Conseillère technique CREAI-ORS LR

Appui commandité par l'ARS Midi-Pyrénées



SOMMAIRE

1. Contexte de la démarche	5
2. Objectifs de la démarche	6
3. Méthode	7
3.1 METHODOLOGIE GLOBALE DE LA DEMARCHE	7
3.2 POPULATION CONCERNEE.....	8
4. Calendrier	8
5. Résultats : ELEMENTS DE CADRAGE	10
5.1 DONNEES DE CADRAGE	11
5.1.1 Données de cadrage sociodémographiques	11
5.1.1.1 Population des adolescents	11
5.1.1.2 Adolescents vivant dans une famille monoparentale.....	12
5.1.1.3 Adolescents non scolarisés et non diplômés	13
5.1.1.4 Adolescents accompagnés par le secteur de la Protection de l'enfance .	15
5.1.1.4.1 Adolescents bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance	15
5.1.1.4.2 Adolescents bénéficiaires d'actions éducatives de la Protection de l'enfance	19
5.1.1.5 Adolescents accompagnés par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)	21
5.1.2 Offre et équipement en établissements et services pour enfants à difficultés multiples.....	22
5.1.2.1 Offre en accueil dans l'aide sociale à l'enfance	22
5.1.2.2 Offre en accueil pour enfants et jeunes en situation de handicap.....	24
5.1.2.3 Offre en accueil pour jeunes en difficultés psychiques	28
5.1.3 Santé mentale des adolescents : affections psychiatriques de longue durée.....	31
5.1.4 Autres dispositifs existants d'accompagnement des adolescents dans le département de l'Aveyron	33

5.2 CARACTERISTIQUES PRINCIPALES DE LA POPULATION ACTUELLEMENT ACCUEILLIE EN ETABLISSEMENT.....	34
5.2.1 Données issues de l'enquête ES2010.....	34
5.2.2 Profil et prise en charge des enfants et adolescents accueillis dans les ITEP et SESSAD d'ITEP dans le département de l'Aveyron (Analyse départementale réalisée par l'ORS et le CREAI Midi-Pyrénées en 2013).....	39
5.3 ORIENTATIONS DES POLITIQUES PUBLIQUES.....	41
5.3.1 Diagnostic au préalable du PRSP.....	41
5.3.2 Les orientations prévues dans les différents schémas : analyse transversale.....	42
5.3.2.1 Pilotage régional par le PRSP.....	42
5.3.2.2 Analyse transversale des orientations prévues dans les différents schémas dans le domaine de la prévention.....	43
5.3.2.3 Analyse transversale des orientations prévues dans les différents schémas dans le domaine de l'accompagnement des adolescents.....	45
5.3.2.4 Analyse transversale des orientations prévues dans les différents schémas dans le domaine du passage de l'âge adolescent vers l'âge adulte.....	48
5.4 SYNTHÈSE DES ÉLÉMENTS DE CADRAGE.....	49
6. Résultats :	
CONCERTATIONS : Déroulement, diagnostic partagé et propositions.....	51
6.1 OBJECTIFS ET METHODOLOGIE RETENUE.....	52
6.2 CONSTITUTION DES TROIS GROUPES.....	53
6.3 DES ÉCHANGES ANIMÉS ET RICHES.....	54
6.4 SYNTHÈSE DU DIAGNOSTIC PARTAGÉ.....	54
6.5 PROPOSITIONS D'ACTION ISSUES DES GROUPES DE TRAVAIL.....	57
7. Arbitrage du comité de pilotage.....	58
8. Table des illustrations.....	66
9. Annexes.....	68

1. CONTEXTE DE LA DÉMARCHE

La première phrase introductive de Mr PIVETEAU dans son rapport¹ - « *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* » - résume bien la réflexion engagée aujourd'hui par les différents acteurs du département de l'Aveyron, comme la plupart des départements de l'hexagone, sur l'accompagnement des adolescents à difficultés multiples.

L'ensemble des acteurs impliqués dans le suivi des jeunes signale des situations très difficiles pour lesquelles les modalités de prise en charge courantes ne sont pas adaptées, leurs besoins se situant à l'interface des dispositifs sociaux sanitaires et médicosociaux. Le parcours de vie de ces jeunes est le plus souvent très compliqué avec une superposition d'événements traumatiques graves ayant amené à un signalement et un placement précoce, de ruptures de prises en charge entraînant des placements multiples ayant pour origine des troubles de la conduite et du comportement, de ruptures de scolarité et d'échec scolaire... La majorité de ces jeunes bénéficie ou a bénéficié d'un suivi sur le plan psychiatrique et/ou a été hospitalisé en psychiatrie lors d'une crise. Ces adolescents sont des adolescents à difficultés multiples.

Ces situations d'adolescents à difficultés multiples imposent à l'ensemble des acteurs de travailler en pluridisciplinarité en « inter-dispositifs » et d'avoir des projets communs structurés d'organisation et de continuité d'accompagnement. Or, aujourd'hui, les réponses qui sont apportées à ces adolescents à difficultés multiples sont des réponses isolées, proposées dans l'urgence et au cas par cas.

Dans le département de l'Aveyron, la nécessité de mettre en place une réflexion commune pour aboutir in fine à des pistes de travail opérationnelles pour faciliter la continuité du parcours de ces adolescents a été soulignée à plusieurs reprises par différents travaux engagés depuis 2010 sur ce territoire (Schéma de la prévention et de la protection de l'enfance et de la famille du Conseil général de l'Aveyron² et Diagnostic territorial³, dans le cadre de l'élaboration du Plan Régional de Santé).

¹ PIVETEAU Denis, et al., Rapport Tome 1 « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches. 2014/06. 96 p.

² Conseil général de l'Aveyron, Schéma Départemental de Prévention et de Protection de l'Enfance et de la Famille 2010-2015. 84 p.

³ ARS Midi-Pyrénées, Les éléments d'un diagnostic sur la santé en Midi-Pyrénées. 2011/11. 264 p.

Ce besoin s'inscrit entièrement dans les axes de travail développés par l'ARS du Midi-Pyrénées. Dans ce cadre-là, l'ARS a fait réaliser en 2012 par l'ORS et le CREAI Midi-Pyrénées, une étude portant sur la population accueillie dans les Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques (ITEP) de la région Midi-Pyrénées⁴. Ce travail a notamment mis en exergue le caractère multiple des difficultés rencontrées par les adolescents accueillis : troubles mentaux associés au trouble principal, difficultés familiales, carences affectives, difficultés socio-économiques... En amont de leur accueil en ITEP, ces adolescents bénéficiaient fréquemment d'accompagnements socio éducatifs combinés à une prise en charge médicale et parfois un suivi socio-judiciaire.

Les échanges qui ont suivi la présentation des résultats de cette étude, avec les ITEP et leurs partenaires présents, ont confirmé les besoins de concertation multi-partenariale sur le territoire de l'Aveyron autour des situations de jeunes à difficultés multiples.

Face à ces besoins, la Délégation territoriale de l'Aveyron (DT ARS 12) a saisi l'opportunité proposée par l'ARS Midi-Pyrénées Siège, de démarrer dans le département de l'Aveyron, comme dans deux autres départements le Gers et la Haute-Garonne, une démarche territorialisée sur les adolescents à difficultés multiples. Il a été souhaité, dans une première phase, de mettre en œuvre des concertations multi-partenariales sur le territoire autour de la problématique de ces adolescents afin de faire émerger de façon concertée, des propositions de travail. A l'issue de ces premières concertations, la DT ARS 12 amorcera une seconde phase de travail ayant pour objectif de développer les pistes retenues. Les axes de travail porteront notamment sur la mise en place d'une fonction de vigilance, de coordination et de suivi telle que recommandée par Denis PIVETEAU dans son rapport ; sur la réalisation du cahier des charge d'un réseau de coordination autour du parcours du jeune.

La mise en œuvre des premières concertations multi-partenariales a été confiée au CREAI-ORS LR, mandaté pour cela par la Délégation ANCREAI Midi-Pyrénées.

2. OBJECTIFS DE LA DÉMARCHE

La démarche proposée sur le territoire de l'Aveyron et présentée lors du lancement le 9 octobre 2014, auprès de l'ensemble des partenaires, s'est inscrite dans une démarche concertée et partagée. Elle a conforté la mobilisation et le dynamisme des acteurs locaux sur cette problématique. Elle s'est inscrite dans un objectif de consolidation de l'ensemble des travaux engagés, au préalable, par l'ensemble des partenaires sur la problématique des adolescents à difficultés multiples et de faciliter la continuité du parcours des jeunes à difficultés multiples.

⁴ ORS et CREAI Midi-Pyrénées – Etude commanditée par l'ARS Midi-Pyrénées : Profil et prise en charge des enfants et adolescents accueillis dans les ITEP et SESSAD d'ITEP en Midi-Pyrénées – Dossier Départements. 2013/09. 22 p.

Les objectifs de travail attendus étaient :

- de formaliser des pistes de travail opérationnelles sous forme de fiches-actions ;
- de s'appuyer sur l'existant et de le développer ;
- de trouver des interrelations entre les différents dispositifs existants ;
- de soutenir la mise en œuvre de réponses adaptées ;
- de progresser sur les articulations des uns et des autres.

3. MÉTHODE

3.1 Méthodologie globale de la démarche

Cette démarche s'est appuyée, donc, à la fois, sur la participation active de l'ensemble des partenaires et sur le comité de pilotage. Ce dernier était constitué, outre les services concernés de l'ARS, du Conseil général de l'Aveyron, de l'Education Nationale, de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) et de la Présidente du Tribunal de Grande Instance. Ce comité de pilotage accompagné par le CREAI-ORS LR a eu à valider et à prioriser les propositions d'actions des groupes de concertation.

La démarche proposée s'est découpée en deux temps :

- le premier temps a consisté à mobiliser des données de cadrage à partir de sources existantes dont une partie a été fournie par l'ARS Midi-Pyrénées siège et la Délégation territoriale de l'Aveyron et l'autre partie a fait l'objet d'une collecte spécifique auprès de sources existantes telles que l'Insee, la Drees,... Ce premier temps avait pour objectif de mieux appréhender la problématique dans le département de l'Aveyron et de servir de point d'appui aux échanges avec les acteurs lors des premières séances de concertation.
- le second temps s'est appuyé sur des concertations en groupe de travail. Ce dernier a été constitué de deux demi-journées par groupe par axe :
 - 1^{ère} demi-journée : établir un diagnostic partagé et échanger sur des premières pistes de travail
 - 2^{nde} et dernière demi-journée : tendre vers la finalisation des propositions de travail sous forme de « Fiches-Actions ».

Le rapport proposé ici est le rapport final du premier temps engagé dans le département de l'Aveyron, dans une démarche territorialisée d'appui aux acteurs locaux pour l'accompagnement coordonné des adolescents à difficultés multiples, confié au CREAI-ORS LR. Ce rapport reprend d'une part, dans sa première partie, les éléments de cadrage qui ont fait l'objet d'une diffusion à l'ensemble des acteurs et, d'autre part, dans sa deuxième partie, les éléments travaillés en groupe de travail.

3.2 Population concernée

Les adolescents à difficultés multiples sont des adolescents qui cumulent un certain nombre de difficultés dans les dimensions sociales, familiales, scolaires, psychologiques, voire psychiatriques et parfois judiciaires, mais pas forcément toutes. L'ensemble de ces difficultés les met en situations limites des dispositifs sociaux, sanitaires, médicosociaux et voire judiciaires. Dans le département de l'Aveyron, leur profil se caractérise principalement sur les éléments suivants (sans aucune hiérarchisation) :

- âgés entre 12 et 25 ans ;
- placement précoce dans une famille d'accueil, placements multiples ;
- relevant d'une notification MDPH ;
- présentant des troubles de la conduite et du comportement ;
- suivis ou ont été suivis sur le plan psychiatrique ;
- rupture de scolarité, échec scolaire ;
- passages à l'acte, mise en danger, parfois délinquance...

4. CALENDRIER

Juin 2014	Réunion du comité de coordination régional : le 04/06. Présentation de la démarche, de la méthodologie et validation.
Juillet-Septembre 2014	Eléments de cadrage – Collecte des informations auprès de la Délégation Territoriale de l'Aveyron et d'autres sources et analyse.
Septembre 2014	Première réunion du comité de pilotage : le 04/09. Présentation de la démarche, des objectifs et de la méthodologie aux membres du comité de pilotage – Echanges et discussion sur les thématiques à travailler en groupes – Validation des trois axes de travail.
Octobre 2014	Lancement de la démarche : le 09/10. Présentation de la démarche, des objectifs et de la méthodologie à l'ensemble des acteurs concernés – Présentation des trois axes de travail proposés par le comité de pilotage.
	Rédaction du rapport « Eléments de cadrage » et diffusion auprès de l'ensemble des acteurs en amont des concertations (diffusion effectuée par la DT ARS 12 le 20/10).
Novembre 2014	Concertations 1 : 13/11 et 14/11. Rédaction de synthèses de chaque groupe et diffusion par mail à chaque groupe.
Décembre 2014	Concertations 2 : 4/12 et 5/12. Rédaction d'une synthèse globale reprenant les propositions des groupes de travail – Diffusion à l'ensemble des participants (05/01).

Janvier 2015	Seconde et dernière réunion du comité de pilotage : le 15/01 – Présentation des propositions des groupes de travail – Echanges et discussion – Validation des propositions retenues par le COPIL pour les mettre en œuvre dans une deuxième phase.
	Restitution à l'ensemble des acteurs : le 29/01. Présentation des propositions des groupes de travail retenues par les membres du COPIL – Présentation par la DT ARS 12 de leur mise en œuvre.
Février 2015	Rédaction du rapport final et envoi à la délégation de l'ANCREAI Midi-Pyrénées et DT ARS 12 (début février).
Mars 2015	Réunion du comité de coordination régional : le 04/03

5. RÉSULTATS : ELEMENTS DE CADRAGE

5.1 Données de cadrage

Avec une superficie de 8 735 kms², le département de l'Aveyron occupe la cinquième place des départements les plus vastes de la France métropolitaine. L'Aveyron est l'un des départements les moins peuplés en nombre d'habitants par km² (31,6 hab/km²) et les moins urbanisés du territoire national.

5.1.1 Données de cadrage sociodémographiques

Avertissement : les données de cadrage sociodémographiques présentées ci-après sont les dernières données disponibles. Selon le type d'information, les tranches d'âges varient d'une source à l'autre. Il n'a pas été toujours possible d'isoler la tranche d'âge 12-25 ans.

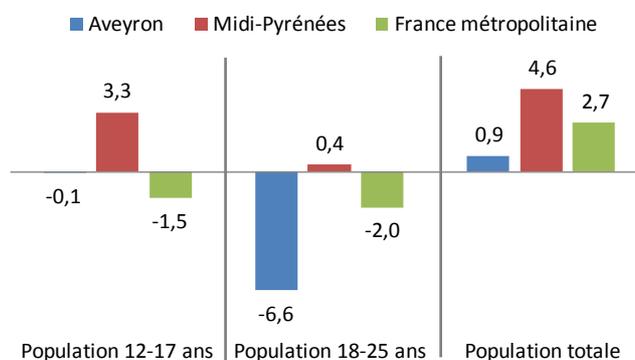
5.1.1.1 Population des adolescents

Tableau 1. Principales caractéristiques démographiques des adolescents du département de l'Aveyron (Effectifs arrondis à la dizaine supérieure)

Au 1 ^{er} janvier 2011		Aveyron	Midi-Pyrénées	France métropolitaine
Population totale	En effectifs	275 810	2 903 419	63 070 350
Population âgée entre 12 et 17 ans	En effectifs	17 782	197 788	4 547 570
	En %/Population totale	6,4 %	6,8 %	7,2 %
Population âgée entre 18 et 25 ans	En effectifs	18 800	275 683	6 181 520
	En %/Population totale	6,8 %	9,5 %	9,8 %

Source : Insee RP 2011, exploitation principale – Exploitation CREAI-ORS LR

Graphique 1. Evolution démographique entre 2006 et 2011 (en %)



Source : Insee RP 2006 et 2011, exploitation principale – Exploitation CREAI-ORS LR

Le département de l'Aveyron connaît, depuis 1999, une augmentation régulière de sa population avec une arrivée de nouveaux habitants plutôt actifs et venus s'installer essentiellement sur les communes de Rodez, et dans une moindre mesure, sur Villefranche-de-Rouergue, Millau et Saint-Affrique⁵. Malgré cette attractivité, les jeunes de ce département continuent de partir vers Toulouse ou Montpellier pour poursuivre leurs études ou pour trouver un emploi. Sur les cinq dernières années, comme au niveau national, le département de l'Aveyron enregistre un recul démographique chez les adolescents âgés entre 12 et 17 ans (- 0,1 % en moyenne entre 2006 et 2011) et de façon plus accentuée chez les jeunes âgés entre 18 et 25 ans (- 1,3 % par an en moyenne entre 2006 et 2011).

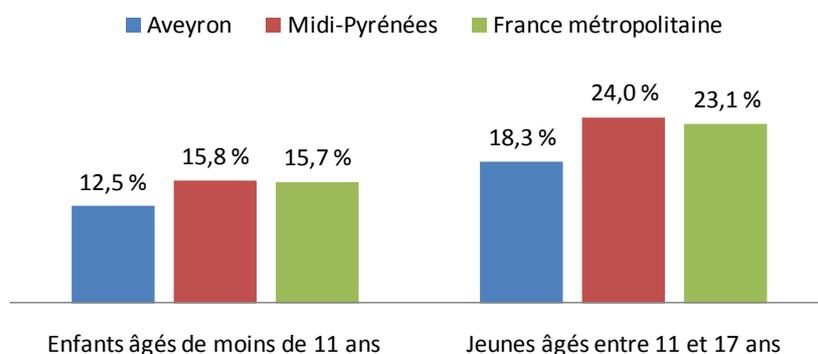
Faits marquants

Entre 2006 et 2011, un recul important est observé du nombre de jeunes adultes âgés entre 18 et 25 ans dans le département de l'Aveyron.

Une partie des jeunes qui restent sont-ils ceux qui ont davantage de difficultés ? Des jeunes cumulant des difficultés familiales, sociales, économiques... ?

5.1.1.2 Adolescents vivant dans une famille monoparentale

Graphique 2. Proportion des enfants âgés de moins de 18 ans vivant dans une famille monoparentale au 1^{er} janvier 2011 (en % parmi les enfants du même âge)



Source : Insee RP 2011, exploitation complémentaire – Exploitation CREAI-ORS LR

⁵ Insee Midi-Pyrénées – Maintenir la dynamique démographique, un enjeu pour l'Aveyron n° 144– 2012/11. 6 p.

Au 1^{er} janvier 2011, près de 3 710 adolescents âgés entre 11 et 17 ans vivent dans une famille monoparentale dans le département de l'Aveyron, représentant 18,3 % des adolescents du même âge du département. Cette proportion est inférieure à la moyenne régionale (24,0 %).

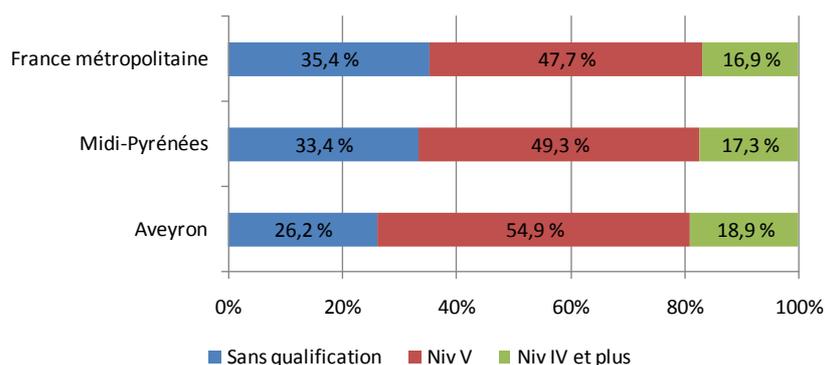
Faits marquants

Les jeunes qui vivent dans une famille monoparentale vivent plus souvent dans un environnement familial plus exposé à des difficultés socio-économiques : 3 710 jeunes âgés entre 11 et 17 ans concernés dans le département de l'Aveyron.

5.1.1.3 Adolescents non scolarisés et non diplômés

Dans le département de l'Aveyron, environ 1 300 jeunes âgés entre 15 et 19 ans ne sont pas inscrits dans un établissement scolaire ou de formation qualifiante au 1^{er} janvier 2011. La proportion départementale de ces jeunes, parmi la population du même âge, est en dessous de celle notée au niveau régional (9,1 % des jeunes âgés de 15-19 ans du département contre 9,9 % en Midi-Pyrénées). Parmi ces jeunes non scolarisés au 1^{er} janvier 2011, 330 n'ont aucune qualification et aucun diplôme (26,2 % contre 33,4 % en Midi-Pyrénées).

Graphique 3. Proportion de jeunes âgés entre 15 et 19 ans et non scolarisés au 1^{er} janvier 2011, selon leur niveau de qualification⁶ (en %)



Source : Insee RP 2011 – Exploitation CREA-ORS LR

⁶ La catégorie « Niveau V » représente les sorties après l'année terminale de CAP ou BEP ou sorties de 2nd cycle général et technologique avant l'année terminale. Celle « Niveau IV et plus » correspond aux sorties en terminale (avec ou sans Baccalauréat) avec abandon des études supérieures sans diplôme et aux sorties avec un diplôme supérieur au baccalauréat.

Depuis 2005, l'Académie de Toulouse a mis en place une politique de prévention et de lutte contre le décrochage scolaire. L'enjeu majeur est de prévenir, en amont, les risques de décrochage par le développement de solutions adaptées aux jeunes décrocheurs. Le pilotage, la mise en œuvre et le suivi de cette politique sont assurés par le Chef du Service Académique d'Information et d'Orientation (SAIO), assisté de la coordinatrice académique de la Mission de Lutte contre le Décrochage Scolaire (MLDS) et d'une chargée de mission.

Des Plates-formes de Suivi et d'Appui aux jeunes Décrocheurs (PSAD) ont été mises en place dans l'Académie de Toulouse, depuis 2011, proposant aux jeunes décrocheurs des accompagnements adaptés à leur situation. Dans le département de l'Aveyron, 193⁷ jeunes âgés de plus de 16 ans ont été accompagnés en 2013-2014 par les PSAD.

D'autre part, à partir d'éléments recueillis auprès du service social de l'Education nationale en Aveyron⁸, les adolescents qui semblent poser le plus souvent des difficultés importantes aux professionnels de l'Education nationale sont ceux qui sont :

- sous obligation légale d'être accueillis en milieu ordinaire scolaire ;
- présentant des troubles de comportement sévères ;
- attendant une place dans les dispositifs spécialisés (ITEP, IME).

Ce sont environ 20 jeunes concernés en 2014 qui sont dans cette situation. Les difficultés rencontrées par les professionnels sont la gestion en urgence de crises et une formation professionnelle peu adaptée pour accompagner ces adolescents.

Parallèlement, d'autres adolescents sont en souffrance psychique mais moins visibles que ceux décrits précédemment. Ils se distinguent par deux approches différentes :

- situation complexe émergente à l'adolescence, révélant des troubles psychiques (psychose essentiellement) qui peuvent provoquer des passages à l'acte de violences. Une réponse médicale est rapidement mise en place dans ces situations.
- situation complexe émergente à l'adolescence, révélant un mal-être et une mauvaise estime de soi. Certains adolescents dans cette situation présentent des risques élevés d'isolement et de tentative de suicide.

Faits marquants

330 jeunes âgés entre 15 et 19 ans ne sont pas scolarisés en 2011 dans le département de l'Aveyron et sont sans qualification.

Une vingtaine de jeunes scolarisés en milieu ordinaire mettant en difficultés les professionnels sont en attente d'une place dans des dispositifs spécialisés du médicosocial.

Les points à améliorer énoncés par les acteurs sont la gestion des crises, le repérage précoce et la formation professionnelle.

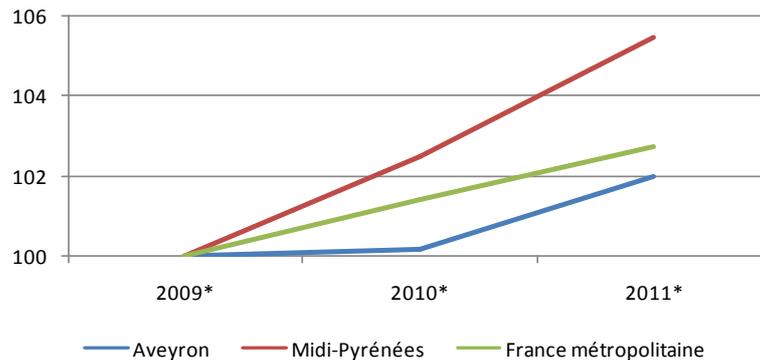
⁷ Rectorat de l'académie de Toulouse – L'académie en chiffres 2013/2014 – juin 2014 – p64-67.

⁸ Eléments recueillis par entretien téléphonique en septembre 2014.

5.1.1.4 Adolescents accompagnés par le secteur de la Protection de l'enfance

5.1.1.4.1 Adolescents bénéficiaires de l'aide sociale à l'enfance

Graphique 4. Evolution du nombre de jeunes accueillis par l'ASE entre 2009* et 2011* (Unité : base 100 en 2009*)



* Année centrale pour le calcul de données lissées sur 3 ans

Source : Drees, Conseils généraux – Enquête sur les bénéficiaires - Exploitation CREAI-ORS LR

Sur la période 2010-2012, l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) dans le département de l'Aveyron a accueilli en moyenne annuelle 666 enfants. Le nombre de jeunes accueillis par l'ASE évolue moins vite que celui noté au niveau régional.

Tableau 2. Répartition des enfants accueillis par l'ASE selon le type de mesures

Au 31 décembre 2012		Aveyron		Midi-Pyrénées		France métropolitaine	
		Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Enfants confiés à l'ASE		645	97,3*	5 468	89,7	134 781	89,6
Mesures judiciaires	Placement ASE	437	65,9	3 842	63,0	94 463	62,8
	DAP ¹ -Tutelle- Retrait partiel	30	4,5	262	4,3	6 981	4,6
Mesures administratives		178	26,8*	1 364	22,4	33 337	22,2
Enfants placés directement		18	2,7*	628	10,3	15 565	10,4
Ensemble des enfants accueillis à l'ASE		663	100,0	6 096	100,0	150 346	100,0

1 : Délégation de l'Autorité Parentale

e : Les chiffres pour la France métropolitaine sont des estimations

* : Indique une différence significative entre le département analysé et la région Midi-Pyrénées selon le test de Khi-2

Source : Drees, Conseils généraux – Enquête sur les bénéficiaires – Exploitation CREAI-ORS LR

Fin 2012, dans le département de l'Aveyron, le juge des enfants a décidé dans la quasi-totalité des cas (97,3 %) de confier des enfants à l'ASE, proportion nettement au-dessus de la moyenne notée au niveau régional (89,7 %). Les deux tiers des enfants accueillis par l'ASE le sont par mesure judiciaire et pour un placement, proportion proche de celle notée au niveau régional (63,0 %).

Pour un quart des enfants confiés à l'ASE (26,8 %), ces enfants l'ont été par mesures administratives décidées par le président du Conseil général du département de l'Aveyron à la demande ou en accord avec la famille, proportion supérieure à celle notée au niveau régional (22,4 %).

Plus rarement dans le département de l'Aveyron, les enfants ont été placés directement par un juge auprès d'un établissement ou un tiers digne de confiance sans passer par l'ASE qui reste néanmoins le financeur de l'hébergement. Cette proportion est très en dessous de celle notée au niveau régional (2,7 % contre 10,3 %).

Tableau 3. Répartition des enfants accueillis par l'ASE selon le mode d'hébergement

Au 31 décembre 2012	Aveyron		Midi-Pyrénées		France métropolitaine ^e	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Familles d'accueil	430	66,7*	3 348	61,2	69 753	51,8
Etablissements	158	24,5*	1 952	35,7	52 941	39,2
Maisons d'enfants à caractère social (MECS)	100	15,5*	1 507	27,6	38 422	28,5
Lieu de vie	36	5,6*	209	3,8	3 402	2,5
Foyer de l'enfance	22	3,4*	171	3,1	7 458	5,5
Pouponnière à caractère social	0	0,0	20	0,4	1 242	0,9
Etablissement d'éducation	0	0,0	35	0,6	1 905	1,4
Etablissement sanitaire	0	0,0	10	0,2	512	0,4
Adolescents et jeunes majeurs autonomes	35	5,4*	88	1,6	4 867	3,6
Autres	22	3,4 *	80	1,5	7 220	5,4
Ensemble des enfants confiés à l'ASE	645	100,0	5 468	100,0	134 781	100,0

e : les chiffres indiqués sont des estimations

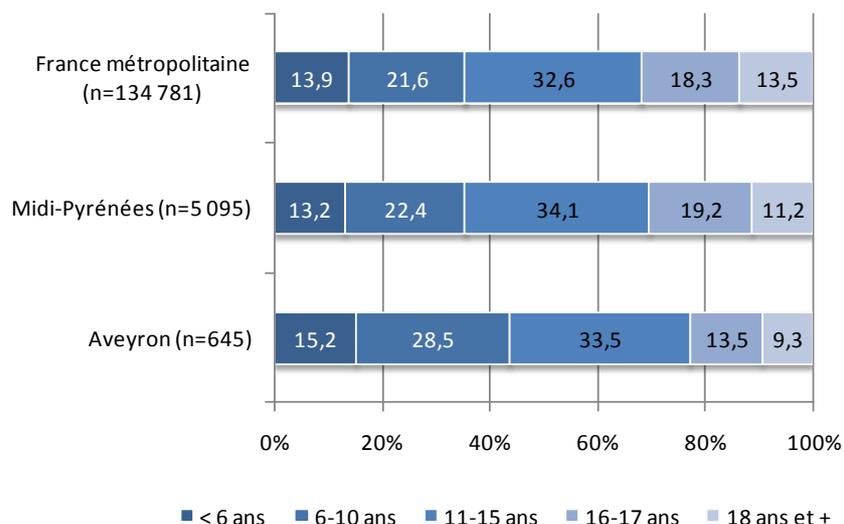
* : indique une différence significative entre le département analysé et la région Midi-Pyrénées selon le test de Khi-2

Source : Drees, Conseils généraux – Enquête sur les bénéficiaires - Exploitation CREAI-ORS LR

Fin 2012, dans le département de l'Aveyron, les deux tiers des enfants confiés à l'ASE sont hébergés par des familles d'accueil, proportion nettement au-dessus de la moyenne notée au niveau régional (66,7 % contre 61,2 %). Dans un quart des cas, les enfants confiés à l'ASE sont accueillis dans des établissements et le plus souvent dans des maisons d'enfants à caractère social (MECS), proportion restant très en dessous de celle notée au niveau régional.

En revanche, le département de l'Aveyron se distingue du niveau régional par une proportion plus élevée d'enfants confiés à l'ASE et hébergés dans des lieux de vie (5,6 % contre 3,8 %).

Graphique 5. Répartition des enfants confiés à l'ASE selon leur âge au 31 décembre 2012
(Unité : en %)



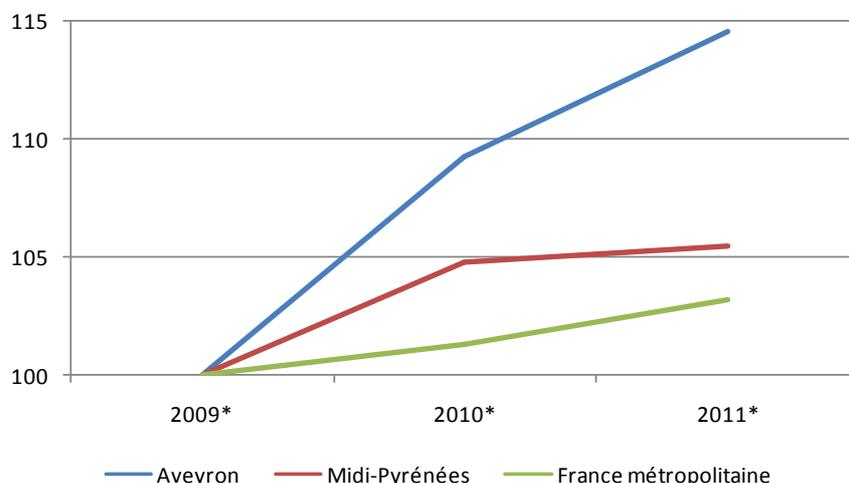
Source : Drees, Conseils généraux – Enquête sur les bénéficiaires - Exploitation CREAM-ORS LR

L'ASE peut prendre en charge les jeunes en difficultés sociales jusqu'à l'âge de 21 ans. Dans le département de l'Aveyron, 47,0 % des enfants confiés à l'ASE sont des adolescents âgés entre 11 et 17 ans au 31 décembre 2012, proportion inférieure à celle notée au niveau régional (53,3 %). Les jeunes majeurs représentent 9,3 % des enfants confiés à l'ASE dans le département de l'Aveyron, proportion également en dessous de celle relevée au niveau régional (11,2 %).

En revanche, la proportion des enfants âgés d'au plus de 10 ans est au-dessus de celle notée au niveau régional (43,7 % contre 35,6 %).

5.1.1.4.2 Adolescents bénéficiaires d'actions éducatives de la Protection de l'enfance

Graphique 6. Evolution du nombre de mesures d'actions éducatives (AEMO+AED) prises entre 2009* et 2011* (Unité : base 100 en 2009*)



* Année centrale pour le calcul de données lissées sur 3 ans

Source : Drees, Conseils généraux – Enquête sur les bénéficiaires – Exploitation CREAI-ORS LR

Sur la période 2010-2012, l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), dans le département de l'Aveyron, a réalisé, en moyenne annuelle, 780 suivis auprès d'enfants dans le cadre d'un maintien à domicile, via une mesure d'action éducative en milieu ouvert (AEMO) ou à domicile (AED). Ce chiffre est en progression régulière depuis 2008 et de façon plus accentuée, qu'au niveau régional et national.

Dans le département de l'Aveyron, la moitié des actions éducatives (52,3 %) sont des actions éducatives en milieu ouvert, proportion en dessous de celle notée au niveau régional (55,5 %). Le reste relève d'actions éducatives à domicile (47,7 % - proportion au-dessus de celle notée au niveau régional 44,5 %).

Faits marquants

Le département de l'Aveyron se distingue de la région Midi-Pyrénées :

- par un recours plus fréquent à l'ASE :
 - pour des jeunes enfants âgés de 10 ans ou moins de 10 ans,
 - pour des placements en familles d'accueil comme mode d'hébergement conformément à la structure de l'équipement dans le département de l'Aveyron,
 - pour le maintien à domicile par la mise en place d'actions éducatives à domicile (AED).
- par une progression importante des mesures d'action éducative depuis 2008 (+ 37 % entre 2008 et 2012 contre 16 % au niveau régional).

Faits marquants

D'autre part, les services de la Protection de l'enfance du Conseil général de l'Aveyron sont en difficultés aujourd'hui pour assurer la continuité d'accompagnement d'une trentaine⁹ de situations. Ces situations difficiles amènent à des ruptures de prise en charge et une mise en échec de la réponse institutionnelle apportée individuellement. Elles sont la conséquence :

- de l'évolution importante des profils des jeunes bénéficiaires de mesures de protection : augmentation des jeunes présentant des troubles sévères du comportement¹⁰ sans aucune prise en charge médicale psychiatrique ou spécialisée dans le médicosocial (IME ou ITEP),
- de places insuffisantes⁹ dans le secteur de la pédopsychiatrie,
- de places insuffisantes⁹ en IME ou ITEP.

Les points à améliorer proposés par les acteurs¹⁰ sont la gestion des crises en urgence, l'articulation entre les différents acteurs concernés, la réponse multi-dispositifs et le repérage en amont.

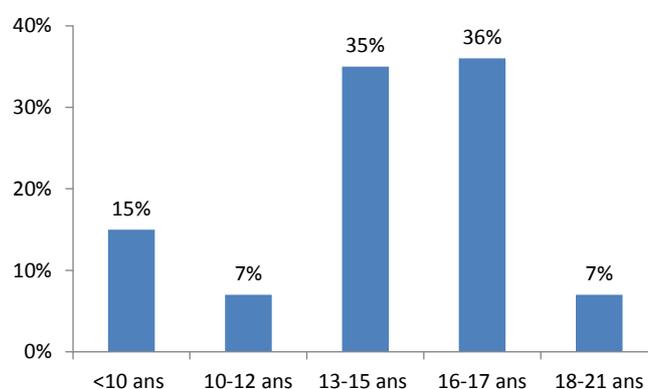
⁹ Pôle Médico-social – Délégation territoriale de l'Aveyron – Note transmise au CREAI-ORS LR sur les éléments de contexte. 2014/06. 2 p.

¹⁰ Pôle Médico-social – Délégation territoriale de l'Aveyron – Relevé de conclusion transmis au CREAI-ORS LR sur la prise en charge des adolescents en grandes difficultés. 2011/04. 3 p.

5.1.1.5 Adolescents accompagnés par la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)

En 2013, 333 jeunes ont été pris en charge dans le département de l'Aveyron par l'Unité Educative de Milieu Ouvert (UEMO) de la PJJ de Rodez. Dans huit cas sur dix, ce sont des jeunes suivis dans le cadre de mesures judiciaires pénales et le reste concerne le civil. La durée des mesures est le plus souvent entre 1 jour et 1 mois (63 % des cas), entre 1 à 3 mois dans 14 % des cas et entre 3 et 9 mois dans 11 % des cas.

Graphique 7. Répartition des jeunes suivis par les services de la PJJ dans le département de l'Aveyron en 2013



Source : UEMO de la PJJ RODEZ – Exploitation CREAI-ORS LR

Faits marquants

Une trentaine d'enfants et adolescents à difficultés multiples a été suivie en 2011 avec des troubles de la personnalité graves pour la plupart et âgée pour la moitié de 16 ans et plus.

Les points à améliorer proposés par les acteurs¹⁰ sont la prise en charge coordonnée entre les différents dispositifs et le développement de structures adaptées pour accompagner les jeunes délinquants présentant des troubles de la personnalité graves.

5.1.2 Offre et équipement en établissements et services pour enfants à difficultés multiples

Avertissement : les données de cadrage présentées ci-après sont les dernières données disponibles auprès des systèmes d'information nationaux utilisés par les pouvoirs publics. Elles ont été réajustées, quand c'était possible, avec les différents documents transmis par l'ARS Midi-Pyrénées Siège et la Délégation territoriale de l'Aveyron.

5.1.2.1 Offre en accueil dans l'aide sociale à l'enfance

En 2014¹¹, le mode d'hébergement en famille d'accueil dispose d'un nombre important de places dans le département de l'Aveyron, représentant le mode d'hébergement le plus doté en accueil dans l'aide sociale à l'enfance. Avec 491 places¹¹ en 2014, ce mode d'accueil représente 68 % de l'ensemble des places en hébergement dans l'aide sociale à l'enfance.

Tableau 4. Nombre de places installées selon la catégorie d'établissement en protection de l'enfance (Unité : en nombre et taux pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans)

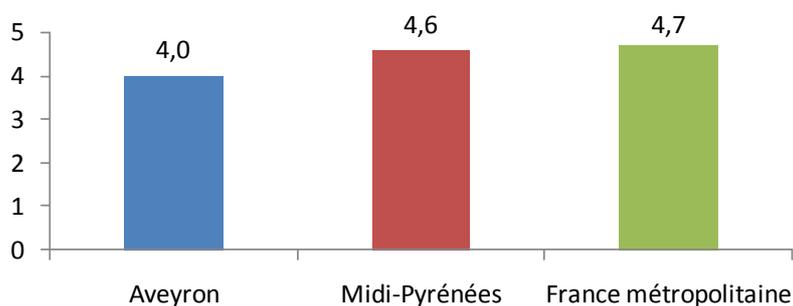
Au 1 ^{er} janvier 2012	Aveyron	Midi-Pyrénées	France métropolitaine
Établissement d'accueil mère-enfant ¹	0 ¹	227	4 699
Pouponnière à caractère social	0	0	756
Foyer de l'enfance	57	390	10 301
Maison d'enfants à caractère social	143	1 854	40 241
Centre de placement familial socio-éducatif	0	476	12 563
Lieux de vie et d'accueil	32	98	2 370
Villages d'enfants	0	0	1 227
Établissements aide sociale à l'enfance (ASE)	232	3 045	72 157

Source : Statiss 2013, DRJSCS, Finess - Exploitation CREA-ORS LR

¹ Dans le département de l'Aveyron, trois établissements d'hébergement social pour enfants et adolescents en difficultés proposent une unité d'accueil mère-enfant pour une capacité installée d'une trentaine de places.

¹¹ Chiffre communiqué par la Direction de l'Enfance et de la Famille du Conseil général de l'Aveyron.

Graphique 8. Taux d'équipement dans les établissements de l'ASE au 1^{er} janvier 2012 – (Unité : taux pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans)



Source : Statiss 2013, DRJSCS, Finess - Exploitation CREAI-ORS LR

Le taux d'équipement en établissements en protection de l'enfance dans le département de l'Aveyron est de 4,0 lits ou places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, inférieur à ceux notés aux niveaux régional et national (respectivement 4,6 et 4,7).

Faits marquants

L'offre en accueil dans l'aide sociale à l'enfance se répartit dans le département de l'Aveyron de la façon suivante : 68 % en famille d'accueil et le reste (32 %) en établissements.

Un taux d'équipement dans les établissements de l'aide sociale à l'enfance légèrement inférieur à ceux notés aux niveaux régional et national.

5.1.2.2 Offre en accueil pour enfants et jeunes en situation de handicap

Tableau 5. Accueil des enfants et jeunes en situation de handicap ⁽ⁱ⁾ – En nombre d'établissements ou services et en nombre de places installées au 1er janvier 2013¹²

Catégorie d'établissement	Aveyron	Midi-Pyrénées	France métropolitaine
Etablissements médicosociaux pour enfants			
Instituts médico-éducatifs (IME)			
Nombre d'établissements	5	65	1 207
Nombre de places	298	2 935	66 493
Etablissements enfants ou adolescents polyhandicapés			
Nombre d'établissements	0	4	199
Nombre de places	0	71	5 492
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (I.T.E.P.)			
Nombre d'établissements	2	41	425
Nombre de lits et places	163	1 663	14 872
Instituts d'éducation motrice (I.E.M.)			
Nombre d'établissements	1	8	138
Nombre de places	43	345	7 204
Jardins d'enfants spécialisés			
Nombre d'établissements	0	1	10
Nombre de places	0	22	221
Etablissements pour jeunes déficients sensoriels ⁽ⁱⁱ⁾			
Nombre d'établissements	1	6	117
Nombre de places	45	570	7 334
Etablissements expérimentaux			
Nombre d'établissements	0	3	67
Nombre de places	0	41	991
Structures d'accueil temporaire ⁽ⁱⁱⁱ⁾			
Nombre d'établissements	0	1	16
Nombre de places	0	16	255
Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) ^(iv)			
Nombre de services	9	91	1 557
Nombre de places	169	2 016	44 242

(i) Rupture de série suite à l'actualisation des requêtes.

(ii) Concerne trois types d'établissements : ceux pour déficients visuels, pour déficients auditifs, et pour déficients sourds et aveugles.

(iii) Il s'agit des places en "structures dédiées à ce type d'accueil", car les places d'accueil temporaire au sein des autres catégories y sont comptabilisées.

(iv) Services autonomes et services rattachés à un établissement.

Sources : Statiss 2013, Drees – ARS – Finess - Exploitation CREAI-ORS LR

¹² Les données présentées dans ce tableau sont en concordance avec les documents transmis par l'ARS Midi-Pyrénées Siège et la délégation territoriale de l'Aveyron au CREAI-ORS LR.

De plus, ce sont 30 places installées en SESSAD d'ITEP¹³ (rattachés aux deux ITEP aveyronnais) représentant 12 % de l'ensemble des places installées en SESSAD dans le département de l'Aveyron.

Tableau 6. Taux d'équipement – Lits ou places installés pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans¹⁴

Taux d'équipement au 1 ^{er} janvier 2013	Aveyron	Midi-Pyrénées	France métropolitaine
Taux d'équipement en IME (hors SESSAD)	5,2	4,4	4,3
Taux d'équipement en ITEP (hors SESSAD)	2,8	2,5	1,0
Taux global d'équipement en établissements pour enfants handicapés (hors SESSAD)	9,3	8,4	6,6
Taux global d'équipements en SESSAD	2,9	3,0	2,9

Source : Statiss 2013, Drees – ARS – Finess, Insee RP 2011 - Exploitation CREAI-ORS LR

Au 1^{er} janvier 2013, le département de l'Aveyron totalise 5 IME dont un spécialisé dans la prise en charge des enfants et adolescents atteints d'autisme et de troubles envahissants du développement et 2 ITEP pouvant accueillir des enfants handicapés de moins de 20 ans disposant au total de 461 places installées.

Au 1^{er} janvier 2013, le taux d'équipement global en IME est de 5 places installées pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans et en ITEP de près de 3 places installées pour 1 000. Ces taux d'équipement sont supérieurs à ceux notés au niveau régional ainsi que ceux notés au niveau national. Au regard des derniers chiffres disponibles sur les taux d'équipement, les écarts sur les SESSAD entre le département de l'Aveyron et la région se poursuivent. Ils sont de 2,92 pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans au 1^{er} avril 2014 contre 3,25 au niveau régional. Concernant le taux global d'équipement (SESSAD y compris), le taux global de l'Aveyron se rapproche de celui notée au niveau régional (12,4 pour 1 000 contre 12,0 pour 1 000).

¹³ Pôle Médicosocial – Délégation territoriale de l'Aveyron – Arrêtés transmis des deux ITEP aveyronnais.

¹⁴ Les données présentées dans ce tableau sont en concordance avec les documents transmis par l'ARS Midi-Pyrénées Siège et la délégation territoriale de l'Aveyron au CREAI-ORS LR.

Tableau 7. Répartition des places installées dans les 5 IME du département de l'Aveyron, selon le type de public accueilli et le mode d'accueil proposé

Avertissement : les informations extraites de la source Finess sur le type de public accueilli sont à prendre avec précaution en raison d'informations basées sur du déclaratif

Places installées	Internat	Internat Semaine	Semi- Internat	TOTAL	
	Effectifs	Effectifs	Effectifs	Effectifs	%
Autistes-TED	40		13	53	17,8
Déficiences intellectuelles	27	81	36	144	48,3
Tous types de déficiences	27		74	101	33,9
Ensemble	94	81	123	298	100,0

Source : Finess, extraction réalisée le 12/09/2014 – Exploitation CREAI-ORS LR

Près de la moitié des places installées dans les 5 IME du département de l'Aveyron semble être dédiée selon leur agrément à de l'accueil des jeunes souffrant de déficiences intellectuelles.

Au regard des données extraites de la base Finess et des deux arrêtés d'IME transmis par la Délégation territoriale de l'Aveyron, il semble qu'aucune place en accueil temporaire ou d'urgence n'existe dans les IME aveyronnais et tout particulièrement pour les deux IME concernés par des situations difficiles d'adolescents à difficultés multiples.

De plus, les adolescents à difficultés multiples peuvent être également accompagnés dans le secteur du médicosocial par les CMPP : un à Rodez avec une antenne à Pont de Salars et six autres à Millau, Espalion, Decazeville, Villefranche de Rouergue, Réquista et Saint-Affrique.

Faits marquants

D'une part, les taux d'équipements dans les établissements pour enfants dans le médico-social correspondent à ceux notés pour la moyenne nationale. Cependant, la MDPH¹⁵ a repéré une vingtaine d'enfants dans l'attente de places en ITEP et 4 dans un des 5 IME. Les besoins en places en SESSAD semblent plus importants, puisqu'une quarantaine d'enfants (a minima) est en attente de places en SESSAD : 16 en SESSAD d'ITEP et 23 en SESSAD d'un des 5 IME. Les placements dits « d'urgence », en cours d'année scolaire pour des adolescents à difficultés multiples, sont peu souvent possibles.

Le SROSMS volet « Personnes handicapées »¹⁶ ne prévoyant pas de création de nouvelles places dans le département de l'Aveyron, préconise, quant à lui, de réfléchir sur l'adaptation de l'offre existante aux besoins, par redéploiement des moyens.

Dans le cadre de la problématique des adolescents à difficultés multiples, deux ITEP et un IME sont confrontés entre 2 à 5¹⁷ situations complexes par an, mettant en difficultés les professionnels. En avril 2011, une première réunion comprenant des représentants de pouvoirs publics et des représentants associatifs a permis d'identifier les premiers éléments à améliorer¹³ dans le secteur médico-social pour faciliter l'accompagnement de ces adolescents :

- adapter le plateau technique et renforcer la formation des professionnels pour proposer un accompagnement adapté à ces jeunes présentant des troubles psychiques importants ;
- travailler sur des entrées plus précoces dans le dispositif pour ces jeunes (avant 14 ans) ;
- réfléchir à partir de l'existant sur la mise en place d'accueils dits « d'urgence » en cours d'année scolaire, pour des adolescents en souffrance ;
- renforcer le partenariat avec le secteur du sanitaire, social et éducatif et le formaliser davantage.

¹⁵ Pôle Médico-social – Délégation territoriale de l'Aveyron – Note transmise au CREAI-ORS LR sur les éléments de contexte. 2014/06. 2 p.

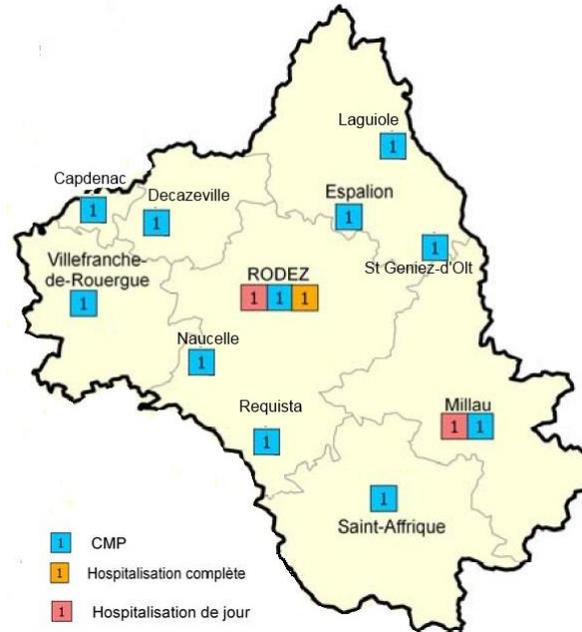
¹⁶ ARS Midi-Pyrénées – Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale « Personnes Handicapées » 2012-2017. 2012/12. 46 p.

¹⁷ Pôle Médico-social – Délégation territoriale de l'Aveyron – Relevé de conclusion transmis au CREAI-ORS LR sur la prise en charge des adolescents en grandes difficultés. 2011/04. 3 p.

5.1.2.3 Offre en accueil pour jeunes en difficultés psychiques

L'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile est découpée en deux secteurs : secteur Nord-Aveyron rattaché au Centre hospitalier de Rodez et celui Sud-Aveyron rattaché au Centre hospitalier de Millau.

Carte 1. La prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile en Aveyron



Sources : ARS Midi-Pyrénées, CREAI-ORS LR - Eléments collectés.

Le secteur Nord-Aveyron propose :

- des consultations en CMP pour les enfants et jeunes âgés entre 2 et 16 ans à : Capdenac, Decazeville, Espalion, Laguiole, Naucelle, Réquista, Rodez, Saint Géniez d'Olt et Villefranche de Rouergue,
- une unité médico-psychiatrique pour adolescents âgés de 12-16 ans (hôpital de jour, hospitalisation complète, hospitalisation de nuit, visites à domicile) à Rodez ;
- un hôpital de jour pour les enfants âgés entre 7 et 12 ans à Viala ;
- un hôpital de jour pour les enfants âgés entre 2 et 6 ans à Olemps,
- équipe intervenant en pédiatrie aux urgences de l'hôpital de Rodez (tentative de suicide, maltraitance, état d'agitation).

Le secteur Sud-Aveyron propose :

- des consultations en CMP à Millau et à Saint-Affrique,
- un hôpital de jour pour les enfants âgés entre 2 et 11 ans,
- une équipe mobile pour les jeunes âgés entre 11 et 18 ans (RASTA, Réseau d'accompagnement social et thérapeutique pour adolescents).

Tableau 8. Equipement en psychiatrie infanto-juvénile et en psychiatrie adultes : nombres de lits et places installés et taux d'équipement

Au 1 ^{er} janvier 2013	Aveyron	Midi-Pyrénées	France métropolitaine
Nombres de places ou de lits installés en psychiatrie infanto-juvénile	39	617	12 193
dont en hospitalisation complète	5	100	2 130
Taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus			
Hospitalisation complète (lits)	0,1	0,2	0,2
Equipement global (lits et places)	0,8	1,1	0,9
Taux d'équipement en psychiatrie adulte pour 1 000 personnes de 17 ans et plus			
Hospitalisation complète (lits)	1,2	1,3	1,1
Equipement global (lits et places)	2,0	1,8	1,5

Source : Statiss 2013, Drees – ARS – Données SAE 2012 déclarées par les établissements, Insee RP

Dans le département de l'Aveyron, on dénombre 39 places ou lits en psychiatrie infanto-juvénile dont 5 en hospitalisation complète. Le taux d'équipement global en psychiatrie infanto-juvénile est inférieur à celui noté au niveau régional et au niveau national.

En revanche, la psychiatrie adulte a un taux d'équipement global supérieur à celui noté au niveau régional et au niveau national.

En 2012¹⁸, 108 personnes ont été vues, au moins une fois dans l'année, en hospitalisation complète, dans l'ensemble des services de la psychiatrie infanto-juvénile et 1 330 en ambulatoire exclusivement.

¹⁸ Données 2012 issues de l'enquête annuelle de l'activité des établissements de santé (SAE) réalisée par la Drees.

Faits marquants

En 2011, les différents acteurs publics et associatifs avaient fait part à la Délégation territoriale de l'Aveyron lors d'une réunion, du nombre insuffisant¹⁹ de places en hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile. Au regard du taux d'équipement global en psychiatrie infanto-juvénile inférieur à celui noté au niveau régional et au niveau national, il serait intéressant de vérifier en concertation si le constat effectué en 2011 constitue toujours un frein dans la continuité du parcours de ces adolescents à difficultés multiples.

Des liens existent entre le secteur du médicosocial et de la psychiatrie mais apparaissent peu formalisés et structurés. Des difficultés sont rencontrées, notamment de reprise du jeune par la structure médicosociale après une hospitalisation ou encore lors des passages de la psychiatrie infanto-juvénile vers la psychiatrie adulte et/ou de l'enfance handicapée vers le secteur adultes handicapés. La garantie de continuité des parcours reste tributaire des liens entre ces secteurs d'intervention.

En 2012, 108 jeunes patients ont été vus, au moins une fois dans l'année en hospitalisation complète, dans les services de psychiatrie infanto-juvénile et 1 330 en ambulatoire exclusivement.

¹⁹ Pôle Médico-social – Délégation territoriale de l'Aveyron – Note transmise au CREAI-ORS LR sur les éléments de contexte. 2014/06. 2 p.

5.1.3 Santé mentale des adolescents : affections psychiatriques de longue durée

Tableau 9. Nombre de nouvelles entrées en ALD pour affections psychiatriques chez les jeunes âgés entre 10 et 24 ans

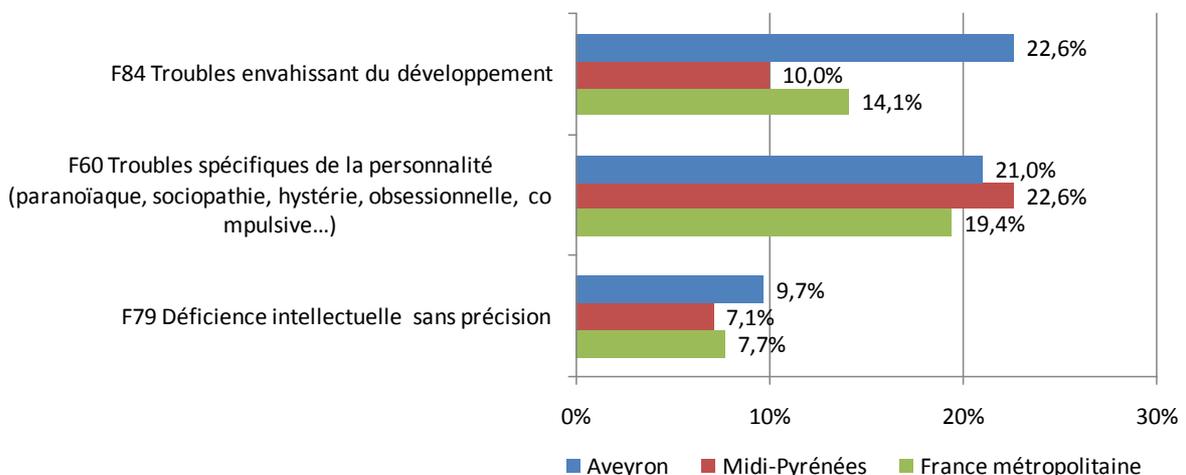
En 2012	Aveyron	Midi-Pyrénées	France métropolitaine
Nombre de nouvelles admissions chez les 10-24 ans	62	632	14 203
Proportion parmi l'ensemble des ALD chez les 10-24 ans	43,1 %	38,7 %	34,1 %
Taux pour 100 000 jeunes âgés entre 10 et 24 ans	153,8	124,5	123,2

Sources : CnamTs, MSA, RSI, Insee RP 2011 – Exploitation CREAI-ORS LR

Dans le département de l'Aveyron, en 2012, 62 nouvelles entrées en affections de longue durée (ALD) chez les jeunes âgés entre 10 et 24 ans sont liées à une affection psychiatrique de longue durée représentant 43,1 % de l'ensemble des ALD chez les jeunes du même âge (144 ALD en 2012). Cette proportion dépasse la moyenne régionale de 4,4 points.

Rapporté à l'ensemble de la population de jeunes âgés entre 10 et 24 ans, le taux des nouvelles entrées en affections psychiatriques chez les 10-24 ans est au-dessus de celui observé au niveau régional : 15,4 pour 10 000 contre 12,5 pour 10 000.

Graphique 9. Les principales nouvelles affections psychiatriques de longue durée chez les jeunes âgés entre 10 et 24 ans en 2012 (unité en % parmi l'ensemble des nouvelles affections psychiatriques chez les 10-24 ans)



Sources : Données 2012 CnamTs, MSA, RSI – Exploitation CREAI-ORS LR

Dans 45 % des cas, les nouvelles entrées en affections psychiatriques de longue durée concernent des affections pour des troubles envahissants du développement ou des troubles spécifiques de la personnalité chez les jeunes âgés de 10 à 24 ans, dans le département de l'Aveyron.

Faits marquants

Dans le département de l'Aveyron, 144 nouvelles admissions en affections de longue durée ont été accordées en 2012 chez les jeunes âgés de 10 à 24 ans dont 43 % sont pour des affections psychiatriques. Avec près de 15 entrées en ALD en affections psychiatriques pour 10 000 jeunes âgés de 10 à 24 ans, le département de l'Aveyron se situe au-dessus des moyennes régionale et nationale (12 pour 10 000).

Ces adolescents en ALD pour affections psychiatriques sont-ils accompagnés par un ou plusieurs dispositifs de secteurs différents ?

5.1.4 Autres dispositifs existants d'accompagnement des adolescents dans le département de l'Aveyron

Il existe dans le département de l'Aveyron un réseau d'accompagnement des adolescents à difficultés multiples, le Réseau « Ado » Aveyron. *« Ce réseau a été créé en mai 1998 sous la forme d'un groupe de travail réunissant les professionnels des secteurs sanitaire, médicosocial et social autour de la question de la prise en charge des adolescents les plus difficiles. Il s'est doté en 2001 d'un outil d'analyse des situations concrètes, la Commission de Concertation et de Proposition (CCP). En 2013, la CCP a été suspendue et le réseau s'est interrogé sur son identité et sa place. Un nouveau coordinateur a été nommé récemment et a saisi la Délégation Territoriale de l'Aveyron et le Conseil général pour donner une nouvelle impulsion à la dynamique du réseau et surtout assurer son fonctionnement et sa pérennité »²⁰.*

Conformément à une des propositions énoncées par la Conférence de Territoire de l'Aveyron, lors des travaux sur le diagnostic territorial, la Délégation territoriale de l'Aveyron souhaite que *« ce réseau doit être conforté et son fonctionnement officialisé et pérennisé. Ce dispositif, qui vise à développer les réflexions et échanges d'informations et de pratiques professionnelles, les actions d'accompagnement et de soutien, se veut également être une instance de concertation et de propositions. Il constitue en cela un outil indispensable à l'objectif poursuivi de construction d'un partenariat étroit et fonctionnel des acteurs concernés ».*

Par ailleurs, dans le département de l'Aveyron, il n'existe pas de Maison des adolescents. La Conférence de Territoire de l'Aveyron, lors des travaux sur le diagnostic territorial, avait émis la proposition de réfléchir sur les besoins en Aveyron de la mise en place d'une Maison des adolescents.

²⁰ Pôle Médico-social – Délégation territoriale de l'Aveyron – Note transmise au CREAI-ORS LR sur les éléments de contexte. 2014/06. 2 p.

5.2 Caractéristiques principales de la population actuellement accueillie en établissement

5.2.1 Données issues de l'enquête ES2010

Les résultats issus de l'enquête auprès des établissements et services pour enfants et adultes handicapés (ES 2010 volet « handicap ») présentés ci-dessous ont été extraits de tableaux fournis par le Département "Suivi des données, Etudes, Statistiques" de l'ARS Midi-Pyrénées à partir d'une demande spécifique ne ciblant que les enfants de 12 ans et plus avec des troubles psychologiques (pour les IME, ont été exclus les autistes, TED et les psychoses infantiles) afin de se rapprocher au plus près de la problématique des adolescents à difficultés multiples.

Au 31 décembre 2010, ce sont 175 enfants âgés de 12 ans et plus ayant des troubles psychologiques ou de comportements qui ont été accueillis dans les dispositifs médicosociaux aveyronnais, dans le secteur dédié aux enfants. Près de neuf enfants sur dix (88,6 %) ont été accueillis en ITEP aveyronnais : 156 jeunes de 12 ans et plus concernés (pour rappel : 163 places installées dans les deux ITEP aveyronnais). Et dans les deux SESSAD d'ITEP, ce sont 15 jeunes âgés de 12 ans et plus (pour rappel : 30 places installées dans les deux SESSAD d'ITEP aveyronnais).

Tableau 10. Caractéristiques principales des jeunes âgés de 12 ans et plus accueillis en établissements ou services pour enfants handicapés au 31 12 2010 – Jeunes âgés de 12 ans et plus en IME souffrant de troubles psychologiques (hors autisme/TED/psychose infantile) (Unité : en % pour des effectifs supérieurs à 20 jeunes sinon les résultats sont présentés en effectifs)

Au 31 décembre 2010	Aveyron				Midi-Pyrénées	
	IME	ITEP	SESSAD D'IME	SESSAD D'ITEP	IME	SESSAD D'IME
	N = 5	N = 156	N = 0	N = 15	N = 275	N = 96
Sexe						
Garçons	3	88 %	-	13	68 %	66 %
Filles	2	12 %	-	2	32 %	34 %
Age						
12-15 ans	3	65 %	-	14	49 %	67 %
16-17 ans	2	22 %	-	1	26 %	17 %
18-20 ans	0	12 %	-	0	25 %	17 %
Lieu de vie hors structure						
Famille naturelle	4	81 %	-	15	88 %	95 %
Famille d'accueil	0	15 %	-	0	9 %	4 %
Autre hébergement	1	3 %	-	0	3 %	1 %
Origine géographique						
Même département que la structure	5	63 %	-	15	100 %	96 %
Autre département de la région que celui de la structure	0	24 %	-	0	0 %	nd
Hors Midi-Pyrénées	0	33 %	-	0	0 %	nd
Age à l'entrée en structure						
Moins de 6 ans	0	0 %	-	0	2 %	0 %
6-11 ans	2	26 %	-	8	25 %	17 %
12-15 ans	2	65 %	-	7	59 %	66 %
16 ans et plus	1	9 %	-	0	14 %	18 %

Source : Drees Enquête ES 2010, ARS Midi-Pyrénées – Exploitation CREAI-ORS LR

Tableau 11. Déficience principale et déficience associée déclarées

Au 31 décembre 2010	Aveyron				Midi-Pyrénées	
	IME	ITEP	SESSAD D'IME	SESSAD D'ITEP	IME	SESSAD D'IME
	N = 5	N = 156	N = 0	N = 15	N = 275	N = 96

Déficiences principales les plus fréquentes

Troubles du psychisme en rapport avec troubles psychiatriques graves	4	81 %*	-	0	38 %	13 %
Autres troubles du psychisme	0		-	1	45 %	70 %
Troubles des conduites et du comportement	0		-	11	15 %	15 %
Déficiences intermittentes, «critiques de la conscience»	1			0	2 %	2 %
Déficiences intellectuelles		18 %	-	3		

Présence d'une (ou plusieurs) déficience(s) associée(s)

Oui	0	25 %	-	4	73 %	52 %
Non	5	75 %	-	11	27 %	48 %

* Troubles du psychisme

Source : Drees Enquête ES 2010, ARS Midi-Pyrénées – Exploitation CREAI-ORS LR

Tableau 12. Scolarisation des jeunes

Au 31 décembre 2010	Aveyron				Midi-Pyrénées	
	IME	ITEP	SESSAD D'IME	SESSAD D'ITEP	IME	SESSAD D'IME
	N = 5	N = 156	N = 0	N = 15	N = 275	N = 96
Type de scolarisation au moment de l'enquête						
Non scolarisé	1	0 %	-	0	11 %	0 %
Scolarisé uniquement dans l'établissement médicosocial	2	87 %	-	0	84 %	0 %
Scolarisé dans l'établissement médicosocial avec intégration scolaire partielle dans un établissement de l'Education Nationale	0	0 %	-	0	0 %	0 %
Scolarisé uniquement dans un établissement de l'Education Nationale (y compris unité adaptée CLIS, SEGPA, UPI,...)	2	4 %	-	15	4 %	78 %
Autres	0	9 %	-	0	1 %	22 %

Source : Drees Enquête ES 2010, ARS Midi-Pyrénées – Exploitation CREAI-ORS LR

Tableau 13. Comportement déclaré de mise en danger des jeunes

Au 31 décembre 2010	Aveyron				Midi-Pyrénées	
	IME	ITEP	SESSAD D'IME	SESSAD D'ITEP	IME	SESSAD D'IME
	N = 5	N = 156	N = 0	N = 15	N = 275	N = 96
Se mettent en danger ou sont agressifs						
Jamais	2	94 %	-	13	46 %	51 %
Parfois	3	6 %	-	1	43 %	46 %
Souvent	0	0 %	-	1	12 %	3 %

Source : Drees Enquête ES 2010, ARS Midi-Pyrénées – Exploitation CREAI-ORS LR

Faits marquants

Au regard des données extraites de l'enquête ES 2010 volet « handicap » pour les jeunes âgés de 12 ans et plus ayant des troubles « psychologiques » pouvant caractériser les adolescents à difficultés multiples visés dans la démarche proposée, les points qui caractérisent le département de l'Aveyron pour le dispositif ITEP sont les suivants :

- une entrée tardive dans le dispositif : les 2/3 des jeunes y ont été admis entre 12 et 15 ans ;
- une surreprésentation des garçons : près de 9 jeunes sur dix. Sur le plan national, il est constaté une forte évolution allant dans ce sens ;
- une surreprésentation de jeunes non originaires du département de l'Aveyron : un tiers hors région et un quart d'un autre département de la région ;
- une majorité de jeunes souffrant de troubles psychiques en déficience principale (8 cas sur 10) et les trois quarts ont une déficience principale sans déficience associée.
- jamais ou voire très rarement des comportements déclarés de mise en danger des jeunes, dont on peut émettre deux hypothèses. La première peut être issue d'un biais de remplissage, quand on la confronte aux résultats de l'enquête ITEP 2012 (Cf. le tableau 14 ci-après). La seconde hypothèse peut porter sur une faible utilisation des remontées de situations préoccupantes.

5.2.2 Profil et prise en charge des enfants et adolescents accueillis dans les ITEP et SESSAD d'ITEP dans le département de l'Aveyron (Analyse départementale réalisée par l'ORS et le CREAI Midi-Pyrénées en 2013²¹)

L'ARS a fait réaliser une étude par l'ORS et le CREAI Midi-Pyrénées sur le profil et la prise en charge des enfants accueillis dans les ITEP et SESSAD d'ITEP de la région. Une des deux approches proposées dans ce travail s'appuyait sur une enquête quantitative visant à interroger, de façon exhaustive, l'ensemble des ITEP et SESSAD d'ITEP de la région Midi-Pyrénées. L'autre approche était une enquête qualitative.

Dans le département de l'Aveyron, les deux ITEP et les deux SESSAD rattachés ont participé à cette enquête. Selon des critères d'inclusion et d'échantillonnage bien précis, ce sont 144 jeunes inclus dans l'étude dans le département de l'Aveyron (70 en ITEP et 44 en SESSAD d'ITEP).

Tableau 14. Jeunes accueillis dans les ITEP du département de l'Aveyron selon les caractéristiques différentes de celles observées pour les jeunes accueillis en Midi-Pyrénées – Enquête réalisée en 2012

Caractéristiques Jeunes accueillis en ITEP en 2012	Aveyron	Midi-Pyrénées
Age 16 ans et plus	54,9 %	32,7 %
Age moyen à l'entrée	12,3 ans	11,1 ans
Venant d'un autre département	9,7 %	6,6 %
Aucun suivi antérieur (ni médical ni socio-éducatif)	22,7 %	17,8 %
Suivi antérieur ambulatoire (CMP, CMPP, hôpital de jour, CATTP, CASMP)	50,1 %	46,1 %
Suivi antérieur socio-judiciaire (ASE/AEMO)	46,0 %	36,9 %
Présentant des troubles du comportement en déficience principale sans déficience associée	73,3 %	20,8 %
Comportement de mise en danger ou d'actes violents *	65,1 %	42,1 %
Bénéficiaires d'un suivi régulier psychiatrique ou psychologique	72,7 %	69,2 %

* mise en danger par non-respect des règles ou par destruction des biens d'équipement ou violences envers les autres (autres jeunes, professionnels ou intervenants extérieurs)

Sources : ORS et CREAI Midi-Pyrénées, Enquête ITEP 2012 – ARS Midi-Pyrénées – Exploitation CREAI-ORS LR

²¹ ORS et CREAI Midi-Pyrénées – Etude commanditée par l'ARS Midi-Pyrénées : Profil et prise en charge des enfants et adolescents accueillis dans les ITEP et SESSAD d'ITEP en Midi-Pyrénées – Dossier Départements. 2013/09. 22 p.

Tableau 15. Collaborations¹ avec d'autres partenaires déclarées par les ITEP aveyronnais

ITEP ayant une collaboration avec :	Aveyron	Midi-Pyrénées
Les CMPP	50 %	76 %
Les CMP	50 %	82 %
Les unités de soins psychiatriques	100 %	82 %
MECS / Foyer ASE	100 %	94 %
PJJ	100 %	73 %

1 : Partenariat engagé à titre ponctuel ou régulier, voire formalisé par une convention signée et mise en œuvre

Source : ORS et CREAI Midi-Pyrénées, Enquête ITEP 2012 – ARS Midi-Pyrénées – Exploitation CREAI-ORS LR

Faits marquants

Au regard des informations déclarées par les ITEP, au moment de l'enquête réalisée par l'ORS et le CREAI Midi-Pyrénées en 2012, les points essentiels à retenir sont :

- une entrée tardive dans le dispositif ITEP aveyronnais, autour de 12 ans en moyenne ;
- une proportion élevée de jeunes provenant d'un autre département ;
- des liens plus fréquents avec les établissements d'aide sociale à l'enfance et les unités en psychiatrie que les CMP et les CMPP ;
- une déficience principale « Troubles du comportement » sans déficience associée dans la majorité des cas ;
- un comportement de mise en danger ou d'agressivité déclaré dans la majorité des cas.

5.3 Orientations des politiques publiques

En Midi-Pyrénées, « *faciliter le parcours de santé des adolescents à difficultés multiples en évitant les ruptures de prise en charge de la prévention aux soins, du suivi en médecine de ville, en établissement de santé, ou dans le cadre d'un accompagnement par un établissement/service du médicosocial* » représente un enjeu majeur en matière de santé publique. Cet enjeu fait partie intégrante des priorités inscrites dans le Plan Stratégique régional de Santé 2012-2017²² (PSRS) en Midi-Pyrénées : le parcours de santé des jeunes doit être structuré. Cet enjeu est repris et développé plus en détails dans les différentes orientations opérationnelles énoncées, d'une part dans le schéma régional de « Prévention »,²³ et d'autre part, dans le Schéma Régional d'Organisation de Soins 2012-2017 (SROS) - volet « Psychiatrie des enfants et des adolescents »²⁴ et dans le Schéma Régional d'Organisation médicosociale 2012-2017 (SROMS) volet « Personnes handicapées »²⁵ (schémas élaborés en cohérence avec les schémas départementaux élaborés par les Conseils généraux).

5.3.1 Diagnostic au préalable du PRSP

Les principaux constats en lien avec la problématique des adolescents à difficultés multiples qui ont été pointés dans le diagnostic partagé sur la santé en Midi-Pyrénées sont les suivants :

- Des comportements à risque repérés comme préoccupants chez les jeunes de la région qui sont dans une situation plus fréquente de fragilité et de souffrance psychique.
 - o Alcool - Drogues : en effet, les jeunes de la région Midi-Pyrénées, comme dans le reste de la France, ont des consommations excessives d'alcool et des usages de drogues préoccupants.
 - o Mal-être : « *Plus de 1 200 tentatives de suicide ont été enregistrées par les services d'urgence de la région Midi-Pyrénées chez les jeunes âgés de 15-24 ans* ».
 - o Accidents de la circulation : 39 %²⁶ de jeunes âgés de 15 à 24 ans sont décédés par accident de la circulation sur la période 2008-2009-2010 (437 décès enregistrés chez les 15-24 ans) (32 % en moyenne nationale).

²² ARS Midi-Pyrénées, Les orientations du Plan Stratégique Régional de Santé en Midi-Pyrénées. 2012/07. 79 p.

²³ ARS Midi-Pyrénées, Schéma Régional de Prévention 2012-2017. 2012/12. 66 p.

²⁴ ARS Midi-Pyrénées, Schéma Régional d'organisation des soins : Offre de soins hospitalière : Psychiatrie des enfants et adolescents. 2012/12. p 158 - p 173.

²⁵ ARS Midi-Pyrénées, Schéma Régional d'organisation médicosociale « Personnes Handicapées » 2012-2017. 2012/12. p 45 – p 89.

²⁶ DRJSCS Midi-Pyrénées, Panorama Statistique Jeunesse, Sports, Cohésion Sociale

- Une offre de soins et d'accompagnement inadaptée.
 - o Nécessité de développer des dispositifs orientés vers les adolescents (*tentatives de suicides, adolescents en très grandes difficultés nécessitant des structures plus «contenantes»*) ;
 - o Dans le médicosocial, un recours à l'institutionnalisation plus fréquent qu'un accompagnement en milieu ordinaire, même si les services pour les enfants et les adolescents ont été développés de façon croissante depuis plusieurs années.
- Une insertion professionnelle difficile des jeunes en situation de handicap en fin de parcours professionnel. « *Des jeunes en situation de handicap, en échec d'insertion en fin de parcours professionnel, s'inscrivent comme demandeurs d'emplois, sept ou huit ans après leur sortie de formation, en ayant perdu les compétences acquises* ».
- Une articulation peu organisée et structurée entre le secteur du sanitaire et les secteurs du médicosocial et du social. Le suivi des adolescents ayant un accompagnement multi dispositif (sanitaire, médicosocial et social) est difficile et notamment dans la gestion des situations de crise.

5.3.2 Les orientations prévues dans les différents schémas : analyse transversale

5.3.2.1 Pilotage régional par le PRSP

En Midi-Pyrénées « *faciliter le parcours de santé des adolescents à difficultés multiples en évitant les ruptures de prise en charge de la prévention aux soins, du suivi en médecine de ville, en établissement de santé, ou dans le cadre d'un accompagnement par un établissement ou un service du médicosocial* » représente un enjeu majeur en matière de santé publique. Cet enjeu fait partie intégrante des priorités inscrites dans le PRSP 2012-2017 en Midi-Pyrénées.

Les principales orientations qui découlent de cet enjeu « le parcours de santé des jeunes doit être structuré » sont :

- **d'agir sur les comportements à risque des jeunes et tout particulièrement de prendre en compte les difficultés spécifiques** des jeunes de la région Midi-Pyrénées qui sont en situation de fragilité et de souffrance psychique : mettre en place un cahier des charges des actions de prévention à destination des jeunes sur la base de thèmes prioritaires (dont addictions et dépressions) et structurer le dispositif de prévention ;

- **de développer des structures d'accueil pour les jeunes** : « *Les maisons des adolescents et les points d'accueil écoute jeunes sont des espaces structurants dans le parcours de santé des jeunes et doivent être pérennisés dans chaque territoire de santé et leurs actions évaluées* » ;
- **de mettre en place une prise en charge concertée et personnalisée pour les jeunes en grande difficulté** : « *les modalités de prise en charge habituelles ne permettent pas de répondre correctement aux besoins de ces jeunes en grande difficulté à l'interface des dispositifs sanitaires, sociaux et médicosociaux. L'ARS engagera en 2013 une concertation avec les institutions concernées pour que soient recherchées davantage de cohérence et de complémentarités entre les interventions des différents acteurs. Sera étudiée la possibilité de mettre en place, au sein de chaque département, une instance de coordination autour des situations de jeunes en difficulté et de proposer une convention de partenariat type* ».
- **de faciliter tout particulièrement l'orientation des jeunes souffrant de troubles mentaux dans leur parcours de santé**, de construire une « *véritable politique de santé* ». Les principaux objectifs fixés sont de :
 - Permettre l'accès pour les enfants et les adolescents à une prise en charge psychiatrique dans des délais courts au moyen des CMP et des CMPP.
 - Développer la prise en charge ambulatoire orientée vers les adolescents.
 - Coordonner la prise en charge des adolescents en crise – Améliorer les liens entre le médicosocial et le sanitaire.
- **de favoriser la scolarisation des enfants et adolescents et l'insertion socioprofessionnelle**. Organiser notamment les formations proposées dans les ITEP et les IME pour les jeunes suivis par la protection de l'enfance, en privilégiant une articulation de leurs actions avec celles des centres de préorientation et/ou de rééducation professionnelle.
- **de clarifier et pérenniser le rôle des réseaux territoriaux**

5.3.2.2 Analyse transversale des orientations prévues dans les différents schémas dans le domaine de la prévention

Les problématiques des adolescents à difficultés multiples sont prises en compte dans plusieurs des orientations du Schéma régional de prévention et le Schéma départemental de prévention et de la protection de l'enfance et de la famille du Conseil général de l'Aveyron. Dans quatre thématiques, les adolescents/jeunes sont positionnés comme publics prioritaires.

	Thématique : Comportement à risque	Thématique : Ecoute et accueil	Thématique : Souffrance psychique	Thématique : Coordination des acteurs de prévention
Schémas concernés	Schéma régional de prévention (SRP)	Schéma régional de prévention (SRP)	Schéma régional de prévention (SRP)	Schéma départemental de la prévention et de la protection de l'enfance et de la famille (S.D.P.P.E.F)
Objectif	Développer la prévention des conduites addictives chez les jeunes	Clarifier et accompagner le dispositif régional d'écoute et d'accueil des jeunes	Renforcer les actions de prévention de la souffrance psychique	Organiser un réseau des acteurs de la prévention
Territoires concernés	Ensemble des territoires de santé	Ensemble des territoires de santé	Dans un premier temps dans le département de Haute-Garonne	Aveyron
Descriptif		Constituer un dispositif de « base » à partir des maisons des adolescents et des PAEJ qui doivent travailler en complémentarité	De renforcer les capacités des jeunes à développer des comportements favorables à leur santé et de prévenir la dépression des adolescents en milieu scolaire	Développer et formaliser les contacts entre partenaires de la prévention Regrouper différents acteurs concernés dans une instance constitutive qui définira le cahier des charges des domaines d'intervention du réseau Ado Aveyron
En lien avec	Les contrats locaux de santé	L'ensemble des dispositifs existants sur le territoire (en Aveyron : PAEJ, réseau d'adolescents, mission locale...)	Dans le département de la Haute-Garonne : l'Education nationale, La Maison des adolescents, le RAP31, la pédopsychiatrie, le CHU de Toulouse et l'ARS	La DT ARS 12, l'Education Nationale, DDCSPP, PJJ, CAF / MSA, les collectivités, les associations œuvrant dans le champ de la prévention, les services sociaux, les services de soins (secteur hospitalier, CMPP, IME, CAMSP...) et les centres sociaux, les lieux d'accueil du jeune enfant (RAM, EAJE), les CLSH
Public prioritaire	Professionnels dans les collèges et les lycées impliqués dans l'accompagnement des adolescents	Adolescents en difficultés	Adolescents en souffrance psychique	Familles et jeunes en situation difficile
Point d'appui	Etablir une contractualisation avec l'ANPAA		Utiliser l'outil mis au point par le COTER Santé des jeunes permettant de repérer les adolescents en dépression ou en risque de l'être et de leur proposer un programme spécifique visant le développement d'habiletés	Réseau Ado Aveyron

5.3.2.3 Analyse transversale des orientations prévues dans les différents schémas dans le domaine de l'accompagnement des adolescents

	Thématique : Repérage précoce	
Schémas concernés	SROS Volet « psychiatrie des enfants et des adolescents »	Schéma Départemental Vieillesse Handicap du Conseil général de l'Aveyron ²⁷
Objectif	Améliorer le repérage précoce des troubles psychiques	Mener des actions de sensibilisation et d'information sur le handicap psychique
Territoires concernés	Huit départements de la région Midi-Pyrénées	Aveyron
Descriptif	<p>Favoriser des prises en charge précoces (sensibilisation des professionnels de santé de 1ers recours, réduction des délais d'attente pour une consultation en CMP ou CMPP,...);</p> <p>Renforcer l'articulation de la pédopsychiatrie avec l'ASE, la PJJ, le secteur médicosocial, l'Education nationale et les réseaux existants ;</p> <p>Favoriser le maintien ou le retour au milieu ordinaire ;</p> <p>Améliorer l'accès aux soins spécialisés en psychiatrie infanto-juvénile et développer les prises en charge spécifiques pour les adolescents, notamment des adolescents en crise</p>	<p>Informers les familles sur le handicap psychique et les troubles associés et les amener à accepter une prise en charge identifier les personnes en situation de handicap psychique via les différents partenaires.</p> <p>Mettre en place un référent «handicap psychique »au sein de la MDPH.</p> <p>Mettre en place un comité départemental de suivi spécifique qui réunirait les secteurs du social, du médicosocial et du sanitaire.</p>
En lien avec	Le secteur de la pédopsychiatrie, les CMPP, les maisons des adolescents, les réseaux...	La délégation territoriale de l'Aveyron, le Centre hospitalier de Sainte Marie et la MDPH
Public prioritaire	Enfants et adolescents souffrant de troubles mentaux dont adolescents en crise	
Point d'appui		

²⁷ Conseil général de l'Aveyron, Schéma Départemental Vieillesse et Handicap 2008-2013. Département de l'Aveyron. 2008/01. 144 p.

Thématique : Coordination entre les partenaires pour un parcours structuré		
Schémas concernés	SROMS Volet « Personnes handicapées »	Schéma départemental de la prévention et de la protection de l'enfance et de la famille (S.D.P.P.E.F)
Objectif	Développer la prise en charge concertée institutionnelle	Approfondir les relations partenariales afin d'apporter des réponses adaptées aux spécificités des jeunes en situation difficile
Territoires concernés	Huit départements de la région Midi-Pyrénées	Aveyron
Descriptif	Rechercher une cohérence des interventions et des complémentarités permettant de construire des réponses les plus appropriées et les plus globales possibles par le biais d'un partenariat entre les institutions parties prenantes avec l'élaboration de projets collaboratifs où chaque institution tient sa place (en termes de missions et d'interventions).	Garantir la continuité du parcours et du projet, afin d'éviter les ruptures, en désignant un coordonnateur de parcours Donner une légitimité interinstitutionnelle aux décisions prises collectivement en Comité de Concertation et de Proposition CCP du Réseau Ado Aveyron
En lien avec	Les Conseils généraux et les autres partenaires concernés	Les partenaires institutionnels concernés
Public prioritaire	Jeunes à difficultés multiples	Jeunes en situation difficile
Point d'appui	Mettre en place des travaux communs avec les Conseils généraux et les autres partenaires concernés pour réaliser une évaluation des expériences de coordination en cours (telles que le RAP 31) et pour définir conjointement le mode d'organisation le plus efficient pour coordonner leur action et définir des parcours personnalisés pour traiter au mieux ces situations.	Réseau Ado Aveyron

	Thématique : Réadaptation de l'offre	Thématique : Accompagnement en milieu ordinaire
Schémas concernés	Schéma départemental de la prévention et de la protection de l'enfance et de la famille (S.D.P.P.E.F)	SROMS Volet « Personnes handicapées »
Objectif	Adapter l'offre d'accueil aux spécificités des jeunes en situation difficile	Développer les alternatives à l'hébergement permanent
Territoires concernés	Aveyron	Ensemble des bassins de santé de la région Midi-Pyrénées
Descriptif	Développer des solutions permettant de prévenir et de traiter l'occurrence de la crise (Création d'une Maison des adolescents) Développer des accueils temporaires de manière à ménager des temps de répit / repos aux professionnels encadrant les enfants difficiles	Développer les alternatives à l'hébergement permanent en augmentant la part des services, pour la prise en charge des enfants et des adolescents. Porter l'équipement des bassins non équipés ou sous dotés au niveau du taux d'équipement national de 2,82 places de SESSAD pour 1 000 enfants de moins de 20 ans. Dans l'Aveyron, redéployer les moyens existants pour répondre aux besoins
En lien avec	Les partenaires institutionnels concernés, les établissements, l'UMPA, le secteur hospitalier, les CMPP et la PJJ	Les partenaires institutionnels concernés et les établissements
Public prioritaire	Jeunes en situation difficile	Enfants et adolescents en situation de handicap
Point d'appui		Mettre en place des évaluations de besoins par territoire, une analyse des listes d'attentes et des taux d'occupation

5.3.2.4 Analyse transversale des orientations prévues dans les différents schémas dans le domaine du passage de l'âge adolescent vers l'âge adulte

	Thématique : accompagnement en milieu ordinaire de travail	
Schémas concernés	SROMS Volet « Personnes handicapées »	Schéma Départemental Vieillesse Handicap du Conseil général de l'Aveyron
Objectif	Favoriser l'insertion socioprofessionnelle dans une logique de parcours évolutif	Mieux articuler l'accompagnement social du handicap et l'insertion professionnelle
Territoires concernés	Huit départements de la région Midi-Pyrénées	Aveyron
Descriptif	Préparer bien en amont dans les structures médicosociales disposant de sections professionnelles, la formation des adolescents pour leur permettre de réussir au mieux leur insertion socio-professionnelle et leur projet de vie	Identifier les publics nécessitant des besoins d'accompagnement social et proposer un accompagnement social avec l'accompagnement professionnel
En lien avec	Les structures du médicosocial du secteur enfants	Les acteurs du handicap, du social et de l'insertion professionnelle
Public prioritaire	Les jeunes en situation de handicap	Les jeunes en situation de handicap
Point d'appui		

5.4 Synthèse des éléments de cadrage

Les adolescents à difficultés multiples sont au cœur de plusieurs dispositifs pilotés par différentes acteurs : ils mobilisent, à la fois ou successivement, l'Education nationale, le secteur social, sanitaire, médicosocial et parfois le judiciaire également.

Il est délicat d'établir un profil global « type » de ces adolescents à difficultés à partir de sources d'informations existantes. Dans les éléments de cadrage présentés ici, des hypothèses par type de difficultés peuvent être posées :

- des carences familiales et environnementales nécessitant très tôt des placements en ASE : 645 jeunes confiés à l'ASE en 2012 dans le département de l'Aveyron dont 67 % ont été placés dans une famille d'accueil (430 en 2012 et 432 en 2013²⁸) et 25 % dans un établissement social d'hébergement (MECS, Lieux de vie). Parmi ces jeunes confiés à l'ASE, une trentaine de situations de jeunes sont complexes et difficiles à accompagner, représentant près de 5 % de l'ensemble des enfants confiés à l'ASE. Ces jeunes présentent très souvent des troubles sévères du comportement qui nécessitent la mise en place d'un suivi par le secteur sanitaire et/ou le secteur médicosocial.
- Des troubles du comportement sévères : des jeunes accompagnés par des dispositifs du médicosocial (ITEP et IME) qui mettent en difficultés les professionnels. Ce serait 2 à 5 jeunes par an qui seraient des adolescents à difficultés multiples dans le secteur médicosocial aveyronnais (pour environ 500 jeunes suivis par an en moyenne en ITEP et IME (hors SESSAD)). Les caractéristiques principales de ces jeunes issus des enquêtes ES 2010 et ITEP 2012 sont : une entrée tardive de ces jeunes dans le dispositif, une déficience principale présentant des troubles du comportement sans déficience associée, un suivi régulier psychiatrique ou psychologique et un suivi antérieur socio-judiciaire.
- Des suivis psychiatriques : en 2012, ce sont 144 jeunes âgés de 10 à 24 ans qui ont été admis en affection psychiatrique de longue durée dans le département de l'Aveyron. D'autre part, 108 jeunes ont été vus au moins une fois dans l'année en hospitalisation complète, dans les services aveyronnais de la psychiatrie infanto-juvénile en 2012.
- Des scolarisations en milieu ordinaire engendrant des souffrances importantes chez certains adolescents : une vingtaine d'adolescents présentant des troubles de comportement sévères, en attente de places dans des dispositifs spécialisés et soumis à obligation de scolarisation.

²⁸ Chiffre communiqué par la Direction de l'Enfance et de la Famille, Conseil général de l'Aveyron lors du premier comité de pilotage le 04/09/2014

Il apparaît nécessaire de proposer des réponses adaptées, coordonnées et individuelles à ces adolescents. Les points à améliorer sont :

- Le repérage précoce pour améliorer l'entrée dans le dispositif du médicosocial ;
- La coopération et les liens entre les acteurs des différents champs d'intervention : les formaliser davantage et les organiser autour de la mise en place d'un projet individualisé ;
- La gestion des crises : liens avec le secteur de la pédopsychiatrie et psychiatrie adultes pour les jeunes âgés de plus de 16 ans ;
- Le passage des adolescents vers l'âge adulte.

Ces éléments vont être retravaillés en groupe de travail de manière plus approfondie en trois thématiques qui ont été validées par les membres du comité de pilotage²⁹ de cette démarche :

- 1-** Adapter le dispositif de prise en charge existant aux besoins du territoire.
- 2-** Entrer dans le dispositif de prise en charge.
- 3-** Réfléchir aux conditions de mise en place d'un parcours fluide et adapté.

²⁹ CREAI-ORS LR – Relevé de décisions du 04 septembre 2014 du premier copil de la démarche territorialisée sur les adolescents à difficultés multiples dans le département de l'Aveyron – 2014/09. 2 p.

6. RÉSULTATS :

CONCERTATIONS : DEROULEMENT, DIAGNOSTIC PARTAGÉ ET PROPOSITIONS

6.1 Objectifs et méthodologie retenue

Dans la démarche proposée, une démarche participative a été privilégiée, rassemblant l'ensemble des acteurs concernés par la problématique des adolescents à difficultés multiples et représentant différents secteurs : sanitaire, médicosocial, éducatif, social, protection de l'enfance, protection judiciaire de la jeunesse et réseau existant (Réseau Adolescents 12).

La présence d'acteurs différents et pluri-dispositifs qui accompagnent des adolescents à difficultés multiples, et leur participation active, ont permis d'avoir des échanges de bonne qualité et constructifs tout au long des concertations, pour en arriver à un diagnostic partagé et des propositions d'actions souhaitables de leur point de vue à conduire dans le département de l'Aveyron et à soumettre aux membres du comité de pilotage.

A l'issue de ces concertations, les propositions d'actions ont constitué une photographie des attentes des acteurs visant à fluidifier les parcours des adolescents à difficultés multiples dans le département de l'Aveyron.

Le découpage des temps de travail en concertations s'est effectué en séances assez resserrées et décomposées en trois groupes et en deux demi-journées par groupe.

- La première demi-journée a été consacrée tout d'abord à parvenir à un diagnostic partagé sur la thématique visée dans chacun des groupes et enfin à formaliser les premières propositions d'amélioration. Pour chaque groupe de travail, une synthèse intermédiaire a été réalisée par le CREAI-ORS LR et a été adressée à chacun des participants afin de préparer les échanges et les discussions du prochain temps de concertation.
- Dans la seconde et dernière demi-journée, un nouveau débat rapide a été conduit à partir de la synthèse adressée à chaque groupe, permettant de la compléter, la réajuster et la valider. Puis, ce débat a débouché sur la formalisation de propositions d'action en réajustant certaines ou en ajoutant de nouvelles.

Suite à cette dernière séance de concertation par groupe, nous avons réalisé un récapitulatif par groupe, des propositions d'actions évoquées en séance. Ces propositions ont été présentées sous la forme de fiches-actions détaillant le titre de l'action, le constat, les objectifs et le descriptif de l'action. Afin de présenter aux membres du comité de pilotage les propositions des groupes validées par les participants, il a été adressé aux membres des trois groupes l'ensemble des propositions d'action travaillées en séance pour leur permettre à chacun des ajustements et des amendements si besoin.

6.2 Constitution des trois groupes

Les trois groupes ont été animés par le CREAI-ORS LR et ont été constitués par la DT12-ARS. Ces trois groupes se sont réunis à deux reprises sur une demi-journée, à chaque fois dans les locaux de la DT12-ARS et en sa présence.

A l'issue du lancement de la démarche, l'ensemble des acteurs concernés par la problématique des adolescents à difficultés multiples a été invité à faire acte de candidature sur un des trois groupes en classant par ordre de priorité les thèmes choisis par la DT12-ARS par retour de messagerie.

Une vigilance particulière a été portée sur l'équilibre des dispositifs représentés dans chaque groupe : représentants des dispositifs sanitaires, sociaux et médicosociaux, représentants des organismes et services publics (Education nationale, MDPH, Conseil général, PJJ, DDCSPP, Tribunal de Grande Instance), réseau « Ado » Aveyron, PAEJ, Mission locale)

Ont donc été invités à participer aux groupes de travail les acteurs suivants :

- Les dispositifs sanitaires : CMP, psychiatrie hospitalière infanto-juvénile (les 2 secteurs Nord-Aveyron et Sud-Aveyron), psychiatrie hospitalière adultes, pédiatrie Centre Hospitalier de Rodez et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ;
- Les dispositifs sociaux de la Protection de l'enfance : MECS, Foyer Départemental de l'Enfance (FDE) et les lieux de vie et d'accueil (LVA) ;
- Les dispositifs sociaux de la Protection Judiciaire de la Jeunesse : Centre Educatif Fermé (CEF) ;
- Les dispositifs médicosociaux : CMPP, SESSAD, IME, ITEP et CAMSP ;
- Les représentants des organismes et services publics : pôles santé, pédagogique et social de l'Education nationale, MDPH, Direction de la Protection de l'enfance du Conseil général, la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP) et la PJJ ;
- Les représentants du tribunal pour enfants : magistrat, juge aux enfants, juge aux affaires familiales et procureur de la République du Tribunal de Grande Instance ;
- Un représentant de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) ;
- La mission locale d'insertion (MLI) ;
- Le Point d'Accueil et d'Ecoute jeunes (PAEJ) ;
- Le réseau des adolescents Aveyron.

Bien qu'invités, les représentants de la pédiatrie de Rodez, des PASS, du CAMSP, du tribunal pour enfants, de l'URPS et de la MLI n'ont pas participé aux travaux.

L'adhésion à la démarche proposée et explicitée à chaque rencontre par le CREAI-ORS LR a été globalement satisfaisante. La participation et l'assiduité aux travaux ont été importants : 18 personnes en moyenne présentes à chaque séance et par groupe (allant en moyenne de 15 personnes pour le premier groupe à 20 personnes en moyenne pour les deux autres groupes).

6.3 Des échanges animés et riches

Les échanges et les débats ont été vifs, animés, riches et très attentifs aux places et postures de chacun. La volonté de faire évoluer les problématiques de fluidité et de continuité des parcours des adolescents à difficultés multiples était évidente, d'où la tonalité constructive des échanges.

Les échanges ont été recueillis sous la forme d'un *verbatim* avec prise de notes en séance. Celui-ci a été rendu anonyme de façon à permettre et garantir une liberté de parole des différents locuteurs, y compris par rapport à leur appartenance institutionnelle ou associative. Une synthèse de ces échanges recueillis sur les deux temps de concertations figure en annexes.

De fait, les participants semblaient satisfaits de se retrouver pour échanger sur les problématiques concernant les adolescents à difficultés multiples. De longs échanges entre différents partenaires se sont même poursuivis après chaque fin de séance.

L'exploration et la proposition de pistes d'action ont fait apparaître que certaines préoccupations étaient récurrentes et transverses avec d'autres recommandations effectuées dans de nombreux rapports publiés récemment (Rapports Piveteau 2014, Vachey 2013...). Elles constituent un point de convergence des différents acteurs locaux au niveau du diagnostic et des attentes de changement avec d'autres constats effectués sur le plan national.

6.4 Synthèse du diagnostic partagé

Lors des premières séances, nous nous sommes bien assurés de partir d'une définition commune et partagée par l'ensemble des participants de chaque groupe, celle qui a été précisée en paragraphe 3.2 en page 8 : « *On est tous d'accord sur la définition des adolescents – c'est en premier « Multiple » et après, c'est tous les critères sans hiérarchie particulière* ».

- **Profil le plus fréquent des adolescents à difficultés multiples** : ce sont le plus souvent des jeunes âgés entre 13 et 14 ans qui ont un parcours familial difficile ayant nécessité des placements très tôt, qui ont été suivis ou sont suivis sur le plan psychiatrique (hospitalisation) et très souvent en échec scolaire.
- **Repérage précoce** : globalement, il a été convenu par l'ensemble des participants que le repérage précoce est fait. Différents acteurs concernés dans ce repérage précoce ont été cités : CAMSP, PMI et l'Education nationale.
- **Signes d'alerte et critères de risque** : deux critères de risque ont été cités. Le premier est le placement précoce chez des enfants de moins de 6 ans présentant des risques de développement en raison de parents repérés avec des troubles de comportements, des carences multiples et notamment psychiques. Le second est les troubles de comportement que manifestent certains adolescents à difficultés multiples qui mettent en difficultés les dispositifs.

- **Portes d'entrée dans les dispositifs citées en séance** : le CAMSP, l'ASE, le Foyer Départemental de l'Enfance, les dispositifs du sanitaire, l'école, le SESSAD, l'ITEP, l'IME.
- **Difficultés repérées pour entrer dans les dispositifs** : cloisonnement des dispositifs, méconnaissance des ressources existantes par territoire, des compétences, des missions et des contraintes des dispositifs entre eux.
- **Scolarisation** : ce sont le plus souvent au moment de l'arrivée en collège, que les jeunes à difficultés multiples font exploser le système scolaire en milieu ordinaire.
- **Articulation entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie adulte** : dans le secteur Nord-Aveyron, une réunion pluridisciplinaire a été mise en place depuis un an entre les deux services de psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie adulte pour anticiper à trois mois avant la date d'anniversaire des 16 ans d'un adolescent et de préparer au mieux la continuité de son accompagnement au passage dans la psychiatrie adulte. Dans le secteur Sud-Aveyron, il semble que cette articulation soit à renforcer. De plus, il a été évoqué en séances le besoin d'un plus grand nombre d'accueil en hôpital de jour en psychiatrie à destination des adolescents.
- **Gestion des situations de crise aujourd'hui** : pour ces adolescents à difficultés multiples, les professionnels évoquent le fait de travailler dans l'urgence et de ne pas suffisamment anticiper en amont la construction d'un parcours adapté et fluide. Le temps de crise semble être géré aujourd'hui, par l'ensemble des partenaires qui est confronté quotidiennement à prendre un adolescent au sein de leur dispositif, par défaut. Il apparaît un déficit dans l'anticipation de la situation au sein même des équipes de chaque dispositif. La prise en compte des troubles du comportement semble non homogène selon les équipes. Par ailleurs, un autre frein évoqué est l'absence d'un tiers extérieur, un « *pilote* », un « *chef d'orchestre* » qui permettrait de coordonner la gestion de situations de crise et d'apporter un soutien aux équipes et aux dispositifs.
- **Acteurs impliqués et implicables dans la réponse aux situations de crise** : urgences, psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie adulte, Foyer Département de l'Enfance, ITEP.
- **Difficultés repérées dans la réponse aux situations de crise** : il a été évoqué à plusieurs reprises que l'absence d'un langage commun, d'un projet global commun de l'adolescent, d'outils communs d'évaluation, des cultures professionnelles et des missions différentes peuvent générer des difficultés mettant à mal les dispositifs et aboutir à des ruptures d'accompagnement. De plus, le temps de réponse dans la gestion de crise apparaît parfois « *trop long* », une solution apportée après 6 mois n'est plus adaptée aux besoins de l'adolescent. Autour des situations les plus complexes, le maillage territorial ne semble pas suffisamment réactif, préventif et stable pour assurer dans la continuité un parcours fluide et sécurisant.

- **Leviers évoqués pertinents dans la gestion de crise** : la mise en place d'une instance-relais, d'un dispositif de coordination permettrait de travailler collectivement et à plusieurs dispositifs un parcours adapté garantissant souplesse, réactivité et continuité des solutions proposées. Ce dispositif permettrait également d'analyser les pratiques partenariales et de repérer les éléments qui ont fonctionné dans telle ou telle situation et ceux qui ont dysfonctionné.
- **Positionnement aujourd'hui du Réseau Adolescents Aveyron** : celui-ci est un des réseaux les plus anciens de France. Il fonctionnait sur la mise à disposition des institutions. Des réunions plénières étaient organisées et un outil d'analyse des situations concrètes avait été mis en place en 2001 sous la forme de Commission de Concertation et de Proposition (CCP). Chaque CCP mobilisait la participation de nombreux professionnels pour échanger sur des cas complexes et proposer une solution. Or, le problème évoqué par les professionnels est la difficulté à obtenir une solution opérationnelle et concrète à l'issue de ce temps d'échanges.

Les points forts de ce réseau tels qu'indiqués en séance sont d'entretenir une dynamique de réseau et de soutenir en tant que tiers les structures en difficultés.

Les points faibles évoqués sont, d'une part, l'absence de légitimité pour être une instance de coordination et d'autre part, des moyens alloués basés uniquement sur la mise à disposition de professionnels des pouvoirs publics.

- **Positionnement des familles dans le parcours de leur enfant** : il a été évoqué qu'une des difficultés majeures des dispositifs dans leur accompagnement est en lien direct avec la loi de 2005 qui a retardé l'entrée dans les dispositifs médicosociaux en raison de parents qui prennent une décision bien plus tard qu'auparavant. L'adhésion des parents d'adolescents à difficultés multiples est complexe. De nombreuses familles ont perdu confiance dans les instances publiques.

6.5 Propositions d'action issues des groupes de travail

Récapitulatif des propositions d'action proposées par les trois groupes :

AXE 1 : ADAPTER LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE EXISTANT AUX BESOINS DU TERRITOIRE

- ▶ **Proposition 1** : Mettre en œuvre des places d'urgence et d'accueil temporaire
- ▶ **Proposition 2** : Organiser et soutenir le premier placement d'un enfant qui risque d'avoir un parcours à difficultés multiples
- ▶ **Proposition 3** : Identifier et repérer les partenaires dans le champ de la prévention, de la guidance parentale
- ▶ **Proposition 4** : Sécuriser le parcours des adolescents par un partenariat formalisé et conventionné
- ▶ **Proposition 5** : Mettre en œuvre des analyses de pratiques partenariales
- ▶ **Proposition 6** : Missionner un « *chef d'orchestre* »
- ▶ **Proposition 7** : Mettre en place des actions avec des Pairs-Aidants
- ▶ **Proposition 8** : Permettre une prise en charge en accueil de jour pour des adolescents âgés entre 12 et 18 ans en souffrance psychique

AXE 2 : ENTRER DANS LE DISPOSITIF

- ▶ **Proposition 9** : Réfléchir à la création d'un lieu ouvert dédié à accueillir des adolescents à difficultés multiples
- ▶ **Proposition 10** : Formaliser les partenariats entre les différents dispositifs de prise en charge

AXE 3 : Réfléchir aux conditions de mise en place d'un parcours fluide et adapté

- ▶ **Proposition 11** : Institutionnaliser une coopération et un partenariat

En Annexes, sont présentées les propositions d'action issues des groupes de travail de façon détaillée.

7. ARBITRAGE DU COMITE DE PILOTAGE

A L'ISSUE DES CONCERTATIONS, LE COMITE DE PILOTAGE S'EST REUNI LE 15 JANVIER 2015 AFIN DE TRAVAILLER SUR LES PROPOSITIONS D' ACTIONS ISSUES DES GROUPES DE TRAVAIL ET DE RETENIR LES AXES DE TRAVAIL A METTRE EN ŒUVRE.

AXE 1 : ADAPTER LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE EXISTANT AUX BESOINS DU TERRITOIRE

Propositions d'action issues des groupes de travail	Décision prise par le COPIL	Réajustement du COPIL
<p>▲ Proposition 1 : Mettre en œuvre des places d'urgence et d'accueil temporaire</p>	<p>Action retenue par le COPIL avec un titre réajusté</p>	<p>▲ Fiche-Action 1 : Elaborer un dispositif de prise en charge d'urgence en cohérence avec le schéma départemental de la prévention et de la protection de l'enfance et de la famille (SDPPEF) et le Plan Stratégique Régional de Santé (PRSP)</p>
<p>▲ Proposition 2 : Organiser et soutenir le premier placement d'un enfant qui risque d'avoir un parcours à difficultés multiples</p>	<p>Action non retenue pour la deuxième phase par le COPIL, toutefois, elle sera portée à la connaissance des autorités compétentes</p>	<p>Cf Annexes pour avoir l'action détaillée</p>
<p>▲ Proposition 3 : Identifier et repérer les partenaires dans le champ de la prévention, de la guidance parentale</p>	<p>Action non retenue pour la deuxième phase par le COPIL, toutefois, elle sera portée à la connaissance des autorités compétentes</p>	<p>Cf Annexes pour avoir l'action détaillée</p>
<p>▲ Proposition 4 : Sécuriser le parcours des adolescents par un partenariat formalisé et conventionné</p>	<p>Le COPIL a considéré que cette action relevait de la coordination et pouvait être intégrée à une seule et même fiche</p>	<p>Cf Fiche-Action 4 = Fusion Propositions issues des groupes 4+5+6+10+11</p>
<p>▲ Proposition 5 : Mettre en œuvre des analyses de pratiques partenariales</p>	<p>Le COPIL a considéré que cette action relevait de la coordination et pouvait être intégrée à une seule et même fiche</p>	<p>Cf Fiche-Action 4 = Fusion Propositions issues des groupes 4+5+6+10+11</p>
<p>▲ Proposition 6 : Identifier le pilote, le « chef d'orchestre »</p>	<p>Le COPIL a considéré que cette action relevait de la coordination et pouvait être intégrée à une seule et même fiche</p>	<p>Cf Fiche-Action 4 = Fusion Propositions issues des groupes 4+5+6+10+11</p>

AXE 1 : ADAPTER LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE EXISTANT AUX BESOINS DU TERRITOIRE

Propositions d'action issues des groupes de travail	Décision prise par le COPIL	Réajustement du COPIL
<p>▲ Proposition 7 : Mettre en place des actions avec des Pairs-Aidants</p>	<p>Le COPIL a considéré que cette action doit être à l'initiative des établissements et peut constituer une mission du dispositif de coordination</p>	<p>▲ Fiche-Action 2 : S'assurer et faciliter la mise en place des actions avec des Pairs-Aidants</p>
<p>▲ Proposition 8 : Permettre une prise en charge en accueil de jour pour des adolescents âgés entre 12 et 18 ans en souffrance psychique</p>	<p>Action retenue par le COPIL avec un titre réajusté</p>	<p>▲ Fiche-Action 3 : Réfléchir à la mise en place d'une prise en charge en accueil de jour pour des adolescents âgés entre 12 et 18 ans en souffrance psychique dans le cadre des objectifs du Plan Régional de Santé</p>

AXE 2 : ENTRER DANS LE DISPOSITIF

<p>▲ Proposition 9 : Réfléchir à la création d'un lieu ouvert dédié à accueillir des adolescents à difficultés multiples</p>	<p>Le COPIL n'a pas retenu cette action</p>	
<p>▲ Proposition 10 : Formaliser les partenariats entre les différents dispositifs de prise en charge</p>	<p>Le COPIL a considéré que cette action relevait de la coordination et pouvait être intégrée à une seule et même fiche</p>	<p>Cf Fiche-Action 4 = Fusion Propositions issues des groupes 4+5+6+10+11</p>

AXE 3 : Réfléchir aux conditions de mise en place d'un parcours fluide et adapté

<p>▲ Proposition 11 : Institutionnaliser une coopération et un partenariat</p>	<p>Action retenue par le COPIL avec un titre réajusté et complété en fusionnant plusieurs pistes</p>	<p>▲ Fiche-Action 4 : Garantir la prise en charge des adolescents à difficultés multiples par la mise en place d'un dispositif de mobilisation et de coordination des acteurs dont le rôle et les missions seront définis dans un cahier des charges</p>
---	--	---

Ci-après, ont été présentées de façon détaillée les fiches-actions retenues par le COPIL.

Fiche-Action 1 : Elaborer un dispositif de prise en charge d'urgence en cohérence avec le Schéma départemental de la prévention et de la protection de l'enfance et de la famille (SDPPEF) et le Plan Stratégique Régional de Santé (PRSP)

Constats/Problématiques :

Les jeunes peuvent attendre des mois un accompagnement adapté. Il a été constaté un besoin de prises en charge en urgence. Face à une attente anxiogène, certaines situations peuvent se dégrader et compromettre durablement l'intégration des jeunes. Comment peut-on soutenir ces situations en attendant une prise en charge adaptée ?

Objectif(s) de l'action :

S'assurer de la mise en œuvre effective de l'orientation MDPH au sein des différents dispositifs institutionnels

Descriptif(s) de l'action :

- ▲ Définir les notions de « lieux d'accueil » et « d'urgence ».
- ▲ Repérer la pression à l'entrée des dispositifs : travailler sur la notion de la gestion des listes d'attente, sur la politique d'admission au sein des établissements.
- ▲ Identifier les besoins à l'entrée des dispositifs.
- ▲ Elaborer un dispositif de prise en charge d'urgence.
- ▲ Travailler sur les procédures, les admissions en urgence, la politique d'admission, le circuit d'information entre les établissements et la MDPH, informer la MDPH sur les admissions et les critères des non-admissions pour tel ou tel enfant.

Fiche-Action 2 : S'assurer et faciliter la mise en place d'actions avec des Pairs-Aidants - Cet axe doit être à l'initiative des établissements et peut constituer une mission de l'outil de coordination

Constats/Problématiques :

Au moment du passage à l'âge adulte, certains adolescents à difficultés multiples réussissent à avoir une insertion professionnelle et sociale réussie. Pourquoi ne pas utiliser les expériences de ceux qui s'en sont sortis pour aider ceux qui sont en difficultés aujourd'hui ?

Objectif(s) de l'action :

Mettre en place des actions de partages d'expériences avec des pairs-aidants

Descriptif(s) de l'action :

- ▲ Systématiser au sein des dispositifs un suivi à 3 ans des sorties des adolescents à difficultés multiples.
- ▲ Mobiliser des témoignages de jeunes adultes « insérés ».
- ▲ Repérer les jeunes qui s'en sont sortis aujourd'hui.
- ▲ Organiser des échanges avec leurs pairs qui sont actuellement des adolescents à difficultés multiples.

Fiche-Action 3 : Réfléchir à la mise en place d'une prise en charge en accueil de jour pour des adolescents âgés entre 12 et 18 ans en souffrance psychique dans le cadre des objectifs du Plan Régional de Santé

Constats/Problématiques :

Un des constats avancé en groupe de concertation est le besoin de places en accueil de jour « intermédiaire » entre l'hospitalisation complète et l'ambulatoire pour les adolescents âgés entre 12 et 18 ans et souffrant de troubles psychiques.

Objectif(s) de l'action :

Permettre une prise en charge en accueil de jour pour des adolescents en souffrance psychique

Descriptif(s) de l'action :

- ▲ Etudier la possibilité de mise en place, en fonction des besoins, d'un dispositif souple et réactif d'accueil de jour pour les adolescents en grande souffrance psychique et âgés entre 12 et 18 ans.
- ▲ Travailler davantage l'articulation entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte.
- ▲ Mettre en place un accompagnement renforcé en soins psychiatriques à la sortie d'un dispositif au passage à l'âge adulte.

Fiche-Action 4 : Garantir la prise en charge des adolescents à difficultés multiples par la mise en place d'un dispositif de mobilisation et de coordination des acteurs dont le rôle et les missions seront définis dans un cahier des charges

Constats/Problématiques :

Les adolescents à difficultés multiples sont des adolescents qui ont des parcours chaotiques épuisant les dispositifs. Comment remobiliser l'ensemble des partenaires autour de ces situations de manière à garantir la prise en charge en reconstruisant un projet. En effet, autour de ces missions le maillage partenarial n'est pas suffisamment réactif, préventif et stable pour assurer dans la continuité une prise en charge sécurisante.

Les adolescents à difficultés multiples mettent à mal les dispositifs et épuisent les solutions mises en place. Ce sont le plus souvent des jeunes âgés entre 13 et 14 ans qui ont un parcours familial difficile ayant nécessité des mesures de protection, qui sont suivis sur le plan psychiatrique (hospitalisation) et très souvent en échec scolaire. Des solutions d'accompagnement sont mises en place pour ces situations complexes mais la continuité est parfois difficile à maintenir. Les professionnels ont également évoqué le fait de travailler dans l'urgence et de ne pas anticiper en amont la construction d'un parcours adapté et fluide. Le temps de crise semble être géré aujourd'hui, par l'ensemble des partenaires qui sont confrontés quotidiennement à prendre un adolescent au sein de leur dispositif, par défaut.

Autour des situations les plus complexes, le maillage partenarial n'est pas suffisamment réactif, préventif et stable, pour assurer dans la continuité une contenance sécurisée. Les missions et les contraintes de chaque dispositif ne sont pas toujours bien identifiées. Qui pilote le projet global de l'adolescent ? Comment remobiliser l'ensemble des partenaires autour de cet adolescent pour reconstruire son histoire, un projet commun ? Comment optimiser les dispositifs existants ?

Objectif(s) de l'action :

- Réfléchir à un outil de mobilisation et de coordination permettant le travail multi-partenarial autour des parcours des adolescents à difficultés multiples, en anticipation ou en situation de crise

- Institutionnaliser une coopération et un partenariat

- Définir les missions de ce dispositif de mobilisation et de coordination

Ce dispositif doit permettre de mieux se connaître, de travailler collectivement les représentations de chacun, de chaque dispositif.

Il doit permettre de construire en amont le projet de l'adolescent -Créer un ou des parcours- Participer ou être en lien avec un dispositif de veille. Participer à l'amélioration de l'entrée dans les dispositifs. Ce dispositif doit également favoriser et maintenir la mobilisation de l'ensemble des partenaires.

- Définir le positionnement de cette structure par rapport au partenaire ?

- Déterminer quels dispositifs doivent être mis en place ? Il doit en effet permettre de créer des espaces de coélaboration de processus de prise en charge et permettre également de créer une instance d'analyse des pratiques avec un tiers extérieur pour les partenaires engagés dans la prise en charge (forme de RCP?). A cette fin, il peut être utile de s'appuyer sur les outils existants. Ainsi des modes d'évaluation croisés lisibles et utiles pour tous les dispositifs doivent être mis en place ainsi qu'un système d'analyse des pratiques.
- Mettre en œuvre des analyses de pratiques partenariales.
- Définir la composition de ce dispositif et son fonctionnement.
- Travailler sur la pluridisciplinarité.
- Optimiser les ressources de chaque dispositif.
- Formaliser des accompagnements différenciés.

Descriptif(s) de l'action :

- ▲ Elaborer un cahier des charges visant à répondre aux questions suivantes :
 - Qui fait quoi ? Quand ?
 - *Identifier le pilote ou le coordonnateur et ses missions*
 - Identifier les missions, la composition et les outils de fonctionnement (CCP, lieux de RCP, outils de repérage, proposer des formations croisées) de ce dispositif de coordination.
 - Définir le positionnement de ce dispositif en dehors de la crise.
 - Définir les indicateurs d'évaluation et de suivi de l'activité.
- ▲ Le dispositif devra s'intégrer au réseau constitué par les dispositifs existants.
- ▲ Le dispositif devra assurer une fonction de veille du réseau dans une approche préventive.
- ▲ Formaliser les engagements de chacun sur des bases conventionnées.
- ▲ Elaborer un répertoire des ressources existant dans le département afin de mieux connaître les missions, les contraintes des différents partenaires et les champs d'intervention de chacun. ▲ Développer un dispositif de coordination permettant le travail multi-partenarial autour des parcours des adolescents à difficultés multiples.
- ▲ Mettre en place une coconstruction en amont du projet global de l'adolescent. Déterminer qui fait quoi et quand ? – Créer des parcours à plusieurs dispositifs.
- ▲ Définir un chef d'orchestre, un référent, un coordinateur du projet de l'adolescent à difficultés multiples (qualités requises : ayant une connaissance parfaite des dispositifs et de leur organisation).
- ▲ Réaliser une évaluation des actions et des procédures, une analyse des pratiques au travers d'une instance ou un groupe de travail de supervision, pilotées par un tiers extérieur.
- ▲ Aider les aidants et renforcer l'aspect soignant du réseau en améliorant la qualité du lien interinstitutionnel.
- ▲ Utiliser, communiquer et partager les évaluations internes et externes inter-dispositifs.

8. TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1. Principales caractéristiques démographiques des adolescents du département de l'Aveyron (Effectifs arrondis à la dizaine supérieure)	11
Tableau 2. Répartition des enfants accueillis par l'ASE selon le type de mesures	16
Tableau 3. Répartition des enfants accueillis par l'ASE selon le mode d'hébergement.....	17
Tableau 4. Nombre de places installées selon la catégorie d'établissement en protection de l'enfance (Unité : en nombre et taux pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans).....	22
Tableau 5. Accueil des enfants et jeunes en situation de handicap ⁽ⁱ⁾ – En nombre d'établissements ou services et en nombre de places installées au 1er janvier 2013	24
Tableau 6. Taux d'équipement – Lits ou places installés pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans	25
Tableau 7. Répartition des places installées dans les 5 IME du département de l'Aveyron, selon le type de public accueilli et le mode d'accueil proposé	26
Tableau 8. Equipement en psychiatrie infanto-juvénile et en psychiatrie adultes : nombres de lits et places installés et taux d'équipement	29
Tableau 9. Nombre de nouvelles entrées en ALD pour affections psychiatriques chez les jeunes âgés entre 10 et 24 ans.....	31
Tableau 10. Caractéristiques principales des jeunes âgés de 12 ans et plus accueillis en établissements ou services pour enfants handicapés au 31 12 2010 – Jeunes âgés de 12 ans et plus en IME souffrant de troubles psychologiques (hors autisme/TED/psychose infantile) (Unité : en % pour des effectifs supérieurs à 20 jeunes sinon les résultats sont présentés en effectifs)	35
Tableau 11. Déficience principale et déficience associée déclarées	36
Tableau 12. Scolarisation des jeunes	37
Tableau 13. Comportement déclaré de mise en danger des jeunes	38
Tableau 14. Jeunes accueillis dans les ITEP du département de l'Aveyron selon les caractéristiques différentes de celles observées pour les jeunes accueillis en Midi-Pyrénées – Enquête réalisée en 2012	39
Tableau 15. Collaborations ¹ avec d'autres partenaires déclarées par les ITEP aveyronnais	40
Graphique 1. Evolution démographique entre 2006 et 2011 (en %).....	11
Graphique 2. Proportion des enfants âgés de moins de 18 ans vivant dans une famille monoparentale au 1 ^{er} janvier 2011 (en % parmi les enfants du même âge)	12
Graphique 3. Proportion de jeunes âgés entre 15 et 19 ans et non scolarisés au 1 ^{er} janvier 2011, selon leur niveau de qualification (en %)	13
Graphique 4. Evolution du nombre de jeunes accueillis par l'ASE entre 2009* et 2011* (Unité : base 100 en 2009*)	15

Graphique 5. Répartition des enfants confiés à l'ASE selon leur âge au 31 décembre 2012 (Unité : en %)	18
Graphique 6. Evolution du nombre de mesures d'actions éducatives (AEMO+AED) prises entre 2009* et 2011* (Unité : base 100 en 2009*)	19
Graphique 7. Répartition des jeunes suivis par les services de la PJJ dans le département de l'Aveyron en 2013	21
Graphique 8. Taux d'équipement dans les établissements de l'ASE au 1 ^{er} janvier 2012 – (Unité : taux pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans)	23
Graphique 9. Les principales nouvelles affections psychiatriques de longue durée chez les jeunes âgés entre 10 et 24 ans en 2012 (unité en % parmi l'ensemble des nouvelles affections psychiatriques chez les 10-24 ans)	31
Carte 1. La prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile en Aveyron	28

9. ANNEXES

Annexe 1. Relevé de décisions COPIL 1 du 04 septembre 2014	69
Annexe 2. Synthèses des premières concertations des 3 groupes.....	73
Annexe 3. Synthèse globale des propositions issues des trois groupes de travail présentées aux membres du copil du 15 janvier 2015	86
Annexe 4. Propositions détaillées non retenues par le COPIL mais qui seront soumises aux autorités compétentes ultérieurement.....	98

**DEMARCHE TERRITORIALISÉE D'APPUI AUX ACTEURS LOCAUX
POUR L'ACCOMPAGNEMENT COORDONNÉ DES ADOLESCENTS Á DIFFICULTÉS MULTIPLES
SUR LE DEPARTEMENT DE L'AVEYRON**

RELEVÉ DE DÉCISIONS DU 04 SEPTEMBRE 2014 : COPIL 1

ETAIENT PRÉSENTS LE 04 SEPTEMBRE :

- Mme DARRACQ Déléguée territoriale de l'Aveyron
- Mme GUILLOUMY Déléguée territoriale Adjointe de l'Aveyron
- Mme THER Responsable Service Personnes handicapées DT ARS Aveyron
- Mme LAFFITTE Inspectrice de l'action sanitaire et sociale DT ARS Aveyron
- Mme MARTIN Responsable Pôle Programme Médicosocial ARS Midi-Pyrénées
- Mr PALLOTTA Directeur du Conseil général de l'Aveyron
- Mr MOUILLET Directeur PJJ
- Mme VAN OMMESLAEGHE Responsable d'Unité Educative PJJ
- Mme ROUSSEL Conseillère technique Santé PJJ
- Mr HERES Conseiller technique DSDEN Aveyron
- Mme GAUTHIER Médecin Conseillère technique DSDEN Aveyron
- Mme PEYBERNES Présidente du TGI de Rodez
- Mr CLERGET Directeur général CREAI-ORS LR
- Mme MARTINEZ Conseillère technique CREAI-ORS LR
- Mme RUIZ Conseillère technique CREAI-ORS LR

INTRODUCTION PAR L'AGENCE REGIONALE DE SANTE

- Rappel des objectifs et du contexte de cette démarche

Mme La Déléguée Territoriale rappelle le contexte national et local dans lequel s'inscrit cette démarche. La prise en charge des jeunes à difficultés multiples constitue une problématique complexe pour les acteurs du territoire national, comme cela a été souligné par D. PIVETEAU dans son rapport « zéro sans solution » : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches ».

Dans son rapport il souligne les problèmes de comportements associés à ces difficultés multiples qui jouent un rôle déterminant dans les ruptures de parcours.

A cette fin, il a identifié plusieurs axes d'améliorations en premier lieu celui de la nécessité de passer d'une logique de dispositif et donc de places à une logique de prise en charge et de parcours.

Il précise par ailleurs que la question de la rupture du parcours ne peut se limiter et se résumer à la prise en charge des seules situations de crises qui exigent des réponses immédiates et aigües.

D PIVETEAU fait écho au parcours d'un enfant confié à l'ASE et à l'égard duquel tout le système est en échec.

C'est bien par la mise en place d'une démarche globale de prise en charge que nous pourrons atteindre l'objectif ambitieux et nécessaire rappelé dans le titre du rapport.

L'ARS souhaite proposer à l'ensemble des acteurs concernés d'engager une démarche sur plusieurs mois visant à apporter une réponse territorialisée à la problématique des jeunes à difficultés multiples. Elle répond à la forte attente des partenaires. Cette démarche débutera par le travail piloté par l'ANCREAI qui vise à faire émerger de façon concertée des axes de travail œuvrant vers la continuité des parcours des jeunes. A l'issue de cette période, l'ARS amorcera une seconde phase de groupes de travail qui aura pour objectif de développer les solutions concrètes issues de cette première phase de réflexion. Ces solutions porteront sur la mise en place d'une fonction de vigilance, de coordination et de suivi telle que recommandée par D. PIVETEAU ; sur la réalisation du cahier des charge d'un réseau de coordination autour du parcours du jeune.

Mme MARTIN, rappelle également que cette démarche territorialisée développée en Aveyron s'inscrit dans une volonté plus large de l'ARS d'établir un diagnostic de la situation de la prise en charge des adolescents à difficultés multiples sur la région. Deux territoires ont été identifiés, le Gers et l'Aveyron.

Mme GUILLOUMY, Déléguée Territoriale adjointe présente ensuite l'analyse de la délégation sur la situation des difficultés rencontrées en Aveyron. En effet, la DTARS12 a saisi l'opportunité de participer à cette démarche expérimentale au vu des difficultés rencontrées dans le département et des attentes fortes des partenaires.

Cette problématique de prise en charge des jeunes qu'on appelle aujourd'hui « à difficultés multiples » a été identifiée en Aveyron dès 2010.

Le schéma du Conseil Général de prévention et protection de l'enfance et de la famille puis le diagnostic territorial réalisé par l'ARS en 2011 abordent cette problématique. Une réunion de travail menée en 2011 regroupant l'ensemble des acteurs concernés avait pour objectif d'identifier les causes de ces difficultés, la typologie de ces jeunes, et de proposer des axes d'amélioration.

Malheureusement, la réflexion ne s'est pas poursuivie. On est toujours confronté dans ce département à des situations difficiles, des tensions entre professionnels, des ruptures de parcours de jeunes.

Mme GUILLOUMY présente les axes identifiés par la délégation territoriale et proposés aux membres du comité de pilotage.

- 1- Adapter le dispositif et repérer les difficultés liées au passage de la psychiatrie infanto-juvénile vers la psychiatrie adulte et les liens avec le secteur social et/ou médicosocial.
- 2- Renforcer l'articulation et la concertation entre les différents partenaires.
- 3- Repérer les admissions tardives et analyser le parcours antérieur.
- 4- Evaluer la pertinence du dispositif du réseau Ado Aveyron et le renforcer.

PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE, DU CALENDRIER ET DES POINTS SAILLANTS DU PRE-DIAGNOSTIC PAR LE CREAI-ORS LR

CF diaporama

Les membres du comité de pilotage ont validé la méthode de travail proposé par l'ANCREAI et ont validé les thèmes des trois groupes de travail :

1- Entrée dans le dispositif :

Ce groupe traitera du repérage et du diagnostic précoce

2- Coopération et modalités de prise en charge :

Ce groupe aura en charge de définir les parcours, d'identifier les points de ruptures possibles et les conditions de mise en place d'un parcours continu et adapté.

3- Adaptation du dispositif de prise en charge aux besoins du territoire :

Au regard des taux d'équipement médicosociaux, le groupe devra réfléchir aux modalités d'adaptation des établissements et services pour répondre aux besoins d'accompagnement de ces jeunes.

Le COPIL a par ailleurs défini la population cible de l'étude. L'ensemble des membres du COPIL se sont accordés pour rappeler que les points d'entrées et de sorties sont des points de vigilance car ils doivent permettre d'articuler au mieux la prise en charge du jeune avec les dispositifs relais. Ainsi, le public cible doit intégrer les jeunes au-delà de 18 ans.

PREPARATION DE LA REUNION DE LANCEMENT DE LA DEMARCHE DU 09 OCTOBRE

- La liste des acteurs invités à la réunion de lancement a été validé par le COPIL, elle regroupe : ESMS, CAMSP, CMPP, pédopsychiatrie et psychiatrie, les réseaux, MECS, Foyer de l'enfance, Education Nationale, MDPH, PJJ, Centre d'éducation fermé (CEF), des représentants de lieux de vie et d'accueil, Parquet et juge des enfants, MLI, PAEJ, DDCSPP, médecine ambulatoire, Centre de compétence pour les troubles des apprentissages (CCTA)

Les invitations devront être parvenues aux différents membres au plus tard le 9 septembre 2014.

L'ordre du jour de la réunion de lancement a été validé :

- 1- Présentation du diagnostic.
- 2- Présentation de la méthode et du calendrier.
- 2- Présentation des trois groupes de travail.

POINT SUR LES INSCRIPTIONS AUX TROIS GROUPES DE TRAVAIL

- Les inscriptions se font auprès du secrétariat de la DT12.
- Un représentant par structure.
- Des groupes de travail ne devant pas excéder 20 personnes.

REFLEXION AUTOUR DES INTITULÉS DES TROIS THÉMATIQUES À TRAVAILLER EN GROUPE

- Les thématiques validées par les membres du COPIL sont les suivantes :
 - 1- Adapter le dispositif de prise en charge existant aux besoins du territoire.
 - 2- Entrer dans le dispositif de prise en charge.
 - 3- Réfléchir aux conditions de mise en place d'un parcours fluide et adapté.



**Démarche territorialisée d'appui aux acteurs locaux
pour l'accompagnement coordonné des adolescents à difficultés multiples**

**AXE 1 : ADAPTER LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE EXISTANT
AUX BESOINS DU TERRITOIRE**

Synthèse de la première concertation du 13 novembre 2014 de 13h30 à 16h30

PERSONNES PRÉSENTES : 15 personnes

1. Mr ALBOUY Benjamin Cadre Educatif – IME La Roquette
2. Mme AUREJAC Danielle AS – Service pédopsychiatrie – CH Millau
3. Mme BASTIDE Christine Infirmière – DSDEN Aveyron – Education nationale
4. Mme BRILLET Marie Responsable de territoire – Action sociale Villefranche/Decazeville – Conseil général de l'Aveyron
5. Mr CAYREL Nicolas Educateur – ITEP de Grèzes
6. Mme GINISTY-ANDRIEU Annick Responsable de territoire – Action sociale du pays routhénois, Lévezou et du Ségala
7. Mme GUILLOUMY DT Adjointe – DT ARS Aveyron
8. Mme LE THANH Sabrina IEN ASH – Education nationale
9. Mme MARTINEZ Nathalie CT – CREA-ORS LR
10. Mr MONTEIL ALAIN CDS – Service adolescents – Foyer Départemental de l'Enfance - Conseil général de l'Aveyron
11. Mme PICOT-RIANI Marie-Josée Médecin psychiatre – CH Sainte Marie
12. Mme RUIZ Inca CT – CREA-ORS LR
13. Mr SUAREZ Raphael Directeur Pôle Accompagnement ADAPEI – IME du Puits de Calés
14. Mr. VERLAGUET Thierry CDS – ANRAS ITEP de Massip
15. Mme VIGUIER Sandrine AS – MDPH Aveyron

PERSONNES EXCUSÉES : 2 personnes

1. Mme LAMOUR Isabelle Cadre de pôle Santé mentale – CH Millau
2. Mme PITOT Isabelle AS- IME La Roquette

OUVERTURE DE LA RÉUNION : RAPPEL DES ÉLÉMENTS SUR LA DÉMARCHE, LA MÉTHODOLOGIE ET LES OBJECTIFS DU TRAVAIL ENGAGÉ

La démarche proposée, présentée lors du lancement le 9 octobre dernier auprès de l'ensemble des partenaires, s'inscrit dans une démarche concertée et partagée. Elle doit conforter la mobilisation et le dynamisme des acteurs locaux sur cette problématique.

Les objectifs de travail attendus sont :

- de formaliser des pistes de travail opérationnelles sous forme de fiches-actions,
- de s'appuyer sur l'existant et de le développer,
- de trouver des interrelations entre les différents dispositifs,
- de soutenir la mise en œuvre de réponses adaptées,
- de progresser sur les articulations des uns et des autres,
- et enfin de prendre en compte l'amont.

Cette démarche s'appuie donc à la fois sur la participation active de l'ensemble des partenaires et sur le comité de pilotage. Ce dernier est constitué, outre les services concernés de l'ARS et du CREAI-ORS LR, du Conseil général, de l'Education Nationale, de la Protection Judiciaire de la Jeunesse et de la Présidente du Tribunal de Grande Instance. Ce comité de pilotage s'est réuni une première fois, le 4 septembre, et a travaillé sur des axes de travail qui ont été proposés à l'ensemble des acteurs en séance qui les ont validés lors du lancement de la démarche, le 9 octobre.

La démarche proposée se découpe en deux phases : une première phase consistant à faire un état des lieux (le rapport a été envoyé par mail au préalable des concertations à l'ensemble des participants) et une deuxième programmant un travail en groupe sur les trois axes de travail.

La phase 2 est constituée de deux demi-journées par groupe par axe :

- 1^{ère} demi-journée : débat et échanges, bilan partagé et premières pistes de travail
- 2^{nde} et dernière demi-journée : finalisation des propositions de travail (Fiches-Actions) et priorisation de ces dernières.

ORDRE DU JOUR DE LA SEANCE :

- Echanger et établir un bilan partagé sur l'axe « adapter le dispositif de prise en charge existant aux besoins du territoire ».

ÉLÉMENTS DE CONCERTATION À RETENIR

Piste 1 : Retravailler les agréments des structures du médico-social – Fluidifier les passerelles entre dispositifs

Constat : Le profil de la population accueillie dans les structures du médico-social a évolué et les candidatures d'admission semblent, pour un certain nombre, non compatibles avec les agréments actuels des structures médico-sociales.

Solutions suggérées par le groupe : Engager une réflexion afin d'identifier les besoins et faire évoluer les agréments actuels de certaines structures (ITEP, SESSAD d'ITEP, IME, SESSAD d'IME...) vers un agrément plus global. Revisiter les agréments.

Piste 2 : Evaluer les besoins de places en accueil d'urgence dans les structure du médico-social

Constat : Sur le territoire aveyronnais, les établissements pour enfants dans le secteur du médico-social ne disposent pas de places en accueil d'urgence. Il a été également évoqué la difficulté de réagir collectivement sur une situation d'urgence dans des délais très courts.

Solutions suggérées par le groupe : Définir collectivement la notion d'urgence, formaliser collectivement des procédures d'urgence. Evaluer les besoins en places d'accueil d'urgence, d'accueils temporaires et d'accueils de répit.

Piste 3 : Déployer une prise en charge globale pertinente dans des délais courts – Déterminer un « chef d'orchestre »

Constat : Les adolescents à difficultés multiples mettent à mal les dispositifs et épuisent les solutions mises en place. Ce sont le plus souvent des jeunes âgés entre 13 et 14 ans qui ont un parcours familial difficile ayant nécessité des mesures de protection, qui sont suivis sur le plan psychiatrique (hospitalisation) et très souvent en échec scolaire. Des solutions d'accompagnement sont mises en place pour ces situations complexes mais la continuité est parfois difficile à maintenir. Un des freins évoqué en séance est celui de trouver un partenaire qui s'engage sur le plan de l'hébergement de ces adolescents à difficultés multiples.

Solutions suggérées par le groupe : Réfléchir à la mise en place d'un lieu relais (Réseau Ado?) pour travailler collectivement autour d'un parcours adapté de façon à garantir souplesse, réactivité et continuité des solutions proposées. Formaliser le réseau Ado. Réunir l'ensemble des partenaires pour assurer une coordination du parcours de ces adolescents à difficultés multiples. Définir un chef d'orchestre, un référent, un coordinateur (Réseau Ado Aveyron?). Formaliser les prises en charge multi-dispositifs par le biais de conventions. Travailler collectivement les accueils en hébergement social pour les adapter à ces adolescents à difficultés multiples.

↳ **Piste 4 : Renforcer la connaissance réciproque des dispositifs**

Constat : Les missions et les contraintes des partenaires de chaque dispositif ne sont pas toujours bien identifiées.

Solutions suggérées par le groupe : Mieux connaître de façon réciproque les missions, les contraintes des différents partenaires et les champs d'intervention de chacun. Mettre en place, peut-être, des réunions de réflexion clinique entre le secteur de la psychiatrie et le médicosocial.

✚ **D'ICI LA PROCHAINE CONCERTATION, IL A ÉTÉ CONVENU ENSEMBLE QUE :**

- ✚ Le CREA-ORS LR s'est engagé à envoyer à l'ensemble du groupe une synthèse des principaux points ayant émergé lors de la première concertation.
- ✚ Chacun, dans la mesure de ses disponibilités, est amené, d'ici la prochaine séance de travail, à réfléchir à la formulation de pistes concrètes et opérationnelles. En effet, le fait de les préparer en amont de la deuxième concertation facilitera la finalisation et la priorisation de propositions opérationnelles. Pour ce faire, nous vous adressons une fiche-proposition vierge.

Autre constat, il manque des places en hospitalisation de jour et accueil de jour des adolescents 12-16 ans. Il manque de l'intermédiaire.

**PROCHAINE CONCERTATION : JEUDI 4 DECEMBRE A 13H30, SALLE DE REUNION
DT ARS AVEYRON**

**Démarche territorialisée d'appui aux acteurs locaux
pour l'accompagnement coordonné des adolescents à difficultés multiples**

AXE 2 : ENTRER DANS LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE

Synthèse de la première concertation du 14 novembre 2014 de 9h30 à 12h30

PERSONNES PRÉSENTES : 20 personnes

1. Mr BREHIER Sébastien CDS – ITEP de Grèzes
2. Mme BRUN Magali Responsable de territoire – Territoire d'Action sociale d'Espalion – Conseil général de l'Aveyron
3. Mr CANTALA Patrice Cadre de santé – CH Sainte Marie
4. Mme CHANCELIER Marie-Anne Directrice IME-SESSAD Cardabelle
5. Mr CROZES Dominique CDS – ANRAS ITEP de Massip
6. Mr FLORIOT Philippe Directeur – Foyer Départemental de l'Enfance - Conseil général de l'Aveyron
7. Mme FOURNIER Claudie CP ASH – DSDEN de l'Aveyron - Education nationale
8. Mme GAUTHIER Marie-Odile Médecin – DSDEN de l'Aveyron - Education nationale
9. Mme JOULIE Maryline CDS - ANRAS ITEP de Massip
10. Mme KLEIN Frédérique AS – CH Rodez
11. Mr LACOMME David – Directeur – CEF La Poujade
12. Mme LAMOUR Isabelle - Cadre de pôle Santé mentale – CH Millau
13. Mme LEMAIRE Sylvie - AS – CMPP PEP Aveyron
14. Mr LUCENO Jérémy Cadre pédopsychiatrie – CH Rodez
15. Mme MARTINEZ Nathalie CT – CREAI-ORS LR
16. Mme MATHAT Carole CESF – point Accueil Ecoute Jeunes – Village Douze
17. Mr PILLET Frédéric Médecin psychiatre chef et président CME – CH Ste Marie
18. Mme RUIZ Inca CT – CREAI-ORS LR
19. Mme SIGNAUD Isabelle Enseignante spécialisée – MDPH Aveyron
20. Mme THER Responsable de service

OUVERTURE DE LA RÉUNION : RAPPEL DES ÉLÉMENTS SUR LA DÉMARCHE, LA MÉTHODOLOGIE ET LES OBJECTIFS DU TRAVAIL ENGAGÉ

La démarche proposée, présentée lors du lancement le 9 octobre dernier auprès de l'ensemble des partenaires, s'inscrit dans une démarche concertée et partagée. Elle doit conforter la mobilisation et le dynamisme des acteurs locaux sur cette problématique.

Les objectifs de travail attendus sont :

- de formaliser des pistes de travail opérationnelles sous forme de fiches-actions,
- de s'appuyer sur l'existant et de le développer,
- de trouver des interrelations entre les différents dispositifs,
- de soutenir la mise en œuvre de réponses adaptées,
- de progresser sur les articulations des uns et des autres
- et enfin de prendre en compte l'amont.

Cette démarche s'appuie donc à la fois sur la participation active de l'ensemble des partenaires et sur le comité de pilotage. Ce dernier est constitué outre les services concernés de l'ARS et du CREA-ORS LR, du Conseil général, de l'Education Nationale, de la Protection Judiciaire de la Jeunesse et de la Présidente du Tribunal de Grande Instance. Ce comité de pilotage s'est réuni une première fois le 4 septembre et a travaillé sur des axes de travail qui ont été proposés à l'ensemble des acteurs en séance qui les ont validés lors du lancement de la démarche le 9 octobre.

La démarche proposée se découpe en deux phases : une première phase qui a consisté à faire un état des lieux (le rapport a été envoyé par mail au préalable des concertations à l'ensemble des participants) et une deuxième à travailler en groupe sur les trois axes de travail.

La phase 2 est constituée de deux demi-journées par groupe par axe :

- 1^{ère} demi-journée : débat et échanges, bilan partagé et premières pistes de travail.
- 2^{nde} et dernière demi-journée : finalisation des propositions de travail (Fiches-Actions) et priorisation de ces dernières.

ORDRE DU JOUR DE LA SEANCE :

- Echanger et établir un bilan partagé.
- Repérer ce qui va faciliter ou au contraire freiner l'entrée dans le dispositif. Pour rappel, la notion de dispositif dans cet axe renvoie à l'ensemble des dispositifs, à savoir les secteurs sanitaire, social, éducatif, médicosocial et judiciaire.

ÉLÉMENTS DE CONCERTATION Á RETENIR

Piste 1 : Identifier des critères d'alerte communs et partagés

Constat : Dans la plupart des cas, le repérage précoce est fait au niveau des CAMSP, et des services scolaires de l'Education nationale. L'entrée dans le dispositif se fait à ce moment-là mais peut être également fait en urgence dans le secteur sanitaire. Se pose alors la difficulté au niveau de la continuité de prise en charge et la construction du parcours. Des initiatives existent : l'équipe santé mentale du secteur Sud Aveyron a mis en place des réunions

trimestrielles avec les équipes « Santé scolaire » des collèges. Ces rencontres organisées au sein des collèges permettent de fournir aux équipes « Santé scolaire », des outils facilitant les orientations vers le sanitaire ou le social selon les situations. Une commission de situations complexes a été mise en place mais les délais de proposition en faveur d'une solution adaptée sont parfois trop longs.

Solutions suggérées par le groupe : Identifier des critères d'alerte et/ou des clignotants communs puis les partager entre professionnels multi-dispositifs. Repérer très tôt les troubles chez des jeunes à difficultés multiples. Réfléchir sur la mobilisation d'une cellule de crise dans des délais courts. Est-ce que le réseau d'adolescents peut endosser cette mission ?

↳ **Piste 2 : Améliorer l'adhésion des parents, des familles**

Constat : Les adolescents à difficultés multiples ont un parcours chaotique constitué d'une succession de prises en charge et de ruptures. Les familles et ces adolescents perdent confiance dans les pouvoirs publics. Il semble important de réfléchir sur la désinstitutionalisation dans les murs (Exemple qui a été donné en séance : acceptation des soins en psychiatrie par un adolescent en CEF car il est autorisé de fumer dans sa chambre à la fenêtre à chaque hospitalisation). Par ailleurs, la loi 2005 a contribué à un recul de l'entrée dans le dispositif médicosocial. Les familles commencent à réfléchir à une entrée dans ce dispositif plus tardivement qu'auparavant.

Solutions suggérées par le groupe : Développer une communication institutionnelle commune appropriée pour améliorer l'adhésion des familles et des adolescents. Travailler entre partenaires sur un accompagnement adapté des familles pour mieux les préparer à l'entrée dans le dispositif médicosocial de leur adolescent venant du milieu ordinaire. Réfléchir entre partenaires et dans chaque dispositif comment désinstitutionnaliser dans les murs.

↳ **Piste 3 : Renforcer la connaissance réciproque des dispositifs pour améliorer l'entrée dans le dispositif**

Constat : Les missions et les contraintes de chacun des acteurs du dispositif, au sens large, ne sont pas toujours bien identifiées. Le plus souvent, les jeunes âgés entre 12 et 18 ans faisant l'objet de signalement, sont en échec scolaire, en situation de précarité sociale familiale. Le recours à une mesure éducative peut permettre de travailler éventuellement avec les familles et les adolescents à accepter l'accompagnement proposé dans le médicosocial.

Solutions suggérées par le groupe : Mettre en place des rencontres permettant de mieux connaître de façon réciproque les missions, les contraintes des différents partenaires et les champs d'intervention de chacun. Clarifier le rôle et les missions de chacun.

↪ **Piste 4 : Décloisonner les différents dispositifs pour favoriser l'entrée d'un adolescent à difficultés multiples**

Constat : L'entrée dans le dispositif, de façon générale, fait appel au projet de l'adolescent à difficultés multiples. Mais de quel projet parle-t-on ? Projet de soin, projet d'insertion professionnelle, projet éducatif ?

Solutions suggérées par le groupe : Travailler autour d'un langage commun ou d'évaluations communes. Partager les évaluations internes et externes dans le secteur du médicosocial.

↪ **Piste 5 : Mutualiser les moyens, les locaux et les professionnels à proximité des adolescents à difficultés multiples**

Constat : L'étendue du territoire aveyronnais complexifie les possibilités de prise en charge à proximité.

Solutions suggérées par le groupe : Evaluer les besoins sur le territoire sur la mise en place d'une équipe mobile.

D'ICI LA PROCHAINE CONCERTATION, IL A ÉTÉ CONVENU ENSEMBLE QUE :

- Le CREAI-ORS LR s'est engagé à envoyer à l'ensemble du groupe une synthèse des principaux points émergés de la première concertation
- Chacun dans la mesure de ses disponibilités est amené d'ici la prochaine séance de travail à réfléchir à la formulation de pistes concrètes et opérationnelles. En effet, le fait de les préparer en amont de la deuxième concertation facilitera la finalisation et la priorisation de propositions opérationnelles. Pour ce faire, nous vous adressons une fiche-proposition vierge.

**PROCHAINE CONCERTATION : VENDREDI 5 DECEMBRE A 9H30, SALLE DE REUNION
DT ARS AVEYRON**

Démarche territorialisée d'appui aux acteurs locaux

pour l'accompagnement coordonné des adolescents à difficultés multiples

AXE 3 : Réfléchir aux conditions de mise en place d'un parcours fluide et adapté

Synthèse de la première concertation du 14 novembre 2014

PERSONNES PRÉSENTES : 20 personnes

1. Mme ALAZARD Claire CTTS – DDCSPP
2. Mme BARRIERE Laetitia Adjoint Protection de l'enfance – Territoire d'Action sociale d'Espalion – Conseil général de l'Aveyron
3. Mr BLIN Philippe Coordinateur Directeur – Réseau Ados – MECS Millau-Segur
4. Mme BONNEFE Nathalie, Chef de service – Service Protection de l'enfance - Conseil général de l'Aveyron
5. Mme DUGLOS Catherine Directrice – MECS L'Oustal
6. Mr FAUVEL Patrick Directeur ANRAS - ITEP de Massip
7. Mme GABRIAC Céline Educatrice – CH Rodez
8. Mme HERMET Valérie Psychologue – ITEP de Grèzes
9. Mr HÉRÈS Christian CT Service social – DSDEN Aveyron – Education nationale
10. Mr HERRAIZ Julien Directeur adjoint – Emilie de Rodat
11. Mr JALADEAU Frédéric Directeur adjoint – IME La Roquette
12. Mme LAFFITTE Laure – IASS Service prévention et promotion santé – DT ARS Aveyron
13. Mme LATAPIE BOULOC Béatrice Cadre supérieur de santé – CH Sainte Marie
14. Mr LAVEINE Julien Pédopsychiatre – CH Rodez
15. Mme MARTINEZ Nathalie CT – CREAI-ORS LR
16. Mr MONTEIL Alain Chef de service – Service adolescents – Foyer Départemental de l'Enfance Conseil général de l'Aveyron
17. Mme PADEIRO Sylvie Psychologue – Emilie de Rodat
18. Mme PICOT RIANI Marie-Josée Médecin psychiatre - CH Sainte Marie
19. Mme RUIZ Inca CT – CREAI-ORS LR
20. Mme TERRAL Julie Psychologue – MDPH Aveyron

PERSONNES EXCUSÉES :

- Mme Danielle AUREJAC Assistante sociale – Réseau RASTA-Service pédopsychiatrie CH Millau
- Mme PITOT Isabelle Assistante sociale – IME La Roquette

+ OUVERTURE DE LA RÉUNION : RAPPEL DES ÉLÉMENTS SUR LA DÉMARCHE, LA MÉTHODOLOGIE ET LES OBJECTIFS DU TRAVAIL ENGAGÉ

La démarche proposée, présentée lors du lancement le 9 octobre dernier auprès de l'ensemble des partenaires, s'inscrit dans une démarche concertée et partagée. Elle doit conforter la mobilisation et le dynamisme des acteurs locaux sur cette problématique.

Les objectifs de travail attendus sont :

- de formaliser des pistes de travail opérationnelles sous forme de fiches-actions,
- de s'appuyer sur l'existant et de le développer,
- de trouver des interrelations entre les différents dispositifs,
- de soutenir la mise en oeuvre de réponses adaptées,
- de progresser sur les articulations des uns et des autres
- et enfin de prendre en compte l'amont.

Cette démarche s'appuie donc à la fois sur la participation active de l'ensemble des partenaires et sur le comité de pilotage. Ce dernier est constitué outre les services concernés de l'ARS et du CREAI-ORS LR, du Conseil général, de l'Education Nationale, de la Protection Judiciaire de la Jeunesse et de la Présidente du Tribunal de Grande Instance. Ce comité de pilotage s'est réuni une première fois le 4 septembre et a travaillé sur des axes de travail qui ont été proposés à l'ensemble des acteurs en séance qui les ont validés lors du lancement de la démarche le 9 octobre.

La démarche proposée se découpe en deux phases : une première phase qui a consisté à faire un état des lieux (le rapport a été envoyé par mail au préalable des concertations à l'ensemble des participants) et une deuxième à travailler en groupe sur les trois axes de travail.

La phase 2 est constituée de deux demi-journées par groupe par axe :

- 1^{ère} demi-journée : débat et échanges, bilan partagé et premières pistes de travail
- 2^{nde} et dernière demi-journée : finalisation des propositions de travail (Fiches-Actions) et priorisation de ces dernières.

+ ORDRE DU JOUR DE LA SEANCE :

- Echanger et établir un bilan partagé
- Repérer ce qu'il serait nécessaire de mettre en place afin de fluidifier le parcours de ces adolescents à difficultés multiples

ÉLÉMENTS DE CONCERTATION Á RETENIR

Piste 1 : Travailler davantage en amont entre le sanitaire et les autres partenaires

Constat : Dans le cadre d'une hospitalisation d'un adolescent, les équipes du secteur sanitaire indiquent arriver le plus souvent « *en bout de course* ». Les tranches d'âge d'intervention de chacun diffèrent d'un partenaire à l'autre. Aujourd'hui, les partenaires dans le département de l'Aveyron indiquent se connaître et faire circuler l'information de manière satisfaisante. Il semble plutôt nécessaire de travailler davantage en amont. Des points d'amélioration ont été avancés sur le secteur de Rodez depuis quelques mois dans le cadre du passage de la psychiatrie infanto-juvénile à la psychiatrie adulte : des réunions pluridisciplinaires sont mises en place trois mois avant la date d'anniversaire des 16 ans de chaque adolescent suivi par la psychiatrie infanto-juvénile.

Solutions suggérées par le groupe : Organiser des réunions multi-partenariales régulières pour échanger sur des situations qui fonctionnent. Partager les points ressources, les centres d'intérêts ainsi que les difficultés des adolescents à difficultés multiples.

Piste 2 : Anticiper davantage – Comment construire un parcours et le formaliser ? – Définir la coordination

Constat : Pour ces adolescents à difficultés multiples, les professionnels évoquent le fait de travailler dans l'urgence et de ne pas anticiper en amont la construction d'un parcours adapté et fluide. Le temps de crise semble être géré aujourd'hui, par l'ensemble des partenaires qui sont confrontés quotidiennement à prendre un adolescent au sein de leur dispositif, par défaut. Il apparaît un déficit dans l'anticipation au sein même des équipes de chaque dispositif. La prise en compte des troubles du comportement semble non homogène selon les équipes. Par ailleurs, un autre frein évoqué est l'absence de référent ou de coordinateur.

Solutions suggérées par le groupe : Arriver à une représentation et à un langage commun, identifier des points d'alerte communs. Travailler avec les équipes en interne pour qu'elles alertent davantage en amont. Définir ce que peut être un parcours fluide - Identifier les éléments qui seraient les plus à même de fluidifier le parcours. Repérer les parcours qui ont, soit fonctionné, soit dysfonctionné. Formaliser le parcours, le coordonner et le conventionner entre partenaires. Définir un coordinateur de projet le plus « *neutre* » possible.

Piste 3 : Formaliser le réseau d'ados

Constat : Le réseau Ado est un des réseaux les plus anciens de France. Il fonctionnait sur la mise à disposition des institutions. Des réunions plénières étaient organisées et un outil d'analyse des situations concrètes avait été mis en place en 2001 sous la forme de Commission de Concertation et de Proposition (CCP). Chaque CCP mobilisait la participation de professionnels pour échanger sur des cas complexes et proposer une solution. Or, le problème évoqué par les

professionnels est la difficulté à obtenir une solution opérationnelle et concrète. Les points forts de ce réseau tels qu'indiqués en séance sont : entretenir une dynamique de réseau, soutenir en tant que tiers les structures en difficultés. Les points faibles évoqués sont : l'absence de légitimité, des moyens alloués basés uniquement sur la mise à disposition de professionnels des pouvoirs publics.

Solutions suggérées par le groupe : Travailler sur la légitimité de ce réseau Ado, sur les besoins d'une intervention d'un tiers assuré par le réseau – Garantir le rôle du tiers. Accentuer et développer les réunions thématiques organisées par le réseau.

↳ **Piste 4 : Travailler le maillage territorial**

Constat : Certaines zones du territoire sont dépourvues en accompagnement médical en ambulatoire à destination des adolescents à difficultés multiples. Ce déficit semble rendre parfois difficiles les parcours en matière de fluidité et de souplesse. Il semble important de proposer des accompagnements en ambulatoire, à proximité de cette population.

Solutions suggérées par le groupe : Identifier les besoins de couverture territoire en ambulatoire, en CMP, hôpital de jour. Identifier le nombre de préconisations d'accompagnement en ambulatoire non suivies d'effet ou d'orientations vers un autre département.

↳ **Piste 5 : Soutenir les équipes qui accompagnent ces situations complexes**

Constat : Dans de nombreuses situations complexes, la difficulté rencontrée est d'avoir proposé à un moment donné une solution d'accueil par défaut (nouvelle famille d'accueil, foyer de l'enfance, hospitalisation, autre lieu d'accueil...) et de se contenter de cette solution. Le professionnel qui accompagne par défaut l'adolescent à difficultés multiples se retrouve le plus souvent seul, avec un faible soutien. Il semble nécessaire de soutenir les lieux d'accueil mis en place par défaut et de profiter de cette période de répit temporaire pour travailler collectivement une solution adaptée. Les freins évoqués sont l'absence de référent ou de coordinateur.

Solutions suggérées par le groupe : Mettre en place un soutien régulier et rigoureux des équipes qui accompagnent par défaut un adolescent à difficultés multiples. Maintenir une dynamique multi partenariale autour de l'adolescent pour travailler collectivement une solution adaptée. Définir un coordinateur de projet « neutre » (Cf. piste 2).

D'ICI LA PROCHAINE CONCERTATION, IL A ÉTÉ CONVENU ENSEMBLE QUE :

- Le CREAM-ORS LR s'est engagé à envoyer à l'ensemble des professionnels du groupe une synthèse des principaux points issus de la première concertation
- Chacun dans la mesure de ses disponibilités est amené d'ici la prochaine séance de travail à réfléchir à la formulation de pistes concrètes et opérationnelles. En effet, le fait de les préparer en amont de la deuxième concertation facilitera la finalisation et la priorisation de propositions opérationnelles. Pour ce faire, nous vous adressons une fiche-proposition vierge.

**PROCHAINE CONCERTATION : VENDREDI 5 DECEMBRE A 13H30, SALLE DE REUNION
DT ARS AVEYRON**



**Démarche territorialisée d'appui aux acteurs locaux
pour l'accompagnement coordonné des adolescents à difficultés multiples
dans le département de l'Aveyron**

Synthèse Globale : Propositions d'action issues des groupes de travail

DOCUMENT DE TRAVAIL – COPIL 15 01 2015

Récapitulatif de l'ensemble des propositions issues des trois groupes de travail :

AXE 1 : ADAPTER LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE EXISTANT AUX BESOINS DU TERRITOIRE

- ▶ **Proposition 1** : Mettre en œuvre des places d'urgence et d'accueil temporaire
- ▶ **Proposition 2** : Organiser et soutenir le premier placement d'un enfant qui risque d'avoir un parcours à difficultés multiples
- ▶ **Proposition 3** : Identifier et repérer les partenaires dans le champ de la prévention, de la guidance parentale
- ▶ **Proposition 4** : Sécuriser le parcours des adolescents par un partenariat formalisé et conventionné
- ▶ **Proposition 5** : Mettre en œuvre des analyses de pratiques partenariales
- ▶ **Proposition 6** : Missionner un « chef d'orchestre »
- ▶ **Proposition 7** : Mettre en place des actions avec des Pairs-Aidants
- ▶ **Proposition 8** : Permettre une prise en charge en accueil de jour pour des adolescents âgés entre 12 et 18 ans en souffrance psychique

AXE 2 : ENTRER DANS LE DISPOSITIF

- ▶ **Proposition 9** : Réfléchir à la création d'un lieu ouvert dédié à accueillir des adolescents à difficultés multiples
- ▶ **Proposition 10** : Formaliser les partenariats entre les différents dispositifs de prise en charge

AXE 3 : REFLECHIR AUX CONDITIONS DE MISE EN PLACE D'UN PARCOURS FLUIDE ET ADAPTE

- ▶ **Proposition 11** : Institutionnaliser une coopération et un partenariat

Ci-après, sont présentées les propositions d'action issues des groupes de travail de façon détaillée.

AXE 1 : ADAPTER LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE EXISTANT AUX BESOINS DU TERRITOIRE

Proposition 1 : Mettre en œuvre des places d'urgence et d'accueil temporaire

Constats/Problématiques :

Les jeunes peuvent attendre des mois une place dans un lieu d'accueil. Il a été constaté un besoin de places en accueil temporaire, en urgence. Face à une attente anxiogène, certaines situations peuvent se dégrader et compromettre durablement les processus intégratifs des jeunes.

Objectif(s) de l'action :

Permettre de rendre efficiente de manière réactive, la mise en œuvre de la notification MDPH.

Descriptif(s) de l'action :

- ▶ Travailler sur la notion de la gestion des listes d'attente, sur la politique d'admission au sein des établissements.
- ▶ Travailler sur le circuit d'information entre les établissements et la MDPH : informer la MDPH sur les admissions et les critères des non-admissions pour tel ou tel enfant.
- ▶ Améliorer le repérage de la pression à l'entrée des dispositifs médicosociaux.

Pilote(s) :

ARS / MDPH / EDUCATION NATIONALE

Partenaire(s) concerné(s) :

MDPH / ESMS / ARS / EDUCATION NATIONALE

Moyens/Ressources :

Calendrier :

Suivi/Evaluation :

Proposition 2 : Organiser et soutenir le premier placement d'un enfant qui risque d'avoir un parcours à difficultés multiples

Constats/Problématiques :

Il a été convenu, de façon conjointe, qu'une majorité des adolescents à difficultés multiples présentait, lors de leur petite enfance (âge entre 0 et 5 ans), des risques avec des parents repérés avec des troubles de comportements, des carences multiples et notamment psychiques. Ils ont été confiés très tôt à des familles d'accueil. Quid ? Comment renforcer le soutien du premier placement en famille d'accueil ?

Objectif(s) de l'action :

Soutenir et évaluer les premiers accueils de l'enfant repéré et signalé par les différents partenaires : être en situation à risque.

Descriptif(s) de l'action :

- ▲ Développer un lieu afin d'évaluer et d'être au plus près des besoins de l'enfant à difficultés multiples placé en famille d'accueil.
- ▲ Soutenir et maintenir les liens avec les parents biologiques et la fonction parentale.
- ▲ Former, plus spécifiquement, les familles d'accueil pour accompagner ces enfants.
- ▲ Mettre en place des groupes de paroles invitant les assistantes familiales à échanger sur leurs pratiques professionnelles.

Pilote(s) :

Partenaire(s) concerné(s) :

CG/CAMSP/Hôpital Ste Marie

Moyens/Ressources :

Calendrier :

Suivi/Evaluation :

Proposition 3 : Identifier et repérer les partenaires dans le champ de la prévention, de la guidance parentale

Constats/Problématiques :

Dans l'accompagnement des adolescents à difficultés multiples, l'adhésion des parents apparaît compliquée à obtenir. Ils échappent aux dispositifs mis en place ou préconisés en amont. Quid ? Comment soutenir ces parents dans leur fonction parentale ? Il existe différents acteurs œuvrant dans le champ de la guidance parentale, dans le département de l'Aveyron, mais parfois peu connus.

Objectif(s) de l'action :

Renforcer le soutien aux familles et améliorer leur adhésion dans le parcours de leur enfant.

Descriptif(s) de l'action :

- ▲ Recenser et identifier les dispositifs existant sur le territoire.
- ▲ Etablir une cartographie et assurer une mise en réseau par territoire.
- ▲ Connaître les spécificités et les missions dévolues à chaque partenaire (stages croisés entre professionnels,...).

Pilote(s) :

Partenaire(s) concerné(s) :

CAMSP/PMI/CMPP/CMP/Santé scolaire/ Ambulatoire/CAF

Moyens/Ressources :

Calendrier :

Suivi/Evaluation :

Proposition 4 : Sécuriser le parcours des adolescents par un partenariat formalisé et conventionné

Constats/Problématiques :

Autour des situations les plus complexes, le maillage partenarial n'est pas suffisamment réactif, préventif et stable, pour assurer dans la continuité une contenance sécurisée. Les missions et les contraintes de chaque dispositif ne sont pas toujours bien identifiées.

Objectif(s) de l'action :

Créer en anticipation ou en situation de crise un partenariat efficace autour du jeune.

Descriptif(s) de l'action :

- ▲ Formaliser les engagements de chacun sur des bases conventionnées.
- ▲ Formaliser l'existence et les missions de la tête du réseau.
- ▲ Mieux connaître, de façon réciproque, les missions, les contraintes des différents partenaires et les champs d'intervention de chacun (Cartographie des dispositifs existant par territoire, stages croisés inter-dispositifs, groupe de travail départemental et multi-dispositifs....

Pilote(s) :

ARS

Partenaire(s) concerné(s) :

ARS / CG / ASSOCIATIONS / PARTENAIRES CONCERNES/ EN/PJJ/MDPH

Moyens/Ressources :

Calendrier :

Suivi/Evaluation :

Proposition 5 : Mettre en œuvre des analyses de pratiques partenariales

Constats/Problématiques :

Dans les situations les plus problématiques où le partenariat est mis à mal par les passages à l'acte des jeunes, les partenaires peuvent s'essouffler, entrer en conflit et perdre le sens de leurs pratiques, ou même lâcher prise.

Objectif(s) de l'action :

Mettre en œuvre des analyses de pratiques partenariales.

Descriptif(s) de l'action :

- ▲ Créer une instance ou un groupe de travail de supervision, d'analyse des pratiques avec un tiers extérieur pour les partenaires engagés dans la prise en charge d'adolescents à difficultés multiples.
- ▲ Aider les aidants et renforcer l'aspect soignant du réseau en améliorant la qualité du lien inter- institutionnel.

Pilote(s) :

Partenaire(s) concerné(s) :

Moyens/Ressources :

Calendrier :

Suivi/Evaluation :

Proposition 6 : Missionner un « chef d'orchestre »

Constats/Problématiques :

Les adolescents à difficultés multiples mettent à mal les dispositifs et épuisent les solutions mises en place. Ce sont le plus souvent des jeunes âgés entre 13 et 14 ans qui ont un parcours familial difficile ayant nécessité des mesures de protection, qui sont suivis sur le plan psychiatrique (hospitalisation) et très souvent en échec scolaire. Des solutions d'accompagnement sont mises en place pour ces situations complexes mais la continuité est parfois difficile à maintenir. Les professionnels ont également évoqué le fait de travailler dans l'urgence et de ne pas anticiper en amont la construction d'un parcours adapté et fluide. Le temps de crise semble être géré aujourd'hui, par l'ensemble des partenaires qui sont confrontés quotidiennement à prendre un adolescent au sein de leur dispositif, par défaut. Quid ? Qui pilote le projet global de l'adolescent ?

Objectif(s) de l'action :

Définir un chef d'orchestre, un référent, un coordinateur du projet de l'adolescent à difficultés multiples.

Descriptif(s) de l'action :

Qualités requises : Personne dédiée à coordonner et à piloter, capable de prioriser, ayant une connaissance parfaite des dispositifs, de l'organisation. Personne légitime et légitimée, qui a du temps pour apporter son soutien, assurant le suivi de la situation et la coordination.

Profil : Une personne ayant une connaissance parfaite des dispositifs. Personne connue et reconnue de tous, lui permettant d'être légitime et légitimée, personne identifiée et repérée par les partenaires.

Pilote(s) :

Partenaire(s) concerné(s) :

Moyens/Ressources :

Calendrier :

Suivi/Evaluation :

Proposition 7 : Mettre en place des actions avec des Pairs-Aidants

Constats/Problématiques :

Au moment du passage à l'adulte, certains adolescents à difficultés multiples réussissent à avoir une insertion professionnelle et sociale réussie. Quid ? Pourquoi ne pas utiliser les expériences de ceux qui s'en sont sortis pour aider ceux qui sont en difficultés aujourd'hui ?

Objectif(s) de l'action :

Mettre en place des actions de partages d'expériences avec des pairs-aidants

Descriptif(s) de l'action :

- ▲ Mobiliser des témoignages de jeunes adultes « insérés ».
- ▲ Repérer les jeunes qui s'en sont sortis aujourd'hui.
- ▲ Organiser des échanges avec leurs pairs qui sont actuellement des adolescents à difficultés multiples.

Pilote(s) :

Partenaire(s) concerné(s) :

Moyens/Ressources :

Calendrier :

Suivi/Evaluation :

Proposition 8 : Permettre une prise en charge en accueil de jour pour des adolescents âgés entre 12 et 18 ans en souffrance psychique

Constats/Problématiques :

Un des constats avancé en groupe de concertation est le besoin de places en accueil de jour « intermédiaire » entre l'hospitalisation complète et l'ambulatoire pour les adolescents âgés entre 12 et 18 ans et souffrant de troubles psychiques.

Objectif(s) de l'action :

Permettre une prise en charge en accueil de jour pour des adolescents en souffrance psychique.

Descriptif(s) de l'action :

► Mettre en place un dispositif souple et réactif d'accueil de jour pour les adolescents en grande souffrance psychique et âgés entre 12 et 18 ans.

Pilote(s) :

Partenaire(s) concerné(s) :

Moyens/Ressources :

Calendrier :

Suivi/Evaluation :

AXE 2 : ENTRER DANS LE DISPOSITIF

Proposition 9 : Réfléchir à la création d'un lieu ouvert dédié à accueillir des adolescents à difficultés multiples

Constats/Problématiques :

Les adolescents à difficultés multiples ont un parcours chaotique constitué d'une succession de prises en charge et de ruptures. Leur parcours regroupe un ensemble de dispositifs qui ont des tarifications différentes et des outils différents.

Objectif(s) de l'action :

Réfléchir à la création d'un lieu d'accueil et d'orientation souple dédié aux adolescents à difficultés multiples.

Descriptif(s) de l'action :

- ▶ Etudier les besoins et la faisabilité de la mise en place d'un lieu ouvert dédié d'accueil, un lieu innovant inter-dispositif avec un plateau technique pluridisciplinaire.
- ▶ Penser à renforcer le soutien de l'équipe dédiée.
- ▶ Penser à renforcer la formation et la motivation.

Pilote(s) :

ARS/CG/PJJ/EN ???

Partenaire(s) concerné(s) :

FDE/CEF/ESMS/EN

Moyens/Ressources :

Calendrier :

Suivi/Evaluation :

Proposition 10 : Formaliser les partenariats entre les différents dispositifs de prise en charge

Constats/Problématiques :

Les faiblesses et les manques dans le travail en partenariat inter-dispositifs sont parfois la conséquence d'une méconnaissance des fonctionnements, des différentes réglementations et procédures de chaque dispositif.

Objectif(s) de l'action :

Renforcer le partenariat pour améliorer la phase de préparation à l'entrée dans les dispositifs. Optimiser les ressources de chaque dispositif. Formaliser des accompagnements différenciés. Concevoir des modes d'évaluation croisés lisibles et utiles pour tous les dispositifs.

Descriptif(s) de l'action :

- ▲ Utiliser, communiquer et partager les évaluations internes et externes inter-dispositifs.
- ▲ Déterminer des axes d'amélioration pour définir un plan d'action.
- ▲ Etablir des conventions et des procédures
- ▲ Evaluer les actions et les procédures.

Pilote(s) :

Partenaire(s) concerné(s) :

Education nationale, pédopsychiatrie et psychiatrie, services d'urgence (pompiers, SAMU, gendarmerie), CG, PJJ, ESMS, MDPH, associations

Moyens/Ressources :

Réunions, groupes de travail et enquêtes

Calendrier :

Rencontres mensuelles

Suivi/Evaluation :

Suivi des données et statistiques concernant ces publics à difficultés multiples

Evaluation quantitative du travail en partenariat (rapport entre la demande et l'offre)

Efficacité des procédures et conventionnements

Evaluation qualitative et sommative (suivi des accompagnements différenciés, bilans de prise en charge, rapport entre les objectifs définis et l'efficience des moyens mis en œuvre)

AXE 3 : Réfléchir aux conditions de mise en place d'un parcours fluide et adapté

Proposition 11 : Institutionnaliser une coopération et un partenariat

Constats/Problématiques :

Les adolescents à difficultés multiples sont des adolescents qui ont des parcours chaotiques qui amenuisent les dispositifs – Comment remobiliser l'ensemble des partenaires autour de cet adolescent pour reconstruire son histoire, un projet commun ? Doit-on repartir du travail engagé par le réseau ados existant ?

Objectif(s) de l'action :

Institutionnaliser une coopération et un partenariat

Descriptif(s) de l'action :

- ▲ Réfléchir à un outil permettant le travail multi-partenarial autour des parcours des adolescents à difficultés multiples. Déterminer qui fait quoi et quand ?
- ▲ Mettre en place une co-construction en amont du parcours du jeune.
- ▲ Réfléchir à partir de l'existant, à la question de l'intervention d'un tiers neutre, qui doit être légitimé par l'ensemble des partenaires. Ce tiers serait-il formé d'une équipe de trois personnes (un coordonnateur, un clinicien et un secrétariat) ?
 - Réfléchir aux missions : coordonnateur et clinicien animent les CCP.
 - Permettre de mieux se connaître, de travailler collectivement les représentations de chacun de chaque dispositif.
 - Construire en amont un projet de l'enfant – Créer des parcours - notion de veille.
 - Maintenir la mobilisation de l'ensemble des partenaires.
 - Renforcer la formation et l'information à destination des équipes.
 - Mettre en place la fonction de veille du réseau dans une approche préventive de situation préoccupante.
 - Positionnement du réseau en dehors de la crise.
 - Proposer à plusieurs du multi prise en charge.

Partenaire(s) concerné(s) :

MEDICOSOCIAL SANITAIRE ET SOCIAL JUSTICE/ EDUCATION NATIONALE/MDPH/CG

Moyens/Ressources :

Calendrier :

Suivi/Evaluation :

Annexe 4. Propositions détaillées non retenues par le COPIL mais qui seront soumises aux autorités compétentes ultérieurement.

Proposition 2 : Organiser et soutenir le premier placement d'un enfant qui risque d'avoir un parcours à difficultés multiples. Action non retenue pour la deuxième phase par le COPIL, toutefois, elle sera portée à la connaissance des autorités compétentes et apparaîtra en annexe dans le rapport final

Constats/Problématiques :

Il a été convenu, de façon conjointe, qu'une majorité des adolescents présentait lors de leur petite enfance (âge entre 0 et 5 ans) des difficultés multiples. Ces adolescents sont issus de familles ayant des troubles de comportements, des carences multiples et notamment psychiques. Certains ont été confiés très tôt à des familles d'accueil. Comment renforcer le soutien du premier placement en famille d'accueil ?

Objectif(s) de l'action :

Soutenir et évaluer les premiers accueils de l'enfant potentiellement en situation à risque et signalé par les différents partenaires en articulation avec le SDPPE

Descriptif(s) de l'action :

- ▲ Développer un lieu afin d'évaluer et d'être au plus près des besoins de l'enfant à difficultés multiples placé en famille d'accueil.
- ▲ Evaluer les premiers placements de l'enfant en famille d'accueil (détermination de la procédure, d'une grille et d'un calendrier).
- ▲ Soutenir et maintenir les liens avec les parents biologiques et la fonction parentale (**prévention : annexe ?**).
- ▲ Former plus spécifiquement les familles d'accueil pour accompagner ces enfants.
- ▲ Mettre en place des groupes de paroles invitant les assistantes familiales à échanger sur leurs pratiques professionnelles.

Proposition 3 : Identifier et repérer les partenaires dans le champ de la prévention, de la guidance parentale - Action non retenue pour la deuxième phase par le COPIL, toutefois, elle sera portée à la connaissance des autorités compétentes et apparaîtra en annexe dans le rapport final

Constats/Problématiques :

Dans l'accompagnement des adolescents à difficultés multiples, l'adhésion des parents est difficile à obtenir. Dans ce contexte, les familles échappent aux dispositifs mis en place ou préconisés en amont. Quid ? Comment soutenir ces parents dans leur fonction parentale ? Il existe différents acteurs œuvrant dans le champ de la guidance parentale dans le département de l'Aveyron mais parfois peu connus.

Objectif(s) de l'action :

Renforcer le soutien aux familles et améliorer leur adhésion dans le parcours de leur enfant en articulation avec le SDPPEF

Descriptif(s) de l'action :

- ▶ Recenser et identifier les dispositifs existant sur le territoire.
- ▶ Etablir une cartographie et assurer une mise en réseau par territoire.
- ▶ Connaître les spécificités et les missions dévolues à chaque partenaire (stages croisés entre professionnels,...).