



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

Travaux commandités par



Septembre 2014 - Février 2015

Sommaire

Contexte et objectifs de la démarche	4
Définition « adolescents en difficultés multiples »	5
Phase 1 : Pré-diagnostic du Gers	6
1. Eléments socio-démographiques	7
1.1 Caractéristiques générales	7
1.2 Scolarisation et fin de scolarité sans qualification	9
1.3 Santé des adolescents et comportements à risque	11
2. Offre en établissements et services pour adolescents à difficultés multiples	13
2.1 Secteur médico-social	13
2.2 Santé mentale	14
2.3 Protection de l'enfance	15
3. Les adolescents bénéficiant d'un accompagnement social ou médico-social	16
3.1 Les jeunes de 12 ans et plus accueillis en IME	16
3.1.1 Pathologie présentée par les jeunes de 12 ans et plus dans les IME	16
3.1.2 Les déficiences des jeunes de 12 ans et plus dans les IME	17
3.1.3 Troubles du comportement présentés par les jeunes de 12 ans et plus dans les IME	18
3.2 Les jeunes de 12 ans et plus accueillis en ITEP	18
3.2.1 Pathologie présentée par les jeunes de 12 ans et plus dans les ITEP	18
3.2.2 Les déficiences des jeunes de 12 ans et plus dans les ITEP	18
3.2.3 Troubles du comportement présentés par les jeunes de 12 ans et plus dans les ITEP	19
3.2.4 Autres particularités des jeunes accueillis en ITEP dans le Gers	19
3.3 Jeunes bénéficiant d'une prise en charge ASE, placements et mesures de protection	20
3.4 Jeunes relevant de la PJJ	23
4. Orientations des politiques publiques	25
4.1 Le diagnostic préalable du Projet Régional de Santé	25
4.2 Les orientations prévues dans les différents schémas	25
4.2.1 Pilotage départemental	25
4.2.2 Prévention	26
4.2.3 Prise en charge des enfants et adolescents	26
4.2.4 Insertion et passage à l'âge adulte	28
5. Points de vigilance	29
Phase 2 : Concertation	30
Etapes	31
Institutions ayant participé aux concertations	31
Groupe 1 Groupe 1 : Jeunes MAJEURS	32
Groupe 2 : Analyse des ruptures de parcours et repérage des manques	35
Groupe 3 : Comment mieux coordonner les ressources existantes sur le territoire?	38
ANNEXES	40

Contexte et objectifs de la démarche

L'ARS de Midi-Pyrénées a décidé, en lien avec les orientations du SROMS et suite à une étude réalisée sur les ITEP en 2012, de mettre en œuvre **une démarche territorialisée d'appui aux acteurs locaux pour l'accompagnement coordonné des adolescents à difficultés multiples** sur 3 départements de la région (Gers, Aveyron, Hte-Garonne) et a sollicité l'appui du CREAI d'Aquitaine (pour le Gers) et du CREAI-ORS Languedoc-Roussillon (pour l'Aveyron et la Haute-Garonne).

Dans le même temps, le conseil général du Gers a engagé une réflexion en vue de mettre en place une convention partenariale pour créer un réseau « enfants et adolescents en difficultés » avec l'ARS DT32, la MDPH, la PJJ, la pédopsychiatrie, l'Education nationale, les directeurs des établissements et services sociaux et médico-sociaux, la maison des adolescents...

La proposition du CREAI a pour objectif de mieux visualiser l'organisation dynamique et les interrelations entre les différents acteurs impliqués dans l'accompagnement ou la prise en charge (prévention, sanitaire, protection de l'enfance et médicosocial) d'adolescents à difficultés multiples en vue d'installer une dynamique durable de concertation pour un accompagnement coordonné des adolescents à difficultés multiples sur les 3 territoires prioritaires de Midi-Pyrénées précités.

La démarche se déroule en deux phases mises en œuvre de façon spécifique dans chacun des territoires, permettant de :

- Au cours d'une phase de pré-diagnostic de poser la problématique du territoire à partir des ressources existantes en matière d'offre et de liens existants et productifs entre acteurs.
- Une phase de concertation et de diagnostic partagé visant à accompagner les acteurs dans l'énonciation d'une analyse validée en commun de la situation dans leur territoire, à faire émerger des pistes de facilitation et à élaborer des outils partagés, afin d'améliorer la continuité des parcours des adolescents concernés et poser les bases d'une stratégie territoriale partagée autour de ces adolescents.

Définition « adolescents en difficultés multiples »

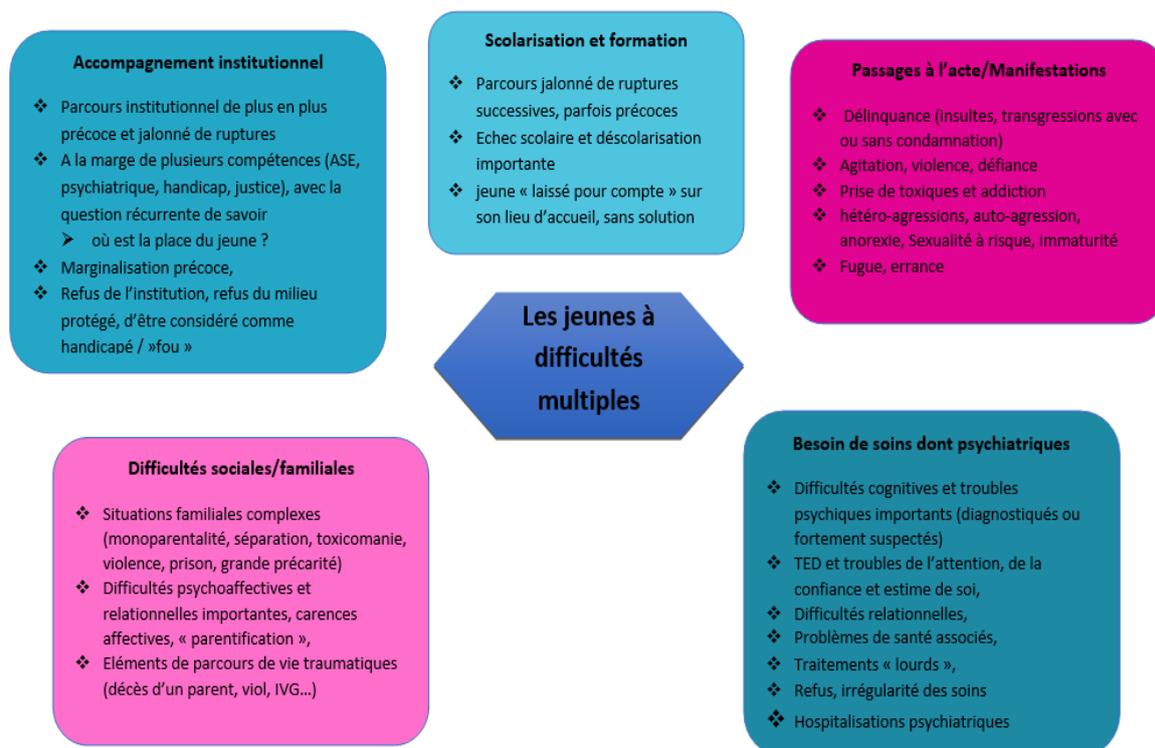
Afin de situer le champ des travaux, est proposée une définition co-élaborée par des professionnels des secteurs social et médicosocial des territoires de Pau d'une part et de l'agglomération bordelaise d'autre part, au cours d'une formation-action mise en place au niveau national par UNIFAF¹ en 2013-2014 dans 18 régions.

Il s'agissait d'interroger la prise en charge des adolescents en difficulté sur des territoires précis afin de constituer un collectif de travail qui, en consolidant sa connaissance des adolescents en difficulté, conçoive des réponses communes et complémentaires et de mettre en œuvre un travail en réseau et en partenariat dans une logique de continuité de l'accompagnement médico-socio-éducatif.

Les deux groupes formés en Aquitaine ont rassemblé au total onze établissements ou services présentant deux caractéristiques :

- une bonne hétérogénéité entre types de structures dans le domaine de la protection de l'enfance et du médico-social (MECS, ITEP, SESSAD, IME, AEMO, Placement familial) afin de représenter un maximum de modalités d'accompagnement de jeunes,
- une bonne homogénéité de territoire, afin que les liens qui se créent entre les participants puissent être utiles et pérennes.

La définition ci-dessous a été co-élaborée par les participants dès le début de la formation, afin de repérer qui sont ces adolescents à difficultés multiples dans les établissements.



¹ Organisme Paritaire Collecteur Agréé de la Branche sanitaire, sociale et médico-sociale

PHASE 1

Pré-diagnostic du Gers

L'objectif de ce pré-diagnostic, réalisé à partir de données existantes a été de :

- mettre en perspective des données issues de différentes sources, en particulier : INSEE, Education nationale, DREES (enquêtes ES), ARS, ASE, PJJ...
- rechercher les particularités du Gers en comparant les données départementales à l'échelon régional (voire national quand les données étaient disponibles)

Des limites ont été rencontrées :

- peu de données sont centrées sur les adolescents à difficultés multiples
- les découpages par tranche d'âge sont très disparates selon les sources
- des décalages temporels importants entre les diverses données mobilisables

1. Eléments sociodémographiques

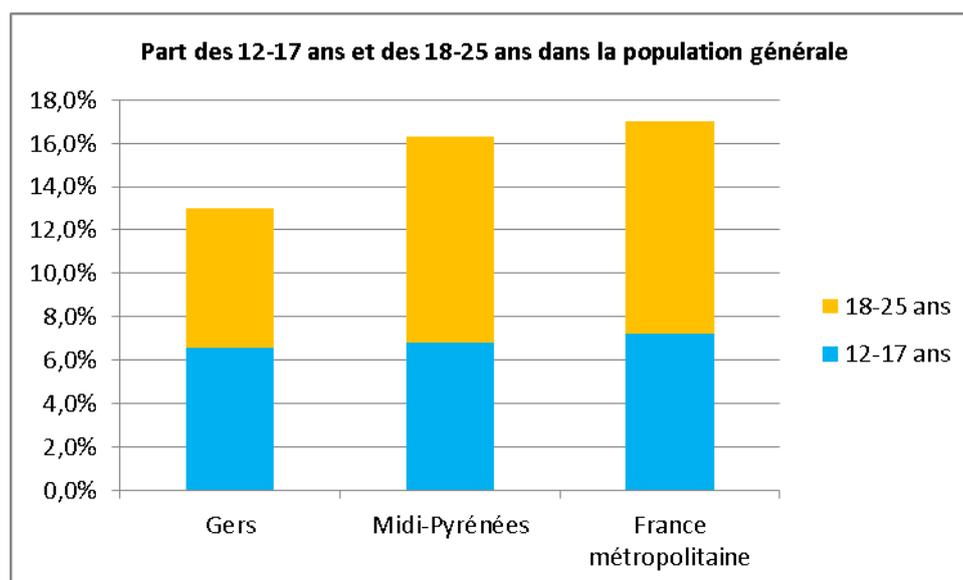
1.1 Caractéristiques générales

Le Gers compte moins de 190.000 habitants, se situant ainsi parmi les 10 départements les moins peuplés de France.

Le Gers est également un des trois départements les plus ruraux de France (avec la Creuse et la Lozère), 78 % de sa population vit en milieu rural (France : 22 %, Midi-Pyrénées : 32 %), ce qui implique notamment des difficultés de déplacement et d'accès aux services (seuls 19 % des communes sont desservies par des transports en commun).

Près de 25.000 habitants sont âgés de 12 à 25 ans, soit 13 % (se répartissant en 2 groupes équilibrés d'adolescents de 12 à 17 ans et de jeunes adultes de 18 à 25 ans).

Par rapport à la population générale, la proportion des adolescents de 12-17 ans dans le Gers a une importance comparable à celle qui peut être observée dans la région Midi-Pyrénées ou au niveau national. Par contre, les 18-25 ans sont nettement moins représentés dans le Gers, une partie de ces jeunes adultes quittant le département pour poursuivre des études ou trouver un emploi.



Source : Insee RP 2011- Exploitation : CREAI d'Aquitaine

Le Gers connaît toutefois un certain dynamisme démographique et sa population a augmenté plus vite au cours des 5 dernières années que celle de la France métropolitaine, en particulier, celle des jeunes de 16 à 25 ans.

Evolution de la population entre 2006 et 2011 (en %)

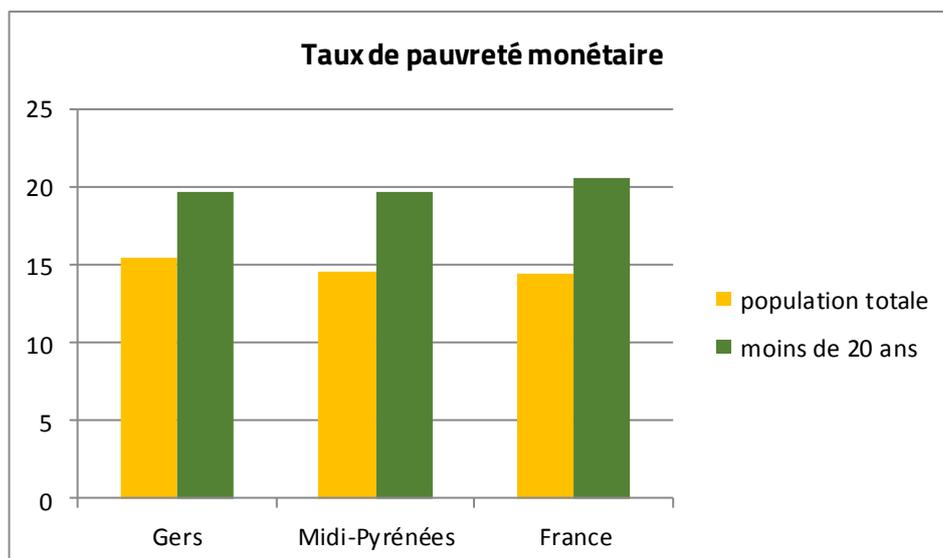
	Gers	Midi-Pyrénées	France métropolitaine
Effectif 12-17 ans	+ 5,1	+ 3,3	- 1,5
Effectif 18-25 ans	+ 2,7	+ 0,4	- 2,0
Population totale	+ 4,1	+ 4,6	2,7

Source : Insee RP 2006 et 2011- Exploitation : CREAI d'Aquitaine

Dans le Gers, 15 % des ménages vivent en dessous du **seuil de pauvreté**, cette proportion atteint 20% pour les jeunes de moins de 20 ans. Ces données, identiques au niveau régional et national, mettent en évidence la précarité à laquelle sont confrontés un jeune sur 5.

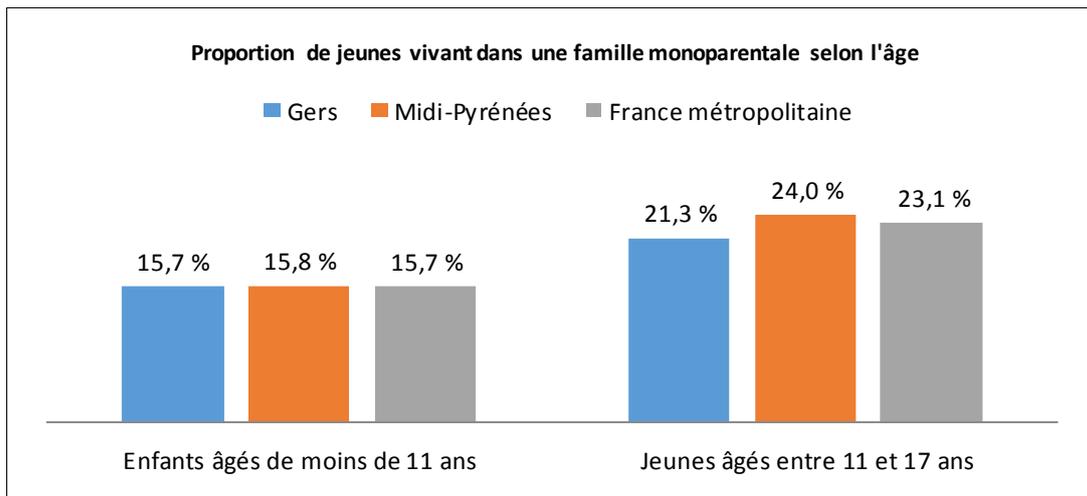
Un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté.

Dans l'approche en termes relatifs, le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. Eurostat et les pays européens utilisent en général un seuil à 60 % de la médiane des niveaux de vie.



Source : Insee - Exploitation : CREAI d'Aquitaine

Plus de 20 % des adolescents entre 11 et 17 ans sur 5 vivent dans **une famille monoparentale**. Cette proportion est un peu plus élevée au niveau régional (24 %) et national (23,1 %), la monoparentalité étant un phénomène plus présent en milieu urbain.



Source : Insee - Exploitation : CREAI d'Aquitaine

La cohabitation familiale des jeunes adultes de 20 à 24 ans est pratiquée dans le Gers à un niveau comparable à la moyenne nationale mais est nettement plus fréquente que ce qui est observé au niveau régional.

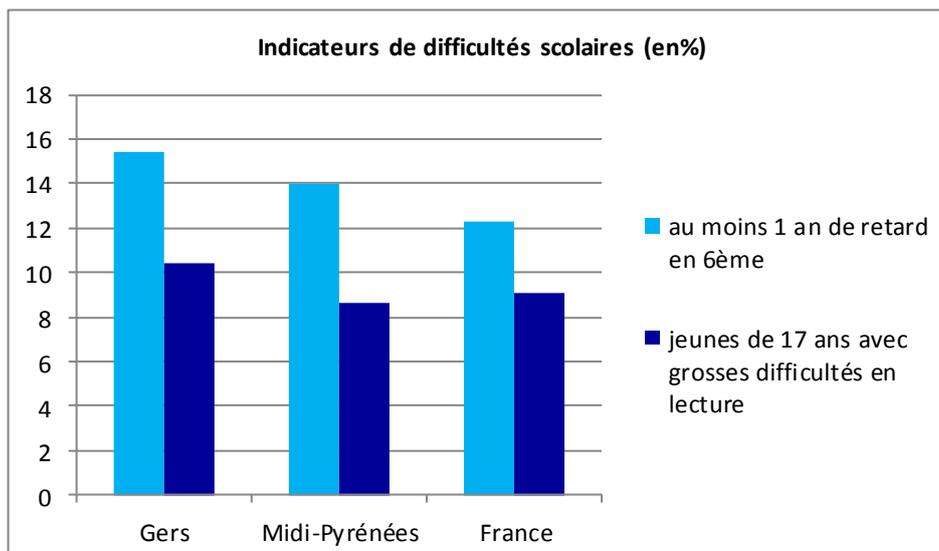
Cohabitation familiale – adultes de 20 à 24 ans vivant avec leurs parents (en % en 2010)

	Gers	Midi-Pyrénées	France métropolitaine
Garçons	53,0	41,3	53,1
Filles	35,6	27,7	37,0

Source : Insee - Exploitation : CREAI d'Aquitaine

1.2 Scolarisation et fin de scolarité sans qualification

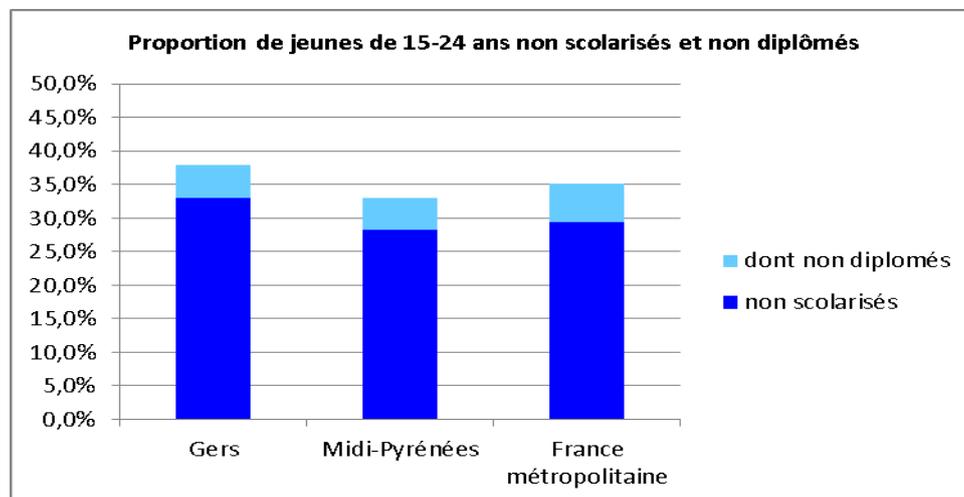
Le Gers se situe au-dessus de la moyenne pour certains indicateurs caractérisant les difficultés scolaires. Ainsi plus de 15 % des élèves gersois ont au moins 1 an de retard à l'arrivée en 6^{ème} et 10 % des jeunes de 17 ans de ce département éprouvent de grosses difficultés en lecture



Sources : Rectorat, INSEE RP 2011 – exploitation CREAI d'Aquitaine

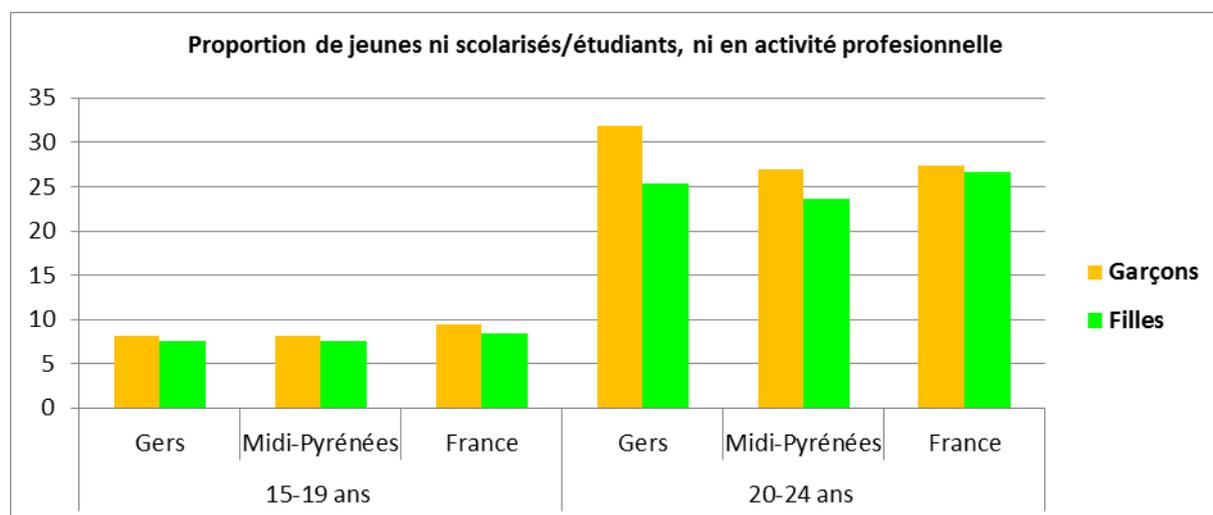
La proportion de jeunes de 15-24 ans non scolarisés dans le Gers, 38 %, est un peu plus importante qu'aux autres échelons géographiques étudiés, ce qui paraît logique dans un département à dominante rurale avec une offre d'études supérieures assez réduite.

Toutefois, la part des jeunes gersois de cette tranche d'âge sortis du système scolaire sans aucun diplôme ne se démarque pas des valeurs régionale et nationale (autour de 5 %).



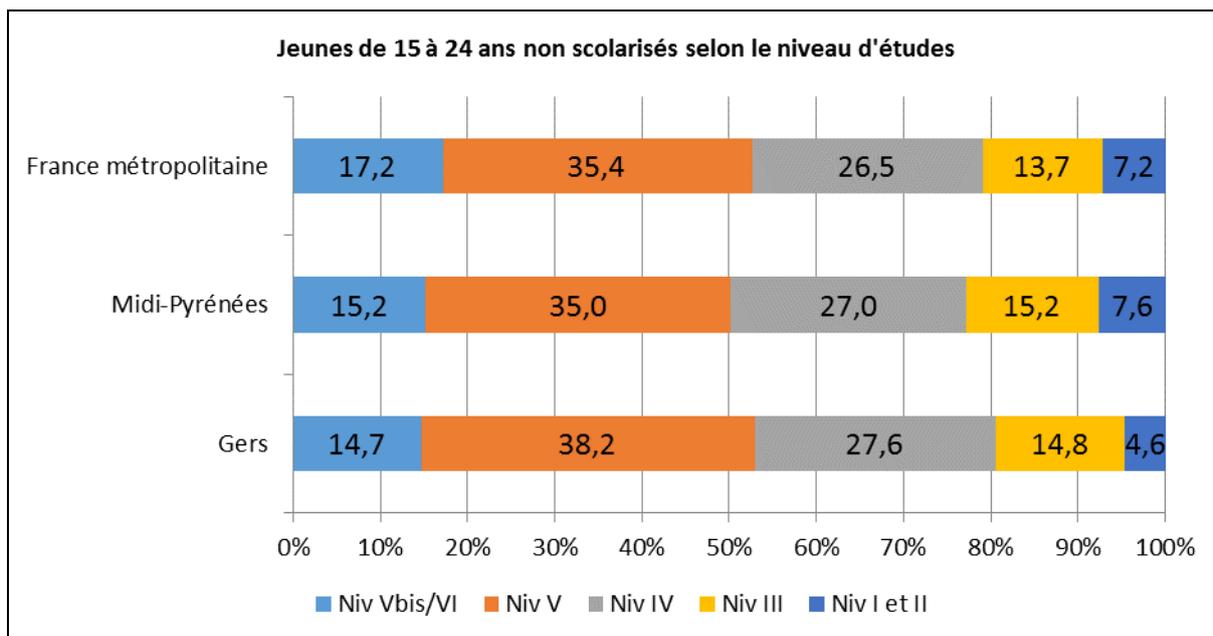
Sources : Drees, Ministère Education nationale, DEEP, Ministère de la Défense, Direction du service national, INSEE- exploitation CREA I d'Aquitaine

Parmi les jeunes de 15 à 24 ans n'étant ni en poursuite d'étude, ni en activité professionnelle montre, si pour les 15-19 ans la situation du Gers n'est guère différente de celles de la région Midi-Pyrénées et du niveau national, il n'en est pas de même pour les 20-24 ans. Les garçons gersois de cette tranche d'âge sont confrontés à des difficultés assez marquées : un tiers d'entre eux ne sont ni étudiants, ni dans la vie active.



Source : Insee - Exploitation : CREA I d'Aquitaine

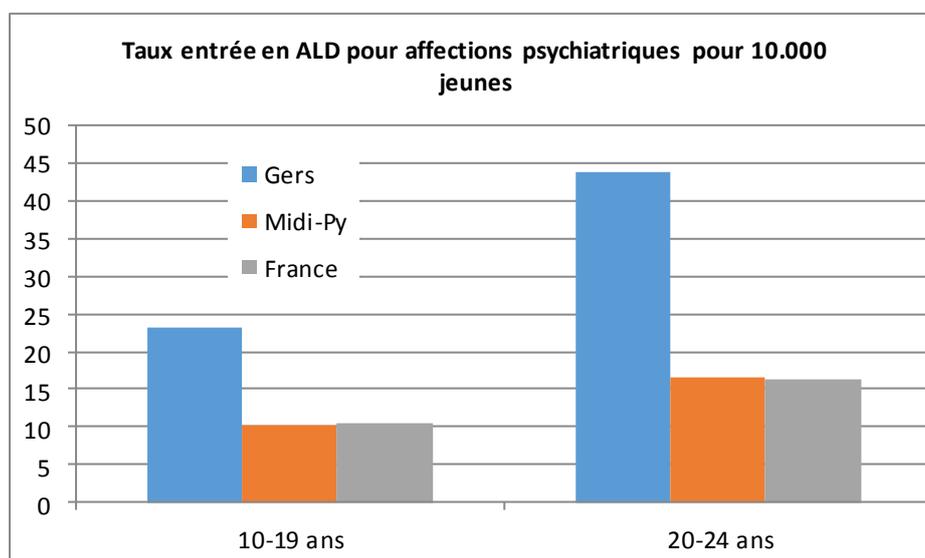
En termes de niveau d'études atteint à l'issue de la scolarisation pour les jeunes de 15-24 ans, on note dans le Gers une moindre représentation des niveaux I et II, mais les caractéristiques du marché de l'emploi local font que les jeunes ayant ce niveau d'études ont en partie quitté le département pour trouver des débouchés professionnels. Globalement sur les autres niveaux d'études, les différences entre le Gers et les autres échelons géographiques sont assez minimes.



Enfin, signalons que plus de 1000 jeunes gersois ont été reçus en 2012 pour un premier accueil en mission locale (soit 5,9 % des 16-25 ans, taux équivalent à la moyenne nationale et légèrement supérieur à la moyenne régionale, qui s'élève à 5,2 % - source : DARES).

1.3 Santé des adolescents et comportements à risque

En 2012, 130 entrées en affection de longue durée ALD ont été recensées dans le Gers pour les jeunes âgés de 10 à 24 ans, dont 61 % en affection psychiatrique (ces affections représentent en moyenne 39 % des ALD en Midi-Pyrénées et 34 % en France pour la même tranche d'âge).



Les effectifs concernés sont certes faibles et les pratiques très différenciées d'un médecin à l'autre, ce qui limite la portée de ces données ; néanmoins, le Gers se distingue des tendances régionales et nationales.

D'autres éléments peuvent être pris en compte pour décrire les difficultés spécifiques des adolescents, tels que la consommation régulière d'alcool ou de cannabis. Les données régionales, seules disponibles, montrent que ces consommations touchent un pourcentage supérieur de jeunes (tant pour les garçons que pour les filles) à la moyenne nationale, surtout pour l'alcool.

Consommation régulière en % (au moins 10 fois/mois chez les jeunes de 17 ans)

	Midi-Pyrénées		France	
	Alcool	Cannabis	Alcool	Cannabis
Garçons	18	11	15	10
Filles	8	4	6	3

Sources : OFDT – enquête Escapad – Drees – MPSI, Inserm, CepiDc

2. Offre en établissements et services pour adolescents à difficultés multiples

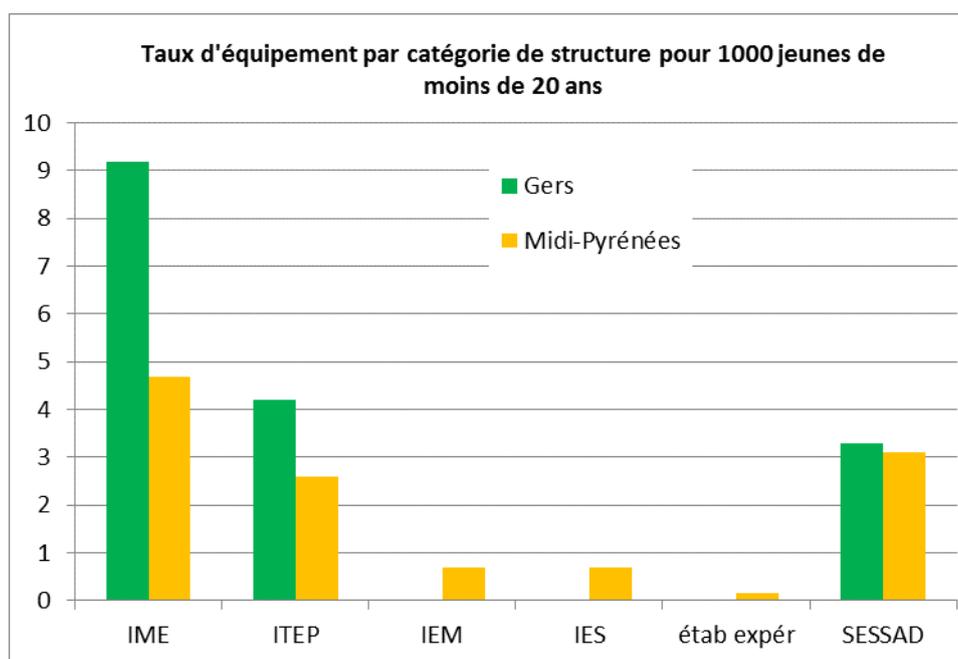
2.1 Secteur médico-social

Le Gers compte 510 places en établissements pour enfants et adolescents handicapés et 122 en SESSAD avec un taux global d'équipement de 16,7 places pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans, très nettement supérieur à la moyenne régionale (11,9 ‰).

Equipement médico-social pour enfants et adolescents handicapés au 1^{er} janvier 2012

	Gers		Midi-Pyrénées
	nombre de places	taux pour ‰	taux pour ‰
IME	355	9,2	4,7
ITEP	155	4,2	2,6
Institut éducation motrice	-	-	0,7
Institut éducation sensorielle	-	-	0,7
Etab. Expérimental	-	-	0,15
SESSAD	122	3,3	3,1
dont déf. intellectuelle	12		
troubles comportement	100		
déf. auditive	10		

Sources : Finess - ARS Midi-Pyrénées



Sources : Finess - ARS Midi-Pyrénées – INSEE – exploitation CREA I d'Aquitaine

Les agréments des IME montrent **une place importante accordée aux jeunes présentant une déficience intellectuelle profonde ou sévère, voire un polyhandicap**. A l'inverse, l'offre pour les jeunes déficients intellectuels moyens est réduite (130 places soit 37 % des places en IME).

Cette particularité et la tradition d'accueil du Gers font que la proportion de jeunes venant d'un autre département est importante et permettent une lecture un peu plus affinée de l'offre du Gers au-delà des seuls taux d'équipement bruts.

L'offre en ITEP a considérablement évolué au cours des 20 dernières années (207 places en 1994, 155 places en 2014) avec des **reconversions de places d'internat en places de SESSAD** : 100 à ce jour pour les jeunes ayant des troubles du comportement.

La DT-ARS du Gers s'interroge sur l'adéquation de l'offre actuelle pour prendre en compte de façon adéquate de nouveaux profils de jeunes : « *Ces dernières années ont vu l'émergence de plus en plus fréquente de situations d'enfants ou d'adolescents présentant des pathologies lourdes de la personnalité et pour lesquels il est difficile de trouver des solutions de prise en charge* ».

Le Gers ne dispose pas d'établissements pour les jeunes présentant une déficience motrice, auditive ou visuelle.

En terme de SESSAD, le taux d'équipement gersois est équivalent à la moyenne régionale, avec une particularité : **une offre très majoritairement dédiée aux troubles du comportement** (82 % des places), suite donc à la transformation de places d'ITEP.

Trois CMPP viennent compléter cette offre.

2.2 Santé mentale

L'offre de soins en pédopsychiatrie relève du Centre Hospitalier du Gers à Auch. La DT-ARS du Gers note que cette offre « *souffre d'une situation difficile liée au départ de pédopsychiatres du service, toujours non remplacés à ce jour. Ainsi sont présents 2,4 ETP de médecins sur 4 postes autorisés.* » . Ce constat est repris dans le diagnostic régional du Plan Régional de Santé 2012-2017 : « *Offre pédopsychiatrique en hospitalisation complète ou de jour faible dans le Gers en particulier pour les adolescents* »

Le schéma départemental des personnes handicapées² souligne également le manque de psychiatres et de psychologues dans le département avec pour conséquences :

- ⇒ Report de l'ouverture d'un service de 7 places dans le secteur psychiatrie, faute de personnel suffisant
- ⇒ Délais d'attente importants pour les consultations

La file active approximative de prise en charge psychiatrique pour les enfants de 0 à 18 ans dans le Gers est de 1 300 à 1 400 dossiers par an.

L'offre est organisée autour :

- ➔ d'un dispositif ambulatoire de 5 CMP couvrant le département du Gers (implantés à Auch, Fleurance, Isle-Jourdain, Mirande, Nogaro) avec 2 places de CATTP³ sur le CMP de Nogaro. La file active des adolescents représente 416 jeunes pour les 9 premiers mois de 2014 (soit 34 % des patients),
- ➔ de la « clinique des ados » créée en février 2009. Cette unité dispose à ce jour de 7 lits et 3 places répartis comme suit :
 - 6 lits d'hospitalisation à temps plein, d'une durée variable de 4 à 6 semaines ;
 - 1 lit d'hospitalisation de nuit présenté comme un tremplin vers la sortie ;
 - 3 places d'hospitalisation de jour, fonctionnant du lundi au vendredi, d'une durée moyenne de 12 semaines, le jeune venant une à deux fois par semaine.

En 2013, 40 adolescents ont été reçus en hospitalisation complète, 24 en hospitalisation de jour et 7 de nuit.

Malgré l'ouverture récente de la clinique des ados, le département du Gers a un taux d'équipement en lits d'hospitalisation deux fois plus faible que la région et même à la France entière.

² Schéma d'organisation sociale et médicosociale en faveur des personnes en situation de handicap du département du Gers (2011-2015)

³ Un CATTP assure une prise en charge plus longue – une demi-journée environ, à partir d'ateliers par exemple – que le CMP qui ne propose qu'une consultation

En ce qui concerne l'hospitalisation de jour, l'écart est encore plus grand puisque le Gers a trois fois moins de places que la région.

Taux d'équipement en pédopsychiatrie (sur 1000 enfants de 0 à 16 ans)

	Gers	Midi Pyrénées	France
Equipement total	0.7	1.2	0.9
<i>dont hospitalisation de jour</i>	0.3	0.9	NC
<i>dont hospitalisation complète</i>	0.1	0.2	0.2

Sources : DREES, ARS, SAE données 2012

La Maison des adolescents

La Maison des Ados est un lieu d'accueil, d'information, d'écoute et d'accompagnement. Elle est ouverte aux adolescents de 11 à 21 ans et aussi à leurs familles et aux professionnels du département. Des moyens du CH du Gers sont mis à sa disposition (0,2 ETP de psychiatre).

La DT ARS du Gers indique en avril 2013 dans un document présentant les orientations retenues pour le territoire de santé du Gers que :

- l'offre en hospitalisation partielle doit être renforcée par redéploiement de moyens
- l'offre en hospitalisation globale sera renforcée à partir de redéploiements interterritoriaux

Ce redéploiement entre territoires sera engagé soit par réduction des capacités dans les territoires les mieux dotés (ex : Hautes-Pyrénées), soit par une organisation interterritoriale pour assurer la prise en charge des adolescents en crise⁴.

2.3 Protection de l'enfance

Capacité d'accueil dans les établissements de la protection
et taux d'équipement pour 1 000 jeunes de moins de 21 ans

	Gers		Midi-Pyrénées	
	Nombre de places	Taux pour ‰	Nombre de places	Taux pour ‰
Accueil mère-enfant	26		206	
MECS /foyer de l'enfance	135	3,3	2250	3,2
Lieu de vie	6	0,1	117	0,2

Placement familial	219 Assistants Familiaux agréés Dont 172 Assistants Familiaux employés par l'ASE au 31/07/14, prenant en charge 310 enfants confiés/placés		Non disponible	
---------------------------	---	--	----------------	--

Sources : Panorama Statistique DRJSCS Midi Pyrénées (2013), FINESS (2014) et CG Gers INSEE – exploitation : CREAI d'Aquitaine

Le taux d'équipement en MECS/foyer de l'enfance est sensiblement le même que le taux régional. Les places sont réparties entre :

- accueil urgence : 10 places pour les moins de 6 ans + 18 places pour les 6-18 ans,
- moyen séjour mineurs : 64 places,
- accueil jeunes majeurs : 43 places.

En ce qui concerne les lieux de vie, le Gers est deux fois moins pourvu que l'ensemble de la région Midi-Pyrénées.

Il n'y a pas de service de placement familial dans le département⁵. Seul le centre Cantoloup dispose d'une petite unité d'accueil familial intégrée à la MECS (5 assistantes maternelles avec 2 places chacune) permettant des temps de rupture.

⁴ Cf. le SROS Midi-Pyrénées pp 168-169

3. Les adolescents bénéficiant d'un accompagnement social ou médico-social

Afin de mettre en évidence les particularités des adolescents (jeunes de 12 ans et plus) accueillis dans les IME et dans les ITEP du Gers, une approche comparée de certains indicateurs a été effectuée entre le niveau départemental (Gers) et le niveau régional (Midi-Pyrénées). En outre, la dimension « terre d'accueil » du Gers a été prise en compte en distinguant également les caractéristiques des jeunes pris en charge dans le Gers mais venant d'un autre département (29 % des jeunes de 12 ans et plus des IME du Gers proviennent d'un autre département, ce pourcentage atteint 37 % dans les ITEP).

3.1 Les jeunes de 12 ans et plus accueillis en IME6

3.1.1 Pathologie présentée par les jeunes de 12 ans et plus dans les IME

L'analyse de la répartition des jeunes selon la pathologie se heurte, comme toujours dans ES, à l'importance des réponses « autres pathologies » et « pathologies non identifiées » qui concernent la moitié des usagers au niveau régional et départemental.

Il semble toutefois que les jeunes atteints d'autisme et autres TED soient surreprésentés parmi ceux qui viennent d'un autre département et qui sont accueillis dans le Gers.

Pathologie présentée par les jeunes de 12 ans et plus dans les IME

	Midi-Pyrénées		Gers		Gers (venant d'un autre dép.)	
	<i>effectif</i>	%	<i>effectif</i>	%	<i>effectif</i>	%
Autisme et TED	313	14,3%	35	16,7%	15	22,4%
Psychose infantile	307	14,1%	8	3,8%	6	9,0%
Autre psychose (à partir de l'adolescence)	27	1,2%	0	0,0%	0	0,0%
Trisomie et autres anomal. chromosomiques	226	10,3%	28	13,3%	10	14,9%
Accidents périnataux	90	4,1%	18	8,6%	9	13,4%
TC et LCA	24	1,1%	1	0,5%		0,0%
Pathologies génétiques	105	4,8%	19	9,0%	9	13,4%
Autres pathologies	562	25,7%	44	21,0%	9	13,4%
Pathologies inconnues, non identifiées	530	24,3%	57	27,1%	9	13,4%
Ensemble	2184	100,0%	210	100,0%	67	100,0%

Source : DREES – enquête ES2010 – Exploitation : CREAI d'Aquitaine

⁵ Si cette modalité de prise en charge se confirme après un accueil d'urgence, une assistante maternelle est recrutée directement par l'ASE.

⁶ Données issues de l'enquête ES 2010

3.1.2 Les déficiences des jeunes de 12 ans et plus dans les IME

Les jeunes du Gers sont plus souvent concernés qu'en moyenne régionale par un retard mental sévère/profond (19 % vs 11 %) et ce, plus encore quand ils viennent d'un autre département (37 %). De même, les situations de polyhandicap concernent 18 % des non-gersois accueillis dans le Gers contre 4 % des jeunes des IME en Midi-Pyrénées.

Les déficiences « *intermittentes de la conscience* » (liées à des troubles épileptiques) sont également plus fréquentes dans le Gers en particulier pour les non-gersois.

Déficiences (principales et associées) présentées par les jeunes de 12 ans et plus dans les IME

	Midi-Pyrénées		Gers		Gers (venant d'un autre dép.)	
	<i>effectif</i>	% ⁷	<i>effectif</i>	%	<i>effectif</i>	%
Retard mental profond et sévère	246	11,0%	47	18,7%	29	36,7%
Retard mental moyen	585	26,2%	62	24,6%	16	20,3%
Retard mental léger	1101	49,4%	93	36,9%	15	19,0%
Déficiences intermittentes critique de la conscience	118	5,3%	31	12,3%	15	19,0%
Troubles de la conduite et du comportement	180	8,1%	29	11,5%	11	13,9%
Troub. du psychisme avec tr. psychiatriques graves	399	17,9%	35	13,9%	18	22,8%
Autres troubles du psychisme	479	21,5%	48	19,0%	10	12,7%
Troubles de la parole / du langage	143	6,4%	27	10,7%	2	2,5%
Déficiences auditives	22	1,0%	5	2,0%	2	2,5%
Déficiences visuelles	19	0,9%	5	2,0%	2	2,5%
Déficiences motrices	33	1,5%	1	0,4%	0	0,0%
Plurihandicap	51	2,3%	0	0,0%	0	0,0%
Déficiences viscérales, métabol. nutritionnelles	62	2,8%	2	0,8%	1	1,3%
Polyhandicap	96	4,3%	26	10,3%	14	17,7%

Source : DREES – enquête ES2010 – Exploitation : CREAI d'Aquitaine

Les troubles présentés par les jeunes accueillis dans le Gers sont plus lourds et plus complexes qu'en moyenne régionale. La présence d'une déficience associée à la déficience principale est observée pour 59 % des jeunes des IME en Midi-Pyrénées, pour 63 % au niveau du Gers et pour 70 % des jeunes y étant accueillis mais venant d'un autre département.

Par ailleurs, notons la présence de profils atypiques en IME avec certains jeunes ne présentant **aucune déficience intellectuelle** (ni en déficience principale, associée ou dans le cadre d'un polyhandicap). Ils représentent 9 % du public accueilli dans le Gers, soit 25 jeunes (6 % en moyenne régionale ainsi que parmi les non-gersois dans les IME du Gers).

⁷ Le total de la colonne est supérieur à 100 % en raison des déficiences associées

3.1.3 Troubles du comportement présentés par les jeunes de 12 ans et plus dans les IME

La propension à se mettre en danger chez les jeunes en IME du Gers est similaire à la moyenne régionale alors que chez les non-gersois accueillis dans ces établissements, les comportements à risque sont plus marqués.

En outre, un tiers de ces jeunes non gersois peuvent avoir un comportement anormalement agressif (taux plus élevé que dans les populations comparées).

Difficultés de comportement observées chez les jeunes de 12 ans et plus dans les IME

	Arrive-t-il que par son comportement le jeune se mette en danger ?			Le jeune a-t-il un comportement anormalement agressif ?		
	Midi-Pyrénées	Gers	Gers (venant d'un autre dép.)	Midi-Pyrénées	Gers	Gers (venant d'un autre dép.)
Non	59,5%	56,8%	51,3%	70,7%	75,2%	66,3%
Oui parfois	29,8%	31,5%	38,7%	22,9%	19,4%	22,5%
Oui souvent	10,4%	11,3%	10,0%	6,3%	5,4%	11,3%
Ne sait pas	0,3%	0,4%		0,1%		
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : DREES – enquête ES2010 – Exploitation : CREAI d'Aquitaine

3.2 Les jeunes de 12 ans et plus accueillis en ITEP⁸

3.2.1 Pathologie présentée par les jeunes de 12 ans et plus dans les ITEP

La nomenclature des pathologies utilisée dans ES est peu adaptée aux jeunes accueillis dans les ITEP. Ainsi, dans les ITEP du Gers, 90 % des jeunes, quelle que soit leur provenance, ont été répertoriés dans « autres pathologies ».

3.2.2 Les déficiences des jeunes de 12 ans et plus dans les ITEP

Déficiences (principales et associées) présentées par les jeunes de 12 ans et plus dans les ITEP

	Midi-Pyrénées		Gers		Gers (venant d'un autre dép.)	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
Retard mental profond et sévère	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%
Retard mental moyen	52	4,9%	2	1,7%	0	0,0%
Retard mental léger	82	7,7%	7	6,0%	1	2,3%
Déficiences intermittentes critique de la conscience	2	0,2%	0	0,0%	0	0,0%
Troubles de la conduite et du comportement	638	60,0%	68	58,6%	23	53,5%
Troub. du psychisme avec tr. psychiatriques graves	220	20,7%	48	41,4%	21	48,8%
Autres tr. du psychisme	193	18,2%	3	2,6%	0	0,0%
Troubles parole / langage	62	5,8%	4	3,4%	1	2,3%
Déficiences auditives	4	0,4%	0	0,0%	0	0,0%
Déficiences visuelles	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%
Déficiences motrices	4	0,4%	0	0,0%	0	0,0%
Déficiences viscérales, métabol. nutritionnelles	1	0,1%	0	0,0%	0	0,0%

Source : DREES – enquête ES2010 – Exploitation : CREAI d'Aquitaine

⁸ Données issues de l'enquête ES 2010

Dans le Gers, les jeunes des ITEP présentent plus souvent qu'en moyenne régionale des troubles du psychisme en lien « **avec des troubles psychiatriques graves** » (41 % vs 21 %) et plus encore, parmi eux, ceux qui viennent d'un autre département (49 %).

Par contre, les jeunes du Gers sont moins nombreux à présenter une déficience intellectuelle associée que la moyenne régionale.

3.2.3 Troubles du comportement présentés par les jeunes de 12 ans et plus dans les ITEP

Des difficultés de comportement sont plus fréquemment signalées pour les jeunes accueillis dans le Gers qu'en moyenne régionale. Ces difficultés sont encore plus présentes quand ces jeunes n'en sont pas originaires.

Difficultés de comportement observées chez les jeunes de 12 ans et plus dans les ITEP

	Arrive-t-il que par son comportement le jeune se mette en danger ?			Le jeune a-t-il un comportement anormalement agressif ?		
	Midi-Pyrénées	Gers	Gers (venant d'un autre dép.)	Midi-Pyrénées	Gers	Gers (venant d'un autre dép.)
Non	51,1%	37,1%	27,9%	56,1%	44,8%	37,2%
Oui parfois	36,6%	33,6%	34,9%	30,5%	35,3%	37,2%
Oui souvent	12,1%	28,4%	37,2%	13,2%	19,8%	25,6%
Ne sait pas	0,2%	0,9%		0,2%		
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Source : DREES – enquête ES2010 – Exploitation : CREAI d'Aquitaine

3.2.4 Autres particularités des jeunes accueillis en ITEP dans le Gers

Une autre source a pu être mobilisée pour compléter cette comparaison des jeunes des ITEP du Gers à ceux de l'ensemble des ITEP de Midi-Pyrénées. Il s'agit d'une étude régionale conduite en 2012⁹ sur cette catégorie d'établissement, les publics accompagnés et les pratiques mises en œuvre.

Comparatif de quelques indicateurs issus de l'étude ITEP Midi-Pyrénées 2012

Jeunes accueillis en ITEP	Gers	Midi-Pyrénées
de 16 ans et plus	41%	33%
venant d'un autre département	21%	7%
Présentant une pathologie associée à leurs troubles du comportement	44%	33%
Sans passage à l'acte violent ou remise en cause du cadre	15%	25%
Ayant été victimes de mauvais traitements et négligences graves	33%	20%
Bénéficiant d'un suivi psychiatrique faible ou nul ¹⁰	48%	31%
ITEP ayant une collaboration ¹¹ avec	Gers	Midi-Pyrénées
Les CMPP	0%	76%
Les CMP	67%	82%
Les unités psychiatriques	67%	82%

Les éléments qui peuvent être dégagés de cette étude confirment et renforcent ceux qui sont issus de l'enquête ES 2010.

⁹ Données issues de l'étude « Profil et prise en charge des enfants et adolescents accueillis dans les ITEP et SESSAD d'ITEP en Midi-Pyrénées » réalisée par le CREAI Midi-Pyrénées et l'ORS Midi-Pyrénées en 2012

¹⁰ Soit moins d'une séance par semaine

¹¹ La collaboration est entendue « comme un partenariat engagé à titre ponctuel ou régulier, voire formalisé par une convention signée et mise en œuvre »

Ainsi, **le Gers se distingue par** des proportions plus importantes que la moyenne régionale :

- de « grands ados » de 16 ans et plus (41%)
- de jeunes venant d'autres départements (21%¹², soit 3 fois plus qu'en moyenne régionale)¹³
- de jeunes présentant une « pathologie » associée à leurs troubles du comportement (44%), ce qui révèle la complexité des situations accompagnées. Une des conséquences observées est la faible proportion de jeunes pour lesquels on ne note **ni passage à l'acte violent ni remise en cause du cadre** (15% vs 25% au niveau régional)
- de jeunes ayant été victimes de maltraitance ou négligences graves (un tiers d'entre eux)

En dépit des particularités de ces jeunes, près de la moitié ne bénéficie d'aucun suivi psychiatrique ou d'un suivi très peu important (48% vs 31% en moyenne régionale).

Le diagnostic du schéma départemental enfance familles pointe de grandes difficultés à prendre en charge les pathologies psychiques, du fait notamment du sous équipement du département en psychologues et psychiatres.

3.3 Jeunes bénéficiant d'une prise en charge ASE, placements et mesures de protection

Au 31/12/2012, près de 800 jeunes gersois bénéficiaient d'une mesure de l'ASE.

Des données plus récentes ont été transmises par les services ASE du Gers ; toutefois les données permettant de réaliser les comparaisons avec le niveau régional et national datent de 2012.

Répartition des jeunes bénéficiant d'une mesure de l'ASE dans le Gers au 31/12/2012

Enfants accueillis		Placements directs	Actions éducatives		TOTAL
Enfants confiés			AEMO	AED	
mesures administratives	mesures judiciaires				
126	247	41	203	169	786

Source : DREES – exploitation : CREA I d'Aquitaine

Dans le Gers, la part des placements (enfants confiés ou placements directs) dans ces mesures ASE au 31/12/2012 est de 53 %, proportion plus importante que la moyenne régionale, 46 % ou nationale, 50 %.

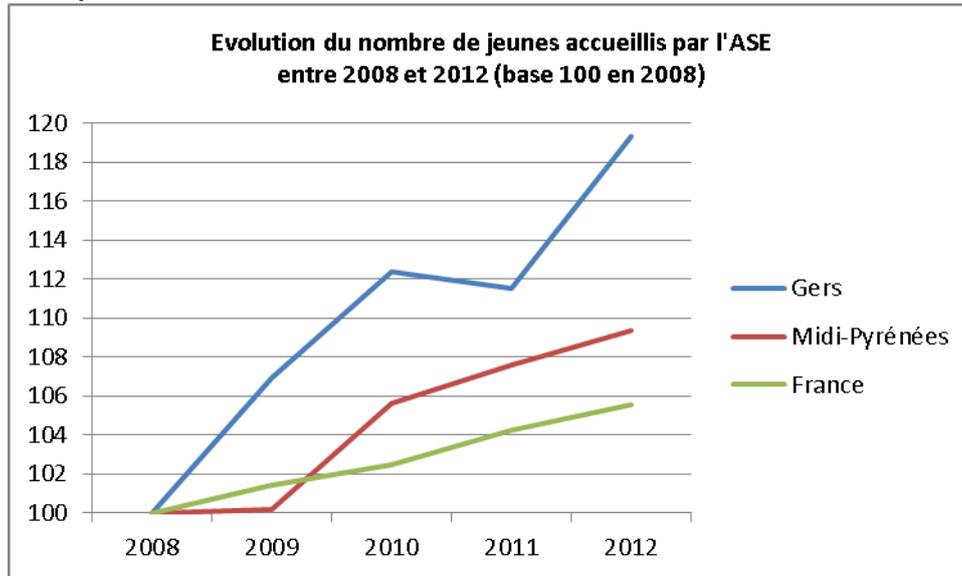
Parmi ces mesures de placements, la part des mesures judiciaires est moins importante dans le Gers (66 %) qu'au niveau régional ou national (75 %).

En ce qui concerne les mesures d'action éducative, cette moindre judiciarisation s'observe aussi dans le Gers, 55 % vs 69 % en moyenne nationale. Le Gers ne diffère pas sur ce point de la moyenne Midi-Pyrénées.

¹² Et même 37% pour les seules 12 ans et plus

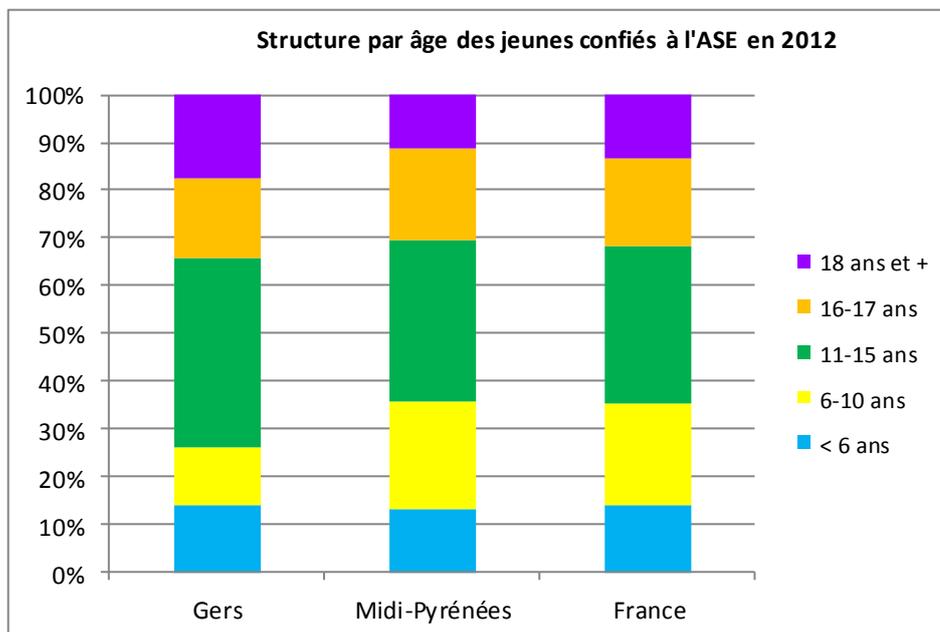
¹³ A noter que l'ITEP de l'Isle-Jourdain, étant situé à quelques kilomètres de la Haute-Garonne, reçoit beaucoup de jeunes de l'agglomération toulousaine

Les mesures de placement



Source : DREES – exploitation : CREAI d'Aquitaine

Au 31/12/2012, 414 jeunes gersois étaient accueillis par l'ASE. Cet effectif a connu **une très forte augmentation** dans les dernières années, + 19 % entre 2008-2012. Les dernières données pour le Gers confirment cette augmentation en 2013 et en 2014. Cette progression a été beaucoup plus modérée en moyenne régionale et nationale.



Source : DREES – exploitation : CREAI d'Aquitaine

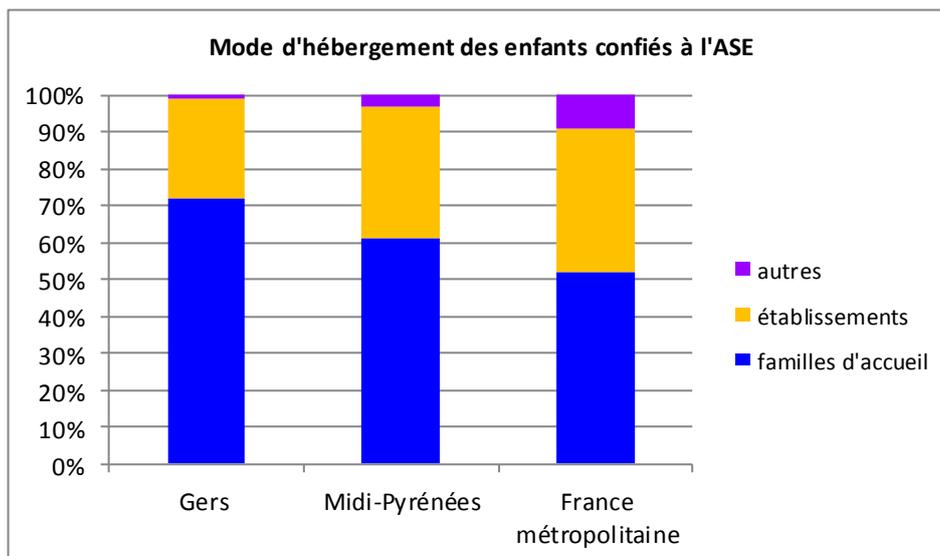
La comparaison de la structure par âge des jeunes confiés à l'ASE en fonction de l'échelon géographique met notamment en évidence, pour le Gers, une **surreprésentation des jeunes adultes**, 18 % des situations vs 11 à 13 % pour l'ensemble du Midi-Pyrénées et la France métropolitaine.

Taux de jeunes confiés à l'ASE (pour 1000 habitants de la tranche d'âge)

	Gers	Midi-Pyrénées	France métropolitaine
< 11 ans	6,5	5,5	5,6
11-17 ans	12,2	12,5	12,9
18-20 ans	11,4	5,8	7,8
Ensemble < 21 ans	9,1	7,9	8,3

Sources : DRESS - Insee RP 2011- Exploitation : CREAI d'Aquitaine

Rapportées à la population générale, ces données montrent que le taux de jeunes confiés à l'ASE est un peu plus élevé dans le Gers et que la différence avec les moyennes Midi-Pyrénées et France se situe bien au niveau des jeunes majeurs. Ils sont proportionnellement 2 fois plus nombreux dans le Gers que dans l'ensemble de la région à bénéficier de telles mesures.

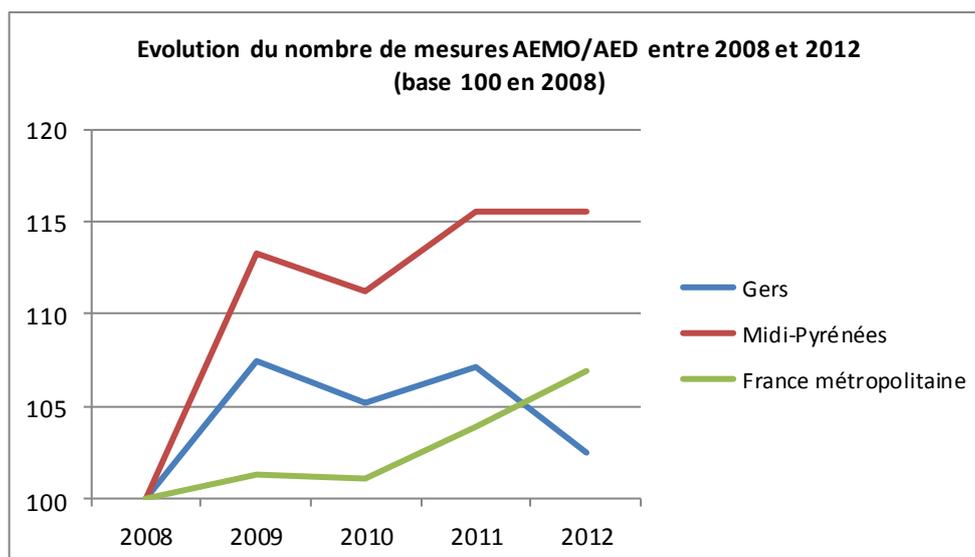


Source : DREES – exploitation : CREAI d'Aquitaine

Le placement en famille d'accueil est largement privilégié dans le Gers.

Les mesures d'AED et d'AEMO

Au 31/12/2012, 372 jeunes dans le Gers bénéficiaient d'une mesure éducative type AED ou AEMO.



Source : DREES – exploitation : CREAI d'Aquitaine

Contrairement à l'ensemble de la région Midi-Pyrénées, ce type de mesure a peu progressé dans le Gers depuis 2008. Néanmoins, les dernières statistiques de l'ASE du Gers montrent une augmentation, en particulier pour les AEMO.

Taux de jeunes bénéficiant d'une mesure de protection AED/AEMO
(pour 1 000 habitants de la tranche d'âge)

	Gers	Midi-Pyrénées	France métropolitaine
< 18 ans	9,9	12,7	10,8
18-20 ans	3,0	2,1	1,4

Source : DREES – exploitation : CREAI d'Aquitaine

Les mineurs du Gers sont moins souvent concernés par une mesure AED/AEMO qu'en moyenne régionale et nationale, à l'inverse des jeunes majeurs.



Dans le Gers :

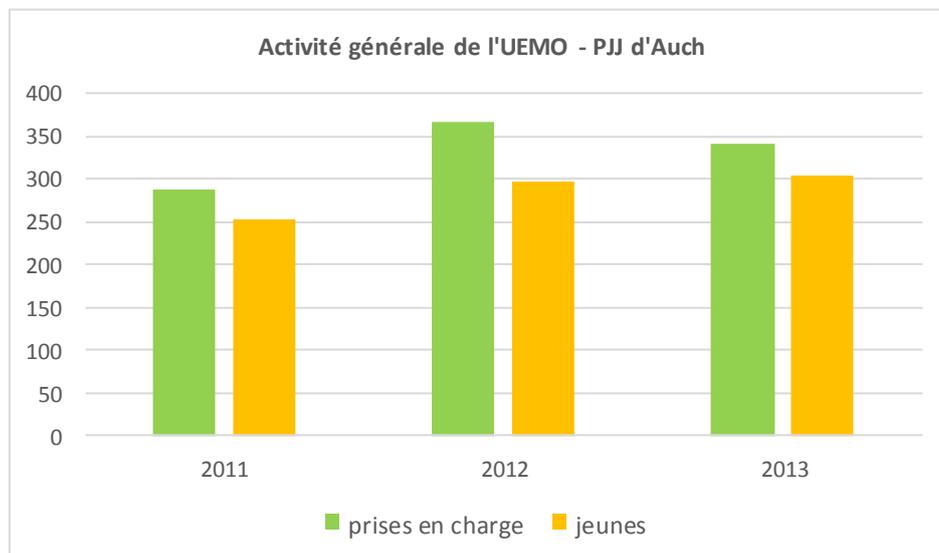
Les placements de l'ASE ont fortement augmenté depuis 2008, les familles d'accueil étant la réponse privilégiée.

La judiciarisation des mesures est moins marquée qu'en moyenne nationale

Une problématique 'jeunes majeurs' semble se dégager.

3.4 Jeunes relevant de la PJJ

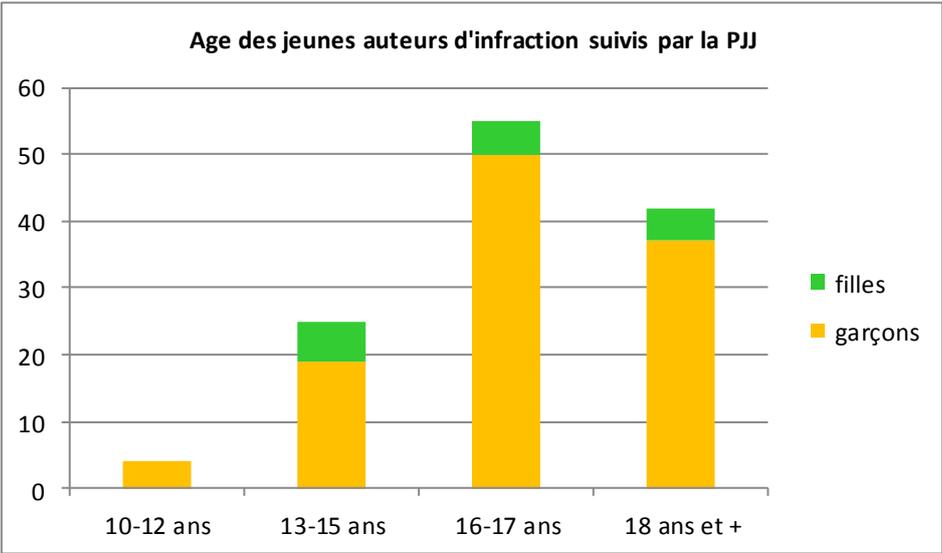
En 2013, 305 jeunes ont été suivis sur l'année par la PJJ du Gers, dont 42 % étaient auteurs d'infraction. En 2014, les données partielles au 19/09/2014 font état de 285 jeunes suivis dont 45 % au pénal, avec une tendance à l'augmentation observée depuis plusieurs années.



Source : PJJ Auch¹⁴

Les mesures pénales concernent des jeunes plutôt âgés (18 ans en moyenne, même s'ils étaient mineurs au moment des faits), au profil plus complexe que les autres jeunes suivis.

¹⁴ Il est à noter que certains jeunes font l'objet de plusieurs prises en charge



Source : PJJ Auch

4. Orientations des politiques publiques

4.1 Le diagnostic préalable du Projet Régional de Santé¹⁵

Les comportements à risque chez les adolescents et les jeunes adultes :

➔ **Les constats régionaux**

Des comportements favorables ou défavorables à la santé relativement homogènes (entre agglomération toulousaine et territoires les plus ruraux).

Des conduites à risques, des difficultés notamment scolaires et une mauvaise santé des jeunes sont souvent associées à un contexte social et familial difficile¹⁶. La consommation de tabac et de cannabis diminue mais 30 % de jeunes de 17 ans fument quotidiennement. De nouvelles formes d'usage de produits psychoactifs, notamment d'alcool sont préoccupantes.

Plus de 1 200 tentatives de suicide par an concernant des jeunes de 15 à 24 ans (soit 4 ‰), ce qui révèle leur fragilité et leur souffrance psychique.

➔ **Les points faibles de l'offre de soins et d'accompagnement**

- Difficultés de suivi des adolescents en lien avec les partenaires sociaux et médico-sociaux, difficultés dans la gestion des situations de crise.
- Nécessité de développer des dispositifs orientés vers les adolescents (tentatives de suicides, adolescents en très grande difficulté nécessitant des structures plus «contenantes»).
- Dans le médico-social, un recours à l'institutionnalisation très prégnant, au détriment d'un accompagnement en milieu ordinaire, malgré un développement croissant des services pour les enfants et les adolescents.
- Intégration socioprofessionnelle : 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.

4.2 Les orientations prévues dans les différents schémas

Sur le plan régional, à partir du diagnostic partagé sur la santé établi en novembre 2011, l'ARS a élaboré son Projet Régional de Santé.

4.2.1 Pilotage départemental¹⁷

1) Mettre en place un Observatoire Départemental de la Protection de l'enfance

Cet observatoire permettra notamment de répondre à l'orientation du PSRS¹⁸ visant à repérer les populations nécessitant une attention particulière (dont jeunes vivant en quartiers sensibles ou pris en charge en établissement médico-social ou en attente d'une place).

2) Adapter l'offre aux besoins

- Renforcer la diversification des modes de prise en charge dans le département à partir de l'offre existant, de l'évolution des besoins repérée par l'ODPE.
- Structurer le dispositif d'accueil familial, en favorisant le renouvellement des familles accueillantes, en développant de nouvelles modalités d'accueil séquentiel, et en renforçant l'accompagnement des assistants familiaux.

¹⁵ Projet Régional de Santé. Eléments d'un diagnostic partagé sur la santé. Novembre 2011

¹⁶ La réalisation de plusieurs enquêtes (HBSC, Espad, Escapad) sur la population des jeunes en Midi-Pyrénées afin de mieux comprendre les spécificités régionales devrait permettre de suivre l'évolution de ces comportements et d'apprécier les groupes les plus à risque.

¹⁷ Schéma départemental de l'enfance et de la famille 2010-2014

¹⁸ Plan Stratégique Régional de Santé (PRS) 2012-2017

4.2.2 Prévention

1) Développer des actions de prévention des addictions

Le Schéma Régional de Prévention indique que ces actions devront être développées dans chaque territoire et bassin de santé, notamment en lien avec les Contrats locaux de santé (en cours sur le Val d'Adour, le bassin de santé de CONDOM, le contrat de ville d'AUCH).

Un programme régional contractualisé avec l'ARS prévoit l'intervention de l'ANPAA dans les collèges et lycées, en priorité professionnels.

2) Clarifier et accompagner le dispositif régional d'écoute et d'accueil des jeunes¹⁹

Les jeunes peuvent être orientés et accueillis vers diverses espaces structurants dans le parcours de santé des jeunes ayant des missions et des financements différents :

- maisons des adolescents (une dans le département²⁰)
- les PAEJ, points d'accueil et écoute jeunes (un dans le département²¹)
- un réseau de santé RAP31 (Réseau adolescents et partenariats 31)
- 2 réseaux ados (Tarn et Tarn-et-Garonne)
- Des associations proposant des prestations en matière d'accompagnement

Le SRP mentionne qu'une enquête sera conduite pour « préciser pour chaque dispositif les zones géographiques desservies, le public accueilli, les financements existants et les soutiens institutionnels de ces structures ». Il prévoit également qu'un « dispositif de base » soit constitué à partir des maisons des adolescents et des PAEJ, qui doivent travailler en complémentarité. Le PSRS prévoit que les actions de ces dispositifs soient évaluées. Des propositions pour couvrir l'ensemble du territoire (antennes, permanences...) seront élaborées en lien avec le Coter (Comité technique régional), Santé des jeunes et la Commission de coordination des politiques publiques de prévention.

3) Renforcer les actions de prévention de la souffrance psychique chez les enfants et les adolescents afin de prévenir la dépression des adolescents en milieu scolaire (SRP).

Un outil mis au point par le COTER Santé des jeunes va permettre de repérer les adolescents en dépression ou en risque de l'être et de leur proposer un programme spécifique visant le développement d'habiletés. L'action sera mise en place en premier lieu en Haute-Garonne.

Les acteurs et partenaires associés à ce programme sont l'Education nationale, La Maison des adolescents, le RAP31, la pédopsychiatrie, le CHU de Toulouse et l'ARS.

4.2.3 Prise en charge des enfants et adolescents

- 1) **Développer la prise en charge concertée inter institutionnelle 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 médico-sociaux (PSRS). L'ARS proposera aux Conseils généraux et aux autres partenaires concernés, de réaliser une évaluation des expériences de coordination en cours (telles que le RAP 31, afin de clarifier le rôle régional de ce type de réseau (PSRS)). Les institutions définiront ensuite conjointement le mode d'organisation le plus efficient pour coordonner leurs actions et définir des parcours personnalisés pour traiter au mieux ces situations²². Une convention de partenariat sera mise en place pour préciser les missions et interventions de chaque partenaire (PSRS, SROMS PH). Cette orientation rejoint celle du Conseil

¹⁹ Orientation issue du PSRS 2012-2017, précisée dans le Schéma Régional de Prévention et promotion de la santé (SRP) 2012-2017

²⁰ Créée en mars 2011 dans le Gers et gérée par les PEP 32

²¹ PAEJ de Mirande créé en 2007 géré par l'Association départementale pour la sauvegarde de l'enfant à l'adulte du Gers

²² Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale -Volet personnes handicapées 2012-2017

Général, puisque le Schéma départemental de l'enfance et de la famille 2010-2014 puis 2012-2014 prévoit « *d'améliorer, fluidifier et coordonner les articulations entre la protection de l'enfance, les institutions du secteur médicosocial et de la santé, pour améliorer les réponses aux besoins des enfants en grande difficulté* ».

Ce dernier point est illustré par la démarche entreprise par le CG du Gers depuis Avril 2014, et qui fait l'objet cet automne 2014 d'un projet de convention d'engagements inter-institutionnels organisant le réseau d'interventions coordonnées auprès des enfants et adolescents en grandes difficultés.

- 2) **Développer les alternatives à l'hébergement permanent** en augmentant la part des services pour la prise en charge des enfants et des adolescents (SROMS PH) : le développement des SESSAD dans chaque bassin de santé doit être réalisé dans un objectif de maillage du territoire et dans un souci de réponse de proximité.

Pour le Gers : compte tenu de l'équipement médico-social en établissements important (13,3 pour une moyenne régionale de 8,8), les transformations de places et les redéploiements de moyens des établissements vers les services seront utilisés pour installer des places de SESSAD sur le bassin de Nogaro qui n'en dispose pas à ce jour.

- 3) **Améliorer et fluidifier la prise en charge des enfants et adolescents souffrant de troubles mentaux**, afin répondre à des situations très diversifiées, tant en terme d'âges que de symptômes, dont celui **des adolescents en crise** (PSRS). Les objectifs suivants sont précisés dans le SROS, volet psychiatrie²³ :

- Assurer les prises en charge le plus précocement possible²⁴ : avec la sensibilisation des professionnels de santé de 1ers recours, et le CMP, positionné en pivot de la psychiatrie publique de proximité (en lien avec les CMPP et les praticiens libéraux) ;
- Améliorer la fluidité des prises en charge : réduire à un mois le délai de consultation, renforcer l'articulation de la pédopsychiatrie avec l'ASE, la PJJ, le secteur médico-social, l'Education nationale et les réseaux existants, favoriser le maintien ou le retour au milieu ordinaire ;
- Améliorer l'accès aux soins spécialisés en psychiatrie infanto-juvénile : « Les territoires de santé du Gers, (de l'Aveyron, du Tarn-et-Garonne et de la Haute-Garonne) devront être confortés en hospitalisation partielle par redéploiement de moyens » ; « en matière d'offre d'hospitalisation globale (...), les territoires sous-équipés (Aveyron, Gers) (...) seront renforcés à partir de redéploiements interterritoriaux ». Par ailleurs, le développement de prises en charge spécifiques pour les adolescents, notamment des adolescents en crise est préconisée au travers d'une organisation adaptée des dispositifs avec un renforcement du recours à l'ambulatoire (CMP, CATTP, hospitalisation de jour) ou hospitalisation complète) en termes notamment de projets thérapeutiques. Le SROS, volet psychiatrie, souligne également l'importance d'une bonne coordination avec les dispositifs plus transversaux que sont la maison des adolescents, le point accueil écoute jeune, le réseau de santé mentale...

²³ Schéma Régional d'Organisation des Soins, volet psychiatrie des enfants et des adolescents 2012-2017 - Volet psychiatrie des enfants et des adolescents

²⁴ « *Le repérage précoce des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent est primordial. Les réponses doivent s'appuyer sur un partenariat entre de nombreux acteurs, dont certains se situent hors du champ de la santé* ».

4.2.4 Insertion et passage à l'âge adulte

- 1) Le PSRS prévoit de **favoriser la scolarisation des enfants et adolescents et l'insertion socioprofessionnelle**. De plus, pour les adolescents, les formations professionnelles dispensées en ITEP et en IME, qui ont un impact fort sur la protection de l'enfance, devront être organisées en privilégiant une articulation de leurs actions avec celles des centres de préorientation et/ou de rééducation professionnelle.
- 2) Les jeunes en Mission locale²⁵ doivent se voir proposer un **parcours de promotion de la santé** incluant des actions participatives d'éducation pour la santé (SRP).
- 3) Le schéma départemental de l'Enfance et de la famille prévoit une diversification des modes de prises en charge à partir des besoins repérés par l'ODPE avec une attention particulière dans l'accompagnement à l'autonomie des jeunes adultes.
- 4) Enfin, les orientations du Schéma d'organisation sociale et médicosociale en faveur des personnes en situation de handicap du département du Gers (2011-2015) portent uniquement sur les personnes handicapées adultes :
 - Renforcer l'offre d'accompagnement pour les jeunes adultes, avec l'homogénéisation de l'accueil entre les structures des profils dits « difficiles » au moyen d'un travail en amont avec les parents, pour élargir les choix disponibles et soulager les familles ;
 - Améliorer la coordination des acteurs au niveau départemental et territorial en organisant des réunions régulières entre l'ARS, conseil général et MDPH notamment sur les relations entre le secteur de l'enfance et celui des adultes et sur les sujets des situations complexes.

La circulaire du 22/11/2013 préconise la mise en place, au sein des départements d'une **Commission des situations critiques**, animée par la MDPH, avec l'ARS, le CG, la CPAM, la psychiatrie et l'Education Nationale autour des situations individuelles critiques **enfants et adultes**. En 2014, la commission de gestion des situations critiques de la MDPH du Gers s'est réunie à quatre reprises. Deux enfants ont été concernés (13 et 14 ans).

²⁵ Les missions locales sont implantées dans tous les chefs-lieux de département du Midi-Pyrénées

5. Points de vigilance

Le présent diagnostic a permis de mettre en évidence certaines particularités concernant la population des 12-25 ans dans le Gers.

1) Des jeunes majeurs pouvant cumuler des difficultés :

- Moins de jeunes 18-25 ans vivant dans ce département que dans la population régionale et nationale
- Un tiers des 20-24 ans de sexe masculin ni scolarisés ni en emploi (surreprésentation)
- Une surreprésentation des 18-20 ans bénéficiant d'une mesure ASE
- Surreprésentation des affections psychiatriques de longue durée chez les 10-24 ans

2) Un secteur sanitaire psychiatrique sous doté et un secteur médicosocial sur-doté :

- Taux d'équipement en lits et places en psychiatrie inférieur de moitié à la moyenne départementale
- Taux d'équipement en ITEP et IME près du double de la moyenne régionale

3) Une présence importante de jeunes de 12 ans et plus provenant d'autres départements dans les établissements médicosociaux du Gers

- 29 % dans les IME
- 37 % dans les ITEP
- avec une surreprésentation des comportements de mise en danger et des comportements agressifs chez ces jeunes non gersois

PHASE 2

CONCERTATIONS

Etapes :

- 1) réunion de lancement de la démarche le 24 septembre 2014²⁶ en présence des acteurs concernés par les adolescents difficiles : Les données collectées dans la première phase ont été présentées à l'ensemble des acteurs départementaux concernés par la problématique des adolescents en difficultés multiples. Cette présentation avec les éclairages et analyses apportés par les acteurs présents a permis d'identifier 3 problématiques apparaissant avec une acuité particulière dans le Gers afin de constituer des groupes de travail pour approfondir le diagnostic et apporter des propositions afin d'améliorer les réponses mises en œuvre dans le département.
- 2) Les premières concertations²⁷ ont eu lieu les 27 et 28 novembre 2014. Elles ont permis d'élaborer un diagnostic partagé avec les acteurs concernés et de faire émerger des pistes de travail
- 3) A l'issue des premières concertations, un choix a été opéré par le copil afin de sélectionner les pistes de travail qui seraient travaillées lors des secondes concertations.
- 4) Les deuxièmes concertations²⁸ ont eu lieu les 15 et 16 décembre 2014 afin d'élaborer des fiches actions
- 5) La réunion de restitution de la démarche le 23 janvier 2015 a permis de présenter et valider les sept fiches actions.

Institutions ayant participé aux concertations²⁹ :

Les acteurs suivants ont participé aux groupes de travail sur invitation de l'ARS :

- les dispositifs sanitaires : clinique des adolescents et psychiatrie infanto-juvénile du CH du Gers ;
- les dispositifs sociaux de la protection de l'enfance (MECS) et de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ)
- les dispositifs médicosociaux : CMPP, CAMPS, SESSAD, IMpro et ITEP ;
- les représentants des organismes et services publics : Education nationale, MDPH, Direction de la protection de l'enfance du Conseil général et la PJJ ;
- La mission locale

Thématiques abordées :

- Groupe 1 : Jeunes MAJEURS
- Groupe 2 : Analyse des ruptures de parcours et repérage des manques
- Groupe 3 : Comment mieux coordonner les ressources existantes sur le territoire?

²⁶ Compte-rendu en annexe

²⁷ Calendrier des réunions des groupes de travail et synthèse des échanges en annexe

²⁸ Synthèse des échanges en annexe

²⁹ Liste des participants aux concertations en annexe

Groupe 1 : Jeunes MAJEURS

1^{ère} concertation : constats et pistes de travail

1. Un manque de solutions adaptées pour l'insertion professionnelle des jeunes majeurs

Piste 1 → Améliorer l'accès à l'emploi des jeunes

2. Accompagner les jeunes vers un comportement plus adapté à ce qu'en attendent les employeurs

Piste 2 → développer les compétences psycho-sociales des jeunes dans le cadre de la prise en charge (référentiel)

3. Les jeunes majeurs sont morcelés (aussi) par des limites d'âges différentes selon les institutions qui les prennent en charge :

Piste 3 → trouver une réponse pour pallier les ruptures du parcours de soin psy des 16-18 ans ;

Piste 4 → Renforcer l'accompagnement médicosocial en milieu ordinaire (type SAMSAH, SAVS) pour les jeunes 16-18 ans

Piste 5 → faire évoluer les agréments des dispositifs / créer des services spécifiques pour les 16-21 ; interroger les relais après 21 ans afin d'être en capacité d'accompagner les jeunes jusqu'à leur insertion en entreprise / en logement

4. Penser la sortie du dispositif institutionnel

Piste 6 → Assurer un meilleur suivi et une évaluation des Contrats jeunes majeurs selon divers critères (logement, emploi, santé...)

Piste 7 : faciliter le suivi du devenir des jeunes après la sortie en sollicitant leurs pairs (réunions « d'anciens ») ou en les mobilisant à partir d'outils modernes (Facebook, site de l'institution)

Piste 8 : Prendre en compte l'accompagnement au long cours des familles d'accueil

5. Prévenir et lutter contre l'isolement du jeune majeur

Piste 9 → trouver des relais, des lieux ressources en dehors d'Auch (UTAS, CCAS, centres sociaux, CMP, CMPP, mairies, collèges, lycées...) pour que les jeunes aient accès aux informations « de droit commun » et « spécialisées »

Piste 10 → développer / faire connaître les différentes modalités de prise en charge du permis de conduire: mission locale, contrat jeunes majeurs, auto-école à Nogaro, agence d'interim à Gimont avec le Fastt (Fonds d'action sociale du travail temporaire)...

6. Garantir l'accès au logement pour les jeunes majeurs

Piste 11 → Faciliter l'accès au logement ordinaire pour les jeunes majeurs

2^{ème} concertation : propositions et fiches actions

Piste 1 : Faciliter l'accès à l'emploi des jeunes en difficulté

Fiche action 1

Problématique : Grande difficulté pour l'accès à l'emploi des jeunes (dont ceux sortant d'institutions sociales ou médicosociales)

Objectif de l'action : **Développer et mutualiser les compétences emploi dans les ESMS**

Descriptif de l'action : partager des outils, des adresses / des réseaux

Pilote(s) : Groupe des directeurs / mission locale

Partenaires concernés : CG (chargés d'insertion de la direction de l'insertion des solidarités actives), DIRECCTE, mission locale, CFA, représentant des chambres consulaires, représentants des ESMS (conseillers insertion, éducateurs d'insertion) des Impro, ITEP, MECS

Moyens/Ressources : réunions d'information, outils de communication adaptés, groupes de travail, sensibilisation des acteurs impliqués, dispositif garantie jeunes

Calendrier : 2015

Suivi/Evaluation : fiches de postes, outils partagés, annuaires

Piste 2 : développer les compétences psycho sociales des jeunes dans le cadre de la prise en charge

Fiche action 2

Problématique : Les jeunes accompagnés peuvent rencontrer des difficultés aggravées en matière d'insertion sociale

Objectif de l'action : développer les compétences psychosociales des jeunes

Descriptif de l'action : élaborer un référentiel des compétences psychosociales

Pilote : groupement des directeurs

Partenaires concernés : Impro, ITEP, MECS, Maison des ados, éducation nationale

Moyens/Ressources : groupes de travail, identification de ressources territoriales (vie affective, nutrition, addictions, logement...)

Calendrier : 2015

Suivi/Evaluation : Rédaction, validation et diffusion du référentiel
Prise en compte de la dimension « compétences sociales » dans l'élaboration des projets personnalisés, CR de stages

Piste 7 : Faciliter le suivi du jeune après la sortie du dispositif

Fiche action 3

Problématique : les jeunes majeurs en rejet de l'institution / sans projets

Objectif de l'action : **Faciliter le suivi du jeune après la sortie du dispositif**

Descriptif de l'action : un « chef d'orchestre » évalue la problématique sociale et professionnelle du jeune avant la sortie et propose des relais que le jeune se saisira quand il est disponible.

Pilote : groupement des directeurs

Partenaires concernés: MDPH, CG (assistantes sociales de secteur), Mission locale, services insertion, SAVS, SAMSAH

Moyens/Ressources : groupes de travail, outils internet et réseaux sociaux

Calendrier : 2015

Suivi/Evaluation : Nombre de situations connues après l'accompagnement par les institutions de départ, nombre de rencontres entre partenaires impliqués, nombre de suivi à 3 ans après la sortie...

1^{ère} concertation : constats et pistes de travail

1. Comment mieux travailler ensemble ?

Piste 1 : mettre en place des outils et des procédures pour améliorer l'efficacité de la prise en charge partagée :

- les psychiatres en ESSMS et du sanitaire pourraient travailler davantage ensemble en amont des difficultés majeures.
- le ou les établissement(s) à qui va être proposé l'accompagnement du jeune difficile pourrai(en)t participer à l'orientation avec la MDPH et poser des hypothèses de travail (dans le respect des prérogatives de la MDPH)
- identifier un chef d'orchestre pour une prise en charge partagée dès que la situation « déborde » d'un seul champ
- les acteurs du parcours de l'ado pourraient procéder à une analyse des cas, en réfléchissant à ce qui a pu fonctionner dans son accompagnement, les difficultés rencontrées et les raisons des dysfonctionnements (*prévu dans le Réseau*)

2. Eviter les ruptures institutionnelles

Piste 2 → Améliorer la continuité du parcours de soins en pédopsychiatrie notamment pour les situations des jeunes avec troubles du comportement

3. Adapter l'offre

Piste 3 → Réviser les agréments pour recentrer l'offre sociale et médicosociale sur les besoins locaux

4. Familles d'accueil spécialisées

Piste 4 → Réinterroger le rôle et la place des familles d'accueil dans les dispositifs

2^{ème} concertation : propositions et fiches actions

Piste 1 : Mettre en place des outils et des procédures pour améliorer l'efficacité de la prise en charge partagée

Fiche action 4

Problématiques : ruptures de parcours dans les cas complexes, sentiment de piégeage des établissements vers qui est adressé le jeune, difficultés des établissements pour gérer l'après-crise

Objectif de l'action : Mettre en place des outils et des procédures pour améliorer l'efficacité de la prise en charge partagée

Descriptif de l'action : installation effective des outils et instances du réseau ; chef d'orchestre : coordonnateur technique du Réseau

Pilotes : ARS/CG

Partenaires concernés: Membres du réseau

Moyens/Ressources : groupes de travail ; documents support : fiche de saisine, document d'admission, charte

Calendrier : janvier 2015

Suivi/Evaluation :

Indicateurs de fonctionnement :

Le nombre de cas ouverts

Nombre de réunions

Participation effective des membres du réseau

Evolution des pratiques :

Capacité d'acceptabilité des situations qui débordent du cadre (changement culturel, des pratiques / évolution des projets d'établissement)

Résultats :

Nombre de situations ayant trouvé une solution à l'issue de la cellule

Situation ayant bénéficié d'un accompagnement à la sortie d'hospitalisation (suite de soins)

Anticipation des situations complexes grâce au réseau

Piste 2 : Réinterroger le rôle et la place des familles d'accueil dont thérapeutique dans les dispositifs

Fiche action 5

Problématique : l'accueil familial classique n'est pas adapté aux besoins de certains jeunes

Objectif de l'action : **Réinterroger le rôle et la place des familles d'accueil dont spécialisé et thérapeutique dans les dispositifs**

Descriptif de l'action : meilleure connaissance des situations prises en charge et de l'offre, réflexion sur les articulations entre familles d'accueil et autres dispositifs (dont CH, psychiatres des établissements et libéraux)

Pilotes : ARS/CG

Partenaires concernés : CH, ASE, directeurs des ESMS avec service d'accueil spécialisé, familles d'accueil (représentants : ADAAF)

Moyens/Ressources : étude, groupe de travail

Calendrier : 2016

Suivi/Evaluation : Etat des lieux de l'offre en familles d'accueil et des situations, modalités de suivi et de soutien des FA par le CH

Groupe 3 : Comment mieux coordonner les ressources existantes sur le territoire?

1^{ère} concertation : constats et pistes de travail

1. Un département sous doté en psychiatrie infanto-juvénile

Piste 1 → accompagner les projets du CH du Gers en psychiatrie infanto-juvénile (équipe mobile, hôpital de jour adolescents, accueil familial thérapeutique)

2. Améliorer la gestion des périodes de crises

Piste 2 → réfléchir à la formule des séjours de rupture, qui permettent aux jeunes / aux équipes de « souffler »

3. Développer les outils de prise en charge coordonnée

Piste 3 → il faut organiser des temps et espaces de rencontre (ex : réunions, stages croisés), et notamment entre les structures sanitaires et les établissements et services sociaux et médicosociaux afin d'abraser les blocages institutionnels

2^{ème} concertation : propositions et fiches actions

Piste 1 : Accompagner les projets du Centre Hospitalier du Gers en psychiatrie infanto-juvénile (équipe mobile, hôpital de jour pour adolescents, accueil familial thérapeutique)

Fiche action 6

Problématiques : situations explosives ou adolescents reclus à domicile / en établissement ; éviter que la situation se dégrade et la rupture de soins psychiatriques

Objectif(s) de l'action : s'articuler avec les projets du Centre Hospitalier du Gers en psychiatrie infanto-juvénile

Descriptif(s) de l'action : création d'une équipe mobile pour porter le soin auprès des jeunes (à domicile, et en établissement)

Pilote(s) : CH du Gers

Partenaire(s) concerné(s) : établissements et services, réseau coordonné d'interventions enfants/jeunes en difficultés, éducation nationale, familles d'accueil

Moyens/Ressources : Les moyens alloués au CH dans le cadre de la réorganisation actuelle en lien avec l'actualisation de son projet d'établissement.

Calendrier : 2015/2016

Suivi/Evaluation : nombre de dossiers ouverts en file active CMP / moyens effectifs de l'équipe mobile / hospitalisations de crises évitées

Piste 2 : Réfléchir à la formule des séjours de rupture, qui permettent aux jeunes / aux équipes de « souffler »

Fiche action 7

Problématiques : les établissements et services sont confrontés aux crises à répétition des jeunes en difficulté.

Objectif de l'action : Réfléchir à la formule des séjours de rupture, qui permettent aux jeunes / aux équipes de « souffler », mais aussi un temps utile pour le jeune

Descriptifs de l'action : étudier la faisabilité de la création d'un lieu de rupture expérimental avec soutien médical par appel à projet

Pilote : ARS/CG

Partenaires concernés: ARS, CG, CH, PJJ, éducation nationale

Moyens/Ressources : étude de faisabilité technique et financière pour la création d'un lieu de rupture sous forme d'un AAP expérimental

Calendrier : 2016

Suivi/Evaluation : formalisation et lancement de l'AAP, nombre de jeunes bénéficiaires du séjour, durée moyenne de séjour

ANNEXES

Calendrier des groupes de travail thématiques

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3
THEMATIQUE	Jeunes majeurs	Analyse des ruptures de parcours et repérage des manques	Ressources existantes : comment mieux coordonner ?
1 ^{ère} concertation	Lundi 27/11/14 13h30	Mardi 28/11/14 9h30	Mardi 28/11/14 13h30
2 ^{ème} concertation	Lundi 15/12/14 13h30	Mardi 16/12/14 9h30	Mardi 16/12/14 13h30

Compte-rendu de la réunion de lancement de la démarche du 24 septembre

Présents :

ARRUARTENA Claude, infirmier Thérapeute Familial à la maison des adolescents du Gers
AURIAC Cathy, chef de service éducatif de la MECS Louise de MARILLAC
BARBERO Simon, cadre référent personnes handicapées de l'ARS Midi Pyrénées
BAURES Maryse, chef de service ASE adjointe DEF
BERGADA Cécile, directrice adjointe CH du Gers
BLAY Jean Michel, délégué territorial DT ARS 32
BLED Benjamin, directeur complexe de PAGES
CARAYON Marie, pilote MAIA à la MDPH
CARLI JARDEL Paolo, Inspection académique du Gers pour M. L GAINARD
COURBAIGTS Catherine, inspectrice EN 2ème degré "Information-Orientation" Inspection Académique
DANFLOUS Daniel, ADPEP 32
DANFLOUS Isabelle, directrice adjointe de l'ESSOR Monferran Saves
DESPAX Martine, directrice CMPP Auch, CMPP Condom et CAMPSP du Gers
DOUAT Régine, responsable éducatif de la MECS LOUISE de MARILLAC
DUPUIS Marie-Elisabeth, chef de service éducatif de la MECS Louise de Marillac Chef de service Educatif
ELIAS Emilie, psychologue coordinatrice de la Maison des Adolescents du Gers
GASC Patrice, MDPH du Gers
GAVAZZI Viviane, IASS DT ARS 32 Unité Personnes Handicapées
GENTILE Bruno, chef de service de la MECS et ITEP Sarthe
GRANGE Fabienne, chef de service de l'IME La Convention
INISAN Jean Marc, directeur adjoint de la MECS centre Cantoloup Lavallée Saint Clar
JONET Eric, directeur de l'Essor Monferran Saves
LABURRE Joël, directeur de l'IME Mathalin
LACOMBE Eric, directeur de l'IME Convention
LAMOUR Michel, médecin DT ARS 32
MERCIER Pascal, directeur de l'ITEP P. Monello / ADSEA du Gers
MILLAN Martine, adjointe au chef service de l'ASE CG32
PARISE Isabelle, directrice adjointe de l'ITEP P. Monello / ADSEA du Gers
POINSIGNON Laurence, directrice enfance famille CG32
RIGAL PELISSIEN Nadine, conseillère Technique Direction Académique du Gers - Service Social élèves
RIOT Allison, attachée CH du Gers
ROUAN Louis-guy, responsable d'unité à la Protection Judiciaire de la Jeunesse du Gers
SAINT-CRICQ Jean François, directeur de l'IMPRO Paulilhac
SASSET Marc, médecin Conseiller Technique Inspection Académique
SCUDELLARO Alain, directeur adjoint de l'IME Mathalin
SERRANO Olivia, pilote MAIA à la MDPH
VAILLANT Catherine, médecin de la clinique des adolescents
VIALLEIX Laurent, directeur de la MECS Louise de Marillac
VIDAL Karine, médecin chef du service de PMI
ZAJAC Dominique, conseillère de la mission Locale Gers

1. Présentation des enjeux et de la méthodologie de la démarche

2. Présentation du pré-diagnostic par B Marabet et A Soubie du CREAI d'Aquitaine

La démarche CREAI est envisagée comme complémentaire de la démarche engagée par le CG 32. Le CG souligne que le mode d'accueil familial est privilégié pour les jeunes de l'ASE dans le Gers afin de proposer un accueil à proximité de la famille d'origine.

En matière d'assistance éducative pour les jeunes majeurs, c'est l'AED qui est proposée, pas l'AEMO. Des directeurs d'établissements (IME et ITEP) indiquent que l'offre en IME peut ne plus correspondre au public effectivement accueilli. Ceci questionne les agréments et leur adaptation à la réalité du terrain.

Le CG regrette que la capacité de soutien technique pour les familles d'accueil thérapeutiques ne soit plus possible.

Il est relevé l'absence de focus dans le diagnostic sur les jeunes avec autisme³⁰.

Depuis l'étude ITEP de 2011-2012, il semble que moins de jeunes d'ITEP soient en carence de suivi psychiatrique.

Dans une des trois MECS du département, 50 % des jeunes viennent de l'extérieur du département. Ceci ne constitue pas une problématique majeure dans le Gers. Le secteur médico-social s'est quant à lui recentré sur les besoins départementaux.

La démarche partenariale et contractuelle du CG vise à une réponse coordonnée pour les situations complexes estimées à 10 en file active prévisionnelle pour 2015. Une grille permettra de repérer les éléments d'une situation complexe.

Depuis le 1er juillet 2014, un observatoire des données ASE a été institué.

3. proposition de thématiques pour les groupes de travail :

- Les jeunes majeurs en difficulté
- analyse des ruptures de parcours – repérer les manques
- ressources existantes - Comment mieux se coordonner ?

Chaque groupe de travail se réunira à deux reprises d'ici la fin de l'année 2014, avec une intersession de 3 semaines. La première réunion aura pour objet de faire le constat de l'existant et de dégager des premières propositions de travail. Après une validation et une sélection de ces propositions par les autorités de tarification et de contrôle, la seconde réunion aboutira à la rédaction de fiches actions précisant le pilote et le calendrier prévisionnel.

Les participants de chaque groupe sont invités à s'inscrire sur les deux temps de réunion d'une demi-journée, qui auront lieu les 27 et 28 novembre pour la première session, et les 15 et 16 décembre pour la seconde session. Sur chaque groupe s'inscrivent entre 12 et 15 participants.

La réunion se poursuit, après le départ des représentants de l'ARS DT 32 et du CREAI, avec les participants au Projet de réseau coordonné d'interventions enfants/jeunes en difficultés. Elle aboutit à la rédaction de la fiche de saisine du « Réseau », permettant le recueil de la situation et la restitution de la décision de la cellule technique et tactique.

³⁰, un complément d'information sur ce public figure au document écrit qui sera remis ultérieurement aux participants

Synthèse des 1^{ères} concertations

Groupe 1 : Jeunes MAJEURS

27 NOVEMBRE 2014 à 13 H 30

Compte-rendu n°1

Présents :

DOUAT Régine, responsable Educatif à la MECS Louise de MARILLAC
ELIAS Emilie, psychologue coordinatrice à la Maison des Ados Administrateur PEP
GAVAZZI Viviane, IASS ARS DT 32
INISAN Jean-Marc, directeur Adjoint de la MECS Centre Cantoloup Lavallee Saint Clar
LABURRE Joël, directeur de l'IME Mathalin
LE DISEZ Anne, cadre ASE au Conseil général du Gers
PARISE Isabelle, directrice adjointe de l'ITEP Monello ADSEA
ROUAN Louis Guy, Responsable d'unité à la Protection Judiciaire de la Jeunesse
SAINT-CRICQ J.F., directeur de l'IMPRO Pauilhac
ZAGO Bernard, chef de service de la MECS Centre Cantoloup Lavallee Saint Clar
ZAJAC Dominique, conseillère de la Mission locale

Constats – pistes de travail

Actualité du réseau territorial adolescents

A recruté le 1/11 un coordonnateur technique de la cellule, employé par la MDPH 32
A réalisé une fiche de saisine et une fiche de relevé de décision, qui seront mises en œuvre le 1/1/2015
Le prochain groupe de travail se réunit le 10/12 pour réaliser un livret d'accueil afin d'obtenir l'accord des familles

Un manque de solutions adaptées pour l'insertion professionnelle des jeunes majeurs.

L'IMPro travaille l'autonomie des jeunes adultes en 4 points (recherche d'emploi, recherche de logement, déplacements, relais pour le parcours de soins). Les jeunes rencontrent des difficultés pour trouver des places en aval de l'IMPro, dues à un manque de places en ESAT mais surtout en solutions d'hébergement.

Les contrats d'avenir et les autres contrats aidés sont-ils une solution ?

La mission locale alerte sur la « concurrence » avec pour chaque offre au moins 10 candidats → les jeunes majeurs en difficulté ne sont jamais choisis par les collectivités, de plus en plus exigeantes.

Piste 1 → Améliorer l'accès à l'emploi des jeunes

- **Mutualiser entre Impro et ITEP les solutions d'insertion, d'accompagnement aux soins et au logement en milieu protégé et non protégé.**
- **mettre en place un annuaire des ressources existantes***
- **développer les entreprises adaptées dans le Gers (*attente des décrets d'application de la loi sur l'économie sociale et solidaire*) ; mobiliser le secteur des entreprises (ex : club Réussir ensemble) ; travailler avec les entreprises pour les sensibiliser à ouvrir leurs portes, à être plus tolérantes**
- **développer les formations pour que les jeunes soient mieux adaptés à l'offre de travail en entreprise :**
En IMPro avec des modules polyvalents (ex : espaces verts)
En CFA : parcours « à la carte »

Accompagner les jeunes vers un comportement plus adapté à ce qu'en attendent les employeurs :

Le recueil d'observation des compétences sociales de Danancier (ROCS) permet d'objectiver les acquis du jeune avec lui.

Le réseau OCTAPH regroupe plusieurs établissements médicosociaux, questionne les pratiques pour aller vers une approche compétences-projet avec et pour le jeune. Ce référentiel est basé sur l'expérience du jeune, comment il construit son projet, comment il en parle. Un des objectifs est d'aider le jeune à dépasser les troubles du jugement, qui est une perception un peu « magique » de la société et de la réalité extérieure, une demande d'immédiateté des réponses, et un refus de l'effort (dans la durée).

Les profils des jeunes évoluent, avec de plus en plus de profils psychiatriques qui « font peur » aux ESAT

Piste 2 → développer les compétences psycho-sociales des jeunes dans le cadre de la prise en charge (référentiel)

Les jeunes majeurs sont morcelés (aussi) par des limites d'âges différentes selon les institutions qui les prennent en charge :

Ex : les 16-18 ans avec problèmes psychiatriques : trop grands pour la pédopsy, pas encore adultes. Ils sont en train de se confronter à leur projet de vie, ils ont besoin de contenance hospitalière, comme les plus jeunes. La maison des ados, qui ne fait pas d'accompagnement de soin, peut être là en soutien vers clinique ados / CMP.

Piste 3 → trouver une réponse pour pallier les ruptures du parcours de soin psy des 16-18 ans;

Piste 4 → Renforcer l'accompagnement médicosocial en milieu ordinaire (type SAMSAH, SAVS) pour les jeunes 16-18 ans

Piste 5 → faire évoluer les agréments des dispositifs / créer des services spécifiques pour les 16-21 ; interroger les relais après 21 ans afin d'être en capacité d'accompagner les jeunes jusqu'à leur insertion en entreprise / en logement

Penser la sortie du dispositif institutionnel

Comment faire pour qu'il ne passe pas trois ans devant la TV, inactif et perdant ainsi les acquis de son parcours institutionnel et scolaire ? Difficulté pour ces jeunes qui passent d'un hyper-encadrement à rien. Si on lui apporte trop de soutien, on ne lui laisse pas la possibilité de tester son projet (ou absence de projet). Bien qu'il soit également difficile, quand ils ont décroché, de se réinscrire dans un dispositif en raison d'un niveau scolaire très faible et d'un bassin de l'emploi défavorable. Les encadrants doivent cependant accepter les « ruptures molles », que le jeune soit dans le « rien », mais « garder la porte ouverte » pour pouvoir ensuite « le récupérer », quand il sera dans un projet, avec une demande à l'égard de l'institution. Le Contrat Jeunes Majeurs peut servir de « filet de sécurité ». Il fonctionne sur la base du volontariat. C'est un dispositif très apprécié des services PJJ et des établissements.

Piste 6* → Assurer un meilleur suivi et une évaluation des Contrats jeunes majeurs selon divers critères (logement, emploi, santé...)

Le cas échéant, un travail d'anticipation est fait avec la MDPH pour la RQTH. Si besoin, les mesures de protection sont abordées par l'équipe éducative, elles sont plutôt bien acceptées par le peu de jeunes majeurs concernés. Les établissements et services assurent un suivi des accompagnements en aval de leur prise en charge : 18 mois, et bien au-delà, l'IMPro a mis en place un observatoire qui suit le devenir des jeunes jusqu'à 15 ans après... Dans d'autres cas, c'est le jeune qui revient vers son établissement pour une demande spécifique ou en cas d'accident de parcours (grossesse non désirée, hospitalisation en psychiatrie). En ce qui concerne les jeunes qui étaient en famille d'accueil, il s'avère qu'ils sont nombreux à garder un contact étroit ce lieu ressource, parfois le jeune reste habiter chez elle bien alors que la famille n'est plus rémunérée par l'ASE.

Piste 7 : faciliter le suivi du devenir des jeunes après la sortie en sollicitant leurs pairs (réunions « d'anciens ») ou en les mobilisant à partir d'outils modernes (Facebook, site de l'institution)

Piste 8 : Prendre en compte l'accompagnement au long cours des familles d'accueil

Prévenir et lutter contre l'isolement du jeune majeur

Quand le jeune est très éloigné (d'Auch), sans transport en commun (seulement 19 % des communes du Gers sont desservies par les transports en commun), avec des parents qui ne se déplacent pas, comment accéder aux informations, à l'aide ? La maison des adolescents est censée répondre à toutes les demandes du département. Elle conçoit une application sur smartphone et crée un réseau pour que toutes les villes avec un collège ou un lycée puissent faire relais.

Piste 9 → trouver des relais, des lieux ressources en dehors d'Auch (UTAS, CCAS, centres sociaux, CMP, CMPP, mairies, collèges, lycées...) pour que les jeunes aient accès aux informations « de droit commun » et « spécialisées »

Piste 10* → développer / faire connaître les différentes modalités de prise en charge du permis de conduire: mission locale, contrat jeunes majeurs, auto-école à Nogaro, agence d'interim à Gimont avec le Fastt (Fonds d'action sociale du travail temporaire)...

Garantir l'accès au logement pour les jeunes majeurs

Des établissements médicosociaux et la mission locale ont des logements pour jeunes majeurs, mais il reste la question du paiement de la caution pour les logements en milieu ordinaire souvent inaccessible pour les jeunes majeurs.

Piste 11* → Faciliter l'accès au logement ordinaire pour les jeunes majeurs

Les pistes 3 à 11 ne sont pas retenues pour le groupe de travail du 15 décembre.

Cependant :

- **La piste 3 et la piste 8 peuvent être reprises dans le cadre du groupe 2 (3 : améliorer la continuité du parcours de soins en psychiatrie / 8 : réinterroger le rôle et la place des familles d'accueil)**
- **le Conseil général signale que les pistes 1 (deuxième point : annuaire des ressources partagé), 6, 10 et 11 pourraient être mises en perspective lors de l'actualisation du schéma départemental Enfance/Famille.**

Compte-rendu n°1

Présents :

AURIAC Cathy, CSE de la MECS Louise de Marillac
DANFLOUS Isabelle, directrice adjointe de L'Essor Monferran Saves
GENTILE Bruno, chef de service à la MECS Le Sarthe
GRANGE Fabienne, chef de service de l'IME Convention
LACOMBE Eric, directeur à l'IME Convention et SESSAD ADSEA
LAMOUR Michel, médecin de DT ARS 32
LAGREZE Marie-Laure, conseillère technique santé –IDE à la DT PJJ (82-46-32)
LAURENT Cathy, chef de service à la MECS Centre Cantoloup Lavallée St Clar
MERCIER Pascal, directeur de l'ITEP Monello ADSEA
MILLAN Martine, cadre ASE au CG 32
PARISE Isabelle, directrice adjointe de l'ITEP Monello ADSEA
PUCHE-MAZOUA Muriel, chargée de coordination technique du réseau coopération et d'interventions en faveur des enfants et ado en grandes difficultés à la MDPH 32
SAYSSET Marc, médecin C.T. à l'Education Nationale
SCUDELLARO Alain, directeur adjoint de l'IME Mathalin AUCH

Constats – pistes de travail

Dr Lamour apporte une précision issue du PSRS, relative au pré-diagnostic (qui sera réinsérée dans le document « état des lieux – pré diagnostic »). Il est prévu un redéploiement des moyens d'autres départements pour améliorer les ressources du Gers en pédopsychiatrie ou de favoriser des dispositifs interdépartementaux.

Mme Millan présente un cas clinique qui nécessite des prises en charge multiples (FA, IME et hospitalisation de jour) pour répondre au malaise +++ d'un jeune, K. 15 ans.

Les établissements et services présents apportent des éclairages sur les questions qu'ils se sont posées, la prise en charge qu'ils ont effectuée, les résultats. Aujourd'hui, K bénéficie d'un accueil atypique à la MECS Sarthé ; un accompagnement à la parentalité a été proposé à son père et le jeune est apaisé. C'est l'ASE aujourd'hui qui fait office de « chef d'orchestre ». Cette vignette met en évidence des tensions entre l'IME « qui se retrouve avec un public qui a besoin d'une prise en charge qu'on ne peut assurer dans un collectif, qui est du ressort de la psychiatrie » et la clinique des ados (absente à cet atelier) qui limitait la prise en charge de cet ado à un jour par semaine, arguant que ce jeune relevait d'une PEC médicosociale. L'intervention d'une équipe ambulatoire n'aurait pas été utile car il y avait une divergence d'appréciation entre ces deux partenaires qui a eu des effets sur les relations entre ces deux structures.

Comment mieux travailler ensemble ?

Parfois l'institution à qui on demande de s'occuper du jeune en raison de son expertise particulière ressent un sentiment de « piégeage », elle a peur qu'on lui « abandonne » le jeune difficile si l'accompagnement n'est plus possible avec les moyens existant. Ce qui fait qu'elle va oser franchir le cap c'est qu'elle soit assurée de pouvoir essayer, d'avoir des relais de prise en charge et des solutions alternatives éventuelles.

Le réseau de coopération et d'interventions coordonnées en faveur des enfants et adolescents en grandes difficultés du département du Gers permet aux ESSMS d'avoir une meilleure connaissance des structures en termes de manques / des capacités à s'adapter. Le réseau a pour objectif d'essayer d'anticiper, de ne pas partir d'une situation « où on n'en peut plus ». Parfois, les institutions elles-mêmes provoquent des troubles du comportement → quelle est la structure la moins nocive ?

Il faudrait un « chef d'orchestre » des prises en charge partagées, (qui pourrait être gestionnaire de cas) afin d'animer la co-construction et co-responsabilité des acteurs réunis + enfant + sa famille. Ce « chef d'orchestre » pourrait changer en fonction du profil du jeune (MDPH, CRA, CG...) dans un souci de plus grande légitimité. Sa capacité à faire tiers limiterait les rapports de force entre institutions.

Piste 1 : mettre en place des outils et des procédures pour améliorer l'efficacité de la prise en charge partagée :

- **les psychiatres en ESSMS et du sanitaire pourraient travailler davantage ensemble en amont des difficultés majeures.**
- **le ou les établissement(s) à qui va être proposé l'accompagnement du jeune difficile pourrai(en)t participer à l'orientation avec la MDPH et poser des hypothèses de travail (dans le respect des prérogatives de la MDPH)**
- **identifier un chef d'orchestre pour une prise en charge partagée dès que la situation « déborde » d'un seul champ**
- **les acteurs du parcours de l'ado pourraient procéder à une analyse des cas, en réfléchissant à ce qui a pu fonctionner dans son accompagnement, les difficultés rencontrées et les raisons des dysfonctionnements (prévu dans le Réseau)**

Eviter les ruptures institutionnelles

Les enfants peuvent bénéficier jusqu'à 10 ans de l'hôpital de jour à la Villa ; la clinique des adolescents accueille les enfants à partir de 15 ans. IL y a une rupture entre ces deux âges. Après 10 ans, l'enfant qui était suivi par un accompagnement très contenant, très individualisé se retrouve en institution, en collectif. Quelle solution pour accompagner des autistes avec Tc ++ sur un temps de crise ?

Piste 2 → Améliorer la continuité du parcours de soins en pédopsychiatrie notamment pour les situations des jeunes avec troubles du comportement

Adapter l'offre

Le dispositif a beaucoup évolué. Cependant, le poids de l'histoire fait que ce département, peu doté en moyens psychiatriques, « importe » des situations avec problématiques psychiatriques ++ des départements limitrophes. Le rapport Piveteau « zéro sans solution ».

Piste 3 → Réviser les agréments pour recentrer l'offre sociale et médicosociale sur les besoins locaux

Familles d'accueil spécialisées

Lors de la création de la clinique des adolescents, l'accueil thérapeutique a été fermé, il n'y a plus le soutien de l'hôpital psychiatrique pour ces familles d'accueil spécialisées (7 places).

Le service d'accueil spécialisé en familles pour les enfants très difficiles de l'ITEP Monello envisage d'évoluer pour une prise en charge d'enfants par deux institutions (IME + ITEP).

Les familles d'accueil sont parfois en difficulté le week-end, la MECS Cantoloup a mis en place un étayage des FA par des éducateurs, y compris le week-end.

Piste 4 → Réinterroger le rôle et la place des familles d'accueil dans les dispositifs

Groupe 3 : Comment mieux coordonner les ressources existantes sur le territoire?

28 NOVEMBRE 2014

Compte-rendu n°1

Présents :

BAURES Maryse, chef de service adjoint DEF au CG
BLAY Jean-Michel, délégué territorial DT ARS 32
BONNEMAISON Jérôme, directeur PJJ
COUDOURNAC Nicolas, élève directeur EHESP à la MECS centre Cantoloup Lavallée Saint Clar
DESPAX Martine, directrice du CMPP AUCH - CMPP CONDOM - CAMSP GERS ADPEP 32
DUPUIS Marie-Elisabeth, chef de service éducatif de la MECS Louise de Marillac
GAVAZZI Viviane, IASS ARS DT 32
INISAN Jean-Marc, directeur Adjoint de la MECS centre Cantoloup Lavallée Saint Clar LABURRE Joël, directeur de l'IME Mathalin
LACOMBE Eric, directeur de l'IME Convention
LAMOURE Michel, médecin de DT ARS 32
LECOQC Jean-charles, directeur de la MECS Centre Cantoloup Lavallée Saint Clar
PARISE Isabelle, directrice adjointe de l'ITEP Monello ADSEA
Dr MILLOT, assistante Clinique ADOS pédopsychiatrie du Gers
PUCHE-MAZOUA Muriel, chargée de coordination technique du réseau coopération et d'interventions en faveur des enfants et ado en grandes difficultés à la MDPH 32
RIOT Allison, attachée administration CH du Gers
ZOUAOUI Lila, chef de service éducatif de la MECS centre Cantoloup Lavallée Saint Clar

Constats – pistes de travail

Actualité du réseau territorial adolescents

Mme PUCHE-MAZOUA est désignée pour être la coordinatrice du réseau coopération et d'interventions en faveur des enfants et ado en grandes difficultés à la MDPH.

La cellule de recueil des dossiers a prévu de prendre en compte des situations complexes qui arrivent à la MDPH dès l'amont, avant même que les jeunes soient en grande difficulté dans un objectif de prévention des crises.

La cellule technique et tactique de la MDPH pourrait démarrer début février.

Mme ZOUAOUI, chef de service éducatif de la MECS centre Cantoloup Lavallée Saint Clar présente le cas clinique d'une jeune fille accueillie en provenance d'un département très éloigné avec gros traumatisme. Les essais de prise en charge par la MECS et l'observation du comportement très inquiétant de cette JF ont débouché sur une prise en charge à plusieurs partenaires : MECS, famille d'accueil, ASE, clinique des adolescents, « un tout petit peu d'école » et un lieu tiers pour rencontrer sa fratrie.

Un écrit a formalisé cette coordination avec la cadre ASE.

Un département sous doté en psychiatrie infanto-juvénile

La clinique des adolescents prend en charge les enfants de 12 à 17 ans révolus. Sur la clinique des adolescents, c'est la même équipe qui gère l'hospitalisation complète et les trois places d'hospitalisation de jour, ce qui génère des difficultés. En raison de sa (trop) petite taille, la clinique a fait le choix de procéder aux premiers entretiens d'évaluation avec les jeunes sur les CMP pour faciliter le relais/ la prise en charge sur le terrain au sortir de la clinique. Cependant, sur les CMP

mêmes, il y a une liste d'attente importante, qui peut aller jusqu'à 6 mois - 1 an pour le psychologue, et même 2 ans pour un psychomotricien. Le CMP priorise les adolescents, ainsi que les plus jeunes enfants.

La pédopsychiatrie est le secteur le plus faiblement doté de la région, avec un médicosocial sur-doté, qui recrute hors du département un nombre important de jeunes avec des difficultés psychiatriques. La pédopsychiatrie est particulièrement vigilante sur cet aspect, refusant de plus en plus d'assurer le suivi de ces adolescents en provenance des départements limitrophes, notamment en raison du fait qu'il est très compliqué voire impossible de travailler avec des adolescents dont les parents sont éloignés.

Sur la thématique des enfants présentant des troubles autistiques, la pédopsychiatrie sollicite les éclairages du CRA. Elle accueille les enfants autistes présentant une co-morbidité, notamment quand l'étayage familial est insuffisant.

La clinique des adolescents souhaite mettre en place une équipe mobile adossée à la clinique des adolescents pour se rendre en MECS, en ITEP, ou auprès des familles d'accueil spécialisées. Elle pourrait ainsi faire le lien entre les divers acteurs de la prise en charge de ces ados, leur évitant ainsi de se sentir « morcelés » par les institutions. Ces interventions éviteraient aux équipes de se focaliser sur les symptômes présentés par les jeunes, leur permettraient de souffler. L'effet de cette équipe servirait également à prévenir les crises (à répétition). Ce projet est inscrit au SROS.

Des patients restent longtemps à la clinique des adolescentes. Comment faire pour qu'ils retournent sur leur lieu de vie d'origine (avec parfois des équipes ou des usagers « traumatisés ») et qu'ils y soient accueillis comme quelqu'un qui a évolué ? L'équipe mobile pourrait travailler en aval de la clinique des adolescents et accompagner le retour à l'établissement d'origine. A nouveau, les familles d'accueil peuvent servir de sas relais pour accompagner le retour des jeunes sur le collectif.

Le service d'accueil familial thérapeutique, qui existait avant la création de la clinique des ados, a été temporairement « gelé » par manque de moyens humains.

Piste 1 → accompagner les projets du CH du Gers en psychiatrie infanto-juvénile (équipe mobile, hôpital de jour adolescents, accueil familial thérapeutique)

Améliorer la gestion des périodes de crises

En 2010, une réflexion était en cours qui envisageait la création d'un lieu de séjour de rupture. Le projet a été abandonné en raison de la trop grande diversité des demandes et du trop petit volume des besoins pour mobiliser une équipe permanente. Cependant, le SAU et l'hôpital psychiatrique ne peuvent répondre aux crises à répétition, ces jeunes sentent qu'ils n'ont pas de place, qu'ils sont des « incasables ». La relance d'un service d'accueil familial thérapeutique pourrait participer à la réponse pour certaines situations.

La plupart du temps, les partenaires prennent en charge une situation de manière bilatérale. Le besoin de coordination par un tiers et la construction d'outils innovants doit rester dérogoire au fonctionnement habituel. Il est parfois cependant nécessaire de penser la prise en charge ensemble, en amont de la crise, afin d'éviter la succession d'intervenants mal coordonnés auprès du jeune et de sa famille.

Piste 2 → réfléchir à la formule des séjours de rupture, qui permettent aux jeunes / aux équipes de « souffler »

Développer les outils de prise en charge coordonnée

Il est parfois très difficile de travailler ensemble, de se comprendre dans les situations partagées sanitaire-social-médicosocial, avec chaque partenaire qui argumente « ce jeune ne relève pas de mon secteur ». Pour éclairer les perceptions réciproques et apaiser les tensions, la coordination doit se faire tant au niveau des réponses techniques qu'à celui qui permet des partages culturels sur la question des adolescents difficiles et de la réponse coordonnée à leurs besoins spécifiques.

Piste 3 → il faut organiser des temps et espaces de rencontre (ex : réunions, stages croisés), et notamment entre les structures sanitaires et les établissements et services sociaux et médicosociaux afin d'abraser les blocages institutionnels

- pour transmettre les informations médicales, mettre en place des solutions et s'expliquer sur les refus de prise en charge le cas échéant
- pour échanger les connaissances, participer à des colloques, des formations
- pour reprendre/ relire les situations « à froid »

Ces réunions interinstitutionnelles peuvent être organisés par des tiers (ex : CRA). UN des objectifs du Réseau est de répondre à ce besoin d'améliorer la connaissance mutuelle entre les partenaires. La coopération, c'est « tricoter » des solutions pour éviter qu'un établissement qui a un jeune très difficile se retrouve seul, Pour mettre en œuvre une authentique co-responsabilité d'acteurs afin d'éviter « le syndrome des patates chaudes ».

La question du financement se pose. Pour l'instant, les établissements s'arrangent « c'est celui qui donne à manger à midi à l'enfant qui facture ».

Synthèse des deuxièmes concertations

Groupe 1 : Jeunes Majeurs

16 décembre 2014 à 9h00

Compte-rendu n°2

Présents :

Mme BERGADA, CH du Gers
DOUAT Régine, responsable Educatif à la MECS Louise de MARILLAC
GAVAZZI Viviane, IASS ARS DT 32
INISAN Jean-Marc, directeur Adjoint de la MECS Centre Cantoloup Lavallee Saint Clar
LE DISEZ Anne, cadre ASE au Conseil général du Gers
PARISE Isabelle, directrice adjointe de l'ITEP Monello ADSEA
ROUAN Louis Guy, Responsable d'unité à la Protection Judiciaire de la Jeunesse
SAINT-CRICQ J.F., directeur de l'IMPRO Pauilhac
ZAGO Bernard, chef de service de la MECS Centre Cantoloup Lavallee Saint Clar
ZAJAC Dominique, conseillère de la Mission locale

Objectif de la réunion :

Travailler sur les 2 pistes qui ont été retenues par le Conseil Général et la DT ARS

- Piste 1 : **Améliorer l'accès à l'emploi des jeunes** (mutualiser les solutions, mobiliser les entreprises, développer la formation)
 - Les dispositifs de formation
 - L'entreprise via un stage ou un emploi
 - Le futur dispositif d'accueil du jeune (ESAT, Entreprise Adaptée)
- Piste 2 : **développer les compétences psycho-sociales des jeunes** dans le cadre de la prise en charge (référentiel)
 - Référentiel commun pour adapter la prise en charge

Suite à cette réunion, Mme Poinignon tient à souligner les perspectives intéressantes qui s'ouvrent pour 2015 avec l'entrée du département du Gers dans le périmètre des départements expérimentateurs du dispositif Garanties Jeunes, ouverts aux jeunes jusqu'à 25 ans (dispositif DIRECTE/Mission Locale + CG)³¹.

³¹ La convention n'est pas encore signée

Piste 1 : Faciliter l'accès à l'emploi des jeunes en difficulté

Constats :

- Une MECS a mis en place une cellule d'insertion professionnelle, avec une conseillère d'insertion professionnelle pour les 16/18 ans pour constituer un portefeuille des compétences et des attentes, valoriser les actions réalisées et travailler sur des partenariats.
- Une expérience de chantier d'insertion (Etat / PJJ) où l'on travaillait les compétences sociales des jeunes au travail a donné des résultats intéressants
→ proposer un chantier d'insertion comme lieu d'expérimentation, de mise au travail avec une bienveillance à l'égard de ces jeunes peut être proposé aux communes avec des jeunes venant de différents secteurs.
- Aujourd'hui, il n'est pas possible qu'un IMPro ouvre ses portes à un jeune d'ITEP avec les moyens actuels. Cela arrive très ponctuellement dans le cadre de la construction ou reconstruction d'un projet professionnel.

Les réflexions et attentes du groupe de travail

- Mieux connaître la position des entreprises sur le handicap, leurs attentes (PDITH)
- Comprendre les contraintes des entreprises. Ex : emplois aidés pas suffisamment sollicités (AGEFIPH, OETH ...)
- Difficultés du dispositif de soutien à l'emploi car le CAP emploi est en difficultés
- Les leviers : chantiers d'insertion, les EMT (Conseil Régional, DIRECCTE)
- Interroger le système actuel de formation, ses limites, ses points d'appui (section DIMA, CFA) ; comment adapter l'apprentissage à ces jeunes ? (chambre consulaire)
- Mutualisation des dispositifs existant dans les ESMS. Ex : Impro ITEP (représentants du groupement des directeurs)

Questions RH :

- Formation d'éducateurs-conseillers d'insertion
- Formation partagée inter établissements avec les acteurs locaux d'insertion

Piste 2 : développer les compétences psycho sociales des jeunes dans le cadre de la prise en charge

Proposition : Réalisation partagée d'un référentiel de compétences psycho sociales. Le référentiel Danancier (ROCS) peut servir de base à un travail de groupe.

Réflexions/attentes du groupe de travail

- les établissements pourraient mutualiser les outils existants (Impro, ITEP, MECS)
- intérêt de se rapprocher des chambres consulaires.

Le groupement des directeurs, qui travaille depuis 4 ans sur un outil de compétences avec des mises en situation de jeunes pourrait être le pilote pour l'élaboration du portefeuille de compétences.

Un document avec les points forts et faibles du jeune pourrait être remis par le jeune à l'établissement qui l'accueille.

Piste 7 : Faciliter le suivi du jeune après la sortie du dispositif

Bien qu'elle n'ait pas été retenue a priori à l'issue de la première concertation, cette piste a à nouveau émergé dans le second groupe de travail, et les échanges ont été suffisamment riches pour élaborer une troisième fiche.

A partir de 16/17 ans il y a souvent un rejet total des dispositifs, et notamment lorsque le jeune est depuis très longtemps en institution ; tout étayage devient alors contreproductif, le jeune mettra en échec tout ce qui vient de l'institution. Par ailleurs, les jeunes en rupture à l'âge de 18 ans manquent de projection, arrêtent une formation professionnelle sans réfléchir.

Les différents partenaires ont peu d'information sur ce qui a été fait avec ce jeune par le passé (ex : un jeune qui suit une énième formation au Greta, quel est l'intérêt ?) :

- Mettre en place un « Chef d'orchestre », qui coordonne la prise en charge, qui pourrait servir de fil rouge
- mettre en place un « passeport formation » ?

Il y avait des choses qui existaient que l'on pourrait réinventer et mettre en place.

L'ARS demande de réfléchir pour repositionner la place des SAVS et SAMSAH pour qu'ils soient « porteurs » de la continuité du projet du jeune avec problématique sanitaire. Est-ce que les moyens actuels ne pourraient pas répondre ?

Quelle réponse pour les jeunes issus de la PJJ ?

Un mineur suivi par la PJJ est toujours suivi par la PJJ au niveau pénal pour éviter la rupture.

Les majeurs jugés pour des faits qui se sont déroulés lorsqu'ils étaient mineurs, sont suivis par le SPIP (Educateur ou Assistante sociale) mais uniquement pour le côté judiciaire.

Le contrat Jeune Majeur, organisé sur la base du volontariat, n'est pas toujours possible pour ces jeunes, c'est très compliqué pour mettre quelque chose en place. Après 21 ans, l'action n'est plus légitime car elle porte atteinte à la vie privée. L'accord du jeune est nécessaire.

Quel est le référent social pour les jeunes en rupture ?

Plusieurs acteurs peuvent mettre des choses en place avant la sortie du jeune (outil de dispositif adapté, besoin psychiatrique, appartement thérapeutique) :

- le service insertion de l'établissement ou service qui suit le jeune
- la Mission Locale reçoit des jeunes qui vont solliciter plusieurs aides complexes, elle intervient dans un réseau.
- Le pôle insertion de la MDPH peut faire un état des lieux des besoins du jeune pour construire un projet, un parcours.
- l'assistante sociale polyvalente du secteur (NB le jeune ne restera peut-être pas sur le secteur).

Les établissements pourraient se mettre d'accord sur un référentiel pour évaluer la problématique sociale et professionnelle du jeune avec des indicateurs d'alerte, afin de repérer les jeunes fragiles, d'identifier les risques et de tenter de les baliser avec les moyens de l'ESMS et de son réseau avec une volonté d'amener le jeune vers le dispositif de droit commun (médecin libéral). Ex : un jeune est en rupture pour ce qui concerne les soins → un psychiatre libéral peut assurer la continuité.

→ structurer ces éléments de repérage sur un jeune qui va sortir et commencer à étayer dans le droit commun (tuilage, cartographie des risques...)

Le maillage du territoire (service soins / accompagnement) doit permettre de mieux organiser le passage d'une structure à une autre, mais il faut un ENGAGEMENT du jeune.

Autres problématique abordées :

L'addiction entraîne des troubles du comportement. Il y a de moins en moins de pathologies psychiatriques et de plus en plus de « pathologies sociales », liées à la société actuelle. Les jeunes qui présentent des difficultés psychosociales importantes et qui sont majeurs refusent généralement toute prise en charge. L'addiction est donc un facteur aggravant.

Les projets d'établissement et médical de l'hôpital du Gers sont en cours de réécriture. Deux dispositifs proposent un accompagnement des personnes avec addictions :

- Alcoolique
- CSAPA pour les autres addictions (les jeunes fumant du cannabis sont « monnaie courante »).

Le CH est contraint de recentrer ses actions Addictions en fonction des moyens (médecin absente).

→ Il faut rendre visible ce manque sur le territoire et penser ou réinventer un dispositif pour cette prise en charge.

La PJJ estime que 10 % des jeunes PJJ sont concernés par les problèmes d'addiction ; en MECS ce serait la totalité des jeunes en grande difficulté.

Les pistes 3, 4, 5, 6, 8 et 9 n'ont pas été retenues notamment parce que :

- Le réseau est en train de se mettre en place
- La question de la tranche d'âge 16-25 ans : ce n'est pas d'actualité. De plus, réglementairement, le Conseil Général ne peut prendre en charge des jeunes après 21 ans. Il faudra donc réfléchir à faire évoluer les agréments et de mieux positionner les dispositifs adultes comme les SAVS, SAMSAH

Certaines de ces pistes seront reprises dans le cadre du futur schéma départemental enfance-famille.

Piste 3 : trouver une réponse pour pallier les ruptures de soin psy des 16-18 ans.

Le secteur Psychiatrique précise que les jeunes sont toujours reçus, il ne s'agit pas de « la bonne volonté » mais d'une question de moyens.

De plus en plus de jeunes âgés de 15 à 20 ans présentent des troubles liés à la société actuelle (famille recomposée, famille absente...), ce sont des troubles pour lesquels la psychiatrie ne peut pas toujours trouver une réponse (« nous sommes des soignants »).

Piste 6 : Assurer un meilleur suivi et une évaluation des Contrats jeunes majeurs

Le CG a une obligation jusqu'à 18 ans. Dans le Gers, les prises en charge entre 18-21 ans sont complémentaires mais présentent un nombre important de situations. Ensuite « c'est le grand vide ». Le suivi des contrats jeunes majeurs reste un point important à travailler mais ce n'est pas au cœur des préoccupations, sauf pour la PJJ.

Groupe 2 : Analyse des ruptures de parcours et repérage des manques

16 décembre 2014 à 9h00

Compte-rendu n°2

Présents :

ARRUARTENA Claude, MDA du Gers
DANFLOUS Isabelle, directrice adjointe de L'Essor Monferran Saves
GENTILE Bruno, chef de service à la MECS Le Sarthe
LACOMBE Eric, directeur à l'IME Convention et SESSAD ADSEA
LAMOUR Michel, médecin de DT ARS 32
LAGREZE Marie-Laure, conseillère technique santé –IDE à la DT PJJ (82-46-32)
LAURENT Cathy, chef de service à la MECS Centre Cantoloup Lavallée St Clar
MERCIER Pascal, directeur de l'ITEP Monello ADSEA
MILLAN Martine, cadre ASE au CG 32
PUCHE-MAZOUA Muriel, chargée de coordination technique du réseau coopération et d'interventions en faveur des enfants et ado en grandes difficultés à la MDPH 32
TESSIER Frédérique, Coordonnateur Equipe pluridisciplinaire à la MDPH 32
RIOT Allison, attachée au CH du Gers
VAILLANT Catherine, médecin pédopsychiatrie de la clinique des adolescents SPIJ CH du Gers

Les pistes retenues par le Conseil Général et la DT ARS sont :

- Mettre en place des outils et des procédures pour améliorer l'efficacité de la prise en charge partagée
- Réinterroger le rôle et la place des familles d'accueil dont thérapeutique dans les dispositifs

Les pistes non retenues

- Améliorer la continuité des soins psychiatriques

Le CH du Gers a déjà engagé un travail sur la réécriture du projet d'établissement (voir CR gr3)

- La révision des agréments

Ce point sera traité lors de la révision du schéma départemental.

M. Lamour annonce qu'une réunion des directeurs d'établissements sera organisée pour faire le point sur les évaluations internes et externes.

Piste 1 : Mettre en place des outils et des procédures pour améliorer

l'efficacité de la prise en charge partagée

Constats :

- CH :
 - le projet d'établissement du CH prévoit la mise en place d'une réunion hebdomadaire médicale avec l'ensemble des partenaires y compris les institutions extérieures et CMP afin de faire mieux travailler les psychiatres en établissements et du sanitaire en amont d'une crise
 - 2 missions du projet du CH :
 - Les enfants reclus, déscolarisés
 - Les interventions en amont et aval des hospitalisations de crise
- ASE : réseau coordonné d'interventions enfants/jeunes en difficultés. C'est un lieu où l'on partage son expertise, où l'on peut proposer des solutions dérogatoires :
 - fiche de saisine.
 - Invitation des partenaires pertinents
 - Réunion pour prise de décision de la prise en charge autour de la situation
 - Elaboration du projet
 - Proposition à la CDAPH (soutenu par la MDPH) → décision formelle

Le CG invite à s'appuyer sur le contenu de la convention organisant le Réseau en cours de signature (manquent à ce jour la signature du CHS et de l'ARS)

- MDPH :
 - Les institutions sont invitées aux réunions des équipes pluridisciplinaires en amont de l'entrée du jeune. Elles ont parfois une attitude défensive, qui peut rendre difficile les synergies autour d'une table. Le but de ces rencontres est de proposer un espace de discussion pour changer l'état d'esprit pour éviter le sentiment de « piègeage » des institutions à qui l'enfant est confié
 - la MDPH tente également d'inviter les établissements qui ont pris en charge le jeune auparavant, pour un partage d'informations (dire ce qui a été vécu par le jeune) afin d'éviter les phénomènes de répétition
 - un document commun est en cours d'élaboration afin de pouvoir faire remonter le plus d'informations possible sur la situation du jeune.
- La cellule de coordination de la MDPH arrête une position → chaque établissement s'engage à faire ce qui a été décidé :
 - convention entre l'ensemble des partenaires impliqués.
 - sur une période déterminée (agenda notifié dans le plan de compensation de l'enfant)
 - La question du transport est précisée.

Qui est le référent, le chef d'orchestre d'une prise en charge partagée ?

- La solution du Gestionnaire de cas pose problème sur le côté financement.
- On peut donc parler de Chef d'Orchestre mais il faut préciser plusieurs points :
 - o 1 seul chef d'orchestre pour toutes les situations ou différent selon les situations ?
→ l'établissement qui a la prise en charge la plus importante ? La tutelle de l'établissement ? (terrain ou tutelle ?) L'aide Sociale à L'Enfance ?
 - o Neutralité du chef d'orchestre : une cellule extérieure sans a priori auprès des différents acteurs pourrait échanger sans enjeu pour la coordination des cas difficiles
→ des moyens nouveaux ? un réseau indépendant associatif avec un multi financement comme en Tarn et Garonne ? Appel à des ressources complémentaires comme le CRA ?
 - o Financement de l'action du chef d'orchestre ?
 - o Formalisation ?
 - o Réalisation ?

Comment gérer l'après-crise ?

Le CH du Gers a prévu la création d'une équipe mobile, qui interviendrait notamment comme soutien lors du retour de l'ado dans l'établissement après une crise. (Voir piste 1 groupe 3).

Cas particulier du financement de la prise en charge partagée des SESSAD :

Le nombre de places d'un SESSAD est lissé sur l'ensemble de l'année et il y a une convention inter établissements, mais il reste des imprécisions sur qui est le financeur, le payeur

→ présenter la procédure à la Caisse d'assurance maladie, notamment si cela concerne peu de situations (Mr Lamour).

Piste 2 : Réinterroger le rôle et la place des familles d'accueil dont

thérapeutique dans les dispositifs

Constats :

- se prémunir d'un amalgame entre le besoin de familles d'accueil spécialisées (suite à la fermeture des entités qui étaient adossées aux établissements médico-sociaux), en charge de l'accueil d'enfants /ado porteurs d'un handicap dans le contexte du fonctionnement des structures médico-sociales qui s'apparentent désormais à celui des internats (pas d'hébergement la nuit et les we) et le besoin de lieux d'accueil familiaux (ou non) thérapeutiques pour les enfants/ado nécessitant une prise en charge psychiatrique, qu'ils soient ou non porteurs d'un handicap³²
- S'accorder sur la définition des familles d'accueil thérapeutique, qui varie en fonction des interlocuteurs (ce terme est-il réservé à la psychiatrie, recouvre-t-il les services d'accueil familial des établissements?)
- Procéder à un inventaire des familles d'accueil des établissements qui fonctionnent avec les ressources en psychiatrie de ceux-ci.
- Nécessité de développer l'offre d'accueil familial thérapeutique :

³² s'agissant du Réseau, le recours à une structure associative a été écarté.

- CH a un projet de 2 AFT : 1 petite enfance et 1 adolescent ; les AFT sont considérés comme de l'hospitalisation (sur indication médicale)
- Peut-on former des familles d'accueil du CG à l'accueil thérapeutique, par ex. avec les ressources du CH ou en mutualisant les formations établissements et familles ?
 - o Contenu de la formation ?
 - o Besoins de formation ?
- Peut-on dupliquer l'HAD Psy pour adolescents ?
- Nécessité d'accompagner les familles : groupe de parole, partage d'expériences, écoute en cas de crise.

Groupe 3 : Ressources existantes : comment mieux coordonner ?

16 décembre 2014 à 13h30

Compte-rendu n°2

Présents :

BAURES Maryse, chef de service adjoint DEF au CG
BERGADA Cécile, Directrice Adjointe CH du Gers
COUDOURNAC Nicolas, élève directeur EHESP à la MECS centre Cantoloup Lavallée Saint Clar
DESPAX Martine, directrice du CMPP AUCH - CMPP CONDOM - CAMSP GERS ADPEP 32
DELPRAT Patrick, Directeur PJJ 82/32
ELIAS Emilie, Maison des Adolescents
GAVAZZI Viviane, IASS ARS DT 32
GENTILLE Bruno, Chef de service de la MECS Le Sarthé
GRANGE Fabienne, Chef de service de l'IME Convention
INISAN Jean-Marc, directeur Adjoint de la MECS centre Cantoloup Lavallée Saint Clar
JONET Eric, Directeur de l'ITEP Essor Monferran Saves
LAMOUR Michel, médecin de DT ARS 32
LECLERC Jean-Pierre, Directeur de la MECS Le Sarthé
LECOCQ Jean-Charles, directeur de la MECS Centre Cantoloup Lavallée Saint Clar
PARISE Isabelle, directrice adjointe de l'ITEP Monello ADSEA
PUCHE-MAZOUA Muriel, chargée de coordination technique du réseau coopération et d'interventions en faveur des enfants et ado en grandes difficultés à la MDPH 32
RIGAL PELISSIER Nadine, Conseillère Technique, Responsable départementale DSDEN32
ROUCH Sandrine, Cadre Assistant Pôle Psychiatrie Infanto Juvénile, SPIJ CH du Gers
TESSIER Frédérique, Coordinateur Equipe pluridisciplinaire MDPH 32
VAILLANT Catherine, Médecin Pédiatre de la Clinique Ados SPIJ CH du Gers
ZOUAOUI Lila, chef de service éducatif de la MECS centre Cantoloup Lavallée Saint Clar

Objectif de la réunion :

3 thèmes ont émergé à l'issue de la première session :

1. Accompagner les projets du Centre Hospitalier du Gers en psychiatrie infanto-juvénile
2. Réfléchir à la formule des séjours de rupture, qui permettent aux jeunes / aux équipes de « souffler »
3. Organiser des temps et espaces de rencontre, et notamment entre les structures sanitaires et les ESSMS afin d'abaisser les blocages institutionnels

Le deux premiers ont été retenus par le CG et la DT ARS et doivent être travaillés.
Le troisième thème sera inclus dans les objectifs du réseau en constitution

Piste 1 : Accompagner les projets du Centre Hospitalier du Gers en psychiatrie infanto-juvénile (équipe mobile, hôpital de jour pour adolescents, accueil familial thérapeutique)

Constats :

- Besoin d'une définition partagée de « l'adolescent difficile » : jeune qui déborde le cadre d'une institution, ce qui nécessite une coordination entre différents établissements afin d'éviter une rupture
- l'intérêt du réseau : avoir une réflexion différente, un partage d'analyse, un sens partagé. La prise en charge est plus crédible lorsqu'elle est décidée par plusieurs partenaires.
- Les adolescents difficiles représentent 15 à 20 situations dans le Gers ; il est difficile de répondre aux besoins (dont psychiatriques) du territoire, ce qui est aggravé par le phénomène d'importation de situations complexes des autres départements.
- L'amont : le réseau peut être sollicité avant la crise pour échanger sur la situation, ça permet d'arrêter les répétitions, de trouver d'autres modes de prises en charge, de permettre une dynamique du soin
→ réfléchir sur des indicateurs en amont de crise ?

Les attentes des établissements vis-à-vis de l'hôpital :

- Aval : il y a une difficulté pour l'accueil du jeune lors de son retour dans l'établissement après une hospitalisation. Comment faire pour assurer le relais ?
- Accompagnement : Les établissements souhaitent un engagement de l'hôpital ou de l'équipe mobile d'être là, de les soutenir, avec une réactivité crédible en cas de besoin, afin que l'équipe soit rassurée et puisse travailler sereinement :
 - o Formation / stages croisés pour une meilleure connaissance mutuelle entre sanitaire, social et médicosocial
 - o Appui au décryptage de situations (pathologies psy) lors des réunions d'équipes
 - o Conseils pour élaborer des protocoles personnalisés avec une stratégie adaptée.

Les projets du Centre Hospitalier du Gers en psychiatrie infanto-juvénile :

Le CH n'aura pas de nouveaux moyens. Le projet d'établissement du CH du Gers est en cours d'élaboration, il y a une réflexion sur le projet de soins, la création de nouveaux outils de soins est prévue. Ces projets pourront aboutir en fonction des moyens alloués par l'ARS.

L'équipe mobile du CH

Elle aura deux missions :

- Prise en charge des adolescents difficiles avec intervention en amont et aval de la crise
- Prise en charge des adolescents reclus à domicile

Elle pourra de plus intervenir auprès des familles d'accueil si nécessaire.

L'hospitalisation

L'hospitalisation est uniquement une possibilité de soins, qui intervient en dernier recours. Le CMP offre d'autres modalités de soins.

L'offre est organisée en termes de parcours :

- Le CMP (début obligatoire du parcours de soin)
- Création du dossier
- Diagnostic et début de la coordination
- Travail avec les équipes sur le projet de soins

Dans les établissements, les postes de pédopsychiatre ne sont pas tous pourvus selon les lieux, certains d'entre eux n'ayant pas fait « le deuil de leur psychiatre »; les psychiatres libéraux peuvent répondre en partie aux besoins.

Piste 2 : Réfléchir à la formule des séjours de rupture, qui permettent aux

jeunes / aux équipes de « souffler »

Constats :

- Il faut inventer d'autres modèles de prise en charge en dehors de l'établissement et la famille.
- Depuis 15 ans, il y a eu la création des centres fermés pour accueillir les adolescents difficiles ; les résultats sont satisfaisants mais avec un point faible, celui du retour dans l'établissement car l'encadrement y est différent.
- peu de lieux de vie dans le département du Gers (il y avait 3 lieux de vie, aujourd'hui il n'en reste qu'un seul)
- une réflexion a eu lieu en 2010 mais en raison de la multiplicité des demandes (séjour de vacances, séjour de rupture...), ce lieu d'accueil expérimental n'a pu être clairement défini et il a été décidé de conventionner entre les MECS pour des solutions au cas par cas
- cas d'une structure expérimentale à Châteauroux ouverte 365 jours / an, 30 enfants, 3 agréments : IME, Jeunesse et sport, Conseil Général.

La rupture est un moment intéressant à vivre à condition d'être accompagnée

- Il faut donner du sens aux séjours de rupture, que le jeune puisse découvrir autre chose
 - le jeune peut être en rupture avec l'établissement mais pas avec le psychiatre et / ou sa famille d'accueil
 - Il faut repartir de la clinique : besoin de relation, de contenance, d'être en sécurité dans un espace
 - il faut que l'équipe « d'origine » soit toujours engagée dans le parcours du jeune (co-construction du parcours)
 - organiser le temps de l'adolescent sans école pour une période tout en préparant le retour à l'école
 - adapter le projet de soins par un co-travail avec le CH
 - Besoin d'organiser le retour entre les établissements
 - faire accepter à l'équipe les progrès de l'enfant pendant le séjour de rupture
- ⇒ travailler l'hypothèse de la création d'un lieu de rupture, qui pourrait prendre la forme d'un appel à projet lancé conjointement ARS et CG pour un lieu expérimental

Piste 3 : Organiser des temps et espaces de rencontre, et notamment entre

les structures sanitaires et les ESSMS afin d'abraser les blocages

institutionnels

Ce point sera travaillé par le réseau coordonné d'interventions enfants/jeunes en difficultés

- idée d'une journée de recherche, de formation
- partager les ressources (ex : l'animation d'un groupe par un infirmier du CH sur les habilités sociales)
- organisation de stages croisés entre institutions